HIVATALOS ÉRTESÍTŐ

26. szám

A MAGYAR KÖZLÖNY MELLÉKLETE

2010. április 16., péntek

Tartalomjegyzék

III. Utasítások, jogi iránymutatások

3/2010. (IV. 16.) ME utasítás a Miniszterelnöki Hivatal Szervezeti és Működési Szabályzatáról szóló 1/2008. (MK 57.) ME utasítás módosításáról 5495
40/2010. (IV. 16.) HM utasítás a Honvédelmi Minisztérium Hatásköri Jegyzékének módosításáról 5495
41/2010. (IV. 16.) HM utasítás a Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem rektori vezetői megbízás betöltésére kiírt pályázat elbírálását előkészítő véleményező bizottság kijelöléséről 5506
42/2010. (IV. 16.) HM utasítás a magán-nyugdíjpénztári tagsággal kapcsolatos feladatokról 5507
43/2010. (IV. 16.) HM utasítás a ruházati illetménynorma 2010. évi összegeinek megállapításáról 5512
1/2010. (IV. 16.) KHEM tájékoztató a helyi közösségi közlekedés támogatásának igénylése során a bevételekkel nem fedezett indokolt költségek meghatározásáról 5523
6/2010. (IV. 16.) PM tájékoztató a DIGI Távközlési Szolgáltató Korlátolt Felelősségű Társaság által indított bírósági eljárásokat terhelő illeték utólagos elszámolással történő megfizetésének engedélyezéséről 5530

V. Személyügyi hírek

A Legfőbb Ügyészség személyügyi hírei 5531
A Környezetvédelmi és Vízügyi Minisztérium személyügyi hírei 5531
Álláspályázatok
Az Országos Környezetvédelmi, Természetvédelmi és Vízügyi Főfelügyelőség pályázatot hirdet emissziókereskedelmi szakértői munkakör betöltésére 5532
Enying Város Önkormányzata pályázatot hirdet a Vas Gereben Művelődési Ház és Könyvtár közművelődési intézmény igazgatói (magasabb vezetői) beosztásának ellátására 5533
A Veszprém Városi Művelődési Központ és Könyvtár pályázatot hirdet gazdasági-műszaki igazgatóhelyettesi munkakör betöltésére 5534

VI. Alapító okiratok

A Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány alapító okirata a módosításokkal egységes szerkezetben 5536

VII. Pályázati felhívások

Felhívás Berhida Város Önkormányzata részére autóbusszal végzett menetrend szerinti helyi közúti személyszállítás biztosítására nyilvános ajánlatkérésen alapuló eljárásban 5544

VIII. Közlemények

Az Egészségügyi Minisztérium közleménye új, illetve módosított szakmai irányelvek, szakmai protokollok kiadásáról, illetve érvényességi idő módosításáról 5545
A pénzügyminiszter közleménye a felszámolók névjegyzékében történt változásokról 5641
A Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatalának közleménye az elveszett, megsemmisült gépjárműtörzskönyvek sorszámáról 5642
A Nemzeti Hírközlési Hatóság Tanácsának közzététele
A Tanács DH/ 8664-1/2010. számú határozat-tervezete (1. piac) 5643
Tájékoztató az Országos Érdekegyeztető Tanács 2010. március 5-ei üléséről 5706

IX. Hirdetmények

A Magyar Nemzeti Párt (MNP) 2009. évi beszámolója 5708
A Szabadságharcosokért Közalapítvány 2009. évi pénzügyi beszámolója 5709
Bélyegzők érvénytelenítése 5710
Számlatömb érvénytelenítése 5710
Ügyészségi szolgálati igazolvány érvénytelenítése 5710

III. Utasítások, jogi iránymutatások

A miniszterelnök 3/2010. (IV. 16.) ME utasítása a Miniszterelnöki Hivatal Szervezeti és Működési Szabályzatáról szóló 1/2008. (MK 57.) ME utasítás módosításáról

1. § A Miniszterelnöki Hivatal Szervezeti és Működési Szabályzatáról szóló 1/2008. (MK 57.) ME utasítás mellékletének (a továbbiakban: Szabályzat) 4. § (6) bekezdésében a „63" szövegrész helyébe a „62" szöveg, 5. § (5) bekezdésében a „44" szövegrész helyébe az „52" szöveg, 8. § (7) bekezdésében a „20" szövegrész helyébe a „25" szöveg, 21/A. § (5) bekezdésében a „46" szövegrész helyébe a „45" szöveg, 21/B. § (5) bekezdésében a „132" szövegrész helyébe a „137" szöveg, 22. § (3) bekezdésében a „28" szövegrész helyébe a „25" szöveg lép.

2. § (1) Ez az utasítás a közzétételét követő napon lép hatályba.

(2) Hatályát veszti a Szabályzat 4. § (3) bekezdés e) pontja, 4. § (7) bekezdés b) pontja, 6. § (1) bekezdés f) pontja, a 11/A. §-a az azt megelőző alcímmel együtt és az 1. számú függelék 13/A. pontja.

(3) Ez az utasítás a hatálybalépését követő napon hatályát veszti.

Bajnai Gordon s. k.,
miniszterelnök

A honvédelmi miniszter 40/2010. (IV. 16.) HM utasítása a Honvédelmi Minisztérium Hatásköri Jegyzékének módosításáról

A honvédelemről és a Magyar Honvédségről szóló 2004. évi CV. törvény 97. § (1) bekezdésének a) pontjában kapott felhatalmazás alapján a Honvédelmi Minisztérium Hatásköri Jegyzékének kiadásáról szóló 84/2006. (HK 17/I.) HM utasítás módosítására a következő utasítást adom ki:

1. § A Honvédelmi Minisztérium Hatásköri Jegyzékének kiadásáról szóló 84/2006. (HK 17/I.) HM utasítás melléklete ezen utasítás melléklete szerint módosul.

2. § Ez az utasítás a közzétételét követő napon lép hatályba.

Budapest, 2010. április 1.

Dr. Szekeres Imre s. k.,
honvédelmi miniszter

Melléklet a 40/2010. (IV. 16.) HM utasításhoz

A MAGYAR KÖZTÁRSASÁG
HONVÉDELMI MINISZTERE

3. számú példány

A Honvédelmi Minisztérium hatásköri jegyzékének módosítása

A Honvédelmi Minisztérium 84/2006. (HK 17/I.) HM utasítással kiadott Hatásköri Jegyzéke (a továbbiakban: HM HJ, nyilvántartási száma: 829/432.) a következők szerint módosul:

1. A HM HJ I. Fejezet 1. pontjának (HONVÉDELMI MINISZTER) 81. és 82. alpontjai helyébe az alábbi 81. és 82. alpontok lépnek:

„81.	A HM rendelkezése alatt lévő lakások és helyiségek bérletének, elidegenítésének, valamint a lakhatás támogatásának rendeletben történő szabályozása. A lakásgazdálkodást és -fenntartást végző szervezetek felépítésének, hatáskörének és működési rendjének rendeletben, illetőleg utasításban történő szabályozása.	miniszter	1993. évi LXXVIII. tv. 87. § 2001. évi XCV. tv. 287. § (2) bekezdés fa)–fc) pont 2004. évi CV. tv. 97. § (1) bekezdés l) pont 19/2009. (XII. 29.) HM rend. HM SZMSZ III. fej. 1. (83)
82.	A fejezeti kezelésű lakástámogatási előirányzat, valamint előirányzat-maradvány felhasználásának jóváhagyása. A HM vagyonkezelésében lévő lakóépületek (lakások) elidegenítésre történő kijelölése. Döntés a jogszabály, vagy egyéb jogi norma által hatáskörébe utalt egyedi lakásügyekben.	miniszter	1992. évi XXXVIII. tv. 49. § 2004. évi CV. tv. 51. § 19/2009. (XII. 29.) HM rend. 113. § (3) bekezdés HM SZMSZ III. fej. 1. (85)”

2. A HM HJ I. Fejezet 1. pontjának (HONVÉDELMI MINISZTER) 151. alpontja helyébe az alábbi 151. alpont lép:

„151.	Az ágazati informatikai stratégia jóváhagyása. Az infokommunikációs stratégia és fejlesztés, a katonai képességeket érintő szerződések, hazai és nemzetközi kötelezettségek teljesítése rendjének, valamint a hírközlési, informatikai biztosítási szakterületre vonatkozó ellátási normák meghatározása.	miniszter	2004. évi CV. tv. 97. § (1) bekezdés p) pont HM SZMSZ III. fej. 1. (149), (150), (151)”

3. A HM HJ I. Fejezet 1. pontjának (HONVÉDELMI MINISZTER) 171. alpontja helyébe az alábbi 171. alpont lép:

„171.	A Magyar Honvédség fokozott védelmet igénylő létesítményeinél fegyveres biztonsági őrség létrehozása, illetve megszüntetése, és azok vonatkozásában a rendőrség hatósági jogkörének gyakorlása.	miniszter	1997. évi CLIX. tv. 1/A. § (1), (2) bekezdés HM SZMSZ III. fej. 1. (146/A)”

4. A HM HJ I. Fejezet 1. pontjának (HONVÉDELMI MINISZTER) 189. alpontja helyébe az alábbi 189. alpont lép:

„189.	A társadalmi szervezetek, alapítványok részére nyújtandó támogatások jóváhagyása.	miniszter	292/2009. (XII. 19.) Korm. rend. 115. § (2) bekezdés”

5. A HM HJ I. Fejezet 3. pontja (KABINETFŐNÖK) az alábbi 39. alponttal egészül ki:

„39.	A fejezeti kezelésű előirányzatokkal kapcsolatos gazdálkodási feladatokra vonatkozó belső szabályzat kiadása.	kabinetfőnök	HM SZMSZ III. fej. 3. (63)”

6. A HM HJ I. Fejezet 4. pontjának (JOGI SZAKÁLLAMTITKÁR) 1. alpontja helyébe az alábbi 1. alpont lép:

„1.	A jogi szakállamtitkári titkárság, valamint a hivatali működés tekintetében a HM Központi Ellenőrzési és Hatósági Hivatal tevékenységének közvetlen irányítása. A közvetlen irányítása alá tartozó HM-szervek katona és köztisztviselői állománya, valamint a közvetlen irányítása alá tartozó HM-szervezet köztisztviselői jogviszonyban álló vezetője feletti munkáltatói jogkör gyakorlása (a miniszter munkáltatói jogkörébe tartozók kivételével).	jogi szakállamtitkár	2004. évi CV. tv. 100. § (1) bekezdés 2134/2006. (VII. 27.) Korm. hat. 4., 7. 10/2002. (III. 5.) HM rend. 1. sz. mell. HM SZMSZ III. fej. 4. (1)”

7. A HM HJ I. Fejezet 4. pontjának (JOGI SZAKÁLLAMTITKÁR) 3. alpontja helyébe az alábbi 3. alpont lép:

„3.	A jogi, az ellenőrzési, tűzvédelmi és építésügyi szakhatósági, ügyfélszolgálati, valamint hadigondozási feladatok végrehajtásának szakirányítása.	jogi szakállamtitkár	10/2002. (III. 5.) HM rend. 1. sz. mell. HM SZMSZ III. fej. 4. (3)”

8. A HM HJ I. Fejezet 4. pontjának (JOGI SZAKÁLLAMTITKÁR) 15. alpontja helyébe az alábbi 15. alpont lép:

„15.	A jogi tevékenység szakirányítása. Az e területet szabályozó rendelkezések tervezeteinek jóváhagyásra történő előterjesztése.	jogi szakállamtitkár	HM SZMSZ III. fej. 4. (16)”

9. A HM HJ I. Fejezet 4. pontjának (JOGI SZAKÁLLAMTITKÁR) 16., 22., 23., 25. és 36. alpontjai hatályukat vesztik.

10. A HM HJ I. Fejezet 6. pontjának (VÉDELMI, TERVEZÉSI ÉS INFRASTRUKTURÁLIS SZAKÁLLAMTITKÁR) 1. alpontja helyébe az alábbi 1. alpont lép:

„1.	A Védelmi, Tervezési és Infrastrukturális Szakállamtitkári Titkárság, a Védelmi Tervezési és Vagyongazdálkodási Főosztály, a HM Közgazdasági és Pénzügyi Ügynökség, valamint a HM Infrastrukturális Ügynökség, a HM Fejlesztési és Logisztikai Ügynökség tevékenységének közvetlen irányítása.	védelmi, tervezési és infrastrukturális szakállamtitkár	2004. évi CV. tv. 100. § (1) bekezdés HM SZMSZ III. fej. 6. (1)”

11. A HM HJ I. Fejezet 6. pontja (VÉDELMI, TERVEZÉSI ÉS INFRASTRUKTURÁLIS SZAKÁLLAMTITKÁR) az alábbi 48. alponttal egészül ki:

„48.	A rendszeresítés és kivonás előkészítésének és végrehajtásának felügyelete.	védelmi, tervezési és infrastrukturális szakállamtitkár	9/2010. (I. 22.) HM ut. 14. § (1) bekezdés”

12. A HM HJ I. Fejezet 7. pontja (HONVÉD VEZÉRKAR FŐNÖKE) 65. alpontja helyébe az alábbi 65. alpont lép:

„65.	Az elidegenítésre történő kijelölésre vagy a kijelölési javaslat elutasítására vonatkozó javaslattétel a miniszter részére.	Honvéd Vezérkar főnöke	19/2009. (XII. 29.) HM rend. 120. § (3) bekezdés”

13. A HM HJ I. Fejezet 7. pontja (HONVÉD VEZÉRKAR FŐNÖKE) 72. alpontja helyébe az alábbi 72. alpont lép:

„72.	A katonai szervezetek belső kommunikációjával, a toborzással, a katonai hagyományápolással és a Magyar Honvédséghez kapcsolódó társadalmi szervezetekkel történő együttműködési tevékenység irányítása. A toborzóalrendszer kommunikációs és marketingtevékenységének felügyelete.	Honvéd Vezérkar főnöke	HM SZMSZ III. fej. 7. (27/A)”

14. A HM HJ I. Fejezet 7. pontja (HONVÉD VEZÉRKAR FŐNÖKE) az alábbi 79–80. alpontokkal egészül ki:

„79.	A híradással, az informatikai fejlesztéssel kapcsolatos feladatok, az azok tervezésére, szervezésére és irányítására vonatkozó rendelkezések, továbbá a hírközlési, informatikai biztosítási szakterületre vonatkozó ellátási normák jóváhagyásra történő felterjesztése a miniszter részére.	Honvéd Vezérkar főnöke	HM SZMSZ III. fej. 7. (57)
80.	A Magyar Honvédség létesítményeinél működő fegyveres biztonsági őrségek vonatkozásában szükség esetén az őrszolgálat ideiglenes korlátozásának vagy megerősítésének, az őrség feletti parancsnokság átvételének, az őrzés – ideiglenes – katonai erővel történő végrehajtásának elrendelése. Kiadmányozási jogkör gyakorlása az őrök hatósági szolgálati igazolványának és szolgálati jelvényének kiadása, visszavonása, ideiglenes bevonása és nyilvántartása, valamint az őrségek őrségutasításait és őrutasításait jóváhagyó határozatok tekintetében. Ellenőrzési jogkör gyakorlása az őrök szolgálatellátása, az őrzés biztonsági rendszere, továbbá a fegyver és lőszer biztonságos tárolása, kezelése, felhasználása és nyilvántartási rendjével kapcsolatban.	Honvéd Vezérkar főnöke	HM SZMSZ III. fej. 7. (58)”

15. A HM HJ I. Fejezet 9. pontja (HONVÉD VEZÉRKAR FŐNÖKHELYETTESE) az alábbi 20. alponttal egészül ki:

„20.	A Magyar Honvédség katonai szervezetei elektronikai hadviseléssel, az információs műveleti (INFOOPS) képességekkel kapcsolatos tevékenységének koordinálása.	Honvéd Vezérkar főnökhelyettese	HM SZMSZ III. fej. 8. (18)”

16. A HM HJ II. Fejezet 4. pontja (INFORMATIKAI ÉS INFORMÁCIÓVÉDELMI FŐOSZTÁLYVEZETŐ) és a hozzá tartozó szövegrész hatályát veszti.

17. A HM HJ II. Fejezet 7. pontjának (VÉDELMI, TERVEZÉSI FŐOSZTÁLYVEZETŐ) címsora és a hozzá tartozó alpontok helyébe az alábbi címsor és alpontok lépnek:

„7. VÉDELMI, TERVEZÉSI ÉS VAGYONGAZDÁLKODÁSI FŐOSZTÁLYVEZETŐ			
1.	A katonai és gazdasági tervezés folyamatainak és a tárca védelmi tervezésének, továbbá a 10 éves, valamint az 1(+n) éves tervek kidolgozásának koordinálása.	védelmi, tervezési és vagyongazdálkodási főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 13. (1), (17)
2.	A TVTR tervezési folyamatainak összehangolása a kormányzati (nemzeti), valamint a NATO és az EU védelmi, tervezési, képességfejlesztési tervezési folyamatokkal.	védelmi, tervezési és vagyongazdálkodási főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 13. (2)
3.	A TVTR erőforrás- és költségtervező alrendszere működtetésének és fejlesztésének irányítása.	védelmi, tervezési és vagyongazdálkodási főosztályvezető	98/2009. (XII. 11.) HM ut. 5. § HM SZMSZ IV. fej. 13. (3)
4.	Javaslattétel a HM fejezet prognosztizált, tárcaszintű és részletes keretszámainak meghatározására, illetve a prognosztizált források elsődleges allokációjára.	védelmi, tervezési és vagyongazdálkodási főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 13. (4)
5.	A tárca (köz)beszerzési tevékenységének koordinálása, harmonizálása a 10 éves, valamint az 1(+n) éves tervekben foglaltakkal.	védelmi, tervezési és vagyongazdálkodási főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 13 (7)

6.	A NATO védelmi, tervezési és az EU képességfejlesztési folyamatában a nemzeti álláspontok kialakításának és egyeztetésének koordinálása, az álláspontok képviselete és a nemzeti érdekek érvényesítése a NATO és az EU illetékes fórumain.	védelmi, tervezési és vagyongazdálkodási főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 13. (8)
7.	A Magyar Honvédség nemzeti képviselete a NATO Fő Erőforrás Tervező Bizottságban (Senior Resource Board).	védelmi, tervezési és vagyongazdálkodási főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 13. (9)
8.	A gazdálkodás felsőszintű szabályozásának koordinálása.	védelmi, tervezési és vagyongazdálkodási főosztályvezető	HM SZMSZ IV. 13 (10)
9.	A tárcaszintű kontrollingtevékenység (a humán és személyügyi kontrolling kivételével) szabályozása, koordinálása.	védelmi, tervezési és vagyongazdálkodási főosztályvezető	HM SZMSZ IV. 13 (12)
10.	Javaslattétel a HM vagyonkezelésébe tartozó társasági részesedések vonatkozásában a tulajdonosi jogok gyakorlásával járó feladatok előkészítésére, valamint a HM vagyonkezelésében lévő erdőgazdálkodók szakmai felügyelete.	védelmi, tervezési és vagyongazdálkodási főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 13. (13)
11.	A tárca lakásgazdálkodásának, lakhatástámogatási rendszerének irányítása, felügyelete.	védelmi, tervezési és vagyongazdálkodási főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 13. (15)
12.	A védelmi tervezés koordinálása, a tervezésben részt vevő szervek, szervezetek védelmi tervezői tevékenységének összehangolása.	védelmi, tervezési és vagyongazdálkodási főosztályvezető	HM SZMSZ IV. 13 (16)
13.	Az egyedi tervezési, valamint az eseti, rendkívüli feladatok tervezésének koordinálása.	védelmi, tervezési és vagyongazdálkodási főosztályvezető	98/2009. (XII. 11.) HM ut. 21–22. § HM SZMSZ IV. fej. 13. (19)
14.	A NATO védelmi, tervezési és az EU képességfejlesztési folyamatában a nemzeti álláspontok kialakításának és egyeztetésének koordinálása, az álláspontok képviselete és a nemzeti érdekek érvényesítése a NATO és az EU illetékes fórumain. A NATO képességfejlesztési javaslatok (Capability Proposal/Goal-CP/CG) feldolgozásában érintett szervezetek tevékenységének koordinálása.	védelmi, tervezési és vagyongazdálkodási főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 13. (20)
15.	A NATO védelmi, tervezési és áttekintési eljárási folyamatában a Képességfelmérés (Capability Survey – CS) kérdéseire adandó nemzeti válaszok kidolgozásának koordinálása, a nemzeti válaszok jóváhagyásra történő előkészítése.	védelmi, tervezési és vagyongazdálkodási főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 13. (21)
16.	A (köz)beszerzési engedélyezési kérelmek, eljárások – feladat- és forrásorientált vizsgálat utáni – felterjesztése.	védelmi, tervezési és vagyongazdálkodási főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 13. (30)
17.	A TVTR működtetésére és alkalmazására vonatkozó miniszteri utasítások kidolgozásának koordinálása. A TVTR-rendszergazdai teendők ellátása.	védelmi, tervezési és vagyongazdálkodási főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 13. (32)
18.	Az államháztartási szakfeladatrend HM fejezetet érintő része tárcaszintű egyeztetése – a HM KPÜ-vel egyetértésben – a Pénzügyminisztériummal.	védelmi, tervezési és vagyongazdálkodási főosztályvezető	85/2009. (X. 30.) HM ut. 3. § (3) bekezdés b) pont HM SZMSZ IV. fej. 13. (34)

19.	A HM feladatrend és az egységes védelmi szakfeladatrendszer adatbázisának a védelmi tervezés végrehajtásához történő kiadása.	védelmi, tervezési és vagyongazdálkodási főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 13. (35)
20.	Az integrált védelmi, tervezési folyamatot támogató informatikai rendszer kiépítésének koordinálása.	védelmi, tervezési és vagyongazdálkodási főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 13. (37)
21.	A HM Védelmi Tervező Bizottság (HM VTB) titkári teendőinek ellátásával kapcsolatos feladatok végzése.	védelmi, tervezési és vagyongazdálkodási főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 13. (39)
22.	A TVTR keretén belül a honvédelmi szervek, szervezetek tervezői tevékenységének ellenőrzése. A honvédelmi szervek, szervezetek – TVTR-ben meghatározott – tervei összhangjának ellenőrzése a 10 éves és az 1(+n) éves tervekkel.	védelmi, tervezési és vagyongazdálkodási főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 13. (44)
23.	A tárcaszintű éves beszerzési terv jóváhagyásra történő felterjesztése.	védelmi, tervezési és vagyongazdálkodási főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 13. (47)
24.	A nemzetgazdaság védelmi felkészítésével kapcsolatos feladatok koordinálása.	védelmi, tervezési és vagyongazdálkodási főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 13. (50)
25.	A vezető tisztségviselők, felügyelőbizottsági tagok és könyvvizsgálók javadalmazásainak vonatkozásában javaslattétel a tulajdonosi jogok gyakorlója felé.	védelmi, tervezési és vagyongazdálkodási főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 13. (54)
26.	A társaságok gazdálkodási tevékenységeinek felügyelete.	védelmi, tervezési és vagyongazdálkodási főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 13. (55)
27.	Az erdők szakkezelésével és az erdőgazdálkodással kapcsolatos feladatok végrehajtásának szakmai felügyelete és az erdőtervezés koordinálása. Erdészeti hatósági eljárásban másodfokú szakhatóságként történő részvétel.	védelmi, tervezési és vagyongazdálkodási főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 13. (57)
28.	A tárca ingó állami vagyon gazdálkodási terve és beszámolója miniszteri jóváhagyásra történő előterjesztése.	védelmi, tervezési és vagyongazdálkodási főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 13. (58)
29.	Egyes ingó vagyontárgyak polgári jogi szerződéssel történő ideiglenes használatba adása végrehajtásának felügyelete.	védelmi, tervezési és vagyongazdálkodási főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 13. (61)
30.	A fejezeti kezelésű lakástámogatási előirányzat tervezésének irányítása és jóváhagyásra történő előterjesztése. Javaslat kidolgozása a honvédelmi miniszter részére az állami tulajdonú HM vagyonkezelői jogú lakóépületek (lakások) elidegenítésre történő kijelöléséről.	védelmi, tervezési és vagyongazdálkodási főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 13. (64)
31.	A lakásellátás, lakásgazdálkodás rendszerének irányítása.	védelmi, tervezési és vagyongazdálkodási főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 13. (67)
32.	A helyi és területi lakásgazdálkodási szervek tevékenységének ellenőrzése.	védelmi, tervezési és vagyongazdálkodási főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 13. (68)
33.	A lakhatástámogatással összefüggő külön jogszabályban megállapított hatáskörök gyakorlása.	védelmi, tervezési és vagyongazdálkodási főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 13. (69)

34.	A lakhatástámogatással összefüggő információs rendszer kialakítása, a szükséges adatok és információk körének, tartalmának és jellegének meghatározása.	védelmi, tervezési és vagyongazdálkodási főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 13. (70)”

18. A HM HJ II. Fejezet 8. pontja (VÉDELEMGAZDASÁGI FŐOSZTÁLYVEZETŐ) és a hozzá tartozó szövegrész hatályát veszti.

19. A HM HJ II. Fejezet 9. pontjának (HADMŰVELETI ÉS KIKÉPZÉSI FŐOSZTÁLYVEZETŐ) 1., 4., 13., 24. és 25. alpontjai hatályukat vesztik.

20. A HM HJ II. Fejezet 9. pontja (HADMŰVELETI ÉS KIKÉPZÉSI FŐOSZTÁLYVEZETŐ) az alábbi 26. alponttal egészül ki:

„26.	A Magyar Honvédség létesítményeinél működő fegyveres biztonsági őrségekkel kapcsolatban a honvédelmi miniszter és a Honvéd Vezérkar főnöke jogkörébe tartozó hatósági döntések előkészítése.	hadműveleti és kiképzési főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 16. (39/A)”

21. A HM HJ II. Fejezet 11. pontját (SZEMÉLYZETI FŐOSZTÁLYVEZETŐ) követően az alábbi 12. ponttal és a hozzá tartozó alpontokkal egészül ki:

„12. HÍRADÓ, INFORMATIKAI ÉS INFORMÁCIÓBIZTONSÁGI FŐOSZTÁLYVEZETŐ			
1.	Felhatalmazás alapján a Magyar Honvédségnél folyó híradó, informatikai, információvédelmi és iratkezelési (ügyviteli) tevékenység szakirányítása.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (1)
2.	A minősített adatok védelmének felügyeletéért felelős miniszter ágazati irányítási feladatkörében meghatározott, a Magyar Honvédséget érintő ellenőrzési feladat végrehajtásában egyetértési jog gyakorlása.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (2)
3.	A Honvédelmi Minisztérium titokvédelmi felügyelői feladatai ellátása, valamint – a katonai nemzetbiztonsági szolgálatok kivételével – a honvédelmi tárca szervezetei titokvédelmi felügyelői szakmai tevékenységének irányítása.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (3)
4.	A tárca informatikai stratégiája kidolgozásának, valamint a kormányzati informatikai stratégiából a tárcára háruló feladatok végrehajtásának irányítása.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (4)
5.	A Magyar Honvédség zártcélú híradó és informatikai – a honvédelmi miniszter által átruházott jogkörben – hálózatgazdai feladatok ellátása. A tárcaszintű egységes digitális rádiórendszer, és az MH Virtuális Magánhálózat (VPN) fejlesztésének és üzemeltetésének irányítása.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (5)
6.	A HM Informatikai és Hírközlési Alkalmazási Bizottság vezetése.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (6)
7.	A Magyar Honvédség objektumai biztonságára, a beléptetés rendjére, a technikai beléptető rendszerek telepítésére és üzemeltetésére vonatkozó intézkedések kidolgozásának és egyeztetésének irányítása.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (7)
8.	Az ágazati informatikai stratégia kialakítása, tárcaszintű koordinálása, és a híradó, informatikai, információvédelmi és iratkezelési (ügyviteli) szakterületek tárcaközi képviselete.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (10)

9.	A híradással, informatikával, információvédelemmel és ügyvitellel kapcsolatos tárcaközi, valamint nemzetközi (NATO, EU két- vagy többoldalú nemzetközi szerződésen alapuló) együttműködés minisztériumi szintű koordinálása.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (11)
10.	A Magyar Honvédség béke- és minősített időszaki híradó, informatikai és információvédelmi rendszerei általános elveinek, követelményeinek és szabályozóinak koordinálása, és a végrehajtás szakirányítása.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (12)
11.	A híradó, informatikai, információvédelmi szak- és szakirány-referensi, valamint kamarai jogkör gyakorlói feladatok végzése, a szakképzés és szakmai továbbképzés követelményeinek meghatározása.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (13)
12.	A honvédelmi érdekből minősített nemzeti, valamint a nemzetközi szerződés alapján átvett, vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján készült, az információ védelmével (személyi, fizikai, dokumentumbiztonsági, elektronikus információvédelmi/rejtjel-, átvitel-, kompromittáló kisugárzás-, számítógép- és hálózatbiztonság), és a nyílt nem nyilvános közérdekű adatok védelmével kapcsolatos rendelkezések előkészítése. A szakterület felsőszintű irányítása.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (15)
13.	A honvédelmi tárca – a katonai nemzetbiztonsági szolgálatok kivételével – híradó, informatikai, információvédelmi, iratkezelési (ügyviteli) feladatokat ellátó szervezeteinek és tevékenységeinek szakmai felügyelete.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (16)
14.	A titokvédelmi felügyelők és biztonsági megbízottak, illetve az információvédelmi szervek szakmai tevékenységének szakirányítása. Az illetékes biztonsági felügyelet, valamint a központi rejtjelfelügyelet hatáskörének gyakorlása.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (17)
15.	A kormányzati feladatok informatikai támogatásának tárcaszintű felügyelete.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (19)
16.	A Magyar Köztársaság és a tárca képviselete a NATO C3 Testületben (NC3B) és alárendelt szervezeteiben.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (25)
17.	A tárca éves beszerzési tervében szereplő híradó, informatikai, információvédelmi pénzeszközök felhasználásának koordinálása.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (27)
18.	A Magyar Honvédség személyi, fizikai, dokumentum, elektronikus információvédelmi rendjének, eljárásainak felügyelete.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (28)
19.	A Honvédelmi Minisztérium felügyelete alá tartozó kiemelt védelmet igénylő létesítmények információvédelmére vonatkozó rendelkezések tervezetének előterjesztése a miniszter részére és a rendelkezésekben foglaltak érvényesülésének ellenőrzése. A kiemelt védelmet igénylő létesítményekbe érvényes belépési névjegyzékek és engedélyek kiadása.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (32)

20.	A NATO, EU, a nemzetközi és a nemzeti információ védelmével, az iratkezeléssel (ügyvitellel) kapcsolatos képzési, továbbképzési követelmények meghatározása.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (33)
21.	A NATO/NYEU Központi Nyilvántartó számára biztosított jogkörben, a nemzetközi szerződés alapján átvett, vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján készült minősített adatok kezelési rendjének ellenőrzése.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (35)
22.	A honvédelmi érdekből minősített adatok kezelésével kapcsolatos tevékenység szakmai felügyelete.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (37)
23.	A technikai beléptető rendszerek telepítésével összefüggő igények elbírálása, az engedélyezésre és beszerzésre vonatkozó javaslatok előterjesztése.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (43)
24.	A Magyar Honvédség objektumaiba telepített technikai beléptető rendszerek működésének felügyelete.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (44)
25.	Az ATOMAL információk kezelésével kapcsolatos képességekre vonatkozó követelmények meghatározása, a kezeléssel kapcsolatos rendszabályok betartásának felügyelete.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (48)
26.	A HM-szervek és -szervezetek, a miniszter közvetlen, illetve fenntartói irányítása, felügyelete alá tartozó szervezetek, valamint a Magyar Honvédség katonai szervezetei által használt építmények korszerűsítésével és felújításával, valamint új létesítmények tervezésével kapcsolatos információvédelmi követelmények meghatározása. Az információvédelmi rendszerek alkalmazási és üzemeltetési rendszabályainak meghatározása és felügyelete, valamint ezen eszközök rendszeresítésére, rendszerben tartására és kivonására vonatkozó biztonsági követelmények meghatározása.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (49)
27.	Az elektronikus információvédelmi rendszerek alkalmazásával kapcsolatos követelmények meghatározása.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (50)
28.	A Magyar Honvédség szervezetei béke- és minősített időszaki vezetésének és irányításának híradó, informatikai, elektronikus információvédelmi rendszerére és rendjére vonatkozó elvek, követelmények és szabályok kidolgozása, a feladatok végrehajtásának felsőszintű tervezése és szervezése.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (52)
29.	Biztonsági beruházások, beszerzések folyamatában az információvédelem követelményeinek meghatározása, azok teljesülésének ellenőrzése.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (53)
30.	A Magyar Honvédség elektronikus információvédelmi felügyeletének ellátása. A NATO/NYEU rejtjelező szakanyagok Magyar Köztársaság-szintű elosztási és nyilvántartási rendjének, működtetésének felügyelete.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (54)

31.	A nemzeti és EU rejtjelező szakanyagok a miniszter közvetlen irányítása és fenntartói irányítása, felügyelete alá tartozó szervezetek, a miniszter által alapított gazdasági társaságok elosztási, nyilvántartási rendszerének, működtetésének szabályozása, szakirányításával kapcsolatos feladatok végzése. A kulcsgyártással kapcsolatos követelményeik meghatározása, szabályozása. A NATO/NYEU központi rejtjelelosztó működtetése (NDA), az elosztó rendszer kialakítása, annak szakirányításával, illetve felügyeletével összefüggő feladatok végzése.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (55)
32.	Az alkalmazásra tervezett rejtjelző eszközök rendszeresítésének kezdeményezése az illetékes hatóságnál.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (56)
33.	A központi rejtjelfelügyelet jogkörébe tartozó, külföldön végzett rejtjeltevékenység, illetve telepített rejtjelező eszközök ellenőrzése.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (57)
34.	Vezetési táblázatok és repülőgép-felismerő vizuális jelzések készítése, használatuk szabályozása.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (58)
35.	Az informatikai rendszerek biztonsági auditjának kezdeményezése.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (60)
36.	A honvédelmi miniszter hatáskörébe tartozó szakképesítések szakmai és vizsgakövetelményeinek kiadásáról, valamint a szakképzésről és a szakmai vizsga szervezéséről szóló jogszabályokban és az állami irányítás egyéb jogi eszközeiben meghatározott szakképesítések, részszakképesítések tekintetében kamarai jogkör gyakorolása.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (61)
37.	A Magyar Honvédség futár- és postaküldeményei béke- és minősített időszaki továbbítási rendjére vonatkozó követelmények meghatározása.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (62)
38.	A Nemzeti Biztonsági Felügyelet működési engedélyével rendelkező (polgári és katonai szervezetek) NATO/NYEU nyilvántartók feletti szakmai felügyelet ellátása.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (64)
39.	A Magyar Honvédség zártcélú hálózataival kapcsolatos feladatok szakterületi koordinálása.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (67)
40.	A Magyar Honvédség híradó és informatikai eszközeire vonatkozó frekvenciaellátás igényeinek meghatározása.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (70)
41.	A békeműveletek, külföldi missziók és egyéb feladatok katonai híradásának és informatikai biztosítására vonatkozó általános elvek, követelmények, belső rendelkezések, és az okmányokban foglaltak érvényesülésének felügyelete.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (72)
42.	A híradás és informatika rendszerére, eszközeire, annak alkalmazási, üzemeltetési és fenntartási rendjére, a szolgáltatások igénybevételére vonatkozó elvek, követelmények kidolgozása, az üzemeltetésben részt vevő szervezetek tevékenységének felügyeletéből adódó feladatok végrehajtása.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (73)

43.	A Magyar Honvédség képviselete a NATO/EU híradó és informatikai ügyekkel foglalkozó szervezeteiben, a két- és többoldalú nemzetközi, valamint a multilaterális együttműködésből adódó szakmai feladatok koordinálása.	híradó, informatikai és információbiztonsági főosztályvezető	HM SZMSZ IV. fej. 19. (74)”

22. A HM HJ III. Fejezet 1. pontjának (HM KÖZPONTI ELLENŐRZÉSI ÉS HATÓSÁGI HIVATAL FŐIGAZGATÓ) 6. alpontja hatályát veszti.

23. A HM HJ III. Fejezet 4. pontja (HM FEJLESZTÉSI ÉS LOGISZTIKAI ÜGYNÖKSÉG VEZÉRIGAZGATÓ) 2. alpontja helyébe az alábbi 2. alpont lép:

„2.	A rendszeresítésre, illetve rendszerből történő kivonásra javasolt hadfelszerelési eszközökről készült intézkedési terv, valamint a Rendszeresítési Bizottság ülései határozati javaslatai jóváhagyásra történő felterjesztése.	vezérigazgató	9/2010. (I. 22.) HM ut. 13. § (3) bekezdés”

24. A HM HJ III. Fejezet 4. pontja (HM FEJLESZTÉSI ÉS LOGISZTIKAI ÜGYNÖKSÉG VEZÉRIGAZGATÓ) az alábbi 20. alponttal egészül ki:

„20.	A honvédségi járművek fenntartásával kapcsolatos feladatok szabályozása.	vezérigazgató	18/2009. (XII. 18.) HM rend. 27. §”

25. A HM HJ III. Fejezet 6. pontjának (HM INFRASTRUKTURÁLIS ÜGYNÖKSÉG VEZÉRIGAZGATÓ) 6–10. alpontjai helyébe az alábbi 6–10. alpontok lépnek:

„6.	A lakóingatlanban lévő állami tulajdonú, HM-vagyonkezelésű, nem lakáscélú helyiség bérbeadása, a bérlő nyilvános pályáztatás útján történő kiválasztása, illetve bérbeadási megállapodások megkötése.	vezérigazgató	19/2009. (XII. 29.) HM rend. 26/2010. (II. 26.) HM ut.
7.	A lakóépület-(lakás) elidegenítés során a lebonyolító forgalmi érték becslésének és a vételár megállapításának, továbbá a társasház alapító okiratának ellenjegyzése.	vezérigazgató	19/2009. (XII. 29.) HM rend. 26/2010. (II. 26.) HM ut.
8.	Az üresen álló lakóépület, lakás és helyiség elidegenítésének pályáztatása.	vezérigazgató	19/2009. (XII. 29.) HM rend.
9.	Önkormányzati tulajdonú, HM-rendelkezésű helyiség elidegenítésével kapcsolatos hozzájárulási jog gyakorlása.	vezérigazgató	19/2009. (XII. 29.) HM rend.
10.	Hozzájárulás megadása a HM javára bejegyzett jelzálogjog, valamint elidegenítési és terhelési tilalom fennállása alatt a részletvétellel elidegenített lakás (helyiség) tulajdonjogának átruházásához.	vezérigazgató	19/2009. (XII. 29.) HM rend.”

26. A HM HJ III. Fejezet 7. pontja (HM KÖZGAZDASÁGI ÉS PÉNZÜGYI ÜGYNÖKSÉG VEZÉRIGAZGATÓ) az alábbi 26. alponttal egészül ki:

„26.	A NATO és az EU pénzügyi bizottságaiban a honvédelmi tárca képviseletének ellátása.	vezérigazgató	HM SZMSZ IV. fej. HM KPÜ (5)”

Budapest, 2010. március 25.

Dr. Lakatos László s. k.,
okl. mk. vezérőrnagy
HM tervezési és koordinációs főosztályvezető

A honvédelmi miniszter 41/2010. (IV. 16.) HM utasítása a Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem rektori vezetői megbízás betöltésére kiírt pályázat elbírálását előkészítő véleményező bizottság kijelöléséről

A honvédelemről és a Magyar Honvédségről szóló 2004. évi CV. törvény 52. § (1) bekezdés f) pontja alapján – figyelemmel a katonai és rendvédelmi felsőoktatási intézmények vezetőinek, oktatóinak és hallgatóinak jogállásáról szóló 1996. évi XLV. törvény 11. § (1) bekezdésében foglaltakra – az alábbi utasítást adom ki:

1. § Az utasítás hatálya kiterjed a Honvédelmi Minisztériumra, valamint a Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetemre (a továbbiakban: ZMNE).

2. § (1) A ZMNE rektori vezetői megbízás ellátására 2010. február 11-én kiírt pályázat elbírálásának előkészítése érdekében véleményező bizottságot (a továbbiakban: Véleményező Bizottság) jelölök ki.

(2) A Véleményező Bizottság elnöke: dr. Szeredi Péter, a HM kabinetfőnöke.

(3) A Véleményező Bizottság tagjai:

a) dr. Lakatos László okl. mk. vezérőrnagy, a HM Tervezési és Koordinációs Főosztály főosztályvezetője;

b) Katona Károly mk. dandártábornok, a HM Személyzeti Főosztály főosztályvezetője;

c) dr. Till Szabolcs, a HM Jogi Főosztály főosztályvezetője;

d) prof. dr. Nógrádi György, a Budapesti Corvinus Egyetem tanszékvezető egyetemi tanára.

(4) A Véleményező Bizottság jegyzőkönyvvezetője: Borné Takács Zsuzsanna, a HM Személyzeti Főosztály, Központi Előmeneteli, Oktatás és Képzésszervezési Osztály ügyintézője.

3. § A beérkezett pályázatok bontására 2010. március 30-án a HM Személyzeti Főosztály hivatalos helyiségében kerül sor.

4. § A pályázatok másolatait a HM Személyzeti Főosztály 2010. április 15-éig küldi meg a Véleményező Bizottság elnökének, tagjainak, valamint a ZMNE kancellárjának.

5. § Az egyetem szenátusa a benyújtott pályázatokat értékeli, a szenátus rektorjelöltre vonatkozó döntését a ZMNE kancellárja 2010. április 30-án 16 óráig terjeszti fel a honvédelmi miniszter részére.

6. § A Véleményező Bizottság a pályázatokról készített értékelését 2010. április 30-áig terjeszti fel a honvédelmi miniszternek.

7. § A pályázatok elbírálására 2010. április 30-áig kerül sor.

8. § A HM Személyzeti Főosztály a kiírt pályázat eredményéről az elbírálás határidejétől számított 8 napon belül – a pályázati anyagok visszaküldésével egyidejűleg – valamennyi pályázót írásban értesíti.

9. § Ez az utasítás az aláírása napján lép hatályba, és 2010. június 30-án hatályát veszti.

Budapest, 2010. március 30.

Dr. Szekeres Imre s. k.,
honvédelmi miniszter

A honvédelmi miniszter 42/2010. (IV. 16.) HM utasítása a magán-nyugdíjpénztári tagsággal kapcsolatos feladatokról

A honvédelemről és a Magyar Honvédségről szóló 2004. évi CV. törvény 52. § (1) bekezdés f) pontja alapján az alábbi utasítást adom ki:

1. § Az utasítás hatálya a Honvédelmi Minisztériumra, a honvédelmi miniszter közvetlen alárendeltségébe, közvetlen és fenntartói irányítása alá, illetve felügyelete alá tartozó szervezetekre, a Honvédelmi Minisztérium Tábori Lelkészi Szolgálatra, a Magyar Honvédség katonai szervezeteire, valamint a katonai ügyészségekre (a továbbiakban: együtt honvédelmi szerv) terjed ki.

2. § Ezen utasítás alkalmazásában

1. munkavállaló: a honvédelmi szerv állományába tartozó hivatásos és szerződéses katona, köztisztviselő, közalkalmazott, ügyészségi alkalmazott, a Munka Törvénykönyvéről szóló 1992. évi XXII. törvény (a továbbiakban: Mt.) hatálya alá tartozó munkavállaló, az ösztöndíjas foglalkoztatott és a megbízási szerződés alapján személyes munkát végző személy,
2. munkaviszony: a katonai szolgálati jogviszony, a közszolgálati jogviszony, a közalkalmazotti jogviszony, az ügyészségi szolgálati jogviszony, az Mt. hatálya alá tartozó munkaviszony, az ösztöndíjas foglalkoztatási jogviszony és a megbízási jogviszony.

3. § (1) Munkaviszony létesítése esetén a honvédelmi szerv személyügyi szerve a munkaviszonyt létesítő személyt az 1. melléklet szerinti adatlap 3 példányban történő kitöltésével, a magán-nyugdíjpénztári tagsággal kapcsolatos nyilatkozat (a továbbiakban: pénztári tagsági nyilatkozat) megtételére, illetve a pénztártagság tényét igazoló belépési nyilatkozat, vagy pénztári tagsági okirat bemutatására kötelezi.

(2) A munkavállaló által bemutatott pénztári tagsági okiratról, illetve a magánnyugdíjpénztár által záradékolt belépési nyilatkozatról a honvédelmi szerv személyügyi szerve 2 másolati példányt készít, amelyekre feljegyzi

a) a munkavállaló honvédelmi szervnél létesített munkaviszonyának kezdő napját,
b) a munkavállaló alkalmazotti azonosító számát és
c) az okirat bemutatásának időpontját.

(3) A honvédelmi szerv személyügyi szerve a pénztári tagsági nyilatkozat 1. számú példányát a munkavállaló részére, 2. számú példányát a pénztári tagsági okiratról, illetve a magánnyugdíjpénztár által záradékolt belépési nyilatkozatról készített másolatokat is csatolva a honvédelmi szerv pénzügyi szerve részére – a pénztári tagsági nyilatkozat megtételét követő 2 munkanapon belül – adja át. A pénztári tagsági nyilatkozat 3. számú példányát a munkavállaló személyi anyaggyűjtőben kell elhelyezni.

(4) Ha a magán-nyugdíjpénztári tagságra kötelezett pályakezdő munkavállaló az (1) bekezdésben előírt kötelezettségnek nem tesz eleget, a honvédelmi szerv személyügyi szerve a pénztárak központi nyilvántartásával összefüggő egyes feladatokról, a pénztáraknak, valamint a foglalkoztatóknak a pénztártagokra vonatkozó adatszolgáltatási kötelezettségéről szóló 172/1997. (X. 6.) Korm. rendelet 4. § (1) bekezdése alapján értesíti a pályakezdő munkavállaló lakóhelye, magyarországi lakóhely vagy tartózkodási hely hiányában a foglalkoztató Magyarországon bejegyzett székhelye, telephelye, képviselete, fióktelepe szerinti területi magánynyugdíjpénztárt. A magánnyugdíjpénztár által megküldött pénztári tagsági okirat esetén a honvédelmi szerv (2) és (3) bekezdés szerint jár el.

4. § (1) Ha a honvédelmi szerv pénzügyi szerve arról szerez tudomást, hogy a munkavállaló a magánnyugdíjról és a magánnyugdíjpénztárakról szóló 1997. évi LXXXII. törvény (a továbbiakban: Mpt.) 21. § (4) bekezdés d) pontjában előírt magán-nyugdíjpénztári tagságával kapcsolatos bejelentési kötelezettségét nem teljesítette, a munkavállalót – az elmulasztott bejelentési kötelezettség utólagos teljesítése érdekében – a 2. melléklet szerinti adatlap 3 példányban történő kitöltésével a pénztártagság tényét igazoló okirat késedelmes bemutatásáról szóló nyilatkozat megtételére, illetve pénztári tagsági okirat bemutatására kötelezi.

(2) A honvédelmi szerv pénzügyi szervének képviselője a pénztártagság tényét igazoló okirat késedelmes bemutatásáról szóló nyilatkozat 1–3. számú példányait aláírja és a pénzügyi szerv bélyegzőlenyomatával hitelesíti (a továbbiakban együtt hitelesítés).

(3) A honvédelmi szerv pénzügyi szerve a záradékolással ellátott a pénztártagság tényét igazoló okirat késedelmes bemutatásáról szóló nyilatkozat 1. számú példányát a munkavállaló részére, 3. számú példányát a honvédelmi szerv

személyügyi szerve részére – a nyilatkozat megtételét követő 2 munkanapon belül – adja át. A pénztártagság tényét igazoló okirat késedelmes bemutatásáról szóló nyilatkozat 3. számú példányát a munkavállaló személyi anyaggyűjtőben kell elhelyezni.

(4) A honvédelmi szerv pénzügyi szerve a munkavállaló által bemutatott pénztári tagsági okirat esetén a 3. § (2) bekezdése szerint jár el.

5. § (1) A honvédelmi szerv pénzügyi szerve

a) a pénztári tagsági nyilatkozat 2. számú példányát a pénztári tagsági okiratról, illetve a magánnyugdíjpénztár által záradékolt belépési nyilatkozatról készült másolat egyik példányával együtt a pénztári tagsági nyilatkozat átvételét követő 2 munkanapon belül,

b) a pénztártagság tényét igazoló okirat késedelmes bemutatásáról szóló nyilatkozatot 2. számú példányát – a hitelesítést követő 2 munkanapon belül – a pénztári tagsági okiratról készült másolat egyik példányával együtt

megküldi a HM Közgazdasági és Pénzügyi Ügynökség Illetményszámfejtő Adó- és Járulékelszámoló Igazgatóság Számviteli, Statisztikai és Járulékelszámolási Osztály (HM KPÜ IAJI SZJO) részére.

(2) A honvédelmi szerv pénzügyi szerve a pénztári tagsági nyilatkozat 2. számú példányáról, illetve a záradékolással ellátott a pénztártagság tényét igazoló okirat késedelmes bemutatásáról szóló nyilatkozat 2. számú példányáról másolatot készít, amelyet a pénztári tagsági okiratról, illetve a magánnyugdíjpénztár által záradékolt belépési nyilatkozatról készült másolat egyik példányával együtt a munkavállaló pénzügyi gyűjtőjébe helyez el.

6. § A HM KPÜ IAJI SZJO a részére megküldött záradékolással ellátott a pénztártagság tényét igazoló okirat késedelmes bemutatásáról szóló nyilatkozat alapján nyilvántartásában – az érintett munkavállalók vonatkozásában – rögzíti

a) a magán-nyugdíjpénztári tagság kezdetét,

b) a pénztártagság tényét igazoló okirat bemutatásának a napját,

c) a hitelesítés napját,

d) a pénztártagság tényét igazoló okirat kézhezvételének a napját.

7. § Ha az Mpt. 21. § (4) bekezdés d) pontjában előírt, a munkavállalót terhelő magán-nyugdíjpénztári tagsággal kapcsolatos bejelentési kötelezettség késedelmes tejesítése miatt a honvédelmi tárcának a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény végrehajtásáról szóló 195/1997. (XI. 5.) Korm. rendelet 5/B. § (1) bekezdése alapján önellenőrzési pótlékot kell felszámítani és megfizetni, a HM KPÜ a kártérítési eljárás megindítása céljából a késedelembe esett munkavállaló állományilletékes parancsnokát, vezetőjét keresi meg.

8. § Ez az utasítás a közzétételét követő 3. napon lép hatályba.

Budapest, 2010. április 8.

Dr. Szekeres Imre s. k.,
honvédelmi miniszter

1. melléklet a 42/2010. (IV. 16.) HM utasításhoz

. számú példány

NYILATKOZAT
MAGÁN-NYUGDÍJPÉNZTÁRI TAGSÁGGAL KAPCSOLATBAN

Név: …….. Születési név: ……..……
Anyja neve: …….
Születési hely (ország, város): …….
Születési idő: …… év …… hónap …… nap
Taj-szám*: ……..
Lakcím (Magyarországon): …….

A társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény (a továbbiakban: Tbj.) 5. §-ában meghatározott biztosítási, vagy a Tbj. 26. § (1) bekezdésében meghatározott nyugdíjjárulék-fizetési kötelezettséggel járó jogviszony létesítésének időpontja a foglalkoztatónál**:

…… év …… hónap …… nap

1. Kijelentem, hogy a magánnyugdíjról és a magánnyugdíjpénztárakról szóló 1997. évi LXXXII. törvény (a továbbiakban: Mpt.) szerinti magyar magánnyugdíjpénztárba korábban már beléptem, magyar magánnyugdíjpénztárnál jelenleg is tagsági jogviszonyban állok/még nem léptem be.***

A jelenlegi magánnyugdíjpénztáram neve:
……..,

2. Kijelentem, hogy a most kezdődő, a Tbj. 5. §-ában meghatározott biztosítási, vagy a Tbj. 26. § (1) bekezdésében meghatározott nyugdíjjárulék-fizetési kötelezettséggel járó jogviszonyom, Magyarországon az első / nem az első*** nyugdíjjárulék-fizetési kötelezettséggel járó jogviszonyom, és pályakezdőnek minősülök / nem minősülök pályakezdőnek.***

Kelt: ……, …… év …… hónap …… nap

……..…….
a nyilatkozatot tevő
olvasható aláírása

A nyilatkozat átvételének dátuma: …… év …… hónap …… nap

P. H.

……
a foglalkoztató cégszerű aláírása

Kitöltési útmutató

* Taj-szám hiányában az útlevélszámot, vagy ennek hiányában a tartózkodási engedély számát kell feltüntetni.
** Foglalkoztató: a Tbj. 4. § a) pontja szerint meghatározott foglalkoztató. A munkaviszony létesítésének időpontját a honvédelmi szervezet személyügyi szerve rögzíti.
*** A megfelelő választ aláhúzással kell jelölni!

1. ponthoz:
A személyes adatok megadása után, a „még nem léptem be" válasz esetén, a munkavállaló és a foglalkoztató aláírása után 1-1 példány a személyügyi-pénzügyi gyűjtőbe kerül elhelyezésre annak bizonyítására, hogy a munkavállaló csak a társadalombiztosítási nyugdíjrendszerbe fizet nyugdíjjárulékot.
A „korábban már beléptem, magyar magánnyugdíjpénztárnál jelenleg is tagsági jogviszonyban állok" válasz esetén be kell írni a pénztár nevét, majd a biztosítottá válástól számított 15 napon belül a személyügyi ügyintéző részére be kell mutatni a magán-nyugdíjpénztári tagsági okiratot, vagy a pénztár által záradékolt belépési nyilatkozatot. A személyügyi ügyintéző másolatot készít a magán-nyugdíjpénztári tagságot igazoló okmányról és a járulék (tagdíj) levonás bizonylataként kezeli.
2. ponthoz:
Tagságra kötelezett pályakezdőnek minősül az a természetes személy, aki Magyarországon első alkalommal létesít a Tbj. 5. §-ában meghatározott biztosítási, vagy a Tbj. 26. § (1) bekezdésében meghatározott nyugdíjjárulék-fizetési kötelezettséggel járó jogviszonyt, illetőleg ezek hiányában nyugdíj-biztosítási jogosultság érdekében első ízben létesít a Tbj. 34. § (1) bekezdése szerinti megállapodást és ebben az időpontban még nem töltötte be a 35. életévét.

A pályakezdő köteles a biztosítottá válását követő 15 napon belül egy általa választott magánnyugdíjpénztárba belépni, a foglalkoztatónak (személyügyi ügyintézőnek) a pénztár nevét bejelenteni, a belépési nyilatkozat másolatát átadni.
Ha a munkavállaló e kötelezettségének a 15 napos határidőn belül nem tesz eleget, akkor a foglalkoztató (személyügyi ügyintéző) a munkavállalót a lakóhelye szerint illetékes területi magánnyugdíjpénztárhoz bejelenti.

Területileg illetékes nyugdíjpénztárak:

Baranya megye és Jász-Nagykun-Szolnok megye	Allianz Hungária Nyugdíjpénztár 1242 Budapest, Pf. 471
Csongrád megye	AEGON Magyarország Önkéntes és Magánnyugdíjpénztár 1399 Budapest, Pf. 666
Az összes többi megyében, valamint Budapesten	OTP Magánnyugdíjpénztár 1819 Budapest

Tájékoztatás
Tájékoztatom, hogy a társadalombiztosítási nyugellátásról szóló 1997. évi LXXXI. törvény, valamint a magánnyugdíjról és a magánnyugdíjpénztárakról szóló 1997. évi LXXXII. törvény alapján, a levont nyugdíjjárulék (tagdíj) a jövőbeni nyugellátás alapját képezi.
Ahhoz, hogy a munkavállaló által megfizetett nyugdíjjárulék, magán-nyugdíjpénztári tagdíj határidőre, a megfelelő helyre bevallásra és megfizetésre kerüljön, az alábbiak megismerése és betartása szükséges.
Hivatásos és szerződéses katonai, köztisztviselői, közalkalmazotti közszolgálati stb. munkaviszony létesítésekor a magánnyugdíjpénztár-tag munkavállaló köteles foglalkoztatójának a biztosítási jogviszony létrejöttét követő 15 napon belül bejelenteni a pénztártagság tényét és annak a magánnyugdíjpénztárnak a megnevezését, ahol a tagsági jogviszonya a munkaviszony létesítésének napján fennáll.
A pénztártagság tényét a záradékolt (pénztár által is aláírt) belépési nyilatkozat vagy tagsági okirat bemutatásával kell igazolni.

Tájékoztató a pályakezdő részére
A pályakezdő – amennyiben még nem tagja magánnyugdíjpénztárnak – köteles a biztosítottá válását követő 15 napon belül magánnyugdíjpénztárba belépni és az általa választott pénztár megnevezését, címét, bankszámlaszámát a foglalkoztatóhoz bejelenteni. Amennyiben ezen kötelezettségének e határidőig nem tesz eleget, akkor a pályakezdő kötelezően a lakóhelye (annak hiányában a foglalkoztató székhelye, telephelye) szerint illetékes területi magánnyugdíjpénztár tagjává válik (irányított pályakezdő).

2. melléklet a 42/2010. (IV. 16.) HM utasításhoz

. számú példány

NYILATKOZAT
A MAGÁN-NYUGDÍJPÉNZTÁRI TAGSÁGI OKIRAT KÉSEDELMES LEADÁSÁRÓL

Név: ……..….. Születési név: ..……..……
Anyja neve: …….
Születési hely (ország, város): ……..…
Születési idő: …… év …… hónap …… nap
Taj-szám*: ……..
Lakcím (Magyarországon): ……..…

1. Kijelentem, hogy a ……. pénzügyi szerve tájékoztatott arról, hogy munkavállalót terhelő magán-nyugdíjpénztári tagsággal kapcsolatos bejelentési kötelezettségemet a magánnyugdíjról és a magánnyugdíjpénztárakról szóló 1997. évi LXXXII. törvény. 21. § (4) bekezdés d) pontjában előírt határidőben nem teljesítettem.

2. Bejelentem, hogy magánnyugdíjpénztár-tag vagyok.
Pénztár neve: ……
Bankszámlaszáma: …….
Magán-nyugdíjpénztári tagságom kezdete: …… év ……..…… hó …… nap
Jelenlegi munkaviszonyom kezdete: ……

A fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Amennyiben a pénztári tagságomban változás következik be, a változást a változást követő 15 napon belül a munkáltató felé, munkáltató változása esetén a pénztár felé bejelentem. Jelen nyilatkozatot magán-nyugdíjpénztári tagdíj levonásához, bevallásához és megfizetéséhez adtam.

Kelt: ……, …… év …… hó …… nap

…….
a nyilatkozatot tevő olvasható
aláírása

Záradék a pénzügyi ügyintéző részéről:

A pénztár által záradékolt magán-nyugdíjpénztári okiratról 2 másolatot készítettem, valamint a jelen nyilatkozat eredeti példányát a mai napon átvettem.

Kelt: ……, …… év …… hó …… nap

P. H.

…….
a pénzügyi ügyintéző aláírása

A honvédelmi miniszter 43/2010. (IV. 16.) HM utasítása a ruházati illetménynorma 2010. évi összegeinek megállapításáról

A honvédelemről és a Magyar Honvédségről szóló 2004. évi CV. törvény 52. § (1) bekezdésének f) pontja alapján, a 97. § (1) bekezdésének n) és o) pontjaiban foglalt feladatok végrehajtása érdekében – figyelemmel a Magyar Honvédség hivatásos és szerződéses állományú katonáinak jogállásáról szóló 2001. évi XCV. törvény 127. §-ára, valamint a közalkalmazottak jogállásáról szóló 1992. évi XXXIII. törvény 79. § (1) bekezdésére – a következő utasítást adom ki:

1. § (1) Az utasítás hatálya a Honvédelmi Minisztériumra (a továbbiakban: HM), a honvédelmi miniszter alárendeltségébe, közvetlen irányítása, fenntartói irányítása, illetve felügyelete alá tartozó szervezetekre, a Magyar Honvédség katonai szervezeteire és e szervezetek hivatásos és szerződéses katonái és közalkalmazotti állományára terjed ki.

(2) Az utasításban foglaltakat alkalmazni kell a katonai ügyészségek érintett állományára.

2. § A ruházati illetménynorma 2010. évi összegeit az utasítás 1. melléklete tartalmazza.

3. § (1) A 2010. évi hivatásos utánpótlási ruházati utalványfüzetben 101 000 Ft (tábornok részére 114 000 Ft) keretösszeget kell előrenyomtatni, és a kiállításra jogosult által hitelesíttetni.

(2) A főtiszti, tiszti, zászlósi, tiszthelyettesi beosztású szerződéses állomány részére a szerződéses év fordulónapján kiadásra kerülő 2010. évi szerződéses utánpótlási ruházati utalványfüzetben, a 2010. évre vonatkozóan 126 000 Ft utánpótlási illetményt kell bejegyezni, és a kiállításra jogosult által hitelesíttetni.

4. § (1) A 2010. évi hivatásos utánpótlási ruházati utalványfüzetben előrenyomtatott és a 3. § (1) bekezdése szerint hitelesített 101 000 Ft (tábornok részére 114 000 Ft) keretösszegen felül, utalványszelvény kitöltése nélkül

a) a hivatásos tábornok részére 30 000 Ft,

b) a hivatásos főtiszt, tiszt, zászlós és tiszthelyettes részére 25 000 Ft

előleget kell kifizetni.

(2) Az (1) bekezdés szerinti előleg kifizetését követően, a katonai nemzetbiztonsági szolgálatok kivételével, a hivatásos utánpótlási ruházati utalványfüzet „Feljegyzések" részében „Keretösszegen felül 25 000 Ft (tábornok részére 30 000 Ft) készpénzben kifizetve." megjegyzést kell bejegyezni, és a kiállításra jogosult által hitelesíttetni.

(3) A főtiszti, tiszti, zászlósi, tiszthelyettesi beosztású szerződéses állomány részére – a 3. § (2) bekezdése szerint hitelesített 2010. évi utánpótlási illetmény terhére – utalványszelvény kitöltésével 25 000 Ft előleget kell kifizetni.

(4) A 2009. évre előrehozott vagy az utasítás hatályba lépése előtt kiadott – 126 000 Ft-tal (tábornok esetében 144 000 Ft-tal) érvényesített – 2010. évi utánpótlási illetményt tartalmazó hivatásos és szerződéses utánpótlási ruházati utalványfüzet keretösszegéből a 2010. évi utánpótlási illetmény terhére 25 000 Ft előleget (tábornok részére 30 000 Ft-ot) kell utalványszelvény kitöltésével kifizetni.

(5) Amennyiben a 2009. évre előrehozott vagy az utasításhatályba lépése előtt kiadott utánpótlási ruházati utalványfüzettel ellátott igényjogosult nem rendelkezik a (4) bekezdés szerinti 25 000 Ft (tábornok részére 30 000 Ft) előleg kifizetéshez szükséges fedezettel, számára csak a keretmaradvány összege fizethető ki.

(6) Az (1), (4)–(5) bekezdések szerinti előleg kifizetését a személyügyi és a ruházati szolgálat által szakmailag ellenőrzött jegyzék alapján kell teljesíteni.

(7) A katonai nemzetbiztonsági szolgálatok kivételével az (1), (3)–(5) bekezdések szerint folyósított előleg felhasználását igazoló számlával az igényjogosultnak 2010. május 31-ig, azt követő kifizetés esetén 30 napon belül kell elszámolni. Az adott naptári évre szóló számlát az állományilletékes katonai szervezet nevére és címére kell kiállíttatni.

(8) Az (1), (3)–(5) bekezdések szerint kifizetett előleget az igényjogosult a Magyar Honvédség Öltözködési Szabályzatának kiadásáról szóló 9/2005. (III. 30.) HM rendelet mellékletének (a továbbiakban: Öltözködési Szabályzat) 52/A., 68. a) és 69. c) alpontjaiban meghatározott, a szolgálatteljesítéséhez szükséges

a) az igényjogosult nemének és az Öltözködési Szabályzat előírásainak megfelelő fehérnemű (így különösen a férfi esetében: atlétatrikó, alsónadrág, nő esetében: kombiné, kombidressz, trikó, melltartó, sportmelltartó, alsó),

b) az egyéni higiéniát biztosító tusolópapucs, valamint

c) sportruházat (így különösen hosszú ujjú szabadidőfelső, hosszú szárú szabadidőalsó, sportkabát, kétrészes sportruha, melegítő, tréningruha, jogging, szabadidőruha, edzőpóló, sporttrikó, sporting, sportpóló, edzőnadrág, sportnadrág, sportzokni, sportcipő, speciális edzőcipő, futócipő, futballcipő, kosárcipő, szabadidőcipő, továbbá

egyéni védőfelszerelés, különösen boka-, térd-, combvédő gumi) vagy a használat tekintetében hasonló rendeltetésű termékek vásárlására és pótlására fordíthatja.

(9) Az (1), (3)–(5) bekezdések szerint kifizetett előleget az igényjogosult nem számolhatja el tisztításra, mosatásra és méretre igazításra.

(10) Amennyiben az igényjogosult a meghatározott határidőig az (1), (3)–(5) bekezdések szerint kifizetett előleggel nem, vagy csak részben számol el, az ellátó katonai szervezet pénzügyi szolgálatának gondoskodnia kell az elszámolás után fennálló összegből az adó- és járulék – következő havi illetményéből történő – levonására.

(11) A katonai nemzetbiztonsági szolgálatok kivételével az (1), továbbá a (3)–(5) bekezdések szerinti előleg kifizetése csak azon igényjogosult részére teljesíthető, aki átvett és érvényes 2010. évi utánpótlási ruházati utalványfüzettel rendelkezik.

5. § (1) A hivatásos katonanői állomány részére – a 3. § (1) bekezdése szerint hitelesített 2010. évi utánpótlási illetmény terhére – utalványszelvény kitöltésével további 15 000 Ft előleget kell kifizetni.

(2) A főtiszti, tiszti, zászlósi, tiszthelyettesi beosztású szerződéses katonanői állomány részére – a 3. § (2) bekezdése szerint hitelesített 2010. évi utánpótlási illetmény terhére – utalványszelvény kitöltésével további 15 000 Ft előleget kell kifizetni.

(3) A 2009. évre előrehozott vagy az utasítás hatályba lépése előtt kiadott – 126 000 Ft-tal érvényesített – 2010. évi utánpótlási illetményt tartalmazó hivatásos és szerződéses utánpótlási ruházati utalványfüzet keretösszeg maradványából – a 4. § (4) bekezdést bekezdés szerinti előlegkifizetést követően – a hivatásos és a főtiszti, tiszti, zászlósi, tiszthelyettesi beosztású szerződéses katonanő részére további 15 000 Ft előleget kell utalványszelvény kitöltésével kifizetni.

(4) Amennyiben a 2009. évre előrehozott vagy az utasítás hatályba lépése előtt kiadott utánpótlási ruházati utalványfüzettel ellátott hivatásos és a főtiszti, tiszti, zászlósi, tiszthelyettesi beosztású szerződéses katonanő – a 4. § (4) bekezdés szerinti előlegkifizetést követően – nem rendelkezik a (3) bekezdés szerinti 15 000 Ft előlegkifizetéshez szükséges fedezettel, számára csak a keretmaradvány összege fizethető ki.

(5) A (1), (3)–(4) bekezdések szerinti előleg kifizetését a személyügyi és a ruházati szolgálat által szakmailag ellenőrzött jegyzék alapján kell teljesíteni.

(6) Az (1)–(4) bekezdések szerint folyósított előleg felhasználását igazoló számlával az igényjogosultnak 2010. május 31-ig, azt követő kifizetés esetén 30 napon belül kell elszámolni. Az adott naptári évre szóló számlát az állományilletékes katonai szervezet nevére és címére kell kiállíttatni.

(7) Az (1)–(4) bekezdések szerint kifizetett előleget az igényjogosult az Öltözködési Szabályzat 68. c) alpontjában meghatározott testszínű harisnya és harisnyanadrág vagy a használat tekintetében hasonló rendeltetésű termék vásárlására és pótlására fordíthatja.

(8) Amennyiben az igényjogosult a meghatározott határidőig az (1)–(4) bekezdések szerint kifizetett előleggel nem, vagy csak részben számol el, az ellátó katonai szervezet pénzügyi szolgálatának gondoskodnia kell az elszámolás után fennálló összegből az adó- és járulék – következő havi illetményéből történő – levonására.

(9) Az (1)–(4) bekezdések szerinti előleg kifizetése csak azon igényjogosult részére teljesíthető, aki átvett, érvényes 2010. évi utánpótlási ruházati utalványfüzettel rendelkezik.

6. § (1) A 2010. évi hivatásos és szerződéses alapfelszerelési ruházati utalványfüzetben bejegyzett és érvényesített keretösszegből, utalványszelvény kitöltésével, próbaidőt követően a katonanő részére 17 000 Ft előleget kell kifizetni.

(2) Az (1) bekezdés szerint folyósított előleg felhasználását igazoló számlával az igényjogosultnak 2010. május 31-ig, azt követő kifizetés esetén 30 napon belül kell elszámolni. Az adott naptári évre szóló számlát az állományilletékes katonai szervezet nevére és címére kell kiállíttatni.

(3) Az (1) bekezdés szerint kifizetett előleget az igényjogosult katonanő az Öltözködési Szabályzat 68. a) és c) alpontjaiban meghatározott, a szolgálatteljesítéséhez szükséges

a) az igényjogosult nemének és az Öltözködési Szabályzat előírásainak megfelelő fehérnemű (így különösen kombiné, kombidressz, trikó, melltartó, sportmelltartó, alsó), valamint

b) testszínű harisnya és harisnyanadrág vagy a használat tekintetében hasonló rendeltetésű termékek vásárlására fordíthatja.

(4) Az (1) bekezdés szerint kifizetett előleget az igényjogosult nem számolhatja el tisztításra, mosatásra és méretre igazításra.

(5) Amennyiben az igényjogosult a meghatározott határidőig az (1) bekezdés szerint kifizetett előleggel nem, vagy csak részben számol el, az ellátó katonai szervezet pénzügyi szolgálatának gondoskodnia kell az elszámolás után fennálló összegből az adó- és járulék – következő havi illetményéből történő – levonására.

(6) Az (1) bekezdés szerinti előleg kifizetése csak azon igényjogosult részére teljesíthető, aki átvett, érvényes 2010. évi alapfelszerelési ruházati utalványfüzettel rendelkezik.

7. § (1) A szerződéses legénységi állomány részére 2010. évben egyszeri alkalommal, próbaidőt követően, külön jegyzék alapján 20 000 Ft előleget kell kifizetni.

(2) Az (1) bekezdés szerint folyósított előleg felhasználását igazoló számlával az igényjogosultnak 2010. május 31-ig, azt követő kifizetés esetén 30 napon belül kell elszámolni. Az adott naptári évre szóló számlát az állományilletékes katonai szervezet nevére és címére kell kiállíttatni.

(3) Az (1) bekezdés szerint kifizetett előleget az igényjogosult az Öltözködési Szabályzat 52/A, 68. a) és 69. c) alpontjaiban meghatározott, a szolgálatteljesítéséhez szükséges

a) az igényjogosult nemének és az Öltözködési Szabályzat előírásainak megfelelő fehérnemű (így különösen a férfi esetében: atlétatrikó, alsónadrág, nő esetében: kombiné, kombidressz, trikó, melltartó, sportmelltartó, alsó),

b) az egyéni higiéniát biztosító tusolópapucs, valamint

c) sportruházat (így különösen hosszú ujjú szabadidőfelső, hosszú szárú szabadidőalsó, sportkabát, kétrészes sportruha, melegítő, tréningruha, jogging, szabadidőruha, edzőpóló, sporttrikó, sporting, sportpóló, edzőnadrág, sportnadrág, sportzokni, sportcipő, speciális edzőcipő, futócipő, futballcipő, kosárcipő, szabadidőcipő, továbbá egyéni védőfelszerelés, különösen boka-, térd-, combvédő gumi) vagy a használat tekintetében hasonló rendeltetésű termékek vásárlására és pótlására fordíthatja.

(4) Az (1) bekezdés szerint kifizetett előleget az igényjogosult nem számolhatja el tisztításra, mosatásra és méretre igazításra.

(5) Amennyiben az igényjogosult a meghatározott határidőig az (1) bekezdés szerint kifizetett előleggel nem, vagy csak részben számol el, az ellátó katonai szervezet pénzügyi szolgálatának gondoskodnia kell az elszámolás után fennálló összegből az adó és járulék – következő havi illetményéből történő – levonására.

8. § (1) A hivatásos és a főtiszti, tiszti, zászlósi, tiszthelyettesi beosztású szerződéses állomány részére 2010. évben egyszeri alkalommal, a 2010. évi ruházati illetményen felül 10 000 Ft ruházati kiegészítő illetményt kell előlegként kifizetni.

(2) Az (1) bekezdés szerinti előleg kifizetését a személyügyi és a ruházati szolgálat által szakmailag ellenőrzött jegyzék alapján kell teljesíteni.

(3) A katonai nemzetbiztonsági szolgálatok kivételével az (1) bekezdés szerint folyósított előleg felhasználását igazoló számlával az igényjogosultnak 2010. május 31-ig, azt követő kifizetés esetén 30 napon belül kell elszámolni. Az adott naptári évre szóló számlát az állományilletékes katonai szervezet nevére és címére kell kiállíttatni.

(4) Az (1) bekezdés szerint kifizetett előleget az igényjogosult az Öltözködési Szabályzat 15. c) alpontja alapján a szolgálati feladatok ellátása érdekében, a kulturált munkahelyi megjelenéshez szükséges felsőruházati cikkek (így különösen a férfi esetében: öltöny, zakó, nadrág, ing, nő esetében: kosztüm, blézer, nadrág, szoknya, blúz), ruházati kiegészítők (így különösen táska, nyakkendő, deréköv) és lábbeli vagy a használat tekintetében hasonló rendeltetésű termékek vásárlására és pótlására fordíthatja.

(5) Az (1) bekezdés szerint kifizetett előleget az igényjogosult nem számolhatja el tisztításra, mosatásra és méretre igazításra.

(6) Amennyiben az igényjogosult a meghatározott határidőig az (1) bekezdés szerint kifizetett előleggel nem, vagy csak részben számol el, az ellátó katonai szervezet pénzügyi szolgálatának gondoskodnia kell az elszámolás után fennálló összegből az adó- és járulék – következő havi illetményéből történő – levonására.

(7) A katonai nemzetbiztonsági szolgálatok kivételével az (1) bekezdés szerinti előleg kifizetése csak azon igényjogosult részére teljesíthető, aki átvett és érvényes 2010. évi utánpótlási ruházati utalványfüzettel rendelkezik.

9. § (1) Az utánpótlási illetményből az Öltözködési Szabályzat rendelkezéseitől eltérő öltözet viselésének beszerzésre csak az Öltözködési Szabályzat 15. pontjában meghatározott esetekben fizethető ki készpénz.

(2) A katonai nemzetbiztonsági szolgálatok szakmai, támogatási, együttműködési, biztonságvédelmi és kapcsolattartási feladataiban rész tvevő hivatásos állomány differenciált kiegészítő illetménye a ruházati utánpótlási illetmény 60%-áig terjedhet. A differenciált kiegészítő illetmény megállapítását, valamint a ruházati utánpótlási és differenciált kiegészítő

illetmény kifizetési, elszámolási, valamint nyilvántartási rendjét, módját, továbbá a katonai egyenruházaton felül elszámolható cikkek listáját a szolgálatok főigazgatói önállóan szabályozzák.

(3) A katonai ügyészségek részére történő kifizetés mértékét és a katonai egyenruházaton felül elszámolható cikkek listáját a katonai főügyész önállóan szabályozza.

(4) A katonai nemzetbiztonsági szolgálatok kivételével az Öltözködési Szabályzat 15. a), bc), bd), be) és c) alpontjaiban meghatározott esetekben utánpótlási illetményből történő kifizetés esetén a folyósított előleg felhasználását igazoló számlával az igényjogosultnak 2010. május 31-ig, azt követő kifizetés esetén 30 napon belül kell elszámolni. Az adott naptári évre szóló számlát az állományilletékes katonai szervezet nevére és címére kell kiállíttatni. A kifizetés mértékét és a katonai egyenruházaton felül számla ellenében elszámolható cikkek listáját az elrendelő szervezet vezetője határozza meg.

(5) Az (1), (3)–(4) bekezdések szerinti kifizetés csak azon személyek részére lehetséges, akik az Öltözködési Szabályzat 15. d) alpontjának előírásai szerint rendelkeznek az Öltözködési Szabályzat 45–48. pontjaiban meghatározott öltözeti változatokkal. Az öltözetek meglétét a szervezetek vezetői kötelesek ellenőrizni.

(6) A katonai nemzetbiztonsági szolgálatok kivételével az (1), (3)–(4) bekezdések szerinti előleg kifizetése csak azon igényjogosult részére teljesíthető, aki átvett, érvényes 2010. évi utánpótlási ruházati utalványfüzettel rendelkezik.

(7) Amennyiben az igényjogosult a meghatározott határidőig az (1)–(4) bekezdések szerint kifizetett előleggel nem, vagy csak részben számol el, az ellátó katonai szervezet pénzügyi szolgálatának gondoskodnia kell az elszámolás után fennálló összegből az adó és járulék – következő havi illetményéből történő – levonására.

10. § Az ellátó katonai szervezet parancsnokának a 2010. évi utalványfüzet kiadását igazoló 2009. évi „utalvány új ruházati utalványfüzetre szelvényekkel" (záró szelvényekkel) és a kifizetéseket tartalmazó ruházati utalványfüzetből kiemelt „ruházati anyag átvételi utalványszelvényekkel" a tábornoki, főtiszti, tiszti, zászlósi és tiszthelyettesi beosztást betöltő hivatásos és szerződéses állomány ruházati illetménygazdálkodásának egyes szabályairól szóló 14/2009. (HK 5.) HM VTISZÁT intézkedés 24. pontja alapján kell elszámolnia.

11. § A honvédségi közalkalmazottak ruházati költségtérítéséről szóló 17/1994. (HK 9.) HM utasítás 2. § (3) bekezdése, valamint a közalkalmazottak jogállásáról szóló 1992. évi XXXIII. törvény 79. § (2) bekezdés előírásainak megfelelően a honvédségi közalkalmazottak 2010. évi ruházati költségtérítésének keretösszegét 50 000 Ft-ban állapítom meg.

12. § (1) A 3. §, a 4. § (1), (3)–(5), az 5. § (1)–(4), a 6. § (1), a 7. § (1), valamint a 8. § (1) bekezdések szerinti juttatások nem illetményesek az 1 évet meghaladó illetménynélküli szabadság időtartamára, valamint a Magyar Honvédség hivatásos és szerződéses állományú katonáinak jogállásáról szóló 2001. évi XCV. törvény 263. §-a szerint a szolgálati idő számítása szempontjából figyelembe nem vehető 1 évet meghaladó időtartamra.

(2) Az (1) bekezdésben meghatározott esetek előtti, illetve leteltét követő időszakra a 3. §, a 4. § (1), (3)–(5), az 5. § (1)–(4), a 6. § (1), a 7. § (1), valamint a 8. § (1) bekezdések szerinti juttatásokat időarányosan kell számolni, illetve kifizetni.

13. § (1) Ez az utasítás a közzététele napján lép hatályba, azonban rendelkezéseit 2010. január 1-jétől kell alkalmazni.

(2) Ez az utasítás 2012. december 31-én hatályát veszti.

Budapest, 2010. április 8.

Dr. Szekeres Imre s. k.,
honvédelmi miniszter

1. melléklet a 43/2010. (IV. 16.) HM utasításhoz

Ruházati illetménynorma a 2010. évre

Megjegyzés: A ruházati illetmények tervezésekor és a költségvetési előirányzatok lehívásakor az 54813, az 54814, az 543112, az 543111 és az 5521991 tervezési tételeken + 25%-os áfával kell számolni.

Hivatásos és főtiszti, tiszti, zászlósi és tiszthelyettes beosztású szerződéses állomány ruházati illetménye

Jogosult állomány		Jogcímkód	Illetmény összege (Ft)
Tábornok	Főtiszti állományból alapfelszerelés kiegészítése	21 101	125 000
	Polgári életből	21 102	575 000
Hivatásos és szerződéses állomány alapfelszerelési illetménye			
Főtiszt, tiszt, zászlós és tiszthelyettes	ZMNE főiskolai kari állományából	21 111	500 000
	Tiszthelyettesi iskola állományából	21 112	500 000
	Más fegyveres testülettől	21 113	500 000
	Polgári életből	21 114	500 000
	Hivatásos a próbaidőszak időtartamára	21 115	250 000
Főtiszt, tiszt, zászlós	Tiszthelyettesi állományból alapfelszerelés kiegészítése	21 160	100 000
Hivatásos és szerződéses állomány utánpótlási illetménye 1 évre			
Tábornok		21 201	144 000
Főtiszt, tiszt, zászlós, tiszthelyettes		21 202	126 000

Megjegyzések:

1. A hivatásos és főtiszti, tiszti, zászlósi és tiszthelyettesi beosztású szerződéses utánpótlási ruházati illetmény 1 havi átlaga: 10 500 Ft
2. A tábornok utánpótlási ruházati illetmény 1 havi átlaga: 12 000 Ft
3. A honvédelem érdekében munkát végző nyugállományú katona 2010-re tervezhető ruházati illetménye: 10 000 Ft

Ellátottak ruházati kiadása
Tervezési tétel: 54813

Jogcím				Jogcímkód	Normakód 1. Illetmény (Ft) Alap-felszerelés	Normakód 2. Illetmény (Ft) Utánpótlás 1 évre	Normakód 3. Illetmény (Ft) Utánpótlás 1 napra	Megjegyzés
ZMNE főiskolai kari állományából			(1)	21 400	352 000	162 260	444,55	(1) Testtel érintkező fehérnemű és tusolópapucs vásárlásra készpénzben kifizethető előleg:
Katonai tiszthelyettes iskolai hallgató			(1)	21 410	195 720	83 440	228,60	
Legénységi beosztásban lévő szerződéses állomány	Próbaidőre		(2)	21 420	226 060	–	–	Alapfelszerelési illetményből: ffi: 10 000 Ft, nő: 12 000 Ft Utánpótlási illetményből: ffi: 6000 Ft, nő: 8000 Ft
	Próbaidőt követően	Általános és harckocsizó		21 421	–	89 320	244,71	
		Ejtőernyős		21 422	117 020	99 260	271,95	
		Repülőgép-szerelő		21 423	86 860	88 140	241,48	
Szerződéses főtiszt, tiszt, zászlós és tiszthelyettes próbaidőre				21 430	175 980	–	–	(2) Csak kiképzést végrehajtó szervezet számolhatja fel. (3) A 132/2008. (HK 1/2009.) HM VTISZÁT intézkedés alapján.
A katonai szervezet készletéből 90 M hadi (gyakorló) ruha cseréjére jogosult hivatásos és szerződéses állomány	Általános és harckocsizó			21 450	–	21 600	–	
	Ejtőernyős			21 451	–	23 000	–	
	Repülőgép-szerelő			21 452	–	21 000	–	
	Repülőhajózó			21 453	–	21 600	–	
	Magassági öltözetet viselő			21 454	-	21 600	–	
	Hadihajós			21 455	–	23 000	–	
Díszruházatra kiegészítő illetmény	Díszelgő állomány	Ht. és szerz. ti., tts. állomány		21 460	215 060	83 300	228,22	
		Legs. beo. szerz. állomány		21 461	196 060	77 400	212,05	
Zenészállomány			(3)	21 470	129 040	129 040	–	(4) Csak a ténylegesen letöltött időre illetményes.
Önkéntes tartalékos állomány	14 napnál hosszabb idejű	kiképzésre behívott	(4)	21 490	–	–	470,13	
	14 napnál rövidebb idejű			21 491	–	–	356,16	

Ruházati kiegészítő és felszerelési anyagok
Tervezési tétel: 54814

Jogcím		Jogcímkód	Normakód 1. Illetmény (Ft) Alap-felszerelés	Normakód 2. Illetmény (Ft) Utánpótlás 1 évre	Normakód 3. Illetmény (Ft) Utánpótlás 1 napra	Megjegyzés
Őr (fűtetlen őrhelyenként)		21 620	27 540	9 180	25,15	
Motorkerékpár		21 630	14 140	4 240	11,62	
Fekhelyek	Gyengélkedőszobai ágy	21 640	7 520	4 440	12,16	
	Eü. vizsgáló, kezelő, fizikoterápiás fekhely	21 641	1 440	1 440	3,95	(1) Utánpótlás csak az igénybevétel napjaira számítható fel.
	Tiszti, tiszthelyettesi ügyeleti, szolgálati fekhely (3)	21 642	6 880	8 180	22,41	
	Polgáriőr-fekhely	21 643	7 520	4 440	12,16	
	Nőtlen tiszti-, átvonuló-, nővér- stb. szállás, illetve KORK fekhelyei után (1) (2)	21 644	6 880	8 180	22,41	(2) Legénységi besosztásban lévő szerződésesés laktanyai
Szolgálatikutya-felszerelés	Őrkutya, robbanóanyag-kereső kutya	21 660	24 960	3 740	10,25	elhelyezése esetén felszámítható.
	Kiképzési csoportonként (4 vagy több kutya után)	21 661	15 000	5 000	13,70	
Felderítő		21 671	8 100	2 700	7,40	
Rendész		21 672	19 260	12 900	35,34	
Rendészkiegészítő felszerelés		21 673	57 880	25 560	70,03	(3) Az MH 1. HTHZ hajóin lévő fekhelyekre is illetményes.
Forgalomszabályozó, diszpécser és ellenőr		21 674	28 600	12 400	33,97	
Forgalomszabályozó, diszpécser és ellenőr kiegészítő felszerelése		21 675	14 560	5 780	15,84	
Hajófedélzeten szolgálatot teljesítő		21 676	5 140	2 570	7,04	
Vasútállomás katonai parancsnoka		21 677	12 500	3 750	10,27	
Szállítmánykísérő		21 678	12 500	3 750	10,27	

Kiképzési irodaszer
Tervezési tétel: 543113

Jogcím	Jogcím-kód	Normakód		Megjegyzés
		2.	3.	
		Illetmény (Ft)		
		Utánpótlás		
		1 évre	1 napra	
Tábornok	11 100	5 200	14,25	(1) A tanév kezdetekor készpénzben kifizethető. Nem honvédségi ösztöndíjasnak, levelező és tanszervásárlási kedvezményben részesülő polgári felsőfokú tanintézetben tanuló hallgatónak nem illetményes. Kizárólag a képzést végző tanintézet számíthatja fel.
Hivatásos és szerződéses főtiszt, tiszt	11 110	4 160	11,40	
Nemzetvédelmi Egyetem hallgatója (1)	11 111	2 600	7,12	
Főtiszt, tiszt, továbbképző iskolai hallgató (1)	11 112	2 600	7,12	
ZMNE főiskolai kari állományából (1)	11 113	2 600	7,12	
Hivatásos és szerződéses zászlós, tiszthelyettes	11 120	3 120	8,55	
Katonai tiszthelyettesi iskolai hallgató	11 121	2 080	5,70	
Legénységi beosztású szerződéses	11 130	1 040	2,85	
Önkéntes tartalékos tiszti, tiszthelyettes-hallgató	11 132	–	5,70	
Szaktanfolyamon lévő szerződéses legénységi beosztású állomány után kiegészítés (2)	11 133	520	–	(2) Tanfolyamonként a kiképző katonai szervezetnél számítható fel.
Kiképzésre behívott önkéntes tartalékos állomány	11 141	–	5,20	
Műszaki rajzoló (állománytáblás)	11 150	12 480	34,19	
Honvédségi közalkalmazott	11 170	2 080	5,70	

Írószer, egyéb irodaszer
Tervezési tétel: 543113

Jogcímkód	Illetmény		Jogcímkód	Illetmény	
	Típus	Egy évre (Ft)		Típus	Egy évre (Ft)
11 201	I.	3 200	11 205	V.	32 000
11 202	II.	6 820	11 206	VI.	60 000
11 203	III.	12 400	11 207	VII.	90 000
11 204	IV.	22 000	11 208	VIII.	295 000

Vegyes nyomtatvány
Tervezési tétel: 543112

Jogcímkód	Illetmény		Jogcímkód	Illetmény	
	Típus	Egy évre (Ft)		Típus	Egy évre (Ft)
11 301	1.	250 000	11 304	3.	19 500
11 302	2.	60 000	11 305	4.	6 000

Irodai papír
Tervezési tétel: 543111

Jogcímkód	Illetmény		Jogcímkód	Illetmény	
	Típus	Egy évre (Ft)		Típus	Egy évre (Ft)
11 401	I.	5 100	11 405	V.	33 200
11 402	II.	7 500	11 406	VI.	58 800
11 403	III.	13 800	11 407	VII.	96 400
11 404	IV.	24 500	11 408	VIII.	317 900

Nyomdai papírok
Tervezési tétel: 543111

A szükségletet minden évben a következő évre előre kell tervezni és a költségfedezetet 2010. május 31-ig igényelni a HM FLÜ ellátási osztályvezetőtől. A pénzkeret felhasználását az indokolt igénybejelentés alapján a HM FLÜ ATKI ellátási osztályvezető engedélyezi, amelyet a „Felszámítási kimutatás”-ban kell rögzíteni.

Megjegyzés: A típusbesorolásokat és a szorzószámokat a HM FLÜ ATKI ellátási osztály vezetője 2010. június 30-ig az alakulatok részére megküldi.

Textiltisztítás, -javítás, -karbantartás, -szolgáltatás
Tervezési tétel: 5521991

Jogcím		Jogcímkód	Normakód		Megjegyzés
			2.	3.	
			Illetmény (Ft)		
			Utánpótlás		
			1 évre	1 napra	
Legénységi beosztában lévő szerződéses állomány		12 000	17 680	48,44	(1) Csak az igénybevétel időtartamára számolható fel.
Önkéntes tartalékos állomány	14 napnál hosszabb időre behívott állomány	12 010	17 680	48,44	
	14 napnál rövidebb időre („M" szemle, gyakorlat, kiképzés) behívott és azon hadiruházatban részt vevő állomány részére bevonulásonként kifizetendő mosatási költségtérítés.	12 011	780	–	
Fekhelyek	Gyengélkedőszobai ágy	12 020	13 250	36,30	(2) Legénységi beosztású szerződéses állomány laktanyai elhelyezése esetén is illetményes.
	Kórházi ágy	12 021	34 320	94,03	
	Eü. vizsgáló, kezelő, fizikoterápiás fekhely	12 022	34 320	94,03	
	Tiszti, tiszthelyettesi ügyeleti, szolgálati fekhely (1) (3)	12 023	47 840	131,07	
	Polgáriőr-fekhely	12 024	13 250	36,30	
	Nőtlen tiszti-, nővér- stb. szállóban, szálláson, valamint kiképzési-oktatási és regeneráló központ fekhelyei után (1) (2)	12 025	–	62,40	(3) Az MH 1. HTHZ hajóin lévő fekhelyekre is illetményes.
Tiszti étkezde átlag ebédadag szám alapján		12 030	–	15,60	
Hallgatói állomány	ZMNE főiskolai kari állományából	12 040	17 680	48,44	
	Katonai tiszthelyettesi iskolákon	12 041	17 680	48,44	(4) Külön terv szerint.
Díszelgő állomány		12 060	6 240	17,10	
Általános egyéni védőeszköz-karbantartás (4)		12 080	–		

Munka- és védőruházat
Tervezési tétel: 54811

Jogcím	Jogcímkód	Normakód			Megjegyzés
		1.	2.	3.	
		Illetmény (Ft)			
		Alap-felszerelés	Utánpótlás		
			1 évre	1 napra	
Általános egyéni védőeszköz (1)	13 888	–			(1) Külön terv szerint.

Ruházati költségtérítés

Jogcím	Jogcímkód	Normakód	Megjegyzés
		2.	
		Illetmény (Ft)	
		Utánpótlás	
		1 évre	
Honvédségi közalkalmazott (1)	13 999	50 000	(1) A 17/1994. (HK 9.) HM utasítás alapján.

A közlekedési, hírközlési és energiaügyi miniszter 1/2010. (IV. 16.) KHEM tájékoztatója a helyi közösségi közlekedés támogatásának igénylése során a bevételekkel nem fedezett indokolt költségek meghatározásáról

A helyi közösségi közlekedés támogatásának 2010. évi igénylésével összefüggő, a bevételekkel nem fedezett indokolt költségek meghatározásával kapcsolatos eljárásról a következő tájékoztatót adom ki:

1. A bevételekkel nem fedezett indokolt költségek meghatározásának általános elvei

1.1. Az Európai Parlament és az Európai Tanács a 2009. december 3-án hatályba lépett, a vasúti és közúti személyszállítási közszolgáltatásról, valamint az 1191/69/EGK és az 1107/70/EGK tanácsi rendelet hatályon kívül helyezéséről szóló 1370/2007/EK rendeletében (a továbbiakban: EK rendelet) meghatározott elvekkel összhangban, a helyi közlekedési közszolgáltatást megrendelő önkormányzat (a továbbiakban: önkormányzat) által biztosított működési (a helyi közlekedés folyamatos üzemeltetéséhez és eszközfenntartási ráfordításaihoz nyújtott) támogatások, valamint a központi költségvetés terhére biztosított támogatás együttes összege – figyelemmel az Európai Közösség Bíróságának C-280/00 sz., az Altmark Trans GmbH ügyben 2003. július 24-én hozott ítéletében (a továbbiakban: ítélet) foglalt feltételekre is – nem haladhatja meg az érintett önkormányzat területén végzett helyi közlekedési közszolgáltatással a tárgyévet megelőző évben felmerült, a bevételekkel nem fedezett indokolt költségek és az ágazatban szokásos ésszerű nyereség együttes összegét, a költségtérítés nem vezethet a közszolgáltatást végző társaság túlkompenzációjához.

1.2. A túlkompenzáció kizárásának biztosításához, így a költségek és bevételek tekintetében szükséges figyelembe venni valamennyi, a közszolgáltatással kapcsolatban a tárgyévet megelőző évben felmerült szükséges és indokolt költséget, az ágazatban szokásos ésszerű nyereség összegét, valamint a közszolgáltatással kapcsolatban a tárgyévet megelőző évben realizált – a tárgyévet megelőző második évre a helyi közlekedés támogatása keretében állami forrásból juttatott támogatás kivételével – valamennyi menetdíjbevételt, állami vagy önkormányzati forrásból működési célra (a helyi közlekedés folyamatos üzemeltetéséhez és eszközfenntartási ráfordításaihoz) juttatott támogatást, kompenzációt.

1.3. A bevételekkel nem fedezett indokolt költségek meghatározása során alkalmazott kalkulációs módszertannak ösztönöznie kell:
- a hatékony gazdálkodás elveinek érvényesülését,
- a közszolgáltatások fejlesztését, valamint
- a közszolgáltatások fenntarthatóságának biztosítását.

2. A tisztességes és egyenlő versenyeztetési eljárásban odaítélt pályázatokra vonatkozó különös szabályok

Az autóbusszal végzett menetrend szerinti személyszállításról szóló 2004. évi XXXIII. törvény 6. §-a alapján lefolytatott eljárásban odaítélt pályázatok esetében az önkormányzat által igényelhető támogatás legfelső összege az ilyen eljárásban odaítélt szolgáltatás tárgyévet megelőző évi, az önkormányzat által a helyi közlekedés működtetésének (folyamatos üzemeltetésének és eszközfenntartási ráfordításainak) finanszírozására fordított támogatásával nem fedezett mértékű ellenértéke, amely esetben a bevételekkel nem fedezett indokolt költségek vizsgálata nem szükséges.

3. A bevételekkel nem fedezett indokolt költségek számítása során figyelembe veendő bevételi és költségtételek, valamint a nyereség meghatározása

Bevételek:

– a közszolgáltatás teljesítésével összefüggésben a tárgyévet megelőző évben realizált menetdíjbevételek (jegy, bérlet, pótdíj), valamint a kedvezményes bérletek és az ingyenes utazások után igénybe vett fogyasztói árkiegészítés;

– a közlekedési közszolgáltatás teljesítésével összefüggésben a tárgyévet megelőző évben realizált egyéb bevételek (az állami és az önkormányzati forrásból származó működési célú támogatás vagy kompenzáció kivételével), valamint
– a tárgyévet megelőző évben biztosított állami, önkormányzati és egyéb működési célú (a helyi közlekedés folyamatos üzemeltetéséhez és eszközfenntartási ráfordításaihoz nyújtott) támogatás, kompenzáció (a helyi közlekedés támogatása keretében állami forrásból juttatott támogatás kivételével).
Költségek:
– valamennyi, a helyi közlekedési közszolgáltatás teljesítésével összefüggésben a tárgyévet megelőző évben felmerült, a hatályos számviteli jogszabályoknak megfelelően elkülönítve nyilvántartott szükséges és indokolt költség.
Nyereség:
– az ágazatban szokásos ésszerű nyereség fogalma alatt az indokolt költség 1–5%-a értendő.

A bevételek, a költségek, valamint a nyereség pontos meghatározását a tájékoztató melléklete tartalmazza.

Bevételek	Költségek és nyereség
Menetdíjbevételek	Üzemeltetés közvetlen személyi jellegű költsége
Fogyasztói árkiegészítés	Üzemeltetés közvetlen üzemanyagköltsége
Pótdíjbevétel	Üzemeltetés közvetlen egyéb anyagköltsége
Egyéb hozzájárulások, működési célú támogatások	Üzemeltetés egyéb közvetlen költsége
	Karbantartás közvetlen költsége
	Infrastruktúra költsége
	Eszközpótlás/finanszírozás költsége
	Alvállalkozásba kiadott tevékenység költsége
	Értékesítéshez kapcsolódó költségek
	Tevékenység ellátásához kapcsolódó közvetett költségek
	Társasági általános költségek
	Nyereség
Bevételek összesen	Költségek és nyereség összesen

4. A bevételekkel nem fedezett indokolt költségek és nyereség kalkulációja

A bevételekkel nem fedezett indokolt költségek alatt a tájékoztató mellékletében meghatározottak szerint számított bevételi, költség- és az ágazatban szokásos ésszerű nyereségtételek összesítését követően az összes bevétel, az összes indokolt költség és nyereség negatív egyenlegét kell érteni.

4.1. Az autóbuszok üzemanyagköltségének számításával kapcsolatos szabályok
A helyi közforgalmú közlekedés bevétellel nem fedezett indokolt költségeinek számítása során az autóbuszok üzemanyag-fogyasztása a közúti gépjárművek, az egyes mezőgazdasági, erdészeti és halászati erőgépek üzemanyag- és kenőanyag-fogyasztásának igazolás nélkül elszámolható mértékéről szóló 60/1992. (IV. 1.) Korm. rendelet alapján kerül meghatározásra.

4.2. Az eszközpótlás/finanszírozás költségének számításával kapcsolatos szabályok
Az önkormányzat által a szolgáltató eszközpótlási költségei közül az a költség fogadható el indokoltnak, amely összhangban áll a megrendelt közszolgáltatás minőségi mutatóival, valamint biztosítja a fenntartható közszolgáltatást.
Az önkormányzatok a közszolgáltatási kötelezettséggel kapcsolatos kompenzáció során a bevételekkel nem fedezett indokolt költségek tekintetében figyelembe vehetik azokat a fejlesztésekkel felmerülő eszközpótlási költségnövekedéseket, amelyek a járműállomány minőségi feltételeivel összefüggő, az önkormányzat által meghatározott követelményekből adódnak. Az önkormányzat által meghatározott jövőbeli többlet

követelményekkel összefüggésben az indokolt költségek megállapítása során biztosított az eltérés lehetősége az eszközpótlással felmerülő tényköltségektől.

A közszolgáltatás teljesítésével kapcsolatos jövőbeli többletkövetelményekre tekintettel az eszközpótlási költség sem haladhatja meg:

a) busszal végzett személyszállítás esetén az 50 Ft/hasznoskilométert vagy 0,7 Ft/férőhely-kilométert,

b) kötött pályás járművekkel végzett személyszállítás esetén 80 Ft/hasznoskilométert vagy 0,9 Ft/férőhely-kilométert.

4.3. A tevékenység ellátásához kapcsolódó közvetett költségek, valamint a társasági általános költségek számításával kapcsolatos szabályok

Az EK-rendeletben és -ítéletben foglaltaknak megfelelően a helyi közösségi közlekedés teljesítésére vonatkozó közszolgáltatási szerződés, illetve e tevékenység finanszírozása a közlekedési szolgáltatók hatékony működésének, valamint a közszolgáltatások fejlesztésének ösztönzését is biztosítja.

A fenti követelménnyel összhangban a helyi támogatással kapcsolatos igények összeállításakor a bevételekkel nem fedezett indokolt költségek kalkulációja során 2010. évben az alábbi hatékonysági kritériumokat kell figyelembe venni:

A bevételekkel nem fedezett indokolt költségek kalkulációja során a 2009. évben a helyi közszolgáltatással felmerült, a tevékenységhez kapcsolódó közvetett költségek, illetve a társasági általános költségek együttes összege a társaság helyi közlekedési közszolgáltatással összefüggésben felmerülő összes közvetlen költségének 60%-áig vehető figyelembe. A támogatási igények összeállításakor a bevételekkel nem fedezett indokolt költségek kalkulációjánál ennél magasabb közvetett és társasági általános költség nem jeleníthető meg, amennyiben azonban ennél alacsonyabb az érték, akkor a tény adatokat szükséges figyelembe venni.

5. A bevételekkel nem fedezett indokolt költségek meghatározásával kapcsolatos egyéb szabályok

Amennyiben az önkormányzat a bevétellel nem fedezett indokolt költségek meghatározását a szolgáltató adatszolgáltatására alapozza, a szolgáltató adatszolgáltatásaként a társaság könyvvizsgálója által ellenjegyzett olyan adatok fogadhatóak el, amelyeket a könyvvizsgáló igazolása alapján a számviteli politika szerint vette számításba a társaság. Hivatkozva a számvitelről szóló 2000. évi C. törvény 155. § (3) bekezdésére, amennyiben a szolgáltató esetében nem kötelező a könyvvizsgálat, a szolgáltatónak nyilatkoznia kell arról, hogy könyvvizsgálati kötelezettségük a hivatkozott jogszabály szerint nem áll fenn, valamint a nyilatkozatnak tartalmaznia kell az általuk közölt adatok hitelességéért felelős személy nevét is.

Hónig Péter s. k.,
közlekedési, hírközlési és energiaügyi miniszter

Melléklet az 1/2010. (IV. 16.) KHEM tájékoztatóhoz

Közlekedési bevételek	Magyarázat	Figyelembe vehető tétel
Menetdíjbevétel	Utasok által fizetett menetjegyek és bérletjegyek bevétele	Tényadat
Fogyasztóiár-kiegészítés	Az ingyenes utazások, valamint a kedvezményes bérletek után igénybe vett fogyasztóiár-kiegészítésből származó bevétel	Tényadat
A helyi önkormányzat által nyújtott működési támogatás	A támogatáshoz a helyi önkormányzatok által önkormányzati önrészként, vagy egyéb jogcímen nyújtott működési célú (a helyi közlekedés folyamatos üzemeltetéséhez és eszközfenntartási ráfordításaihoz biztosított) támogatás	Tényadat
Egyéb működési célú támogatás	Egyéb, a helyi önkormányzat vagy más szervezet által a helyi közforgalmú közlekedés fenntartása érdekében nyújtott működési célú támogatás (átcsoportosított bevételek, Budapesti Közlekedési Szövetség tagjaként kapott kompenzációs bevétel stb.)	Tényadat
Pótdíjbevétel	Az utasoktól beszedett pótdíjak bevétele	Tényadat
Egyéb hozzájárulások, működési célú támogatások	Egyéb, a fentiekben ki nem emelt bevételek, amelyek a személyszállítási tevékenység ellátásával kapcsolatban jelentkeznek (pl. útfelújítások miatti terelőútvonal többletköltségének kompenzációja)	Tényadat
Egyéb, közszolgáltatás teljesítéséhez szorosan kapcsolódó, piaci alapú tevékenység bevétele (pl.: ingatlan-hasznosítás, reklámtevékenység, egyéb hasonló gazdasági tevékenység)		Akkor szükséges kitölteni, ha a tevékenységből származó bevétel az összes, közszolgáltatással kapcsolatban felmerülő bevétel 1%-át meghaladja. Ehhez kapcsolódóan a bevételhez rendelhető költséget is fel kell tüntetni a megfelelő sorban.
Költségek	**Magyarázat**	**Figyelembe vehető tétel**
Üzemeltetés közvetlen személyi jellegű költsége – Bérköltség – Bérjárulékok – Béren kívüli juttatások költsége	– Járművezetői állomány bérköltsége – Járművezetői állomány bérét, illetve egyéb személyi jellegű juttatásait terhelő járulékok – Járművezetői állomány béren kívüli juttatásainak költsége	Tényadat
Üzemeltetés közvetlen üzemanyag-költsége – Üzemanyag – Vontatási áram	A helyi közforgalmú közlekedés teljesítése során felhasznált üzemanyag, valamint vontatási áram költsége	Az üzemanyag és a vontatási áram költsége a szolgáltató által bejelentett tényadat. Az autóbuszok üzemanyag-fogyasztását a szolgáltató a közúti gépjárművek, az egyes mezőgazdasági, erdészeti és halászati erőgépek üzemanyag- és kenőanyag-fogyasztásának igazolás nélkül elszámolható mértékéről szóló 60/1992. (IV. 1.) Korm. rendelet alapján határozza meg.

Költségek	Magyarázat	Figyelembe vehető tétel
Üzemeltetés közvetlen egyéb anyag költsége – Kenőanyag – Motorolaj – Gumiköltség – Egyéb anyagköltség	– Felhasznált kenőanyag költsége – Felhasznált motorolaj költsége – Felhasznált gumiabroncsok saját költsége, külső szolgáltatónak fizetett díj. – Fentieken kívül felhasznált közvetlen anyagköltség	Tényadat. Az autóbuszok kenőanyag-fogyasztását a szolgáltató a közúti gépjárművek, az egyes mezőgazdasági, erdészeti és halászati erőgépek üzemanyag- és kenőanyag-fogyasztásának igazolás nélkül elszámolható mértékéről szóló 60/1992. (IV. 1.) Korm. rendelet alapján határozza meg.
Üzemeltetés egyéb közvetlen költsége – KGFB – Utasbiztosítás – Gépjármű-vizsgáztatás – Vagyonvédelmi szolgáltatás – Innovációs járulék – Formaruha, munkaruha, védőruha – Egyéb	– Kötelező gépjármű-felelősségbiztosítás költsége – Utasbiztosítás költsége – Gépjárművek vizsgáztatásának költsége – Üzemeltetéshez kapcsolódó vagyonvédelmi szolgáltatás költsége – Innovációs járulék költségei – Formaruha, munkaruha, védőruha függetlenül annak számviteli elszámolásától – Fentieken kívül felmerülő egyéb közvetlen költség	Tényadat
Karbantartás közvetlen költsége – Karbantartás közvetlen anyag, anyagjellegű és egyéb költsége – Karbantartás közvetlen személyi jellegű költsége – Harmadik fél által végzett karbantartás	– A járművek karbantartása során felmerülő anyag- és műhelyköltségek – A járművek karbantartását végző dolgozók személyi jellegű költségei (bér, annak járulékai és a béren kívüli juttatások) – Külső fél által végzett járműkarbantartás számla szerinti költsége	Tényadat
Infrastruktúra költsége – Tárolótelep – Pályaudvar, megállóhely	– Tárolótelep, pályaudvar, megállóhely fenntartási, üzemeltetési költségei, továbbá a tárolótelepre való be-, illetve az onnan történő kiállás költségei	Tényadat
Eszközpótlás/finanszírozás költsége – Gördülőállomány értékcsökkenése – Gördülőállomány egyéb finanszírozási költségei – Egyéb eszköz értékcsökkenése	– Gördülőállomány tárgyidőszaki értékcsökkenése – Gördülőállomány hitel-, lízing-, bérleti stb. költségei – Egyéb a tevékenység ellátásához közvetlenül használt eszközök értékcsökkenése	A közszolgáltatás teljesítésével kapcsolatos jövőbeli többlet követelményekre tekintettel pozitív irányban eltérített eszközpótlási költség sem haladhatja meg: a) busszal végzett személyszállítás esetén 50 Ft/hasznoskilométert vagy 0,7 Ft/férőhely-kilométert, b) busszal és kötött pályás járművekkel végzett személyszállítás esetén 80 Ft/hasznoskilométert vagy 0,9 Ft/férőhely-kilométert.
Alvállalkozásba kiadott tevékenység költsége	Alvállalkozó által végzett személyszállítási tevékenység költsége	Tényadat

Költségek	Magyarázat	Figyelembe vehető tétel
Értékesítéshez kapcsolódó költségek – Utastájékoztatás – Értékesítés – Elszámoltatás – Forgalomellenőrzés	– Információs szolgálat, utastájékoztató eszközök, például menetrend, megállóhelyi tájékoztatás, internetes tájékoztatás, pályaudvari kijelző berendezések üzemeltetési, előállítási költségei, értékcsökkenése – Jegy- és bérletértékesítési tevékenységet folytató pénztárak üzemeltetéséhez kapcsolódó valamennyi költség, értékesítéssel foglalkozó munkatársak költségei, jegykiadó automaták üzemeltetése, javítása, értékcsökkenése, finanszírozási költsége – Elszámoltatói, leszedő pénztárosi és bevétel ellenőrzési tevékenység költségei – Jegy és bérletellenőrzés költsége	Tényadat
Tevékenység ellátásához kapcsolódó közvetett költségek – Forgalomvezetés – Operatív forgalomirányítás – Menetrendkészítés – Egyéb forgalmi költség – Üzemvezetés – Operatív üzemirányítás – Anyagbeszerzés, raktározás – Egyéb műszaki költség	– Forgalmi terület vezetésének költsége – A forgalomirányításban közvetlenül részt vevő munkatársak (pl. autóbusz-állomás-vezető, vezénylés, forgalmi szolgálattevő) személyi jellegű költsége valamint a feladatellátásukhoz szükséges infrastruktúra üzemeltetésének költsége – Menetrendszerkesztés költségei A nyomdaköltségek nem ide, hanem az utastájékoztatásba tartoznak – Egyéb forgalmi tevékenységhez kapcsolódó (például flottakövető rendszerek) költségek – Műszaki terület, üzem vezetésének költségei – A karbantartási tevékenység operatív irányításának (művezető, részlegvezető, csoportvezető) költségei – Anyagbeszerzési és raktározási tevékenység költsége függetlenül szervezeti hovatartozástól – Egyéb a műszaki tevékenységhez kapcsolódó költségek	A tevékenységhez kapcsolódó közvetett költségek, illetve a társasági általános költségek együttes összege a társaság helyi közlekedési közszolgáltatással összefüggésben felmerülő összes közvetlen költségének 60%-áig vehető figyelembe. A támogatási igények összeállításakor a bevételekkel nem fedezett indokolt költségek kalkulációja során ennél magasabb összegű, a tevékenységhez kapcsolódó közvetett és társasági általános költség nem jeleníthető meg, amennyiben azonban ennél alacsonyabb az érték, akkor a tény adatokat szükséges figyelembe venni.
Társasági általános költségek	A társaság általános irányításához kapcsolódó tevékenységek költségei függetlenül a szervezeti felépítéstől, hovatartozástól. Ezek magukban foglalják a következőket: forgalmi, kereskedelmi, személyszállítási, műszaki szakterület irányítása; emberierőforrás-gazdálkodás, adminisztráció, pénzügy, számvitel, kontrollingtevékenység; vezérigazgató és törzskara, kabinet, belső ellenőrzési osztály, érdekképviseletek, igazgatóság, felügyelőbizottság, jogi tevékenység, stratégiai tevékenység	

Költségek	Magyarázat	Figyelembe vehető tétel
Egyéb, közszolgáltatás teljesítéséhez szorosan kapcsolódó, piaci alapú tevékenység költsége (pl. ingatlan-hasznosítás, reklámtevékenység, egyéb hasonló gazdasági tevékenység)		Akkor szükséges kitölteni, ha a tevékenységből származó költség az összes, közszolgáltatással kapcsolatban felmerülő költség 1%-át meghaladja, ehhez kapcsolódóan a költséghez rendelhető bevételt is fel kell tüntetni a megfelelő sorban
Nyereség	**Magyarázat**	**Figyelembe vehető tétel**
Az ágazatban szokásos ésszerű nyereség	Közszolgáltatás teljesítéséhez kapcsolódó az ágazatban szokásos ésszerű nyereségszint	Az indokolt költség 1–5%-ának megfelelő összeg.

A pénzügyminiszter 6/2010. (IV. 16.) PM tájékoztatója a DIGI Távközlési Szolgáltató Korlátolt Felelősségű Társaság által indított bírósági eljárásokat terhelő illeték utólagos elszámolással történő megfizetésének engedélyezéséről

Az illetékekről szóló 1990. évi XCIII. törvény (Itv.) 74. § (5) bekezdésében foglalt felhatalmazás alapján a DIGI Távközlési Szolgáltató Korlátolt Felelősségű Társaságnak (székhely: 1134 Budapest, Váci út 35. 9. emelet, cégjegyzékszám: 01-09-667975, adószám: 12175136-2-41) az általános szabályoktól eltérő illetékfizetési módot engedélyeztem, melynek alapján a gazdálkodószervezet a tevékenységi körébe tartozó bármely követelés megfizetése iránt 2010. január 1-jétől kezdeményezett bírósági eljárás illetékét illetékbélyeg helyett, utólagos elszámolással az APEH Közép-magyarországi Regionális Igazgatóságának illetékbeszedési számlájára pénzzel fizetheti meg. Az engedély határozott idejű, 1 évre – vagyis 2010. december 31-ig – szól.

Az engedély magánszemély és gazdálkodószervezet (Pp. 396. §) mint adós ellen indított bírósági eljárás illetékére egyaránt kiterjed.

A gazdálkodószervezet az utólagos elszámolás körébe tartozó ügyekben mentesül az eljárás kezdeményezésekor a bírósági eljárási illeték megfizetése alól és azt utólagos elszámolás alapján az engedély lejártát követő hónap 15. napjáig az APEH Közép-magyarországi Regionális Igazgatóságának illetékbeszedési számlájára fizeti meg. Ugyanakkor valamennyi ilyen eljárást kezdeményező iraton az e célra rendszeresített gumibélyegzővel a következő szöveget tünteti fel:
„A bírósági (nemperes és peres) eljárást terhelő ..... Ft bírósági eljárási illeték megfizetésére az adópolitikáért felelős miniszter 16359/5/2009. számú engedélye alapján utólagos elszámolással kerül sor.”

Budapest, 2009. december 29.

Dr. Oszkó Péter s. k.,
pénzügyminiszter

V. Személyügyi hírek

A Legfőbb Ügyészség személyügyi hírei

Emléktárgy adományozása

A legfőbb ügyész

– szakmai életútja elismeréséül –

dr. Kovács László címzetes főügyészségi ügyész, mátészalkai városi vezető ügyésznek

EMLÉKTÁRGYAT

adományozott.

A Környezetvédelmi és Vízügyi Minisztérium személyügyi hírei

Kinevezések

A Környezetvédelmi és Vízügyi Minisztérium Vízgazdálkodási Főosztályának főosztályvezetője
Birck Ernőt,
Molnár Ferencnét
a Környezetvédelmi és Vízügyi Minisztérium Vízgazdálkodási Főosztálya Szennyvíz-elvezetési és -tisztítási Osztályán köztisztviselőnek kinevezte.

A Környezetvédelmi és Vízügyi Minisztérium Stratégiai Főosztályának főosztályvezetője
Bruder Mártont,
Holló Gábort a Környezetvédelmi és Vízügyi Minisztérium Stratégiai Főosztálya EU Koordinációs Osztályán köztisztviselőnek kinevezte.

A Környezetvédelmi és Vízügyi Minisztérium Környezetfejlesztési Főosztályának főosztályvezetője
Szintai-Katona Ágnest a Környezetvédelmi és Vízügyi Minisztérium Környezetfejlesztési Főosztályának Levegő, Zaj és Közlekedési Osztályán köztisztviselőnek kinevezte.

A Környezetvédelmi és Vízügyi Minisztérium Költségvetési Főosztályának főosztályvezetője
Bodorné Sükösd Melinda Emesét a Környezetvédelmi és Vízügyi Minisztérium Költségvetési Főosztályának Fejezeti Költségvetési Osztályán köztisztviselőnek kinevezte.

A Környezetvédelmi és Vízügyi Minisztérium Nemzeti Parki és Tájvédelmi Főosztályának főosztályvezetője
Papp Lajosnét a Környezetvédelmi és Vízügyi Minisztérium Nemzeti Parki és Tájvédelmi Főosztályának Tájvédelmi és Ökoturisztikai Osztályán köztisztviselőnek kinevezte.

A Környezetvédelmi és Vízügyi Minisztérium Nemzeti Kapcsolatok és Klímapolitikai Főosztályának főosztályvezetője
Laki Ferencet a Környezetvédelmi és Vízügyi Minisztérium Nemzetközi Kapcsolatok és Klímapolitikai Főosztályának Nemzetközi Kapcsolatok Osztályán,
Székely Miklóst,
Beregszászi Péter Sándort
a Környezetvédelmi és Vízügyi Minisztérium Nemzetközi Kapcsolatok és Klímapolitikai Főosztály Klímapolitikai Osztályán köztisztviselőnek kinevezte.

Közszolgálati jogviszony megszűnése

Közszolgálati jogviszonya megszűnt

felmentéssel
Gulyásné Nagy Katalinnak, a Környezetvédelmi és Vízügyi Minisztérium Vízgyűjtő-gazdálkodási Főosztálya köztisztviselőjének,
dr. Kelecsényi Sugárkának, a Környezetvédelmi és Vízügyi Minisztérium Környezetkutatási, Oktatási és Informatikai Koordinációs Főosztály Kutatási, Oktatási és Innovációs Osztálya köztisztviselőjének,
Sódor Mártonnak, a Környezetvédelmi és Vízügyi Minisztérium Nemzeti Parki és Tájvédelmi Főosztálya főosztályvezetőjének,
dr. Temesi Gézának, a Környezetvédelmi és Vízügyi Minisztérium Nemzeti Parki és Tájvédelmi Főosztály Természetvédelmi Őrszolgálati és Erdészeti Osztálya főosztályvezető-helyettesének,

áthelyezéssel
dr. Bálint Katalinnak, a Környezetvédelmi és Vízügyi Minisztérium Költségvetési Főosztály Vagyongazdálkodási és Vagyonkezelési Osztálya köztisztviselőjének,
dr. Sasi Nagy Editnek, a Környezetvédelmi és Vízügyi Minisztérium Kommunikációs, Humánpolitikai és Parlamenti Főosztály Humánpolitikai Osztálya főosztályvezető-helyettesének,

közös megegyezéssel
Völgyi Györgynének, a Környezetvédelmi és Vízügyi Minisztérium miniszteri titkársága köztisztviselőjének.

Álláspályázatok

Az Országos Környezetvédelmi, Természetvédelmi és Vízügyi Főfelügyelőség pályázatot hirdet emissziókereskedelmi szakértői munkakör betöltésére

A pályázat kiírására a köztisztviselők jogállásáról szóló 1992. évi XXIII. törvény 10. §-ában foglaltak szerint került sor.
A munkakörben ellátandó lényeges feladatok: a Kiotói Jegyzőkönyv végrehajtásával és az Európai Unió emissziókereskedelmi rendszerével összefüggő szakértői, igazgatási, elemzési és képviseleti feladatok ellátása és koordinációja, azaz: üvegházhatású gáz kibocsátásának engedélyezése; hitelesítők bejegyzése; hatósági ellenőrzések; jogkövetkezmények alkalmazása; nyilvántartások vezetése, adatelemzések készítése; együttműködés a hazai és nemzetközi társhatóságokkal; képviselet és együttműködés az EU- és ENSZ-szervezetekkel.
A közszolgálati jogviszony időtartama: határozatlan idejű közszolgálati jogviszony.

A pályázat elnyerésének feltételei:
– egyetemi végzettség, természettudományi vagy műszaki területen a 9/1995. (II. 3.) Korm. rendelet 3. számú mellékletének 68. pontja alapján,
– angol nyelv magas szintű tárgyalóképes ismerete;
– közigazgatási versenyvizsga [vagy mentesség a 126/2009. (VI. 15.) Korm. rendelet alapján],
– számítástechnikai ismeretek: MS Office felhasználói szintű használata,
– B kategóriás gépjármű-vezetői engedély megléte,

– cselekvőképesség,
– büntetlen előélet,
– magyar állampolgárság.

Előnyt jelent:
– műszaki szakirányú felsőfokú végzettség,
– a Kiotói Jegyzőkönyvvel és az Európai Unió emissziókereskedelmi rendszerével kapcsolatos ismeretek és szakmai tapasztalat,
– államigazgatásban szerzett 2–3 éves tapasztalat,
– további európai nyelvek ismerete.

A munkakör betöltéséhez szükséges kompetenciák:
– stratégiai gondolkodás,
– teljesítménymotiváció,
– döntésképesség,
– tervezési, szervezési és koordinációs készség,
– pontosság, alaposság, megbízhatóság,
– szakmai igényesség,
– felelősségtudat és problémamegoldási képesség.

Pályázat tartalma:
– motivációs levél,
– részletes, fényképes szakmai önéletrajz,
– iskolai végzettséget, szakképzettséget, versenyvizsga meglétét (illetve az az alóli mentességet), nyelvtudást igazoló okiratok másolata,
– 3 hónapnál nem régebbi erkölcsi bizonyítvány,
– az érintett szakterület tevékenységére vonatkozó szakmai koncepció.

A munkakörök betöltői a Ktv.-ben, valamint a főfelügyelőség Közszolgálati Szabályzatában szabályozott illetményre és juttatásokra jogosultak.
A pályázatot 2 példányban 2010. május 31-én 16 órai beérkezési időponttal bezárólag lehet személyesen benyújtani, illetve postára adni „Emissziókereskedelmi szakértő" jelige feltüntetésével az Országos Környezetvédelmi, Természetvédelmi és Vízügyi Főfelügyelőség Nemzetközi Szakmai Ügyek Főosztályának titkárságára (1016 Budapest, Mészáros u. 58/A).
A pályázatok elbírálására a Ktv. előírásai szerint, a benyújtási határidőtől számított 30 napon belül kerül sor.
A pályázatokat bizalmasan kezeljük, a pályázókat az eredményről írásban tájékoztatjuk.
A meghirdetett munkakör eredményes pályázat esetén legkorábban 2010. július 1-jétől tölthető be.
A pályázati felhívás az Országos Környezetvédelmi, Természetvédelmi és Vízügyi Főfelügyelőség, (www.orszagoszoldhatosag.gov.hu), a Kormányzati Személyügyi Szolgáltató és Közigazgatási Képzési Központ (www.kszk.gov.hu) honlapján és a www.jobline.hu honlapon is megtalálható.

Enying Város Önkormányzata pályázatot hirdet a Vas Gereben Művelődési Ház és Könyvtár közművelődési intézmény igazgatói (magasabb vezetői) beosztásának ellátására

A pályázat kiírására a közalkalmazottak jogállásáról szóló 1992. évi XXXIII. törvény 20/A. §-a alapján került sor.
A közszolgálati jogviszony időtartama: határozatlan idejű közalkalmazotti jogviszony.
Foglalkoztatás jellege: teljes munkaidő.
A vezetői megbízás időtartama: a vezetői megbízás határozott időre, 5 évig szól.
A munkavégzés helye: Fejér megye, 8130 Enying, Bocskai u. 1.
A beosztáshoz tartozó, illetve a vezetői megbízással járó lényeges feladatok: városi kulturális rendezvények szervezése, a művelődési ház programjának szervezése, könyvtári feladatok ellátása.

Illetmény és juttatások: az illetmény megállapítására és juttatásokra a közalkalmazottak jogállásáról szóló 1992. évi XXXIII. törvény, valamint a 150/1992. (XI. 20.) Korm. rendelet rendelkezései az irányadók.

Pályázati feltételek:
a) szakirányú egyetemi végzettség, vagy
– nem szakirányú egyetemi végzettség és felsőfokú szakirányú munkaköri szakvizsga,
– főiskolai könyvtárosi, közművelődési képzettség,
b) legalább ötéves szakmai gyakorlat, továbbá
c) kiemelkedő szakmai vagy tudományos tevékenység.

A pályázat részeként benyújtandó iratok, igazolások:
– szakmai életrajz,
– az intézmény vezetésére vonatkozó program a szakmai helyzetelemzésre épülő fejlesztési elképzeléssel,
– iskolai végzettséget tanúsító okiratok másolata,
– 3 hónapnál nem régebbi erkölcsi bizonyítvány,
– nyilatkozat, hogy a pályázat zárt vagy nyílt ülésen történő tárgyalását kéri,
– nyilatkozat, amelyben hozzájárul, hogy a pályázat elbírálásában közreműködők véleményük kialakításához a pályázat tartalmát megismerhetik.

A beosztás betölthetőségének időpontja: a beosztás legkorábban 2010. október 27-től tölthető be.
A pályázat benyújtásának határideje: 2010. május 14.

A pályázatok benyújtásának módja:
– postai úton a pályázatnak Enying Város Önkormányzata címére történő megküldésével (8130 Enying, Kossuth u. 26.),
– személyesen Enying Város Önkormányzatának Polgármesteri Hivatala titkárságán (8130 Enying, Kossuth u. 26.).

A pályázat elbírálásának módja, rendje: a szakmai bizottság javaslatának kialakítását követő képviselő-testületi ülés.
A pályázat elbírálásának határideje: 2010. június 30.

A pályázati kiírás további közzétételének helye:
– a Magyar Közlöny mellékleteként megjelenő Hivatalos Értesítő,
– Enying város honlapja.

A Veszprém Városi Művelődési Központ és Könyvtár pályázatot hirdet gazdasági-műszaki igazgatóhelyettesi munkakör betöltésére

A pályázat kiírója: Városi Művelődési Központ és Könyvtár, 8200 Veszprém, Dózsa Gy. u. 2.
Munkahely megnevezése: Városi Művelődési Központ és Könyvtár, 8200 Veszprém, Dózsa Gy. u. 2.
Betöltendő munkakör: gazdasági-műszaki igazgatóhelyettes, határozatlan idejű kinevezéssel.
Ellátandó feladatok: a gazdasági és műszaki terület irányítása.

Az állás betöltéséhez szükséges feltételek:
– főiskolai végzettség regisztrált mérlegképes könyvelő államháztartási szakon,
– 5 év feletti szakmai tapasztalat,
– legalább 3–5 év vezetői tapasztalat,
– magyar állampolgárság,
– büntetlen előélet,
– vagyonnyilatkozat-tételi eljárás lefolytatása,
– ECDL-vizsga,
– a jelölt szerepeljen a PM regisztrált könyvelői névsorában államháztartási szakon.

A pályázat elbírálásánál előnyt jelent:
– hasonló intézményben szerzett tapasztalat,
– műszaki, intézményüzemeltetési ismeretek,
– legalább 3–5 év szakmai tapasztalat,
– B kategóriás jogosítvány.

Elvárt kompetenciák:
– önállóság,
– precíz, pontos munkavégzés,
– magas munkabíró képesség.

Előnyt jelentő kompetenciák:
– angol vagy német nyelvből középfokú C típusú általános nyelvvizsga,
– társalgási szintű nyelvtudás.

Illetmény és egyéb juttatások: a közalkalmazottak jogállásáról szóló 1992. évi XXXIII. törvény rendelkezései az irányadók.

A pályázathoz csatolandó iratok:
– iskolai végzettséget igazoló oklevelek másolata,
– erkölcsi bizonyítvány,
– nyilatkozat arról, hogy a pályázati anyagában foglalt személyes adatainak a pályázati eljárással összefüggésben szükséges kezeléséhez hozzájárul.

A pályázat benyújtásának határideje: 2010. május 13.
A pályázat elbírálásának határideje: 2010. május 25.
Az álláshely legkorábban 2010. június 1-jétől tölthető be.
A pályázatokat Városi Művelődési Központ és Könyvtár, Veszprém, Pf. 199 címre kérjük eljuttatni.

VI. Alapító okiratok

A Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány alapító okirata* a módosításokkal egységes szerkezetben

A Magyar Köztársaság Kormánya a Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. törvény (Ptk.) 74/E. §-ának (6) bekezdése, az államháztartásról szóló 1992. évi XXXVIII. törvény és egyes kapcsolódó törvények módosításáról szóló 2006. évi LXV. törvény 1. §-ának (2) bekezdése, a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény (a továbbiakban: Fot.) 20–21. §-a alapján, valamint a közoktatásról szóló 1993. évi LXXIX. törvény (a továbbiakban: Közokt. tv.) 119. §-ának (2) bekezdése alapján, a hivatkozott jogszabályokban megfogalmazott közfeladatok végrehajtásában történő közreműködés érdekében, a fogyatékos személyek rehabilitációjának biztosítása céljából és esélyegyenlőségük elősegítése érdekében a Fogyatékos Gyermekek, Tanulók Felzárkóztatásáért Országos Közalapítványt és a Fogyatékosok Esélye Közalapítványt egyesíti. Az egyesítéssel határozatlan időre létrejövő közalapítvány mindkét közalapítvány jogutódja.

I. A Közalapítvány neve

Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány (a továbbiakban: Közalapítvány)
A Közalapítvány nevének rövidítése: FSZK

II. A Közalapítvány székhelye

1139 Budapest, Pap Károly u. 4–6.

III. A Közalapítvány alapítója

1. A Magyar Köztársaság Kormánya (1055 Budapest, Kossuth Lajos tér 1–3.).
2. Az alapító képviseletét a társadalmi esélyegyenlőség előmozdításáért felelős miniszter (a továbbiakban: miniszter) látja el, és e minőségében – az alapító okirat módosításának kivételével – az oktatásért felelős miniszter véleményének előzetes kikérésével gyakorolja az alapítót megillető jogokat és kötelezettségeket.

IV. A Közalapítvány jellege

1. A Közalapítvány jogi személy, amely jogi személyiségét a bírósági nyilvántartásba vétellel nyeri el.
2. A Közalapítvány a közhasznú szervezetekről szóló 1997. évi CLVI. törvény (a továbbiakban: Khtv.) 5. §-ában megjelölt kiemelkedően közhasznú tevékenységet folytató szervezet, mivel ellátja a Fot. 21. §-ában, valamint a Közokt. tv. 119. §-ának (2) bekezdésében meghatározott közfeladatokat.
3. A Közalapítvány a Khtv. 26. §-ának c) pontjában meghatározott közhasznú tevékenységek közül az alábbiakat folytatja:
   a) egészségmegőrzés, betegségmegelőzés, gyógyító-, egészségügyi rehabilitációs tevékenység,
   b) szociális tevékenység, családsegítés,
   c) tudományos tevékenység, kutatás,

* A Fővárosi Bíróság a 12.Pk.60.486/2007/10. számon a közalapítványra vonatkozó változásokat bejegyezte.

d) nevelés és oktatás, képességfejlesztés, ismeretterjesztés,
e) hátrányos helyzetű csoportok társadalmi esélyegyenlőségének elősegítése,
f) sport,
g) rehabilitációs foglalkoztatás,
h) munkaerőpiacon hátrányos helyzetű rétegek képzésének, foglalkoztatásának elősegítése és a kapcsolódó szolgáltatások.

4. A Közalapítvány nyílt, ahhoz bárki csatlakozhat, és közhasznú szolgáltatásaiból bárki részesülhet.

V. A Közalapítvány céljai és feladatai

1. A Közalapítvány átfogó célja a fogyatékos személyek esélyegyenlőségének, társadalmi integrációjának és komplex (re)habilitációjának elősegítése, a komplex rehabilitációban közreműködők tevékenységének összehangolása. Célja továbbá a sajátos nevelési igényű gyermekek, tanulók, a fogyatékossággal élő hallgatók ellátásában közreműködő intézményrendszer tervszerű fejlesztése, a sajátos nevelési igényű gyermekek, tanulók nevelését, oktatását szolgáló pedagógiai programok, illetve a fogyatékossággal élő hallgatók oktatását is elősegítő megoldások, eljárások kifejlesztése.
2. A Közalapítvány az 1. pontban meghatározott célok elérése érdekében pályázati úton vagy közvetlen szolgáltatás nyújtásával az alábbi feladatokat látja el:
   a) A fogyatékos személyek esélyegyenlőségének, társadalmi integrációjának és komplex (re)habilitációjának elősegítése érdekében
      aa) a fogyatékos személyek meglévő, illetve fejleszthető képességeinek megfelelő programtervezetek elkészítéséhez olyan szempontrendszereket dolgoz ki és ad ki, amelyek magukban foglalják a komplex rehabilitációs folyamat során elért képességfejlődés rendszeres felmérését, és lehetővé teszik az egyéni rehabilitációs program megalapozását, szükség szerinti módosítását, továbbfejlesztését,
      ab) együttműködik a fogyatékos személyek érdekvédelmi és más szervezeteivel, a szociális, oktatási, foglalkoztatási, egészségügyi és egyéb területeken (re)habilitációs tevékenységet végző intézményekkel, szervezetekkel; így különösen a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvényben, a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvényben, a közoktatásról szóló 1993. évi LXXIX. törvényben, a szakképzésről szóló 1993. évi LXXVI. törvényben, a felnőttképzésről szóló 2001. évi CI. törvényben, a felsőoktatásról szóló 2005. évi CXXXIX. törvényben, illetve a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról szóló 1991. évi IV. törvényben, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényben megjelölt intézményekkel, szervezetekkel és az Országos Fogyatékosügyi Tanáccsal.
   b) Az egyéni rehabilitációs programokban megjelölt szolgáltatások, ellátások igénybevétele érdekében
      ba) elősegíti a fogyatékos személyekkel foglalkozó ab) pontban felsorolt intézmények és szervezetek együttműködését,
      bb) a fogyatékos személyek számára elérhető, önálló életvitelt támogató, illetve (re)habilitációs szolgáltatásokról és ellátásokról, azok igénybevételének feltételeiről információs szolgáltatást működtet vagy ilyeneket támogat,
      bc) szakmai, illetve anyagi támogatást nyújt az egyenlő esélyű hozzáférés feltételeinek kialakításához,
      bd) szakmai, illetve anyagi támogatást nyújt a komplex (re)habilitációban közreműködő szakemberek, önkéntesek, fogyatékossággal élő emberek és családtagjaik képzéséhez, átképzéséhez és továbbképzéséhez,
      be) szakmai, illetve anyagi támogatást nyújt a fogyatékos személyek önálló életvitelét elősegítő eszközök, szolgáltatások és módszertani ismeretek fejlesztéséhez és hozzáférhetővé tételéhez.
   c) Szakmai, illetve anyagi támogatást nyújt a komplex (re)habilitációra szoruló személyek képzéséhez és az ilyen képzést folytató szervezeteknek.
   d) A komplex (re)habilitációs folyamatban összegyűjtött hazai és nemzetközi tapasztalatok alapján szakmai-módszertani ajánlásokat dolgoz ki, és gondoskodik azok hozzáférhetővé tételéről.
   e) A pedagógiai szakmai szolgáltatások és a pedagógiai szakszolgáltatások körében országos pedagógiai szakmai szolgáltatást nyújt a különleges gondozás feladataiban közreműködő pedagógiai szakszolgálat intézményei részére.

f) Szakmai, illetve anyagi támogatást nyújt
fa) a testi, érzékszervi, értelmi, beszéd és más fogyatékos gyermekek ellátásával, – a többi gyermekkel, tanulóval együtt vagy külön-külön történő – nevelésével, oktatásával foglalkozó intézményrendszer működtetéséhez, fejlesztéséhez,
fb) a korai fejlesztés és gondozás, az óvodai nevelés, iskolai nevelés és oktatás, a fejlesztő felkészítés programjainak, tanterveinek, tankönyveinek kidolgozásához, fejlesztéséhez és terjesztéséhez,
fc) a különleges gondozás igénybevételéhez szükséges eszközök, járművek beszerzéséhez,
fd) az érintett gyermekek, tanulók szabadidős tevékenységének megszervezéséhez, tömeg- és versenysportjának lebonyolításához,
fe) az érintett tanulók középiskolai tanulmányaihoz, felkészítő oktatásuk megszervezéséhez, felsőfokú tanulmányainak folytatásához, továbbá a munkába állásukat segítő tevékenységhez,
ff) a fogyatékos gyermekek szülei részére szervezett szülősegítő szolgáltatások megszervezéséhez.

VI. A Közalapítvány kezelő szerve és képviselete

1. A Közalapítvány kezelő, ügydöntő, ügyintéző és képviselő szerve a 11 tagból álló kuratórium. A kuratórium elnökét, alelnökét és tagjait az alapító írásban kéri fel. A kuratórium tagjainak megbízatása 2014. március 1-jéig szól.
2. A kuratórium tagjai:
   Elnök: Kovács Gábor.
   Alelnök: Tóth Egon.
   Tagok:
   Cserfalvi Annamária,
   Jakab János.
   dr. Juhász Péter,
   dr. Mádai Mónika,
   Nagy Gyöngyi Mária,
   Schiller Kertész Tamás,
   Szuhaj Mihály,
   Vajna-Éliás Márta,
   dr. Zsoldos Enikő,
3. A kuratóriumi tagság megszűnik:
   a) a tag halálával,
   b) a tag lemondásával, amely a helyére jelölt tag bírósági nyilvántartásba vételével válik hatályossá,
   c) a kuratórium kijelölésének az alapító által – a Ptk. 74/C. §-ának (6) bekezdésében foglaltak szerint – történő visszavonásával,
   d) a Közalapítvány megszűnésével,
   e) az 1. pontban foglalt időtartam lejártával,
   f) vagyonnyilatkozat-tételi kötelezettség megtagadása esetén az egyes vagyonnyilatkozat-tételi kötelezettségekről szóló 2007. évi CLII. törvény (továbbiakban: Tv.) 9. § (2) bekezdése alapján.
4. A Közalapítvány általános és önálló képviselője a kuratórium elnöke, akadályoztatása esetén alelnöke.
5. Az elnök és az alelnök együttes akadályoztatása esetén a Közalapítvány általános képviseletét Schiller Kertész Tamás kuratóriumi tag önállóan látja el.
6. A Közalapítvány bankszámlája feletti rendelkezési jogot Kovács Gábor elnök és Tóth Egon alelnök együttesen gyakorolják. Akadályoztatásuk esetén az aláírási jogot Jakab János vagy Cserfalvi Annamária gyakorolja azzal, hogy az egyik aláírónak ilyen esetben is az elnöknek vagy az alelnöknek kell lennie.
7. A kuratórium tagjai tiszteletdíjban és költségtérítésben részesülnek, amelynek feltételei, összege és elszámolásának rendje az alábbiak szerint történik:
   a) A kuratórium tagjait és elnökét feladatuk ellátásáért havonta – a pénzügyi tervben meghatározott keretösszegig – tiszteletdíj illeti meg. A tiszteletdíj a tárgyhavi ülések összes időtartamának arányában jár, olyan mértékben, amilyen időtartamban a kurátor az üléseken részt vett. A részvételt jelenléti ívvel és a kuratóriumi ülés jegyzőkönyvével kell igazolni.

b) A kuratórium elnökének és alelnökének tiszteletdíja a mindenkori köztisztviselői illetményalap legfeljebb 300%-a. A kuratórium további tagjainak tiszteletdíja a mindenkori köztisztviselői illetményalap legfeljebb 200%-a. A kuratórium tagjait számlával igazolt és indokolt költségeik megtérítése illeti meg.

VII. A kuratórium jogköre és működése

1. A kuratórium hatáskörébe tartozik:
   a) a Közalapítványhoz való csatlakozás elfogadása,
   b) a gazdálkodás irányának meghatározása, a Közalapítvány vagyonával való gazdálkodás, vállalkozási tevékenységéről szóló döntés,
   c) a Közalapítvány éves pénzügyi tervének, ezen belül a titkárság költségvetésének, valamint éves feladat- és munkatervének elfogadása,
   d) az éves beszámoló (mérleg, eredménykimutatás, kiegészítő mellékletek), a fejezeti támogatás felhasználásáról szóló szakmai beszámoló és pénzügyi elszámolás, valamint a közhasznúsági jelentés és mellékleteinek elfogadása,
   e) a Szervezeti és Működési Szabályzat, a Vagyonkezelési Szabályzat és ezek mellékleteinek elfogadása,
   f) szolgáltatások megszervezéséről, nyújtásáról szóló döntés,
   g) a pályázati programok meghirdetéséről, szakmai és pénzügyi feltételeinek, valamint a lebonyolítás főbb kérdéseinek a vonatkozó jogszabályok szerinti meghatározásáról, a beérkezett pályázatok elbírálásáról, a monitoring rendszer működtetéséről, a Közalapítvány programjainak lezárásáról és értékeléséről való döntés, a támogatott projektek lezárásával összefüggő jognyilatkozatok megtétele,
   h) a Közalapítvány ügyvezető igazgatójának megválasztása,
   i) a Közalapítvány könyvvizsgálójának megbízásával, felmentésével kapcsolatos döntések,
   j) szakmai albizottságok létrehozása, amelyek részletes működésének szabályait a Szervezeti és Működési Szabályzat tartalmazza,
   k) új gazdálkodó szervezet alapítása, megszüntetése, döntéshozatal gazdálkodó szervezetben való részvételről,
   l) a Közalapítvány, illetve az annak jogelődje által alapított közhasznú társaság éves üzleti tervének és éves beszámolójának elfogadása.
2. A kuratórium alakuló ülését az alapító, a további kuratóriumi üléseket az elnök – akadályoztatása esetén az alelnök – írásban, a napirendi pontok megjelölésével hívja össze olyan módon, hogy a meghívó átvételének ténye igazolható legyen.
3. A meghívót és a napirendhez kapcsolódó előterjesztéseket oly módon kell megküldeni, hogy azt a tagok legalább 8 nappal az ülés előtt megkapják.
4. A kuratóriumot 30 napon belül akkor is össze kell hívni, ha legalább 6 tagja vagy a XI/11. pontban meghatározottakon túlmenően a felügyelőbizottság döntése alapján annak elnöke az ülés összehívását az összehívás céljának megjelölésével írásban kezdeményezi.
5. A kuratórium évente legalább 6 alkalommal ülésezik.
6. A kuratórium akkor határozatképes, ha ülésén legalább 7 tag jelen van, és a jelenlevők többsége nem áll az alapítóval érdekeltségi vagy függőségi viszonyban.
7. Határozatképtelenség esetén a kuratórium ülését 15 napon belül változatlan napirenddel, 30 napon belüli időpontra ismételten össze kell hívni.
8. A kuratórium határozatait nyílt szavazással, egyszerű szótöbbséggel hozza, szavazategyenlőség esetén az elnök szavazata dönt.
9. Minősített többségi szavazáshoz az ülésen legalább 9 kuratóriumi tagnak jelen kell lennie. Az elfogadó döntéshez legalább 7 igen szavazat szükséges. A kuratórium minősített többséggel dönt az 1. pont c), d), e), k) és l) alpontjaiban meghatározott esetekben.
   A Szervezeti és Működési Szabályzat egyéb kérdések eldöntéséhez is előírhatja a minősített többséget.

10. A kuratórium határozatainak meghozatalában nem vehet részt az, aki vagy akinek a Ptk. 685. § b) pont szerinti közeli hozzátartozója és élettársa a határozat alapján:
    a) kötelezettség vagy felelősség alól mentesül, vagy
    b) bármely más előnyben részesül, illetve a megkötendő jogügyletben egyébként érdekelt. Nem minősül előnynek a Közalapítvány cél szerinti juttatása keretében bárki által megkötés nélkül igénybe vehető nem pénzbeli szolgáltatás.
11. A kuratórium ülései nyilvánosak, azokat az elnök, akadályoztatása esetén az alelnök vezeti. A nyilvánosság tájékoztatása érdekében a kuratóriumi ülés meghívóját a Közalapítvány internetes honlapján közzé kell tenni.
12. A kuratórium üléseiről hangfelvételt, továbbá a határozatokat szó szerint rögzítő jegyzőkönyvet kell készíteni. A jegyzőkönyvet az elnök és a jegyzőkönyvvezető írja alá.
13. A Tv. 3. § (3) bekezdés d) pontja alapján a kuratórium tagjai vagyonnyilatkozatot tesznek.
14. A kuratórium olyan nyilvántartást köteles vezetni, amelyből megállapítható a döntéseinek tartalma, időpontja, hatálya, illetve a döntést támogatók és ellenzők számaránya és személye.
15. A kuratórium döntéseit írásban köteles az érintettekkel közölni olyan módon, hogy az átvétel igazolható legyen. A kuratórium köteles továbbá valamennyi határozatát (döntését) – a személyiségi jogokra és az adatvédelemre vonatkozó jogszabályi előírásokra figyelemmel – nyilvánosságra hozni a Közalapítvány internetes honlapján történő megjelentetéssel, valamint székhelyén történő kifüggesztéssel.
16. A Közalapítvány működésével kapcsolatosan keletkezett iratokba való betekintésre – a kuratórium elnökével történt előzetes egyeztetés után – a Közalapítvány székhelyén bárki jogosult, kivéve, ha a betekintés személyiségi vagy adatvédelmi jogokat sértene.
17. A Közalapítvány működésének, szolgáltatásai igénybevétele módjának (alapító okirata szerinti tevékenységének), valamint beszámolóinak (gazdálkodásának, ideértve a közhasznúsági jelentést is) nyilvánossága érdekében a kuratórium az ezekre vonatkozó információkat köteles az országos és a helyi sajtó útján, valamint a Közalapítvány internetes honlapján közzétenni. A pályázati felhívásokat, a nyertesek listáját, továbbá a nyújtott szolgáltatásokról szóló információkat a társadalmi esélyegyenlőség előmozdításáért felelős miniszter által vezetett minisztérium honlapján is közzé kell tenni.
18. A kuratórium éves beszámolót és közhasznúsági jelentést fogad el, amelyet minden év június 30-ig megküld az alapítónak. A Közalapítvány köteles a közhasznúsági jelentést a tárgyévet követő évben, legkésőbb június 30-ig saját honlapján közzétenni.
19. A közalapítvány működésével kapcsolatosan keletkezett irataiba – a közalapítvány kuratóriuma alakuló ülésétől számított 90 napon belül elkészített szervezeti és működési szabályzatában meghatározott eljárásrend szerint, továbbá a személyiségi jogok és az adatvédelemre vonatkozó jogszabályi előírások figyelembevételével – bárki betekinthet.

VIII. A Közalapítvány vagyona

1. A Közalapítvány induló vagyona a Fogyatékosok Esélye Közalapítvány, valamint a Fogyatékos Gyermekek, Tanulók Felzárkóztatásáért Országos Közalapítvány teljes vagyona. A 2006. december 31-ei mérlegállapot szerint a Fogyatékosok Esélye Közalapítvány vagyona 1495,2 millió Ft, a Fogyatékos Gyermekek, Tanulók Felzárkóztatásáért Országos Közalapítvány vagyona 92,2 millió Ft.
2. A Közalapítvány törzsvagyona a jogelőd közalapítványok – a Fogyatékosok Esélye Közalapítvány és a Fogyatékos Gyermekek, Tanulók Felzárkóztatásáért Országos Közalapítvány – törzsvagyonainak összege: 25 millió Ft.
3. A Közalapítvány bevételei:
    a) a mindenkori éves költségvetésről szóló törvényben meghatározott mértékű támogatás,
    b) természetes vagy jogi személyek önkéntes befizetései,
    c) a személyi jövedelemadóból a Közalapítvány részére a törvényben meghatározottak szerint felajánlott rész,
    d) a Közalapítvány vállalkozási tevékenységéből befolyt összeg,
    e) a közalapítványi vagyon hozadéka,
    f) egyéb bevételek.

IX. A Közalapítvány gazdálkodása

1. A Közalapítvány a működés biztonsága érdekében a törzsvagyont elkülönítetten kezeli, amelynek mértéke nem csökkenhet, de a törzsvagyon hozama felhasználható. A törzsvagyon feletti vagyon és annak hozadéka jelen IX. fejezetben megjelölt megkötések figyelembevételével a közalapítvány céljainak megvalósítására szabadon felhasználható.
2. A Közalapítvány az V. pontban meghatározott céljai elérése érdekében szolgáltatást, továbbá nyilvánosan meghirdetett pályázat útján támogatást nyújthat.
3. A Közalapítvány pályázat kiírása nélkül évente a vagyona 5%-ának mértékéig, de legfeljebb évente összesen egymillió forint (közvetlen vagy közvetett) támogatást nyújthat az alapító okiratban foglalt célokra.
4. A Közalapítvány a pályázati támogatásban részesülővel szerződést köt, mely tartalmazza legalább
   a) a támogatás célját, felhasználásának módját, a támogatandó feladatok részletes leírását,
   b) a támogatás összegét, illetve értékét,
   c) az elszámolás tartalmát, határidejét és az elszámoláshoz szükséges bizonylatokat,
   d) a pályázati támogatás felhasználásával kapcsolatos ellenőrzés módját,
   e) a szerződés megszegésének jogkövetkezményeit.
5. Működési költségre – beleértve a kuratórium, a felügyelőbizottság és a titkárság költségeit is – a kuratórium által évente meghatározott összeg használható fel, amely azonban nem haladhatja meg az éves tervezett összkiadás 8%-át. A pályázatok meghirdetésével, lebonyolításával, elbírálásának előkészítésével, valamint a szakértők bevonásával kapcsolatos költségeket a kuratórium külön, a pályázat kiírásakor határozza meg.
6. A Közalapítvány vállalkozási tevékenységet közhasznú céljai megvalósítása érdekében, azokat nem veszélyeztetve folytathat. A Közalapítvány vállalkozási tevékenységét csak másodlagos jelleggel végezheti.
7. A Közalapítvány vállalkozási tevékenységre éves bevételeinek legfeljebb 15%-át fordíthatja. A Közalapítvány gazdálkodása során elért eredményét nem oszthatja fel, azt az alapító okiratban meghatározott tevékenységre kell fordítania.
8. A Közalapítvány csak olyan gazdálkodó szervezetben vehet részt, amelyben legalább többségi befolyással rendelkezik, és amelyben felelőssége nem haladja meg vagyoni hozzájárulása mértékét.
9. A Közalapítvány befektetési tevékenységet a kuratórium által elfogadott Vagyonkezelési Szabályzat alapján folytathat.
10. A Közalapítvány pénzügyeinek és számvitelének folyamatos ellenőrzésére – pályázat útján kiválasztott – könyvvizsgálót alkalmaz. A könyvvizsgálóra a felügyelőbizottság tagjainak összeférhetetlenségére vonatkozó rendelkezések irányadók.
11. A Közalapítvány a hatályos számviteli szabályok alapján éves mérleget és beszámolót készít, amelyet okleveles könyvvizsgáló hitelesít, és a felügyelőbizottság véleményez.
12. A Közalapítvány éves közhasznúsági jelentéseibe bárki betekinthet, arról saját költségére másolatot készíthet.

X. A Közalapítvány titkársága

1. A kuratórium működésével, gazdálkodásával kapcsolatos döntés-előkészítési és végrehajtási feladatokat az ügyvezető igazgató által vezetett titkárság látja el. A titkárság működési költségeit a Közalapítvány fedezi.
2. Az ügyvezető igazgató és a titkárság további feladatait a Szervezeti és Működési Szabályzat tartalmazza.
3. Az ügyvezető igazgató vonatkozásában a kuratórium gyakorolja a munkaviszony létesítésével, módosításával, megszüntetésével és a juttatások meghatározásával kapcsolatos jogokat. Az egyéb munkáltatói jogokat a kuratórium elnöke – akadályoztatása esetén az alelnök – gyakorolja.
4. A titkárság munkatársai felett a munkáltatói jogokat az ügyvezető igazgató gyakorolja.

XI. A Közalapítvány felügyelőbizottsága

1. A Közalapítvány működésének és gazdálkodásának ellenőrzésére 5 tagú felügyelőbizottság működik.
2. A felügyelőbizottság elnökét és tagjait az alapító kéri fel írásban. A felügyelőbizottság megbízatása 2014. március 1-jéig szól.

3. A felügyelőbizottság tagjai:
   Elnök: Kajtárné Botár Borbála Mária.
   Tagok:
   Kajdi László,
   Kocsis Tamás,
   Pirisi Károly,
   dr. Szolnoky Andrea.
4. A felügyelőbizottsági tagság megszűnik:
   a) a tag halálával,
   b) a tag lemondásával, mely a helyére jelölt tag bírósági nyilvántartásba vételével válik hatályossá,
   c) a felügyelőbizottság tagjai kijelölésének az alapító által történő visszavonásával,
   d) a Közalapítvány megszűnésével,
   e) a 2. pontban foglalt időtartam lejártával,
   f) a Tv. 9. § (2) bekezdése alapján.
5. Nem lehet a felügyelőbizottság elnöke vagy tagja, illetve könyvvizsgálója az a személy, aki
   a) a kuratórium elnöke vagy tagja,
   b) a Közalapítvánnyal a megbízatásán kívül más tevékenységre irányuló munkaviszonyban vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyban áll, ha jogszabály másképpen nem rendelkezik,
   c) a Közalapítvány cél szerinti juttatásából részesül – kivéve a bárki által megkötés nélkül igénybe vehető nem pénzbeli szolgáltatásokat –, illetve
   d) az a)–c) pontokban meghatározott személyek Ptk. 685. §-ának b) pontja szerinti hozzátartozója.
6. A felügyelőbizottság tagjai tiszteletdíjban és költségtérítésben részesülnek, amelynek feltételei, összege és elszámolásának rendje az alábbiak szerint alakul:
   a) A felügyelőbizottság tagjait és elnökét feladatuk ellátásáért havonta – a pénzügyi tervben meghatározott keretösszegig – tiszteletdíj illeti meg. A tiszteletdíj a tárgyhavi ülések összes időtartamának arányában jár, olyan mértékben, amilyen időtartamban a felügyelőbizottság tagja az üléseken részt vett. A részvételt jelenléti ívvel és a felügyelőbizottsági ülés jegyzőkönyvével kell igazolni.
   b) A felügyelőbizottság elnökének tiszteletdíja a mindenkori köztisztviselői illetményalap legfeljebb 300%-a. A felügyelőbizottság további tagjainak tiszteletdíja a mindenkori köztisztviselői illetményalap legfeljebb 200%-a. A felügyelőbizottság tagjait számlával igazolt és indokolt költségeik megtérítése illeti meg.
7. A felügyelőbizottság a Közalapítvány nyilvántartásba vételétől számított 60 napon belül, írásban maga határozza meg ügyrendjét. Az elfogadott ügyrendet annak elfogadásától számított 30 napon belül a kuratórium elnökének és az alapítónak tájékoztatásul megküldi.
8. A felügyelőbizottság ellenőrzi a kuratórium és a titkárság működését és gazdálkodását. Szükség szerint ellenőrzést tarthat, amelynek során a Közalapítvány könyveibe és irataiba betekinthet, azokat megvizsgálhatja, a kuratórium bármely tisztségviselőjétől jelentést, tagjától és a Közalapítvány bármely alkalmazottjától felvilágosítást és tájékoztatást kérhet.
9. A felügyelőbizottság tagjai a kuratórium ülésén tanácskozási joggal részt vehetnek.
10. A felügyelőbizottság köteles az intézkedésre jogosult kuratóriumot tájékoztatni, és annak összehívását kezdeményezni, ha tudomást szerez arról, hogy
    a) a Közalapítvány működése során olyan jogszabálysértés, vagy a Közalapítvány érdekeit egyébként súlyosan sértő esemény (mulasztás) történt, amelynek megszüntetése vagy következményének elhárítása, illetve enyhítése a kuratórium döntését teszi szükségessé;
    b) a vezető tisztségviselők felelősségre vonását megalapozó tény merült fel.
11. Az intézkedésre jogosult kuratóriumot a felügyelőbizottság indítványára – annak a kuratórium összehívására jogosult által történő kézhezvételétől számított 30 napon belül – össze kell hívni. E határidő eredménytelen eltelte esetén a kuratórium összehívására a felügyelőbizottság döntése alapján annak elnöke jogosult.
12. Ha a kuratórium a törvényes működés helyreállítása érdekében szükséges intézkedéseket nem teszi meg, a felügyelőbizottság köteles haladéktalanul értesíteni az alapítót és az illetékes ügyészséget.
13. A felügyelőbizottság feladatai ellátásához – a szakértelmét meghaladó speciális kérdésekben – a Közalapítvány költségén szakértőt vehet igénybe.
14. A felügyelőbizottság tagjai a Tv. 3. § (3) bekezdés e) pont ea) alpontja alapján vagyonnyilatkozatot tesznek.

XII. Egyéb rendelkezések

1. A Közalapítvány vezető tisztségviselője nem lehet olyan személy, akinél a közhasznú szervezetekről szóló 1997. évi CLVI. törvény 9. §-ának (1) bekezdése szerinti kizáró feltétel fennáll.
2. A vezető tisztségviselő, illetőleg annak jelölt személy köteles valamennyi érintett közhasznú szervezetet előzetesen tájékoztatni arról, hogy ilyen tisztséget egyidejűleg más közhasznú szervezetnél betölt.
3. Az 1. és 2. pontban foglalt szabályok vonatkoznak a kuratórium és a felügyelőbizottság tagjaira is.
4. A Közalapítvány közvetlen politikai tevékenységet nem folytat, szervezete pártoktól független, pártnak támogatást nem nyújt, attól támogatást nem kap, országgyűlési vagy önkormányzati képviselőjelöltet nem állít és nem támogat.
5. A Közalapítvány alapító okiratát a Magyar Közlönyben közzé kell tenni.
6. A Közalapítvány megszűnése esetén az alapító köteles a megszűnt Közalapítvány vagyonát a hitelezők kielégítése után a megszűnt Közalapítvány céljához hasonló célra fordítani, és erről a nyilvánosságot megfelelően tájékoztatni.
7. Az alapító okiratban nem szabályozott kérdésekben a Ptk., valamint a Khtv. rendelkezései, továbbá egyéb alapítványi (közalapítványi) tárgyú jogszabályok, illetve kapcsolódó polgári jogi rendelkezések az irányadóak.

Budapest, 2010. február 9.

A Kormány felhatalmazása alapján
Dr. Herczog László s. k.,
szociális és munkaügyi miniszter

VII. Pályázati felhívások

Felhívás Berhida Város Önkormányzata részére autóbusszal végzett menetrend szerinti helyi közúti személyszállítás biztosítására nyilvános ajánlatkérésen alapuló eljárásban

1. Berhida Város Önkormányzata [8181 Berhida, Veszprémi út 1–3., telefon: 06 (88) 596-580, fax: 06 (88) 585-620] az autóbusszal végzett menetrend szerinti személyszállításról szóló 2004. évi XXXIII. törvény 7. §-a és az Európai Parlament és Tanács 1370/2007/EK rendelete alapján az egy vonalon történő helyi autóbuszjárattal való személyszállítási közszolgáltatás biztosítására nyilvános ajánlatkérésen alapuló eljárást folytat le.
2. A közszolgáltatáshoz pénzügyi ellentételezést (működési támogatást) – ide nem értve a fogyasztói árkiegészítést – az önkormányzat nem biztosít.
3. A részvételi feltételeket az alábbiakban határozza meg:
   a) Ajánlatot tehet
      aa) minden belföldi, illetve külföldi székhelyű, jogi személyek és jogi személyiség nélküli gazdasági társaságok, egyéni vállalkozók vagy azok konzorciumai, melyek megfelelnek a 2004. évi XXXIII. tv. rendelkezéseinek, valamint az ajánlattételi felhívásban foglalt feltételeknek is,
      ab) aki a szolgáltatás megkezdésének időpontjától visszamenőleg számítva legalább 1 év folyamatos, saját jogon végzett helyi, menetrend szerinti autóbuszos személyszállítási gyakorlattal rendelkezik,
      ac) aki vállalja, hogy a szolgáltatást legalább a jelenleg érvényes menetrendnek megfelelően és legalább a jelenlegi szolgáltató által üzemeltetett járműpark és szolgáltatás színvonalán biztosítja.
   b) Nem lehet ajánlattevő, aki
      ba) végelszámolás alatt áll, vagy az ellene indított csődeljárás vagy felszámolási eljárás folyamatban van, tevékenységét felfüggesztette, vagy akinek tevékenységét felfüggesztették,
      bb) nem tudja igazolni, hogy rendelkezik a menetrendi előírások betartásához szükséges számú, saját tulajdonú, vagy hosszú távra bérelt, menetrend szerinti személyszállítási tevékenységre alkalmas és a jogszabályban meghatározott autóbuszos személyszállítási engedéllyel rendelkező autóbusszal,
      bc) nem tudja igazolni, hogy rendelkezik megfelelő szakmai vezetővel, és a szolgáltatás megkezdésének időpontjában rendelkezni fog a közszolgáltatás ellátásához szükséges létszámú autóbuszvezetővel.
   c) Előnyben részesül az az ajánlattevő, aki a közszolgáltatásban résztvevő autóbuszok vonatkozásában a közigazgatási területen telephellyel rendelkezik.
4. Az érvényes ajánlatot benyújtók közül a képviselő-testület az összességében legelőnyösebb ajánlatot fogadja el.
5. Az ajánlatok benyújtásának határideje: 2010. június 14. 10 óra.
   Helye: Berhida Város Önkormányzatának Polgármesteri Hivatala, emeleti titkárság, 8181 Berhida, Veszprémi út 1–3.
6. Az eredményhirdetés időpontja: 2010. június 28. 10 óra.
   Helye: az ajánlatok benyújtásának helyszínével azonos.
7. A szerződéskötés megkötésének legkésőbbi időpontja: 2010. július 28.
8. A szolgáltatás megkezdésének időpontja: 2010. szeptember 1.
10. A szerződés időtartama: max. 10 év.

VIII. Közlemények

Az Egészségügyi Minisztérium közleménye
új, illetve módosított szakmai irányelvek, szakmai protokollok kiadásáról, illetve érvényességi idő módosításáról

TARTALOMJEGYZÉK

CSECSEMŐ- ÉS GYERMEKGYÓGYÁSZAT
A házi gyermekorvos kompetencia listájáról P

PATOLÓGIA
A felnőttkori vesedaganatok egységes patológiai feldolgozásáról és értékeléséről (2. módosított változat) ML
Az emlőrák patológiai diagnosztikájáról (2. módosított változat) ML

SZEMÉSZET
Az uvea betegségeiről (1. módosított változat) P
Az időskori makula degeneráció kezeléséről (1. módosított változat) P

Jelmagyarázat:
P – szakmai protokoll
ML – módszertani levél

Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja
A házi gyermekorvos kompetencia listájáról

Készítette: a Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium

I. ÁLTALÁNOS BEVEZETŐ

A házi gyermekorvos olyan gyermekgyógyász szakorvos, aki korábban akkreditált képzőhelyeken dolgozva szakorvosi vizsgát tett csecsemő- és gyermekgyógyászatból, beleértve annak a curriculum szerinti specialitásait is.
A kompetencia-lista összeállításának célja a házi gyermekorvoslás helyének meghatározása a gyermek- alapellátásban. Annak a tevékenységi körnek a meghatározása, amelynek teljesítésére a házi gyermekorvos kötelezhető (elvégzendő feladatok), illetve felkészültsége és a rendelkezésre álló infrastruktúra alapján, az adott jogi keretek között tevékenysége kiterjeszthető. (elvégezhető feladatok) Az elvégezhető tevékenységek fedezetét csak a fejkvóta szerinti finanszírozás melletti kiegészítő tevékenység-finanszírozás biztosíthatja, melyeket a társadalombiztosítás vagy, annak hiányában a beteg – saját forrásból vagy kiegészítő biztosításán keresztül, javasolt díjtételek szerint – finanszírozhatja. A kompetencia lista összességében egy széleskörű javaslat, ezen belül az adott orvos iuditiuma alapján dönt arról, hogy milyen diagnosztikus és terápiás beavatkozásokat végez el, s ezeket illetően személyes felelősséget is vállal.
Célja továbbá, hogy segítséget nyújtson ahhoz, hogy a minimum felszerelés-, a finanszírozás-változással és szakmai irányelvekkel összhangban szélesítse a házi gyermekorvos kompetenciáját a definitív ellátásban, speciális ismeretanyag megszerzése esetén. A kompetencia –lista alapját képezheti egy jártassági /licence vizsgarendszer bevezetésének. Szakmai és jogi támaszt nyújt a házi gyermekorvos mindennapi tevékenységéhez. Az anyag érvényességi ideje három év.

II. A HÁZI GYERMEKORVOSLÁS SAJÁTOSSÁGAI

A házi gyermekorvoslás vertikálisan a gyermekellátó intézményrendszerekhez, horizontálisan az alapellátáshoz tartozik. E kettős kötődésből adódó sajátosságok tág lehetőségeket, de nehézségeket is jelentenek. A házi gyermekorvos az egységes gyermekellátó rendszer „alapja"-ként látja el gyermekorvosi feladatát. Az alapellátás részeként tevékenysége kiterjed a közösségi orvoslásra, a népegészségügyi teendőkre, valamint társadalmi, szociális kapcsolatrendszerre és a családokhoz való kötődése többlet-lehetőséget és -feladatot is jelent. A gyermekellátás az egészségügyi ellátás önálló alrendszerét alkotja. A kettős kötődés mellett is egyértelmű, hogy a házi gyermekorvosok szakmai szempontból a gyermekellátás többi szereplőjével (szakellátás, fekvőbeteg intézeti ellátás) egységben, harmonikus munkakapcsolatban működhetnek eredményesen. Az alapellátás, járóbeteg-szakellátás, fekvőbeteg ellátás hierarchiában a gyermek-alapellátásnak kitüntetetett szerepe van.

Módszertan, szemlélet, gyakorlat – hangsúlyeltérések

Házi gyermekorvos/háziorvos (Primary care pediatrician (PCP))	Kórház/szakrendelés orvosa (Secundary/tertiary pediatrician (STP))
Szervezeti különbségek	
– alacsony létszámú (1000–2000) állandó népességet gondoz,	– nagy lélekszámú, változó népességet gondoz.
– adott orvos,	– változó orvos,
– közvetlen, beutaló nélküli kapcsolat,	– felkeresés csak hgyo/ho beutalóval,
– közeli rendelő	– távoli rendelő
– változatos pacientúra	– kisebb változatosság
Működési és gyakorlatbeli különbségek	
– páciens teljes egészségének felelőssége	– szakterület orientált felelősség
– minden egészségi probléma	– csak szakterületi gondok
– nem körülhatárolt, amorf panaszok	– körülhatárolt panaszok, betegségek
– gyakori betegségek, szociális gondok	– súlyos, ritka, atípusos betegségek
– ritkán használ magas szintű technológiát	– gyakran használ magas szintű technológiát

– folyamatos felelősség	– eseti felelősség
– a megelőzés lehetősége nagyobb	– a megelőzés lehetősége kisebb

Szemlélet és módszertan különbségei

– „háromszoros kórisme" (szervi, lelki, szociális)	– kórformára irányultság (testi vagy lelki)
– az időt diagnosztikus eszközként használja,	– az időt kevésbé használja diagnosztikus eszközként
– az orvos-beteg kapcsolat folyamatossága	– kevésbé hangsúlyos a folyamatosság
– a lelki támogatás folyamatos igénye	– gyógyítási lehetőség híján elbocsátás
– a páciens szempontjai, önállósága	– ezek viszonylagos háttérbe szorulása

III. A HÁZI GYERMEKORVOS FELADATAI

Az egyén egészséges felnőtté válásának elősegítése: megelőző, gyógyító, gondozó, kommunikációs és menedzser tevékenység révén, ami magában foglalja a koncepciótól a növekedés befejezéséig terjedő periódust.

A sokrétű feladatatok teljesítésének feltételei

Személyi feltételek

- gyermekgyógyász szakorvosi képzettség, a gyermek alapellátásra szakmailag felkészült, motivált, megfelelő attitűddel rendelkező team (orvos, védőnő, ápolónő/asszisztens)
- folyamatos továbbképzéssel, fenntartott elméleti és gyakorlati tudás
- kommunikációs készség

Tárgyi feltételek

- a feladatok ellátását biztosító finanszírozás
- hatékony praxis menedzsment
- minimum feltételek biztosítása

Együttműködési készség

- szoros munkakapcsolat a járó- és fekvőbeteg ellátó rendszerrel valamint a felnőtt alapellátással

IV. A HÁZI GYERMEKORVOSTÓL ELVÁRT SZAKMAI ISMERETEK

1. Elméleti ismeretek
   - A gyermekgyógyászat sajátosságai, szervezési kérdései, a gyermekek egészségügyi ellátásának jogi szabályozása
   - Egészséges és kóros növekedés, fejlődés
   - A gyermekgyógyászati anamnézis sajátosságai (családi, környezeti, terhességi, szülési, újszülöttkori, csecsemőkori, gyermekkori, aktuális betegségre vonatkozó)
   - Csecsemőtáplálás és a gyermekgyógyászati dietetika alapjai
   - Kötelező és fakultatív védőoltások, egyéb profilaktikus tevékenységek
   - Életkorhoz kötött szűrővizsgálatok
   - A gyermekgyógyászati betegségek etiológiájának, patogenezisének, diagnosztikus- és terápiás lehetőségeinek ismerete
   - Diagnosztikus és terápiás protokollok
   - Krónikus betegek gondozása, rehabilitációja
   - A leggyakoribb sürgősségi ellátást igénylő tünetek
   - Beutalási rend ismerete

2. Gyakorlati ismeretek
   - Anamnézis felvétel
   - Fizikális vizsgálat, status rögzítés
   - Kórházi (szakambulanciai) diagnózist kezelést nem igénylő betegségek definitív ellátása
   - Speciális ellátást igénylő betegségek első ellátása az alapellátási kompetenciának megfelelően és tovább irányítása
   - Krónikus betegek gondozása rendszerint specialista irányításával, interkurrens betegségek, szövődmények felismerése és ellátása

- Szűrési tevékenység, ennek során felderített betegek kivizsgálásának, kezelésének, gondozásának irányítása
- Laboratóriumi és tenyésztéses vizsgálatokhoz mintavétel (vénás vérvétel, vérvétel capillárisba, vizeletvétel/zacskós, középsugár, katéter/ torokváladék, sebváladék, székletminta vétele).
- Laboratóriumi és tenyésztéses vizsgálatok eredményének értékelése.
- Terápiás beavatkozások: inhalációs terápia, i.v., i.m., s.c., i.c. injekció, védőoltás beadása, vénabiztosítás, sérülések elődleges ellátása, gyomormosás, beöntés, nyákszívás
- RTG és UH vizsgálatok elrendelése és a lelet értékelése
- Megfelelő jártasság birtokában EKG készítése, alapszintű értékelése, életkori jellemzők ismerete
- Számítógépes adatrögzítés, adatszolgáltatás. Leletek lekérdezése továbbítása, szakmai konzultáció és továbbképzés internet segítségével
- Megfelelő betegvezetés, a betegek megnyerése az együttműködésre, egészségnevelés.
- Kapcsolattartás a betegellátásban érintett szereplőkkel (finanszírozási, felügyeleti, egészségügyi, szociális, oktatási, önkormányzati intézményekkel. A team munka preferálása, a sikeres szakmai tevékenységet biztosító munkakapcsolat ápolása
- Alapszintű újraélesztés. Sürgősséget igénylő esetek ellátása
- Orvos- szakértői tevékenység végzése

V. A HÁZI GYERMEKORVOS TEVÉKENYSÉGI KÖRE

1. Prevenció
   - A családot érintő öröklődő és halmozódó betegségek, anyai betegségek ismeretében a várandós anya és családja felkészítése a szülésre, szoptatásra
   - Az újszülött, csecsemő és gyermek fejlődésének nyomon követése, a normálistól való eltérés felismerése és okainak tisztázása
   - Vakcináció
   - D vitamin, K vitamin, vas, allergia – profilaxis
   - A családdal való kapcsolattartás, familiáris betegségek, problémák felismerése, a család segítése az egészségügyi problémák megoldásában, a védőnővel együttműködve
   - Együttműködés a bölcsődei, óvodai és iskolaorvossal
   - Életkorhoz kötött kötelező és egyéb szűrővizsgálatok
   - Életmód tanácsadás és folyamatos egészségnevelés

2. Gyógyító munka
   - Sürgősségi betegek első ellátása, szükség esetén további kezelés céljából intézetbe utalása.
   - A megbetegedések ellátása az érvényben lévő szakmai ajánlásoknak, ezek hiányában a szakma szabályainak megfelelően, az ellátási folyamat irányítása
   - Akut, szövődménymentes betegségek önálló definitív ellátása biztos diagnózis esetén. Az önállóan ellátható betegségek köre a házi gyermekorvos speciális felkészültsége esetén bővíthető, amennyiben a legkorszerűbb diagnosztikus és terápiás módszereket rendszeresen alkalmazza, valamint a jogszabályok által megkövetelt képesítéssel rendelkezik.
   - Krónikus betegek interkurrens betegségeinek kezelése
   - Szakkonzílium igénybevétele
   - Tisztázatlan diagnózis, terápiára nem gyógyuló, szövődményes, vagy intézeti ellátást igénylő betegségben szenvedők fekvő beteg intézetbe utalása kivizsgálás és/vagy kezelés céljából.
   - A házi gyermekorvosi szolgálat tevékenységét a rendelőjében végzi, szakmailag indokolt esetben az ellátás a beteg otthonában illetve tartózkodási helyén történhet
   - Fontos a család és a környezet bevonása a gyógyító folyamatba
   - Szoros kapcsolattartás a szakellátással és fekvőbeteg intézettel, a továbbküldött beteg sorsának nyomon követése

3. Gondozás
   - Ismert és kivizsgált, egyensúlyban lévő krónikus betegek ellenőrzése, gondozása
   - A családot érintő öröklődő és halmozódó betegségek, anyai betegségek ismeretében közreműködés a preconcepcionális gondozásban más szakorvosokkal és védőnővel együttműködve
   - Habilitáció, rehabilitáció kezdeményezése és nyomon követése

- Otthoni (szak) ápolás kezdeményezése
- Súlyos, gyógyíthatatlan beteg és családjának
- Együttműködés a szociális és egyéb gondozó hálózatokkal
- Pályairányításban való közreműködés, a tanulók egészségi állapotának ismeretében

4. Egyéb feladatok
   - Részvétel és segítségnyújtás a testi-lelki krízis-szituációk megoldásában
   - Egyénre, családra és közösségre adaptált egészségnevelés; egészségmegőrzés, -fejlesztés
   - Orvos szakértői feladatok ellátása a jogszabályban meghatározottak szerint
   - Közegészségügyi, járványügyi feladatok ellátása jogszabályban meghatározottak szerint
   - Problémaorientált dokumentáció, statisztikák, jelentések elkészítése és kezelése a vonatkozó rendeleteknek megfelelően
   - A praxisból elkerülő gyermek átadása során korrekt írásos információ nyújtása, amely segítségével a folyamatos betegellátás és gondozás magas színvonalon folytatható.

     I. Korábbi anamnézis
     1. Növekedés-fejlődés jellemzői
     2. Pozitív (következménnyel járó) perinatális, vagy korai gyermekkori események.
     3. Kórházi kezelést igénylő betegségek, műtétek

     II. A folyamatos gondozást/ellenőrzést szükségessé tevő betegség:
     1. Kezdet, kórlefolyás
     2. Aktuális állapot
     3. Külön figyelmet igénylő jellemzők

VI. A RÉSZLETES KOMPETENCIA LISTA ÖSSZEÁLLÍTÁSÁBAN FIGYELEMBE VETT SZEMPONTOK ÉS ANYAGOK

- A gyermekorvosi szakorvosképzés kurrikuluma alapján a házi gyermekorvos elvárható felkészültsége
- Az érvényben lévő protokollok, irányelvek
- A háziorvosi praxis hatásköri listája. A Háziorvosi Szakmai Kollégium anyaga.
- A Házi Gyermekorvosok Egyesülete 1995-ben összeállított kompetencia anyaga
- A gyermekorvosi praxisok eltérő adottságai:
  - Város- falu
  - Gyermekorvosi ügyelet van/nincs
  - Kórháztól való távolság
  - Összhang a védőnői feladatkörrel
- A minőségirányítási rendszer előírásai
- Jogi szabályozók
- Finanszírozás

<u>AZ EGYES FEJEZETEK SZERKEZETE</u>

DIAGNOSZTIKUS TEVÉKENYSÉGEK, ELJÁRÁSOK
- Elvégzendő
- Elvégezhető

SÜRGŐSSÉGI TEVÉKENYSÉG

ÖNÁLLÓ BETEGELLÁTÁSI TEVÉKENYSÉG
- Elvégzendő
- Elvégezhető

BETEGELLÁTÁS SZAKELLÁTÁS IRÁNYÍTÁSÁVAL

TÁJÉKOZOTTSÁG

VII. A HÁZI GYERMEKORVOS FELADATAI ÉS KOMPETENCIÁJA AZ EGYES SZAKTERÜLETEKEN

VII/1. SÜRGŐSSÉGI BETEGELLÁTÁS
VII/2. ALLERGOLÓGIA, IMMUNOLÓGIA
VII/3. BŐRGYÓGYÁSZAT
VII/4. DIAGNOSZTIKA: RADIOÓGIA, LABORATÓRIUM
VII/5. ENDOKRINOLÓGIA, ANYAGCSERE
VII/6. FÜL-ORR-GÉGE
VII/7. GASTRO-ENTEROLÓGIA
VII/8. GENETIKA
VII/9. HEMATOLÓGIA, ONKOLÓGIA
VII/10. INFEKTOLÓGIA
VII/11. KARDIOLÓGIA
VII/12. NEFROLÓGIA
VII/13. NEUROLÓGIA
VII/14. ORTOPÉDIA
VII/15. PERINATOLÓGIA
VII/16. PSZICHIÁTRIA
VII/17. PULMONOLÓGIA
VII/18. SEBÉSZET, TRAUMATOLÓGIA
VII/19. SERDÜLŐKOR SPECIÁLIS JELLEMZŐI
VII/20. SZEMÉSZET

VII/21. KÖZÖSSÉGI ORVOSLÁS

VII/22. IGAZSÁGÜGYI ORVOSTAN, A HÁZI GYERMEKORVOS SZAKÉRTŐI TEVÉKENYSÉGE

VII/1. SÜRGŐSSÉGI BETEGELLÁTÁS

DIAGNOSZTIKAI TEVÉKENYSÉG ÉS ELJÁRÁSOK

Alaptevékenység

- A sürgős ellátást igénylő beteg aktuális állapotának megítélése (kritikus, fenyegetett állapot, veszélyeztetettség, csoportdiagnózis, veszélyeztető állapot)
- Fizikális vizsgálat, a légzés, keringés, eszmélet megítélése, a vitális jelek változásának észlelése
- Azonnal elérhető diagnosztikus eszközök alkalmazása, értékelése. (pl. RR. EKG, vércukor vizelet cukor aceton, testhőmérő)

Felismerendő

- Heveny keringési elégtelenség, shock, praeshock
- Heveny malignus ritmuszavar
- Malignus hypertensio
- Folyadék és elektrolit háztartás zavara
- Heveny légzési elégtelenség
- Alsó és felsőléguti stenosisok.
- Idegentest gyanúja a légutakban
- Eszméletlenség, tudatzavar
- Akut izomtónus zavar, kóros idegrendszeri tünetek (intracraniális nyomásfokozódás, a meningeális jelek, góctünetek)
- Konvulziók (adatok esetén annak pontos leírása)
- Hypoglikaemia, hyperglycaemia, hypocalcaemia
- Akut allergiás kórképek, anafilaxia
- Akut has
- Sérült beteg, polytrauma
- Súlyos külső, belső vérzések gyanúja.
- Égés, lehűlés, vízbemerülés, áramütés.

- Heveny mérgezés gyanúja, toxikológiai tünet – együttesek
- Klinikai halál

Elvégezhető
- Sürgősségi labor vizsgálat
- Pulzoximéteres monitorozás
- EKG monitorozás

ÖNÁLLÓ BETEGELLÁTÁSI TEVÉKENYSÉG
Akut életveszélyt jelentő történések elsődleges ellátása, szakintézetbe szállításának megszervezése, szükség esetén az orvosi felügyelet biztosítása.

Alaptevékenység
A magas színvonalú oxyológiai beavatkozást biztosító mentőegység megérkezéséig
- Elsődleges légút biztosítás: átjárható felső légutak biztosítása, légúti váladék leszívása, oropharyngealis tubus behelyezése
- Mesterséges lélegeztetés (lehetőség szerint arcmaszkkal)
- Conicotomia (pl. nagylumenű tű)
- Felső légúti idegentest eltávolítási kísérlete
- Kardiopulmonális reszuszcitáció megkezdése (BLS)
- Vénabiztosítás
- Folyadékpótlás, sokktalanítás megkezdése
- Vérzéscsillapítás
- Műfogások, fektetések
- Immobilizáció, alapszintű rögzítések
- Gyógyszeres beavatkozás szükséges
    - alkalmi görcsroham
    - akut aszthmás roham
    - croup syndróma
    - hyperpyrexia
    - hypoglikaemia
    - súlyos allergiás reakciók, anafilaxia
    - erős fájdalom

Elvégezhető
- Endotracheális intubáció, laringeális maszk alkalmazása
- Kiterjesztett kardiopulmonális reszuszcitáció, defibrillátor alkalmazása (ALS)
- Volumenpótlás plazmaexpanderrel, rehydrálás
- Intraossealis folyadékpótlás
- Oxigénterápia
- Gyomormosás
- Mellkaspunkció túlnyomásos ptx esetén

TÁJÉKOZOTTSÁG
- A mentés és betegszállítás szervezete és működése Magyarországon
- Mentőgépkocsi-típusok felszerelésének ismerete
- A sürgősségi betegellátás igazságügyi orvostani vonatkozásainak ismerete
- Betegjogok

VII/2. ALLERGOLÓGIA-IMMUNOLÓGIA

DIAGNOSZTIKUS TEVÉKENYSÉGEK, ELJÁRÁSOK

Alaptevékenység

- Anamnézis felvétele (egyéni és családi anamnézis)
- Rizikófelmérés, atópiás alkat felismerése
- Preventív feladatok (csecsemőtáplálás, allergén elimináció)
- Fizikális vizsgálat
- Allergiás betegségek gyanújának felvetése, kivizsgálásának elindítása
- Immundeficienciák gyanújának felvetése, kivizsgálásának elindítása
- Aspecifikus immunitás laboratóriumi vizsgálata és értékelése (kvalitatív és kvantitatív vérkép, CRP, We)
- Tüneti napló vezettetése és értékelése (nehézlégzés, táplálék provokálta tünetek gyanúja)
- Autoimmun betegségek gyanújának felvetése

Elvégezhető

- Táplálékallergia gyanúja esetén az eliminációs étrend bevezetése
- Eszközös csúcsáramlás mérés 6 éves kor fölött (Peak-flow metria)

SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁS

Akut életveszélyt jelentő történések felismerése, elsődleges ellátása, szakintézetbe szállításának megszervezése, szükség esetén orvosi felügyelet biztosítása

- Anafilaxiás reakció
- Fej-nyak régióra lokalizálódó Quincke oedema
- Általános tünetekkel járó generalizált urticaria
- Status asthmaticus, illetve ambuláns ellátásra nem reagáló nehézlégzés
- Egyéb súlyos allergiás reakciók

ÖNÁLLÓ BETEGELLÁTÁSI TEVÉKENYSÉG

Alaptevékenység

- Igazolt, enyhe és középsúlyos felsőlégúti allergiák
- Táplálékallergia igazolt, enyhe tünetekkel zajló, csecsemő és kisdedkori formái, melyek az eliminációs étrenddel tünetmentesen tarthatók
- Atópiás dermatitis enyhe és középsúlyos esetei
- Acut urticaria (nem generalizált)
- Szekunder (transitorikus) humorális immunhiány
- Secretoros IgA hiány

BETEGELLÁTÁS SZAKELLÁTÁS IRÁNYÍTÁSÁVAL

- Felsőlégúti allergiák súlyos klinikai stádiuma
- Atópiás dermatitis súlyos, illetve szövődményes formái
- Asthma bronchiale középsúlyos és súlyos formái
- Malnutricóval járó táplálékallergiák
- Immundeficienciák
- Autoimmun betegségek

TÁJÉKOZOTTSÁG

- Allergológiai és immunológiai ismeretek
- A csecsemő és gyermek immunrendszerének sajátosságai
- Környezeti ártalmak és az immunbetegségek összefüggései
- Genetikailag determinált immunológiai betegségek
- Hiposzenzibilizálási eljárások és immunterápia
- Immunglobulin pótlás és lehetséges szövődményei

- Transzplantáció immunológiai vonatkozásai
- Immunmodulációs kezelések és mellékhatásaik
- A kortikoszteroidok és az autoimmun betegségekben alkalmazott citosztatikus kezelések elvei; a gyógyszerek hatásai, mellékhatásai

VII/3. BŐRGYÓGYÁSZAT

DIAGNOSZTIKUS TEVÉKENYSÉGEK, ELJÁRÁSOK

Alaptevékenység

- Anamnézis felvétele
- Fizikális vizsgálatok elvégzése
- Rizikófelmérés (atópiás dermatitis, naevusok stb.)
- Laboratóriumi, képalkotó és egyéb műszeres vizsgálatok kezdeményezése és értékelése

SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁS

Szakellátást igénylő akut kórállapotok felismerése, elsődleges ellátása, szakintézetbe szállítás megszervezése, szükség esetén orvosi felügyelet biztosítása

- Súlyos pyodermák
- Epidermolysis bullosa
- Lyell szindróma
- Generalizált herpes

ÖNÁLLÓ BETEGELLÁTÁSI TEVÉKENYSÉG

Alaptevékenység

- Csecsemőkori dermatitisek
- A bőr banális infekciói
- Dermatitisek
- Erysipelas
- Dermatomycosisok
- Acne
- Herpes zoster
- Szemölcsök
- Ekzéma
- Élősködők által okozott bőrelváltozások (scabies, pediculosis ..)
- Rovarcsípések, kullancscsípés utáni nyomonkövetés a terjesztett infekciók felismerése céljából
- Externákkal történő kezelés
- Haemangiómák
- A köröm betegségei
- Belgyógyászati betegségek bőr manifesztációi
- Bőrgyógyászati betegségek belgyógyászati manifesztációi
- Gyógyszer-mellékhatások bőr manifesztációi
- A bőr általános tünetekkel nem járó égési sérülése

BETEGELLÁTÁS SZAKELLÁTÁS IRÁNYÍTÁSÁVAL

- Acne súlyosabb formái
- Ekcéma súlyosabb formái
- Dermatitisek súlyosabb formái
- Localis kezelésre nem javuló szemölcsök
- Naevusok komplikált esetei
- Psoriasis
- Alopeciák
- Nemibetegségek és szexuális úton terjedő fertőzések
- Genodermatosisok

- Lyme-kór
- Mycosisok súlyosabb formái
- Nem tisztázott bőrelváltozások
- Keratosisok, hyperkeratosis

TÁJÉKOZOTTSÁG

- A bőrgyógyászati betegségek, állapotok pszichológiai vonatkozásai
- Lokalis kortikoszteroidkezelés és egyéb immunmoduláns kezelés hatásai, mellékhatásai
- Dermabrasio
- Elektroterápia, krioterápia, lézerterápia, UV-terápia
- Bőrátültetés (grafting), plasztikai sebészeti beavatkozások
- Tetoválások készítésének módszerei és veszélyei, eltüntetési lehetőségek
- Onkoterápia

VII/4. DIAGNOSZTIKA: RADIOLÓGIA, LABOR

RADIOLÓGIA

1. ELMÉLETI ISMERETEK

- A vizsgálóeljárások alapvető működései elve
- A haszon/kockázat ismerete
- A vizsgálatok indikációi
- A vizsgálatok ismétlésének indikációi
- A vizsgálatokra való beteg előkészítés
- A vizsgálati módszerek informatív értéke

2. GYAKORLATI ISMERETEK

- Iránydiagnózis (a kérést indokló anamnézis, tünet, feltételezett diagnózisok)
- A vizsgálati leletek megfelelő értelmezése
- A leletek reprodukálható rögzítése a beteg dokumentációjába

3. ALAPTEVÉKENYSÉG

- Anamnézis felvétel
- Fizikális vizsgálat
- Az alapellátó orvos által kérhető RTG és UH vizsgálatok (1. sz. melléklet)

LABOR DIAGNOSZTIKA

1. ELMÉLETI ISMERETEK

- Mintavételi technikák, preanalitikai tényezők és hibaforrások ismerete.
- A különböző vérvételi eszközök ismerete, felhasználási területe
- A vizsgálatok indikációi
- A vizsgálatok ismétlésének indikációi
- A beteg előkészítése a vizsgálatokra
- A vizsgálati módszerek informatív értéke
- Klinikai kémiai labor ismeretek
- Hematológiai labor ismeretek
- Mikrobiológiai labor ismeretek
- Egyéb ágymelletti labor vizsgálatok
- Genetikai laborvizsgálatok alapjai, indikáció és korlátok
- Szerológiai, immunológiai labor ismeretek
- Költséghatékonyság

2. GYAKORLATI ISMERETEK
- A diagnosztikus vizsgálati kérés pontos megfogalmazása
- A vizsgálati leletek megfelelő értelmezése
- A leletek reprodukálható rögzítése a beteg dokumentációjába

3. ÖNÁLLÓ LABORVIZSGÁLATI TEVÉKENYSÉG
Alaptevékenység
- Vizelet gyorsteszt, vércukor gyorsteszt
- Jelenleg érvényes szabálykönyv alapján alapellátás orvosa által kérhető vizsgálatok (2. számú melléklet)

Elvégezhető
- Mintavételek
- A rendelőben végezhető vér, vizelet, széklet, torokváladék vizsgálat
- Egyéb gyorsteszt vizsgálatok

VII/5. ENDOKRINOLÓGIA, ANYAGCSERE

DIAGNOSZTIKUS TEVÉKENYSÉGEK, ELJÁRÁSOK
Alaptevékenység
- Anamnézis felvétele, különös figyelemmel a családi, terhességi és perinatalis anamnézisre
- Fizikális vizsgálatok elvégzése, minor és major rendellenességek, számba vétele, mentális állapot megítélése
- Növekedés, pubertás nyomon követése, pubertás stádiumának megállapítása
- Antropometriai mérések (testsúly, testmagasság, bőrredők) BMI, percentilek használata
- Pajzsmirigy vizsgálata, struma fokozatok meghatározása
- Veleszületett belszervi rendellenességek gyanújának felvetése
- Laboratóriumi, és képalkotó vizsgálatok, konzílium kezdeményezése
- Sürgősségi endokrin állapotok felismerése
- Egyéb okból szteroid terápiában részesülő beteg esetében a mellékhatások monitorozás
- Újszülöttkori anyagcsere szűrővizsgálatok szükség szerinti ismétlése
- Vércukormérés, vizelet cukor vizsgálat

Elvégezhető
- Testzsírtartalom meghatározása
- Folyadékforgalom otthoni mérési adatainak értékelése

SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁS
Akut életveszélyt jelentő történések felismerése, elsődleges ellátása, szakintézetbe szállításának megszervezése, szükség esetén orvosi felügyelet biztosítása
- CAH sóvesztő formájának krízise
- Glükóz anyagcsere zavarok krízisállapotai
- Hyperthyreosis krízisállapota
- Addisonos krízisállapot
- Egyéb anyagcsere krízisállapotok

ÖNÁLLÓ BETEGELLÁTÁSI TEVÉKENYSÉG
Alaptevékenység
- Testmagasság, testsúly, pubertás nyomon követése.
- Túlsúlyosak és elhízottak gondozása, életmód tanácsadás
- Kivizsgált beteg nyomon követése, gyógyszerelésének, diétájának ellenőrzése
- Fejlesztés és rehabilitáció szükségességének felmérése és megfelelő helyre irányítás
- Otthoni ápolást, kezelést segítő eszközök beszerzésének indítványozása
- Interkurrens, otthon gyógyítható betegségek kezelése
- Kórházi kezelést igénylő stádium esetén beutalás
- Szülők pszichés támogatása

Elvégezhető
- Struma I. stádium követése, jódkezelése

BETEGELLÁTÁS SZAKELLÁTÁS IRÁNYÍTÁSÁVAL
- Közreműködés a gyermek endokrin és anyagcsere betegségek kezelésében és gondozásában
- 1-es tipusú diabeteses betegek, a szövődmények jeleinek figyelése
- Sruma II st-tól
- Súlyos fokú anyagcsere zavarral járó elhízás
- Tartós gyógyszerelést és/vagy diétát igénylő anyagcsere betegségek
- Egyéb hormonterápiát igénylő kórképek
- Daganatos eredetű endokrin betegségek
- Malignus betegségre hajlamosító rendellenességek
- Progresszióval járó kórképek
- Súlyos szervi manifesztációval járó kórképek

TÁJÉKOZOTTSÁG
- A kórképben esetlegesen várható szervi manifesztációk
- Speciális diéták, gyógyszerek, készítményekkel kapcsolatos tájékozottság
- Kivizsgálás menete, vizsgáló módszerek, diagnosztikus vizsgálatok értéke, korlátai
- Öröklődésmenet, ismétlődési kockázat
- Az alapbetegség és hormonkezelés fertilizációra gyakorolt hatása
- Várható kórlefolyás, prognózis
- Speciális szükségletek, integrálás

VII/6. FÜL-ORR-GÉGÉSZET

DIAGNOSZTIKUS TEVÉKENYSÉGEK, ELJÁRÁSOK
Alaptevékenység
- Anamnézis felvétele
- Fizikális vizsgálatok elvégzése
- Otoscopos vizsgálat (tájékozódó jelleggel)
- Hallásvizsgálat, vesztibuláris funkcióvizsgálatok tájékozódó jelleggel
- Laboratóriumi és képalkotó vizsgálatok kezdeményezése és eredményeinek értékelése
- Felsőlégúti fertőzések diagnosztikája
- Szakellátást igénylő akut fül-orr-gégészeti jellegű történések felismerése
- Adenotomia és tonsillectomia indikáció

Elvégezhető
- Orr-, gégetükrözés
- Műszeres hallásvizsgálat
- Streptococcus gyors teszt
- CRP gyors teszt

SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁS

Szakellátást igénylő akut fül-orr-gégészeti jellegű történések, elsődleges ellátása, szakintézetbe szállításának megszervezése, szükség esetén orvosi felügyelet biztosítása
- Hallójárati, orrüregben és garatban levő idegentest
- Súlyos epistaxis
- Abscessus peritonsillaris, retropharyngealis
- A felső légutak súlyos allergiás oedemája
- Súlyos laryngitis subglottica, epiglottitis
- Heveny hallásromlás

- Heveny vesztibuláris tünetegyüttes
- Fül-orr-gégészeti sérülések

ÖNÁLLÓ BETEGELLÁTÁSI TEVÉKENYSÉG
Alaptevékenység
- Szövődménymentes infekciók ellátása
  - Felsőlégúti fertőzések
  - Sinusitisek
  - Banalis otitis externa
  - Otitis media acuta konzervatív kezelése
  - Nyálmirigy gyulladások
- Banalis orrvérzés ellátása
- Egyszerűen eltávolítható idegentest.
- Cerumen eltávolítása korábbi fülészeti betegség hiányában
- Nyálmirigy betegségek (gyulladása)

BETEGELLÁTÁS SZAKELLÁTÁS IRÁNYÍTÁSÁVAL
- Otitis media acuta paracentesist igénylő esetei
- Otitis media acuta szövődményes esetei
- Otitis media chronica
- Mastoiditis
- Súlyos otitis externa
- Gátolt orrlégzést okozó elváltozások
- Recidiváló epistaxis
- Orrbemeneti gyulladások szövődményes esetei
- Sinusitisek szövődményes esetei, ethmoiditis
- Felsőlégúti szűkület
- Fejlődési rendellenességek
- Daganatok
- Halláscsökkenés
- Tracheotomizált betegek gondozása
- Műtéti idikáció felvetése

TÁJÉKOZOTTSÁG
- Hallásvizsgáló módszerek
- A hangképzés zavarai és hátterében levő elváltozások
- Hallókészülékek
- Hallásjavító műtétek
- Fül-orr-gégészeti régió fejlődési rendellenességeinek megoldásai
- Plasztikai fül-orr-gégészeti eljárások

VII/7. GASZTRO-ENTEROLÓGIA

DIAGNOSZTIKUS TEVÉKENYSÉGEK, ELJÁRÁSOK
Alaptevékenység
- Anamnézis felvétele
- Fizikális vizsgálatok elvégzése
- Rektális vizsgálat
- Laboratóriumi vizsgálatok (vér, vizelet, széklet).
- Képalkotó vizsgálatok kezdeményezése és eredményeinek értékelése
- Gasztrointesztinális fertőzések diagnosztikája
- Szomatikus fejlődés elmaradása esetén szoros nyomon követés, malabsorptio, maldigestio irányában tájékozódó vizsgálatok

- Ételintoleranciák kivizsgálása.
- Colica abdominalis kivizsgálásának elindítása
- Krónikus obstipáció kivizsgálásának elindítása

Elvégezhető
- Occult gasztrointesztinális vérzés gyorsteszt
- Coeliakia gyorsteszt
- H2 kilégzési teszt

SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁS

Akut életveszélyt jelentő történések felismerése, elsődleges ellátása, szakintézetbe szállításának megszervezése, szükség esetén orvosi felügyelet biztosítása
- idegentest a tápcsatorna területén
- akut, masszív nyelőcső-gyomor-bél vérzés
- hasi trauma
- exsiccatióhoz vezető gastroenteritis
- acut has, kizáródott sérvek
- Hirschprung kór krízis állapota
- krónikus bélgyulladások akut krízisállapotai
- acut hepatitis
- marószer mérgezések

ÖNÁLLÓ BETEGELLÁTÁSI TEVÉKENYSÉG
Alaptevékenység
- Szövődménymentes infekciók kezelése
  - Stomatitis
  - Gastritis
  - Enteritis
  - Helminthiasis, protozon fertőzések

Elvégezhető
- infúzió bekötése

Krónikus betegségek kezelése
- Postenteritises szindróma
- Nem-organikus obstipatio étrendi tanácsokkal és gyógyszerrel történő rendezése
- Fissura ani, nodus haemorrhoidales kezelése
- Ételintoleranciák, étrendi beállítása
- Gyarapodási zavart nem okozó csecsemőkori GER

BETEGELLÁTÁS SZAKELLÁTÁS IRÁNYÍTÁSÁVAL
- Szájpad- és ajakhasadékok
- Ulcus duodeni seu/et ventriculi
- Gyarapodási zavarhoz vagy légúti tünetekhez vezető GER
- Oesophagus atresia stp.op. gondozása, bélszűkületek
- Krónikus bélbetegségek
- Fejlődési rendellenességek, herniák, urachus záródási rendellenesség
- Hasi daganatok
- Krónikus májbetegségek
- Stomás beteg gondozása
- Malabsorptiók, maldigestiók
- Coeliakia : a diéta betartás ellenőrzése, étrendi tanácsok, családtagok szűrése

– Cystás fibrosis
– Epehólyag és epeút betegségek

TÁJÉKOZOTTSÁG
– Májtranszplantáció indikációi
– Máj- és nyelőcső-gyomor-bél vizsgáló módszerek
– Fejlődési rendellenességek megoldásai, optimális műtéti időpontjuk, kiegészítő kezelések szükségessége
– Krónikus gyulladásos bélbetegségek korszerű kezelése

VII/8. GENETIKA

DIAGNOSZTIKUS TEVÉKENYSÉGEK, ELJÁRÁSOK
Alaptevékenység
– Anamnézis felvétele, különös figyelemmel a családi, terhességi és perinatalis anamnézisre
– Fizikális vizsgálatok elvégzése, minor és major rendellenességek, számba vétele, mentális állapot megítélése
– Veleszületett belszervi rendellenességek gyanújának felvetése
– Növekedés, pubertás nyomon követése
– Laboratóriumi, genetikai és képalkotó vizsgálatok, konzílium kezdeményezése

Elvégezhető
– Szindróma kutatás (amennyiben a kromoszóma vizsgálat negatív)

SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁS

Akut életveszélyt jelentő történések felismerése, elsődleges ellátása, szakintézetbe szállításának megszervezése, szükség esetén orvosi felügyelet biztosítása

ÖNÁLLÓ BETEGELLÁTÁSI TEVÉKENYSÉG
Alaptevékenység
– Kivizsgált beteg nyomon követése, gyógyszerelésének, diétájának ellenőrzése
– Fejlesztés és rehabilitáció szükségességének felmérése és megfelelő helyre irányítás
– Otthoni ápolást, kezelést segítő eszközök beszerzésének indítványozása
– Interkurrens, otthon gyógyítható betegségek kezelése
– Kórházi kezelést igénylő súlyossági állapot esetén beutalás
– Szülők pszichés támogatása
– Genetikai betegségben szenvedők időszakonkénti szűrővizsgálata malignitás irányába

BETEGELLÁTÁS SZAKELLÁTÁS IRÁNYÍTÁSÁVAL
– Malignus betegségre hajlamosító rendellenességek
– Tartós gyógykezelést igénylő anyagcsere betegségek
– Progresszióval járó kórképek
– Súlyos szervi manifesztációval járó kórképek

TÁJÉKOZOTTSÁG
– Speciális diéták és gyógyszerek
– A diagnosztikus vizsgálatok értéke és korlátai
– Gyógyszeres kezelés esetén speciális készítmények ismerete
– Várható kórlefolyás, prognózis
– Öröklődés menet, ismétlődési kockázat ismerete
– Speciális szükségletek, integrálás

VII/9. HAEMATOLÓGIA, ONKOLÓGIA

DIAGNOSZTIKUS TEVÉKENYSÉGEK, ELJÁRÁSOK

Alaptevékenység

- Anamnézis felvétele (egyéni és családi anamnézis: splenectomai, icterus)
- Fizikális vizsgálatok elvégzése (a has vizsgálata!)
- Laboratóriumi és képalkotó vizsgálatok kezdeményezése és eredményének értékelése
- Vashiányos anaemia diagnosztizálása
- Rizikótényezők felmérése

Elvégezhető

- Mikroszkópos vérvizsgálat

SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁS

Akut életveszélyt jelentő történések felismerése, elsődleges ellátása, szakintézetbe szállításának megszervezése, szükség esetén orvosi felügyelet biztosítása

- Akut légzési és keringési zavar
- Súlyos vérzés
- Beékelődés gyanúja
- Akut has
- Tudatzavar
- Idegrendszeri góctünetek
- Hipertóniás krízis

ÖNÁLLÓ BETEGELLÁTÁSI TEVÉKENYSÉG

Alaptevékenység

- Onkológia kórállapotok prevenciója (környezeti károsító tényezők elkerülése)
- Vashiányos anémia kezelése
- Malignus és hematológiai betegségek gyanújának felvetése
- Az onkológiai beteg és környezetének pszichés támogatása
- Terminális állapotban lévő beteg és környezetének gondozása

BETEGELLÁTÁS SZAKELLÁTÁS IRÁNYÍTÁSÁVAL

- Egyéb anémiák diagnosztikája és kezelése
- Trombopéniák, trombopátiák
- Az onkoterápia mellékhatásainak észlelése, esetleg elhárítása
- Szekunder hematológiai eltérések
- Vérzékenységi állapotok
- Primér és szekunder thrombofilia
- Csontvelő aplasztikus kórállapotai
- Onkológiai beteg fájdalomcsillapítása
- Malignus vérképzőszervi és nyirokrendszeri betegségek

TÁJÉKOZOTTSÁG

- A szupportív (transzfúziós, faktorpótlás) kezelések lehetőségeinek és szövődményeinek ismerete
- Malignus vérképzőszervi betegségek korszerű diagnosztikus és terápiás lehetőségei
- Őssejt transzplantáció
- Onkológia diagnosztikus és terápiás módszerei
- A terápiás lehetőségek mellékhatásainak ismerete, enyhítésének lehetőségei
- Daganatok epidemiológiájának ismerete
- Hospice ellátás alapelvei és alkalmazása, hozzáférés elősegítése
- Nem konvencionális gyógymódok kritikai ismerete

VII/10. INFEKTOLÓGIA

DIAGNOSZTIKUS TEVÉKENYSÉGEK, ELJÁRÁSOK
Alaptevékenység
- Anamnézis felvétele
- Veszélyeztetettség felmérése
- Fizikális vizsgálatok elvégzése
- Mintavétel tenyésztéses vizsgálatokra (jogszabályokban előírt esetekben)
- Laboratóriumi, képalkotó és egyéb vizsgálatok indikálása, értelmezése.

Elvégezhető
- Mintavétel tenyésztéses vizsgálatokra (jogszabályokban előírt eseteken felül)
- Gyorstesztek (STREP-A –teszt, CRP)
- Vérsejtsüllyedés
- Vizelet szemikvantitatív műszeres analizise
- Mikroszkópos vér, vizelet, váladékvizsgálat

SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁS

Akut életveszélyt jelentő történések felismerése, elsődleges ellátása, szakintézetbe szállításának megszervezése, szükség esetén orvosi felügyelet biztosítása

ÖNÁLLÓ BETEGELLÁTÁSI TEVÉKENYSÉG
Alaptevékenység
- Az előírt járványügyi intézkedések.
- Immunizáció (kötelező védőoltások)
- Önkéntesen választható védőoltások dokumentált tájékoztatása
- Preventív feladatok koordinálása járványügyileg veszélyeztetett övezetbe történő utazások esetén.
- Szakellátást igénylő fertőző betegek elsődleges ellátása.
- Korszerű antibiotikum kezelés
- Szakellátást nem igénylő fertőző betegek definitív ellátása
- Otthon nem kezelhető fertőző betegségek esetén a szakintézetbe irányítás megszervezése

Elvégezhető
- Epidemiologiai adatgyűjtés
- Mikroszkópos vér, vizelet, váladékvizsgálat
- Önkéntesen választható védőoltásokkal történő immunizáció

BETEGELLÁTÁS SZAKELLÁTÁS IRÁNYÍTÁSÁVAL
- Pontosan nem diagnosztizált fertőző betegségek kivizsgálása, kezelése.
- Ismeretlen eredetű láz
- Alapellátásban hozzá nem férhető antimikróbás szereket igénylő állapotok
- Szexuális úton terjedő betegségek.

TÁJÉKOZOTTSÁG
- Fertőző betegségek profilaxisának, diagnosztikájának és terápiájának modern lehetőségei.
- A baktérium rezisztencia aktuális helyzete
- Radiológiai és képalkotó vizsgálatok jelentősége.
- Migrációs eredetű fertőző betegségek
- Korszerű infektológiai kiegészítő kezelések
- Fertőző betegségekkel kapcsolatos jogszabályok

VII/11. KARDIOLÓGIA

DIAGNOSZTIKUS TEVÉKENYSÉGEK, ELJÁRÁSOK

Alaptevékenység

- Anamnézis felvétele (családi, terhesség, perinatalis történések)
- Fizikális, vizsgálatok. (életkor függő szívfrekvencia, légzésszám, tensio, A. femoralis tapintása)
- Akut kardiovascularis történések felismerése
- Krónikus szívbetegségre jellemző klinikai tünetek felismerése
- Vérnyomásmérés gyermek, serdülőkorban, tájékozódó RR mérés csecsemőkorban(Flash)
- A hypertonia kivizsgálásának elindítása
- Rizikó státusz felmérése (obesitas, táplálkozási szokások, életmód, családi anamnesis: hypertonia, diabetes)
- Mellkas-röntgen vizsgálat, UH, Holter, EKG vizsgálat kezdeményezése és a lelet értelmezése
- Gyermekkardiológiai konzílium kezdeményezése
- Szívműtétek, és beavatkozások (invazív kardiológia) jellemző korai
- és/vagy késői szövődményeinek ismerete, felismerése

Elvégezhető

- Vérnyomás és EKG monitorozás (Holter, ABPM) elvégzése, az eredmények értelmezése
- 12 elvezetéses EKG készítése, értékelése újszülött-, csecsemő- és gyermekkor különböző periódusaiban eltérő jellemzők ismerete alapján

SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁS

Akut életveszélyt jelentő történések felismerése, elsődleges ellátása, szakintézetbe szállításának megszervezése, szükség esetén orvosi felügyelet biztosítása; elvégzendő sürgősségi beavatkozások

- Cyantikus roham elsődleges ellátása
- Hipertenzív sürgősségi állapotok
- Keringési elégtelenség, shock
- Kardiopulmonális reszuszcitáció

ÖNÁLLÓ BETEGELLÁTÁSI TEVÉKENYSÉG

Alaptevékenység

- Keringési és érrendszeri betegségek prevenciója
- Serdülőkori primer hipertónia kezelése (szekunder és terápia rezisztens hypertonia továbbirányítása)
- Infekciós endocarditis antibiotikum profilaxisa.
- Febris rheumatica prophylaxis
- Akcidentális zörejek nyomon követése
- Szív-érrendszeri és halmozott rizikójú betegek egészségmagatartásának fejlesztése, laikus oktatás

Elvégezhető

- Akut ritmuszavarok elsődleges ellátása
- Akut szívelégtelenség elsődleges ellátása

BETEGELLÁTÁS SZAKELLÁTÁS IRÁNYÍTÁSÁVAL

- Veleszületett szívhibák gondozása
- Szívműtéten átesett betegek, rehabilitációja.
- A szív és a nagyerek szerzett billentyűbetegségei.
- Hypertonia (szekunder és terápia rezisztens hypertonia)
- Ritmuszavarok, paroxysmalis tachycardia
- Thromboprophylaxis
- Pacemaker kontrollálása
- A szív gyulladásos betegségei, reumás láz

- Cardiomyopathiák
- Adequat gyógyszeres és egyéb kiegészítő kezelések

TÁJÉKOZOTTSÁG
- Hemodinamikai invazív beavatkozások
- Elektromos cardioversio
- Pacemaker-terápia
- Szívműtétek, érsebészeti műtétek
- Speciális gyermekkardiológiai problémák
- Terhelhetőség
- Szívtranszplantáció indikációja

VII/12. NEFROLÓGIA

DIAGNOSZTIKUS TEVÉKENYSÉGEK, ELJÁRÁSOK
Alaptevékenység

- Anamnézis felvétele
- Fizikális vizsgálat (különös tekintettel a külső nemi szervek fejlődési rendellenességei, minor anomáliák, vese eredetű ödéma felismerésére)
- Testtömeg, testmagasság, vérnyomásmérés
- Bevitt / ürített folyadék mérése, fajsúlymérés
- Tájékozódó vizeletvizsgálat (tesztcsík, reagens, illetve az azt kiértékelő készülék)
- A szükséges laboratóriumi és képalkotó vizsgálatok indikálása

Elvégezhető
- Vizelet üledék mikroszkópos vizsgálata

SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁS

Akut életveszélyt jelentő történések felismerése, elsődleges ellátása, szakintézetbe szállításának megszervezése, szükség esetén orvosi felügyelet biztosítása:
- Colica renis
- Acut scrotum
- Sérülések
- Acut glomerulopephritis, nephrosis syndroma gyanúja
- Köves roham kivizsgált betegnél
- Paraphimosis rendelőben nem megoldható esetei
- Acut vizelet retencio

ÖNÁLLÓ BETEGELLÁTÁSI TEVÉKENYSÉG
- Preventív feladatok, személyi higiene kialakításának elősegítése
- Nem komplikált alsó és felső húgyúti infekció (kivéve a csecsemőkori előfordulást)
- Primer asymptomaticus enuresis nocturna
- Ortostatikus proteinuria kivizsgálása és ellenőrzése
- Balanitis, vulvitis
- Vese és húgyúti betegségek gyanúja esetén kivizsgálás elindítása

BETEGELLÁTÁS SZAKELLÁTÁS IRÁNYÍTÁSÁVAL
- Fejlődési rendellenességek
- Komplikált és recidiváló húgyúti infekciók
- Hematuria
- Enuresis további formái

- Inkontinencia
- A vese glomerularis betegségei
- A vese tubulo- intersticialis betegségei
- Akut és subakut vesebetegségek utógondozása
- Egyéb nephropathiak
- Vese és húgyúti daganatok
- Sérülések következményei
- Hydrokele, varicokele,
- Phimosis
- Húgyúti kövesség
- Krónikus veseelégtelenség
- Egyéb betegségek urológiai és nefrológiai vonatkozásai

TÁJÉKOZOTTSÁG:
- Nefro- urológiában használatos képalkotó és egyéb diagnosztikus (pl. vesebiopszia) módszerek
- Gyógyszeres és műtéti terápiás eljárások
- Kőeltávolítás módszerei (kőzúzás lehetőségei)
- Művi méregtelenítő eljárások
- Vese transzplantáció (donáció kérdése)
- Gyógyszerdózisok módosítása veseelégtelenségben

VII/13. NEUROLÓGIA

DIAGNOSZTIKUS TEVÉKENYSÉGEK, ELJÁRÁSOK Alaptevékenység
- Anamnézis és neurológiai alapvizsgálat
  - a tudatállapot vizsgálata
  - az agyidegek és perifériás idegek vizsgálata
  - a motoros funkciók: izomtónus és izomerő vizsgálata
  - érzésvizsgálat
  - vegetatív funkciók vizsgálata
  - meningeális izgalmi jelek
- Újszülött és csecsemő speciális neurológia vizsgálata
- Natív koponya felvétel és koponya UH elvégzésének kezdeményezése és leleteinek értelmezése

Elvégezhető
- Szemfenék vizsgálat

SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁS
Akut életveszélyt jelentő történések felismerése, elsődleges ellátása, szakintézetbe szállításának megszervezése, szükség esetén orvosi felügyelet biztosítása
- Neuroinfekció gyanúja
- Tudatzavarral és tudatvesztéssel járó tisztázatlan eredetű állapotok
- Ismeretlen eredetű görcstevékenység, status epilepticus
- Akut és/vagy progrediáló koponyaűri nyomásfokozódás
- Acut encephalopathia
- Acut centrális vagy perifériás paresis ill. plegia
- Acut góctünetek

ÖNÁLLÓ BETEGELLÁTÁSI TEVÉKENYSÉG
Alaptevékenység
- Neurológiai megbetegedések prevenciója
  - Fakultatív védőoltások, baleset megelőzés
  - Életkorhoz kötött szűrővizsgálatok

– Veleszületett neurológiai kórképek és deficit állapotok észlelése
– Szerzett neurológiai kórképek észlelése
– Kivizsgálás kezdeményezése, elindítása
– Neurohabilitáció és rehabilitáció kezdeményezése

Elvégezhető
– Rehabilitáció és fizioterápia

BETEGELLÁTÁS SZAKELLÁTÁS IRÁNYÍTÁSÁVAL
– Krónikus visszatérő elsődleges és másodlagos fejfájás betegségek
– Alvászavarok
– Perifériás parézisek
– Koponya-, agyi traumák maradandó tünetei és elváltozásai
– Hydrocephalusos illetve shunt-beültetett beteg gondozása
– Koponyaűri vaszkuláris intervención átesett beteg gondozása
– Neuromusculáris betegek gondozása
– Postmeningitises, postencephalitises állapotok
– Epilepszia szindrómák
– Veleszületett vagy szerzett neurológiai deficit állapotok
– Idegrendszeri daganatok
– Neuralgiák
– Neuromusculáris betegségek
– Motoneuron-betegségek
– Extrapiramidális zavarok
– Cerebrovaszkuláris kórképek

TÁJÉKOZOTTSÁG
– Neurohabilitáció és rehabilitáció lehetőségei
– A neurológiában használatos elektrofiziológiai vizsgálatok
– Képalkotó idegrendszeri vizsgálatok: CT, MRI, SPECT, PET-CT
– Korszerű terápiás lehetőségek
– Ideg- és érsebészeti beavatkozások
– Neurogenetikai kórképek

VII/14. ORTOPÉDIA

DIAGNOSZTIKUS TEVÉKENYSÉGEK, ELJÁRÁSOK
Alaptevékenység
– Mozgásszervi szűrővizsgálatok
– A mozgásszervi károsodás megelőzési módszereiről való információ nyújtás
– Anamnézis felvétele (csontfájdalom jelentősége egyéb megbetegedések irányába)
– A mozgásszervek anatómiai és funkcionális tájékozódó vizsgálata
– Laboratóriumi, képalkotó vizsgálatok kezdeményezése, az eredmény értékelése

Elvégezhető
– Fizikai terhelhetőség megítélése
– Javaslat ortopédiai segédeszközök használatára, azok szakszerűségének ellenőrzése

SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁS

Akut életveszélyt jelentő történések felismerése, elsődleges ellátása, szakintézetbe szállításának megszervezése, szükség esetén orvosi felügyelet biztosítása:

Ortopédiai sürgősségi állapotok felismerése
- Perthes kór,
- epiphyseolysis,
- arthritis,
- izületi duzzanat, meleg tapintat)

ÖNÁLLÓ BETEGELLÁTÁSI TEVÉKENYSÉG
Alaptevékenység
- Hanyagtartás
- Funkcionális scoliosis
- Asepticus csontnecrosisok enyhe formái
- Dysplasia coxae
- Tranzitorius coxitis
- Pes planus
- Enyhébb csont, szalag izom és ínsérülések/betegségek
- Javaslat iskolai testnevelési besoroláshoz, gyógytornához
- Gyógy úszás kezdeményezése

Elvégezhető
- Ortopédiai szakorvosi ellátást, ellenőrzést már nem igénylő állapotok esetén a regenerálódást, rehabilitációt szolgáló módszerek alkalmazása (pl. TENS, Bioptron)

BETEGELLÁTÁS SZAKELLÁTÁS IRÁNYÍTÁSÁVAL
- Veleszületett csont-izületi rendellenességek
- Újszülöttkori torticollis
- Újszülöttkori veleszületett lábdeformítások (sarlóláb sajkaláb dongaláb)
- Subluxacio, luxacio coxae
- Csont-izületi rendszerbetegségek
- Csont-izületi jó és rosszindulatu daganatok
- Gyulladásos csont, izületi betegségek
- Súlyos aszeptikus csontnekrózisok (m.Perthes)
- Epiphyseolysis
- Strukturális, congenitalis, statikus scoliosisok
- Derékfájás gyermekkorban
- A láb súlyos statikai rendellenességei
- Fizioterápia
- Otthoni gyógytorna irányítása, ellenőrzése
- Neuromuscularis betegségek, idegrendszeri betegségek, hemofilia ortopédiai vonatkozásai

TÁJÉKOZOTTSÁG
- Csont és izomrendszer jellegzetességei gyermekkorban
- Diagnosztikus és terápiás beavatkozások
- Gyógyászati segédeszközök

VII/15. PERINATOLOGIA

DIAGNOSZTIKUS TEVÉKENYSÉGEK, ELJÁRÁSOK
Alaptevékenység
- Családi, terhességi és perinatális anamnézis felvétele
- Fizikális vizsgálat (különös tekintettel a fejlődési rendellenességek, veleszületett genetikai betegségek, anyagcserezavarok, szülési sérülések felismerésére)
- Az egészséges fejlődést kórosan befolyásoló tényezők felismerése

- Kivizsgálást és/vagy beavatkozást igénylő állapotok felismerése (Légzészavar- keringés zavar, cyanosis, szívzörej, ritmus zavar, elhúzódó icterus, ismétlődő hányás, idegrendszeri tünetek, vérzékenység, táplálási nehezítettség, láz, mekónium ürítési zavar, gastrointestinális rendszer atréziái, acut has)
- Izomtónus eloszlási zavarok felismerése

ÖNÁLLÓ BETEGELLÁTÁSI TEVÉKENYSÉG

Alaptevékenység

- Köldökellátás
- Szoptatás segítése
- Anyatej hiányában kornak és állapotnak megfelelő kevert, illetve mesterséges csecsemőtáplálás rendelése, nyomon követése
- D-, és K-vitamin profilaxis elindítása
- Hepatitis B profilaxis
- Felületes lokális bőrbetegségek kezelése
- Szövődménymentes clavicula fractura nyomon követése
- NEM TERVZETT otthoni szülés esetén az újszülött állapotának felmérése, szállítás előtti állapotának stabilizálása
- Szűrővizsgálat céljából vérvétel
- Anyai megbetegedés esetén tanácsadás az újszülött ellátására vonatkozóan
- Kivizsgálást és/vagy beavatkozást igénylő állapotok felismerése után szakellátásra irányítás

Elvégezhető

- Légzésfigyelő készülékkel történő ellátás és betanítás

BETEGELLÁTÁS SZAKELLÁTÁS IRÁNYÍTÁSÁVAL

- Születési sérülések ellátása
  - Csonttörés
  - Plexus brachiális sérülés
  - Nervus phrenicus, nervus faciális, n. peroneus sérülés
  - Traumás eredetű intracraniális vérzés
  - Viscerális sérülés és vérzés
  - M. sternocleidomastoideus sérülés
- Újszülöttkori apnoe okainak megállapítása
- Hypoxiás-ischeamiás központi idegrendszeri laesio és intracranialis vérzések habilitációja, korai fejlesztés
- Diszkrét izomtónus eloszlási zavarok neurohabilitációja
- Congenitális vitiumok és újszülöttkori ritmuszavarok gondozása
- Elhúzódó icterus kivizsgálása
- Neonatális fertőzések utókezelése
- Akut sebészeti kórképek, műtét előtti és műtét utáni állapotok
- Veleszületett anyagcsere zavarok és endokrin betegségek gondozása
- Egyéb krónikus betegségek és fejlődési rendellenességek gondozása

TÁJÉKOZOTTSÁG

- Az újszülöttkorban alkalmazható korszerű diagnosztikai módszerek.
- A fejlődési rendellenességek korrekciós műtéteinek időpontja, várható lefolyása, rehabilitációja
- A neurohabilitáció formái.
- Szindromatológia
- Az őssejt bank lehetőségei
- A veleszületett rendellenességek öröklődési módja, ismétlődési kockázata

VII/16. PSZICHIÁTRIA

DIAGNOSZTIKUS TEVÉKENYSÉGEK, ELJÁRÁSOK

Alaptevékenység

- Tájékozódó pszichiátriai anamnézis és heteroanamnézis felvétele (családi háttér, provokatív tényzők)
- Fizikális vizsgálat
- Pszichés státusz elsődleges felmérése
- Rizikótényezők felmérése
- Szomatizáció gyanújának felismerése
- Emocionális és magatartási zavar gyanújának felvetése
- Rendellenes pszichés fejlődés gyanújának felvetése

Elvégezhető

Jártasság birtokában tudományosan-módszertanilag elfogadott pszichés és mentális állapotot felmérő tesztek tájékozódó jelleggel

SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁS

Akut életveszélyt jelentő történések felismerése, elsődleges ellátása, szakintézetbe szállításának megszervezése, szükség esetén orvosi felügyelet biztosítása

- Akut megvonási szindróma
- Közvetlen veszélyeztető állapotok „cry for help" felismerése

ÖNÁLLÓ BETEGELLÁTÁSI TEVÉKENYSÉG

Alaptevékenység

- Pszichés kórállapotok prevenciója
- Szenvedélybetegségek kialakulásának megelőzése és a leszokás segítése
- Tanulási zavarok gyanújelének felvetése
- Emocionális és magatartási zavarok kivizsgálásának kezdeményezése

Elvégezhető

- Gyógyító beszélgetés
- Pszichiátriai betegek rehabilitációjának követése
- Háziorvosi team rehabilitációs tevékenységének vezetése
- Mentálhigiéné fejlesztése, családvezetés

BETEGELLÁTÁS SZAKELLÁTÁS IRÁNYÍTÁSÁVAL

- Pszichózisok
- Bipoláris kórképek
- Szorongásos kórképek
- Depressziók
- Mentális retardáció
- Magatartás- társadalmi beilleszkedési zavarok
- Személyiségzavarok
- Addiktológiai kórképek és rehabilitáció

TÁJÉKOZOTTSÁG

- Pszichofarmakológiai ismeretek
- Pszichológiai és pszichiátriai tesztmódszerek
- Módszer specifikus pszichoterápiás eljárások
- Krízisintervenció
- Önismereti csoportok, csoport-, családterápiák
- Radiológiai és egyéb képalkotó vizsgálatok

VII/17. PULMONOLÓGIA

DIAGNOSZTIKUS TEVÉKENYSÉGEK, ELJÁRÁSOK

Alaptevékenység

- Anamnézis felvétele (környezeti ártalmak is)
- Fizikális vizsgálat
- Hajlamosító tényezők felismerése.
- Laboratóriumi, képalkotó vizsgálatok kezdeményezése, a lelet értékelése
- Iránydiagnózis felállítása
- A köhögés differenciál-diagnosztikája
- Akut sürgősségi ellátást igénylő légzőszervi betegségek felismerése

Elvégezhető

- Spirometia
- Spirometria fizikai terheléssel
- Prick teszt
- AP. és oldalirányú mellkas rtg. értékelése
- CRP gyors teszt

SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁS

Akut életveszélyt jelentő történések felismerése, elsődleges ellátása, szakintézetbe szállításának megszervezése, szükség esetén orvosi felügyelet biztosítása

- Croup-syndroma,
- Status asthmaticus
- Idegentest aspiráció
- PTX
- Mellkasi sérülés
- Füstbelégzés, légúti égés
- Egyéb akut légzési elégtelenség

ÖNÁLLÓ BETEGELLÁTÁSI TEVÉKENYSÉG

Alaptevékenység

- Prevenciós tanácsadás
- Az alsó és felsőlégúti megbetegedések elkülönítése
- Alsólégúti fertőzések általános állapot romlással nem járó esetei
  - Bronchitis
  - Obstructiv bronchitis
  - Pneumonia, pleuritis
- Recidiváló alsólégúti infekciók kivizsgálásának elindítása
- Inhalációs gyógyszeradagolás (a forma kiválasztása, betanítása)

Elvégezhető

- A diagnosztizált epizodikus, valamint az enyhe perzisztáló asthma bronhiale kezelése, gondozása.
- Mellkaspunkció túlnyomásos ptx esetén

BETEGELLÁTÁS SZAKELLÁTÁS IRÁNYIÁTÁSÁVAL

- Recidiváló obstructív bronchitis
- Recidiváló croup syndroma
- Középsúlyos és súlyos perzisztáló asthma bronchiale
- Tuberculosis
- Krónikus progresszív tüdőbetegségek
  - Mucoviscidosis
  - Cyliaris dyskinesia

    - Alfa-1 antitripszin hiány
  - Immunhiányos betegek légúti fertőzései
  - Autoimmun betegségek légzőszervi manifesztációi
  - Diffúz parenchymás tüdőbetegségek

TÁJÉKOZOTTSÁG
  - Diagnosztikus vizsgálatok
    - Modern képalkotó eljárások
    - Légzésfunkciós vizsgálatok
    - Invazív beavatkozások
    - Biokémiai és mikrobiológiai vizsgálatok
    - In vivo allergológiai és immunológiai vizsgálatok
  - Kezelési eljárások
    - Súlyos légzőszervi betegek otthoni ápolását segítő módszerek
    - Respirátor-kezelés
    - Rehabilitációs kezelések
    - Tüdőtransplantáció

VII/18. SEBÉSZET, TRAUMATOLÓGIA

DIAGNOSZTIKUS TEVÉKENYSÉGEK, ELJÁRÁSOK
Alaptevékenység
  - Anamnézis és fizikális vizsgálat
  - Laboratóriumi és képalkotó vizsgálatok kezdeményezése és eredményének értékelése
  - Gyermeksebészeti konzíliumok szükségességének felismerése
  - Posztoperatív szövődmények felismerése

Elvégezhető
  - Speciális diagnosztikai tesztek a sérülés jellegének és a funkció aktuális állapotának megítélésére

SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁS
Szakellátást igénylő akut sebészeti jellegű történések felismerése, elsődleges ellátása, szükség esetén szakintézetbe szállításának megszervezése, illetve orvosi felügyelet biztosítása
  - Akut has
  - Akut scrotum
  - Koponya trauma
  - Tompa hasi sérülés
  - Súlyos vérzések
  - Ficam, törés
  - Nyílt sérülések
  - Polytrauma
  - Osteomyelitis acuta
  - III. fokú égések, fagyások és maródásos sérülések

ÖNÁLLÓ BETEGELLÁTÁSI TEVÉKENYSÉG
Alaptevékenység
  - Felszíni sérülések
  - Ízületi húzódás, rándulás
  - II. fokú égés, fagyás, maródás kis kiterjedésű formái a lokalizációtól függően
  - Tisztázott hátterű idült sebek kezelése
  - Enyhe szülési sérülések ellátása, ellenőrzése (clavicula fractura, cephalhaematoma)
  - Pylorus stenosis gyanújának felvetése
  - Hernia inguinalis és hydrokele felismerése

- Retentio testis, búvárhere felismerése
- Phimosis felismerése
- Rectalis digitális vizsgálat
- Tetanusz profilaxis
- Trombo-profilaxis
- Pszichés és szomatikus preoperatív felkészítés

Elvégezhető
- Műtéti sebek kezelése
- Területen végezhető kisebb sebészeti beavatkozások
- Varratszedés
- Furunculus és felületes tályog ellátása
- Hernia inguinalis repositio

BETEGELLÁTÁS SZAKELLÁTÁS IRÁNYÍTÁSÁVAL
- Sebészeti szakellátást követő rendelői/otthoni kezelések és utógondozás
- Traumatológiai szakellátást követő rendelői/otthoni kezelések és utógondozás
- A sebészeti beavatkozások korai és késői szövődményei
- Posztoperatív rehabilitáció
- Fizikoterápiás kezelések

Tájékozottság
- Sebészi és traumatológiai indikációk, módszerek, eljárások, kockázatok, várható eredmények ismerete
- Egynapos sebészet
- Gyermeksebészeti beavatkozások optimális időpontja
- Gyermeksebészeti beavatkozások és a védőoltások ütemezése
- Plasztikai sebészet
- Aneszteziológiai eljárások és szempontok ismerete

VII/19. A SERDÜLŐKOR SPECIÁLIS JELLEMZŐI

DIAGNOSZTIKUS TEVÉKENYSÉGEK, ELJÁRÁSOK
Alaptevékenység
- Anamnézis felvétele: különös tekintettel a családban előforduló rizikó betegségekre és életmódbeli rizikó tényezőkre, valamint a serdülő fiatal életmódjára
- Fizikális vizsgálat, amely kiemelten kezeli a nemi fejlettség, a mozgásszervek, a pajzsmirigy vizsgálatát, és tartalmazza a vérnyomás mérését
- A családi és környezeti tényezők felmérése, értékelése, követése
- A nemi fejlettség alakulásának megítélése (a Tanner stádiumok alapján)
- A serdülőkorban kezdődő emocionális és magatartás zavarok felismerése
- Táplálkozási magatartás zavarainak korai felismerése

Elvégezhető
- EKG-leletek, ABPM leletek értelmezése
- Fakultatív védőoltások (Varicella, HPV..)

ÖNÁLLÓ BETEGELLÁTÁSI TEVÉKENYSÉG
Alaptevékenység
- Életmódi tanácsadás (napirend, mozgás, táplálkozás, menstruáció, szexualitás)
- Káros szenvedélyek prevenciója
- Sürgősségi fogamzásgátlás megkezdése, majd ezt követően szakellátásra irányítása
- Fogamzásgátlásra vonatkozó tanácsadás, beállított esetben gyógyszeres ellátás

- Baleset-megelőzésre vonatkozó tanácsadás
- Bántalmazás, erőszak megelőzésére vonatkozó tanácsadás
- Esszenciális hypertónia és obezitás gondozás
- Vashiányos anémia
- Struma I. stádium
- Dysmenorrhoea
- Pszichoszomatikus panaszok
- Pályaválasztási tanácsadás segítése

BETEGELLÁTÁS A SZAKELLÁTÁS IRÁNYÍTÁSÁVAL

- Bőrgyógyászati betegségek(acne, hirsutismus, mycosisok)
- Essenciális hypertónia
- Metabolikus syndroma
- Gastroenterológiai kórképek (ulcus, GOR)
- Ismétlődő húgyúti infekció
- Pszichiátriai kórképek (anorexia nervosa, bulimia nervosa, suicidum, deviáns magatartás, depresszió, szorongás, szenvedélybetegségek)
- Fizikai és szexuális erőszak, bántalmazás
- Mozgásszervi betegségek (scoliosis, osteochondrosisok)
- Endocrin kórképek (struma II stádiumtól, menstruációs ciklus zavarai, fogamzásgátlás)
- Szexuális úton terjedő betegségek
- Fogamzásgátlás első gyógyszeres beállítása

TÁJÉKOZOTTSÁG

- A serdülőkor pszichés sajátosságai
- A serdülő általános és helyi szokásainak ismerete
- Szenvedélybetegségek (drog, játékszenvedély) felismerése, megelőzési módszereinek ismerete, motivációs interjú elsajátítása
- Újabb fakultatív védőoltások ismerete
- A serdülő korosztály speciális jogi helyzete

VII/20. SZEMÉSZET

DIAGNOSZTIKUS TEVÉKENYSÉGEK, ELJÁRÁSOK

Alaptevékenység

- szemészeti anamnézis
- tájékozódó oftalmológiai vizsgálat az életkori sajátosságoknak megfelelően
- szűrővizsgálatok meghatározott életkorokban
  - fejlődési rendellenességek gyanújának felvetése
  - strabismus gyanújának felvetése
  - fénytörési hibák gyanújának felvetése
- színlátás tájékozódó vizsgálata
- szemmozgások és pupillareakciók vizsgálata
- a szem könny- és védőszervei gyulladásának felismerése
- a kötőhártya gyulladásának felismerése
- szaruhártya, szivárványhártya és az ínhártya gyulladás gyanújának felvetése
- szakellátást igénylő akut kórállapotok felismerése

Diagnosztikus módszerek alkalmazása

- a szem környékének megtekintése
- a szemhéj vizsgálata kifordítással
- látásélesség tájékozódó vizsgálata

- színlátás vizsgálata
- pupilla reakció vizsgálata

Elvégezhető
- tájékozódó szemfenék-vizsgálat

SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁS

Akut életveszélyt jelentő történések felismerése, elsődleges ellátása, szakintézetbe szállításának megszervezése, szükség esetén orvosi felügyelet biztosítása
- maró anyagok mechanikus eltávolítása, a kötőhártyazsák kimosása
- szem és függelékeinek sérülései
- perforáló szemsérülés és rögzült idegentestek
- akut látásromlás, látásvesztés

ÖNÁLLÓ BETEGELLÁTÁSI TEVÉKENYSÉG
Alaptevékenység
- Szövődménymentes conjunctivitis kezelése
- Szövődménymentes hordeolum kezelése
- Lokális kezelés
- cseppentés
- kenőcs behelyezése a kötőhártyazsákba
- a kötőhártyazsák kimosása

Elvégezhető
- Felületes idegentest eltávolítása a kötőhártyáról

BETEGELLÁTÁS SZAKELLÁTÁS IRÁNYÍTÁSÁVAL , A SZAKELLÁTÁS SEGÍTÉSE
- Conjunctivitisek differenciálása
- Súlyos, elhúzódó conjuctivitis
- Hordeolum kezelése, chalazion
- Fénytörési hibák
- Strabismus
- Amblyopia
- Szemmozgás zavarai
- Ptosis
- Cataracta
- Glaukóma
- Retinopátia, retinaleválás
- Orbitalis cellulitis
- Szisztémás betegségekhez társuló gyulladásos szembetegségek
- A szemgolyó és védőszerveinek sérülése
- Cornea-abrázió, -irritáció
- Szemgolyó és védőszerveinek benignus és malignus daganatai

TÁJÉKOZOTTSÁG
- Fénytörési hibák konzervatív és operatív ellátásának lehetőségei
- A congenitalis szembetegségek és a strabismus korai felismerésének jelentősége
- Congenitalis szembetegségek és strabizmus konzervatív és operatív kezelésének lehetőségei
- Gyógyszerek oftalmológiai vonatkozásai
- Egyéb betegségek szemészeti manifesztációi

VII/21. KÖZÖSSÉGI ORVOSLÁS

Elvégezhető

- Az általános iskolai tanulók egészségi állapotának szűrése: teljes fizikális vizsgálat 2.,4.,6.,8.évfolyamon, az eredmény dokumentálása.
- Kiszűrt eltérésekről a választott háziorvos/házi gyermekorvos értesítése a szülőnek kiadott LELETADÁS által.
- Módszertani levél szerinti életkori kampányoltások elvégzése.
- Fertőző megbetegedések esetén járványügyi intézkedések elrendelése, az ÁNTSZ illetékes intézetével együttműködve.
- Szoros és egyeztetett munkakapcsolat az iskolavédőnővel.
- Együttműködés a tantestülettel és a szülőkkel.
- A testnevelési csoportbeosztás a háziorvos javaslata és igazolása alapján.
- Elsősegélynyújtás (iskolában való jelenlét esetén)
- Az adott közösség számára konzultációs lehetőség biztosítása
- Közreműködés az iskolai egészségnevelési terv elkészítésében
- Egészségtudatos magatartás formálása
- Az egészséges táplálkozás megismertetése, elősegítése az iskolai étkezés során.
- Közreműködés a dohányzás, alkohol-fogyasztás, drogozás, szenvedélybetegségek primer prevenciójában
- Szexuális viselkedésre vonatkozó primer prevenció
- A mindennapos testedzés elősegítése az intézményben
- Részvétel a testnevelési csoportok mozgásterápiájának megszervezésében és a munka nyomon követése
- Törekvés a személyi és iskola higiénia megvalósítására
- Az észlelő és jelzőrendszer közösségi szinten történő működtetésének szakmai segítése
- Tudományos igényű munkához felmérés.
- A rendeletet meghaladó szűrővizsgálat végzése egyénileg vagy szűrőcsoport tagjaként.
- A beilleszkedés elősegítése
- Csoportterápia
- Lelki gondozás
- Speciális ellátást igénylő betegek intézeti beilleszkedések segítése, a szükségletnek megfelelő feltételek biztosítása

TEVÉKENYSÉG SZAKELLÁTÁS SEGÍTSÉGÉVEL

- Gondozás a közösség körülményei mellett a betegség szerinti szakorvos útmutatásai alapján.
- Jogszabály által nem előírt célzott szűrővizsgálat szakorvosi útmutatások alapján
- Rehabilitációs tevékenység az intézet által biztosított feltételekkel

TÁJÉKOZOTTSÁG

- Az intézmény munkáját érintő legfontosabb jogi szabályai, működési rendje
- Szociális és gyermekjóléti szolgálatok ismerete
- Az intézmény és az önkormányzat kapcsolattartása
- A közösségbe járó gyermekek szüleinek szocio-kulturális állapota

VII/22. IGAZSÁGÜGYI ORVOSTAN, A HÁZI GYERMEKORVOS SZAKÉRTŐI TEVÉKENYSÉGE

Jogi ismeretek

Általában: A napi munka során szükséges az aktuális joganyagok ismerete és alkalmazása.

A) Az Egészségügyi törvény

- A gyakorló orvos kötelezettségei
- Gyógykezelési kötelezettség
- Orvosi tevékenység megtagadásának a kötelezettsége
- Tájékoztatási kötelezettség
- Utasítás adási kötelezettség
- Műtéti és kezelési hozzájárulás beszerzésének a kötelezettsége
- Szakértői működés kötelezettsége

- Titoktartási kötelezettség
- Magatartási kötelezettség
- A gyakorló orvos jogai
- Gyógyítási mód megválasztásának a joga
- Gyógykezelés megtagadásának a joga
- Az orvos büntetőjogi védelme
- Az orvosi magángyakorlat joga
- Az orvos felelőssége
- Etikai, fegyelmi, polgári jogi, büntetőjogi
- Betegjogok

B) Egészségbiztosítási törvény és annak módosításai
- (1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól, valamint a végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet)

C) Adatvédelmi törvény
- (az 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről)

D) A háziorvos szakértői tevékenysége
- Vélemény és igazolás: a házigyermekorvos státuszt rögzít, az adatokat igazolja (nem minősít)
  - Egészségügyi nyilatkozat
  - Fogyatékossági támogatás adatlapja
  - Rokkantság előzetes vizsgálata
  - Szociális jogosultság elnyeréséhez szükséges egészségügyi vizsgálatok. (otthonba kerülés, örökbe fogadás stb.)
  - Szociális jogosultság elnyeréséhez szükséges igazolások (pl. közgyógyellátás, gyógyszertámogatás stb.)
  - Látlelet készítése
  - Közösségi fontosságú egészségi állapotról igazolás
- A házigyermekorvos mérlegel és dönt: saját vizsgálatai és/vagy kiegészítő vizsgálatokkal
  - Keresőképtelenség elbírálása
  - Alkalmassági vizsgálatok (járművezetés, továbbtanulás stb.)
  - Iskolaérettségi vizsgálat
- Jogszabályoknak való megfelelés igazolása saját vagy más szakorvosok vizsgálatai alapján
  - Súlyos mozgáskorlátozottság igazolása
  - Súlyos fogyatékosság igazolása (pl. adókedvezmény igénybevételéhez)
  - Ápolási díjra való jogosultság

E) Különleges eljárások és ismeretek:
- Halottvizsgálat
  - A halottvizsgálat szabályai
  - A halottakkal kapcsolatos eljárás ismerete
  - Halál és hullajelenségek
  - A halál időpontjának megállapítása
  - Helyszíni szemle
  - Halottvizsgálati bizonyítvány és egyéb dokumentumok
  - Temetkezés és hamvasztás szabályai, helyi rendje
  - Természetes halálokok, hirtelen halál
  - Rendkívüli halál és fajtái
- Terhességgel, szüléssel kapcsolatos igazságügyi orvostani kérdések
  - Terhesség engedélyezett megszakításának feltételei és szabályozása, helyi rendje

TÁJÉKOZOTTSÁG:
- Jogi ismeretek
  - Jog, jogszabály, jogrendszer alapjai
  - Büntetőjog, polgárjog, családjog, polgári eljárási jog alapvető ismeretei

- Az orvosszakértő kötelessége és jogai, orvosszakértői vélemény és igazolások kiadásának kompetencia körei, finanszírozója
- A munkaképesség véleményezése
  - A munkaképesség meghatározásával kapcsolatos fogalmak és eljárási rend
- Elmeállapot orvosszakértői véleményezése
  - Kórházi elmeosztályok felvételi rendje, beutalás kórházi elmeosztályra, betegek státusa, jogai, ápolás időtartamának meghosszabbítása, elbocsátás, illetve további gondozás szabályai
  - Beszámíthatóság, cselekvőképesség meghatározásának kompetenciája
- Kényszergyógykezelés
- Nemi élettel kapcsolatos orvosszakértői kérdések
- Kriminalisztikai vizsgálatok

A KOMPETENCI LISTA MINDENKOR AZ ÉRVÉNYES SZAKMAI PROTOKOLLOKKAL EGYÜTT ÉRVÉNYES. EZEK MEGJELENÉSE MÓDOSÍTÁSA KAPCSÁN – A KOMEPETCIA LISTÁTÓL VALÓ ELTÉRÉS ESETÉN – AZ ABBAN FOGLALTAK TEKINTHETŐK MÉRVADÓNAK.

A kompetencia lista megalkotásában véleményezésében az egyes szakma területeiről az alábbi elismert szaktekintélyek vettek részt:

Anyagcsere/Genetika:	Sólyom Enikő címzetes egyetemi docens GYEK Oláh Éva professzor DEOEC
Bőrgyógyászat:	Szakos Erzsébet főorvos GYEK Miskolc
Fül-Orr-Gége:	Szabó Zsolt főorvos GYEK
Gasztroenterológia:	Arató András professzor I. Gyermekklinika Budapest
Hematológia/Onkológia	Kiss Csongor professzor DEOEC
Endokrinológia:	Ilyés István professzor DEOEC
Immunológia, allergológia:	Kalmár Ágnes adj Budai Gyermek kórház
Infektológia	Mészner Zsófia intézetvezető OGYEI
Kardiológia:	Mogyoróssy Gábor docens DEOEC
Közösségi orvoslás:	Aszmann Anna főorvos OGYEI
Nefrológia:	Szabó László főorvos GYEK Miskolc
Neurológia:	György Ilona docens DEOEC
Ortopédia:	Kazal Andrea főorvos POTE
Perinatológia:	Balla György professzor DEOEC
Pszichátria:	Pászthy Beáta docens I Gyermek klinika Budapest
Pulmonológia:	Nagy Béla docenc DEOEC
Radiológia:	Rudas Gábor docens I. Gyermek klinika Budapest
Sebészet, Traumatológia:	Ács Géza címzetes egyetemi docens DEOEC
Serdülőkor:	Aszmann Anna főorvos OGYEI
Sürgősségi ellátás:	Simon Gábor osztályvezető főorvos Székesfehérvár
Szemészet:	Gaál Judit főorvos Pécs

MELLÉKLETEK

1. számú melléklet[1]

Mandibula felvétel	Mellkas felvétel
Állkapocs izületi felvétel	Borda felvétel
Állcsúcsfelvétel	Sternum felvétel
Koponya felvétel – AP/PA	Has natív felvétel
Koponya felvétel – oldalirányú	Has felvétel – célzott
Koponya felvétel – kétirányú	Dens felvétel
Basis felvétel	Nyaki gerinc felvétel – AP
Sella felvétel	Nyaki gerinc felvétel – oldalirányú
Stenvers felvétel	Nyaki gerinc felvétel – kétirányú
Scüller felvétel	Nyaki gerinc felvétel – funkcionális
Orrmelléküreg felvétel	Háti gerinc felvétel – AP
Rhese felvétel	Háti gerinc felvétel – oldalirányú
Arcus zygomaticus felvétel	Háti gerinc felvétel – kétirányú
Orrcsont felvétel	Lumbális gerinc felvétel – AP
Arckoponya felvétel	Lumbális gerinc felvétel – oldalirányú
Orbita felvétel	Lumbális gerinc felvétel – kétirányú
Trachea légsáv felvétel	Sacrum coccygeum felvétel – AP
Mellkas felvétel – AP/PA	Sacrum coccygeum felvétel – oldalirányú
Mellkas felvétel – oldalirányú	Sacrum felvétel – kétirányú
Mellkas felvétel – kétirányú	Foramen vertebratum felvétel
Medence felvétel – AP	Patella felvétel – axiális
Csípőizület felvétel – AP	Lábszár kétirányú felvétel
Csípőizület felvétel – Lauenstein	Boka kétirányú felvétel
Femur kétirányú felvétel	Sarokcsont felvétel – oldalirányú
Térd kétirányú felvétel	Sarokcsont felvétel – axiális
Térd felvétel – tartott	Láb kétirányú felvétel
Dittmar felvétel	Emlők UH vizsgálat
Clavicula felvétel	Pleuraűr UH vizsgálat
Sterno – clavicularis izületi felvétel	Hasi UH (áttekintő, komplex) UH vizsg.
Scapula felvétel kétirányú	Máj UH vizsgálat
Váll felvétel – AP	Pancreas UH vizsgálat
Váll felvétel – összehasonlító	Lép UH vizsgálat
Váll felvétel – axialis	Vese UH vizisgálat
Váll felvétel – transthoracalis	Mellékvese UH vizsgálat
Humerus kétirányú felvétel	Hasi nyirokcsomók UH vizsgálat
Könyök kétirányú felvétel -	Gyomor – bél rendszer UH vizsgálat
Alkar kétirányú felvétel	Hasi nagyerek UH vizsgálat
Os naviculare négyirányú felvétel	Prostata UH vizsgálat
Kéz kétirányú felvétel	Herezacskó UH vizsgálat
Kéz I- es ujj kétirányú felvétel	Húgyhólyag UH vizsgálat
Kézujjak kétirányú felvétele	Kismedence UH vizsgálat
Láb ujjainak kétirányú felvétele	Vállizület UH vizsgálat
Agy UH. Vizsgálat	Csípőizület UH vizsgálat
Nyaki lágyrész UH vizsgálat	Térdizület UH vizsgálat
Pajzsmirigy UH vizsgálat	Izület UH vizsgálat
Mellkas UH vizsgálat	Végtagi lágyrész UH vizsgálat

[1] Az elsősorban javasolt vizsgálatok vastag betűtípussal szerepelnek.

Mellkas nagyerek UH vizsgálat	
Axilla UH vizsgálat	

2. számú melléklet

LABORATÓRIUMI VIZSGÁLATKÉRŐ LAP (HÁZIORVOSOK RÉSZÉRE) Hatályba lépés 2009.10.08	VONALKÓD

TAJ	, , , , , , , , ,	BEK. KÓD	
NEM (F/N)	,	NAPLÓSZ.	
SZÜL.IDŐ	, , , , év , , , hó , ,	BEUTALÓ	
BETEG NEVE		MINTAV. IDŐ	
AN. NEVE		MINTA VEVŐ	
IRSZ, HELYS.	, , , ,	PECSÉTSZÁM	
UTCA, HSZ.	, , , ,	KAPCSOLAT	
ÁLLAMPOLG		PECSÉT	
TÉR.KAT		DIAGNÓZIS	

Hiányosan – nem olvashatóan kitöltött kérőlapokat nem áll módunkban elfogadni.
EU beteg kérőlapjához kérjük csatolni a biztosítási kártya mindkét oldalának másolatát

Kémia-immunkémia					Kalcium	P	31		Vizelet ált+ül.	V	110	Kórokozó szerológia					
	ASAT (GOT)	P	1		Magnézium	P	32		Vérselytsüllyedés	F	140		HbsAg	P	250		
	ALAT (GPT)	P	2		Vas (2hét)	P	33		Kvalitativ vérkép	L	120		Anti Hbs AT	P	251		
	LDH	P	3		Transzferrin (2hét)	P	34		Kvalitativ vérkép+ratio	L	121		Anti Hbcore AT	P	252		
	CK	P	4		Szol transzf. Rec(2hét)	P	35	Haemostasis					Anti HCV AT	P	253		
	CK-MB	P	5		Traszfeerin szaturáció	P	36		Protombin idő	K	130		Toxoplasma gandii	P	254		
	GAMMA GT	P	6		Ferritin	P	37		Trombin idő	K	131		CMV	P	255		
	Alkalikus foszfatáz	P	7		Réz	P	38		APTI	K	132		Epstein-barr virus	P	256		
	Alfa-amiláz	P	8		Nátrium	P	40		Fibrinogén	K	135		Adenovirus	P	257		
	Lipáz	P	9		Kálium	P	41	Diabétes mellitus					Herpes sempl. virus	P	258		
	(Pszeudo)kolinészteráz	P	10		Klorid	P	42		Hgb A1c (3hó)	L	128		Helicobacter Pylon	P	259		
	Karbamid	P	11		IgG	P	43		Fruktózamin	P	129		RS virus	P	260		
	Kreatinin	P	12		IgA	P	44	Hormonok					Rubeola virus	P	261		
	Cisztatin C	P	14		IgM	P	45		TSH supersens	P	141		Borrelia burg	P	262		
	Húgysav	P	15		Coeruloplazmin	P	48		FT3 (1hó)	P	142		Mycoplasma Pneu	P	263		
	Össz koleszterin (2hét)	P	16		Lítium	P	56		Ft4 (1hó)	P	143		Chlamydia Pneum.	P	264		

	Triglicerid (2hét)	P	17	Vizeletkémia					Prolactin	P	182		Chlamydia Tracho	P	265
	HDLkoleszterin (2hét)	P	18		Vizelet kalcium	V	90	Tumormarkerek					Varicella-zooster vi	P	266
	LDLkoleszterin(szám)	P	19		Vizelet kreatinin	V	91		AFP (1hó)	P	153	Gyógyszerszint monitorozás			
	Glucose	P	20		Vizelet foszfor	V	92		CEA (1hó)	P	154		Carbamazepin	P	173
	Glükóz terhelés 120p	Sz	21		Vizelet karbamid	V	93		CA-125 (1hó)	P	155		Valpronsav	P	174
	Összbilirubin	P	22		Vizelet hugysav	V	94		CA-15-3 (1hó)	P	156		Phenytoin	P	177
	Direkt bilirubin	P	23		Vizelet glukoz	V	95		Ca-19-9	P	157		Didoxin	P	178
	Összfehérje	P	24		Vizelet amiláz	V	96		CA-72-4	P	158	Egyéb			
	Albumin	P	25		Vizelet összfehérje	V	97		S-100	P	159		B12 vitamin (2hó)	P	197
	CRP	P	26		Vizelet mikroalbumin	V	98		NSE (1hó)	P	170		Folsav (2hó)	P	198
	AST	P	27		Vizelet magnézium	V	99			P	171		Terhességit.(vizelet)	V	187
	Rheuma faktor	P	28		Vizelet nátrium	V	100	ELFO					Terhességit.(szérum	P	188
	Savas foszfatáz	P	29		Vizelet kálium	V	101		Fehérje elektroforézis	P	220		Kőanalízis	Kő	59
	Anorg foszfát	P	30		Vizelet klorid	V	102		Vizelet fehérje ELFO	V	221		Széklet vér imm.mó	Sz	58

, , , órás gyűjtött vizelet mennyisége: , , , , ml

Jelmagyarázat: P nativ piros, L EDTA-s lila, K citrátos kék, F We fekete, Sz cukros szürke, V vizelet
A vizsgálat után zárójelben, a szabálykönyvi időkorlátozás látható. Az utolsó oszlop a vizsgálat belső labor kódja, kérjük ne írjanak rá.

Megjegyzés: A diagnosztikus labor és képalkotó vizsgálatok a szakma gyors fejlődése és a változó finanszírozás miatt gyorsabban módosulhat, mint a betegellátási eljárásleírás érvényességi ideje. Ezért a táblázatok csak tájékoztató célt szolgálhatnak.

Irodalomjegyzék

1. Castillo Laita JA, De Benito Fernández J, Escribano Montaner A, Fernández Benítez M, García de la Rubia S, Garde Garde J, García-Marcos L, González Díaz C, Ibero Iborra M, Navarro Merino M, Pardos Martínez C, Pellegrini Belinchon J, Sánchez Jiménez J, Sanz Ortega J, Villa Asensi JR. Consensus statement on the management of paediatric asthma. Update 2007. First Spanish Consensus for the Management of Asthma in Paediatrics. Allergol Immunopathol (Madr). 2008 Jan-Feb;36(1):31-52. PubMed PMID: 18261431.
2. Cheung AH, Zuckerbrot RA, Jensen PS, Ghalib K, Laraque D, Stein RE; GLAD-PC Steering Group. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): II. Treatment and ongoing management. Pediatrics. 2007 Nov;120(5):e1313-26. Review. Erratum in: Pediatrics. 2008 Jan;121(1):227. PubMed PMID: 17974724.
3. US Preventive Services Task Force. Screening and treatment for major depressive disorder in children and adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Pediatrics. 2009 Apr;123(4):1223-8. Erratum in: Pediatrics. 2009 Jun;123(6):1611. PubMed PMID: 19336383.
4. Zuckerbrot RA, Cheung AH, Jensen PS, Stein RE, Laraque D; GLAD-PC Steering Group. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. Identification, assessment, and initial management. Pediatrics. 2007 Nov;120(5):e1299-312. Review. PubMed PMID: 17974723.
5. American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine, Frush K. Preparation for emergencies in the offices of pediatricians and pediatric primary care providers. Pediatrics. 2007 Jul;120(1):200-12. PubMed PMID: 17606580.
6. Sicherer SH, Simons FE; Section on Allergy and Immunology, American Academy of Pediatrics. Self-injectable epinephrine for first-aid management of anaphylaxis. Pediatrics. 2007 Mar;119(3):638-46. Review. Erratum in: Pediatrics. 2007 Jun;119(6):1271. Dosage error in article text. PubMed PMID: 17332221.

7. Shah PS, Aliwalas LI, Shah V. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Jul 19;3:CD004950. Review. PubMed PMID: 16856069.
8. Landrigan CP, Conway PH, Edwards S, Srivastava R. Pediatric hospitalists: a systematic review of the literature. Pediatrics. 2006 May;117(5):1736-44. PubMed PMID: 16651332.
9. US Preventive Services Task Force. Screening and interventions for overweight in children and adolescents: recommendation statement. Pediatrics. 2005 Jul;116(1):205-9. PubMed PMID: 15995054.
10. Rudolf MC, Logan S. What is the long term outcome for children who fail to thrive? A systematic review. Arch Dis Child. 2005 Sep;90(9):925-31. Epub 2005 May 12. Review. PubMed PMID: 15890695; PubMed Central PMCID: PMC1720590.
11. Blomgren K, Alho OP, Ertama L, Huovinen P, Korppi M, Mäkelä M, Penttilä M, Pitkäranta A, Savolainen S, Varonen H, Suonpää J; Finnish Society of Otorhinolaryngology committee. Acute sinusitis: Finnish clinical practice guidelines. Scand J Infect Dis. 2005;37(4):245-50. PubMed PMID: 15871161.
12. Cooley WC; American Academy of Pediatrics Committee on Children With Disabilities. Providing a primary care medical home for children and youth with cerebral palsy. Pediatrics. 2004 Oct;114(4):1106-13. PubMed PMID: 15466117.
13. Rosenfeld RM, Culpepper L, Doyle KJ, Grundfast KM, Hoberman A, Kenna MA, Lieberthal AS, Mahoney M, Wahl RA, Woods CR Jr, Yawn B; American Academy of Pediatrics Subcommittee on Otitis Media with Effusion; American Academy of Family Physicians; American Academy of Otolaryngology--Head and Neck Surgery. Clinical practice guideline: Otitis media with effusion. Otolaryngol Head Neck Surg. 2004 May;130(5 Suppl):S95-118. PubMed PMID: 15138413.
14. American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence. Identifying and treating eating disorders. Pediatrics. 2003 Jan;111(1):204-11. Review. PubMed PMID: 12509579.
15. American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Committee on Quality Improvement.. Clinical practice guideline: treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics. 2001 Oct;108(4):1033-44. PubMed PMID: 11581465.
16. Rudolph CD, Mazur LJ, Liptak GS, Baker RD, Boyle JT, Colletti RB, Gerson WT, Werlin SL; North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. Guidelines for evaluation and treatment of gastroesophageal reflux in infants and children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2001;32 Suppl 2:S1-31. PubMed PMID: 11525610.
17. Lyznicki JM, Young DC, Riggs JA, Davis RM; Council on Scientific Affairs, American Medical Association. Obesity: assessment and management in primary care. Am Fam Physician. 2001 Jun 1;63(11):2185-96. Review. PubMed PMID: 11417771.
18. Committee on Children With Disabilities. American Academy of Pediatrics: The pediatrician's role in the diagnosis and management of autistic spectrum disorder in children. Pediatrics. 2001 May;107(5):1221-6. PubMed PMID: 11331713.
19. Clinical practice guideline: early detection of developmental dysplasia of the hip. Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Developmental Dysplasia of the Hip. American Academy of Pediatrics. Pediatrics. 2000 Apr;105(4 Pt 1):896-905. PubMed PMID: 10742345.
20. Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network Prof. J. De Maeseneer, S. Willems, A. De Sutter, I. Van de Geuchte, Department of Family Medicine and Primary Health Care, Ghent University. Belgium.
21. M.Billings Global Health through Education, Training and Service, Attleboro, USA. March 2007 The Health Systems Knowledge Network – WHO Commission on the Social Determinants of Health
22. Életminőség-vizsgálat gyermekkori asthma bronchialéban / Bodnár Réka, Németh Ágnes Bibliogr.: p. 10-11. – Abstr. hun. In: Tüdőgyógyászat. – ISSN 1788-697X. – 2009. 3. évf. 10. sz., p. 2-11. : ill.
23. Az ízületi gyulladások betegségmódosító terápiája: a Reumatológiai és Fizioterápiás Szakmai Kollégium szakmai protokollja Bibliogr.: p. 232-235. In: Magyar Reumatológia. – ISSN 0139-4495. – 2008. 49. évf. 4. sz., p. 219-235.
24. Újdonságok a gyermekbőrgyógyászati diagnosztika és terápia területén / Szalai Zsuzsanna [et al.] Bibliogr.: p. 37-38. – Abstr. hun. In: Gyermekorvos Továbbképzés. – ISSN . – 2006. 5. évf. 1. sz., p. 33-38. : ill.
25. Gyermekpszichiátriai szakmai protokoll / összeáll. Vetró Ágnes, Gádoros Júlia Elfogadva a Pszichiátriai Szakmai Kollégium 2001. 10. 02. ülésén, érvényes 2004-ig In: Psychiatria Hungarica. – ISSN 0237-7896. – 2001. 16. évf. 5. sz., p. 559-576. : ill.
26. Irányelvek, standardok, protokollok / Józsa Viktor Abstr. hun. In: Család, Gyermek, Ifjúság. – ISSN . – 2007. 16. évf. 2. sz., p. 22-36.
27. Krónikus gyulladásos bélbetegségek (IBD) : az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja / Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium ; Arató András Bibliogr.: p. 112. In: Útmutató. Klinikai Irányelvek Kézikönyve. – 2008. febr. Gyermekgyógyászati, p. 97-112. : ill.
28. Szakmai protokoll a varicella kezeléséhez / Infektológiai Szakmai Kollégium Bibliogr.: p. 208. In: Útmutató. Klinikai Irányelvek Kézikönyve. – 2008. febr. Gyermekgyógyászati, p. 201-208.

29. Szisztémás allergiák és kezelésük / Réthy Lajos Attila, Kósa Lajos, Farkas Márta Abstr. hun. In: Medicus Anonymus. – ISSN 1217-5056. – 2006. 14. évf. 4. sz., p. 35-39. : ill.
30. Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja : a Streptococcus pneumoniae fertőzés specifikus praeventiója: ajánlás háziorvosoknak és házi gyermekorvosoknak / Infektológiai Szakmai Kollégium Bibliogr.: p. 100. In: Infektológia és Klinikai Mikrobiológia. – ISSN 1218-1293. – 2006. 13. évf. 3. sz., p. 97-100. : ill.
31. Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja a fiatal felnőttkori kardiovaszkuláris megbetegedések gyermek és serdülőkori megelőzésere / készítette a Kardiológiai Szakmai Kollégium Bibliogr.: p. 22. In: Védőnő. – 2008. 18. évf. 6. sz., p. 21-22.
32. Az Egészségügyi Minisztérium Szakmai protokollja a laryngitisben szenvedő gyermek ápolásáról / készítette az Ápolási Szakmai Kollégium Bibliogr.: p. 16. In: Nővér. – ISSN 0864-7003. – 2008. 21. évf. 5. sz., p. 10-16.
33. Gyermekkori allergiás betegségek nemzetközi epidemiológiai felmérése – az ISAAC-vizsgálat Magyarországon / Zsigmond Györgyi [et al.] Bibliogr.: p. 72. – Abstr. hun. In: Gyermekorvos Továbbképzés. – ISSN . – 2006. 5. évf. 2. sz., p. 67-72. : ill.
34. A gyermekkori inzulin-dependens diabetes mellitus kezelési protokolljainak összehasonlító vizsgálata / Mosdósi Bernadett, Hermann Róbert, Soltész Gyula Bibliogr.: p. 112. In: Diabetologia Hungarica. – ISSN 1217-372X. – 1999. 7. évf. 2. sz., p. 109-112.
35. Robin C. Fraser: Az alapellátás módszertana.1992. Második magyar nyelvű kiadás
36. The ECPC Manifesto on primary Pediatric Care, 2009
37. Barbara Starfield:Is primary care essential? Lancet 344, 1129-33 1994
38. Tina L. Cheng: Primary care Pediatric : 2004 and Beyond. Pediatric 113, 1802-1809
39. Szakmai irányelv a 0-18 éves gyermekek teljeskörű, életkorhoz kötött hallásszűréséről
http://www.eum.hu/egeszsegpolitika/minosegfejlesztes/ek21-cd-091125
40. A 0-18 éves életkorú gyermekek látásfejlõdésének követése, a kancsalság és a fénytörési hibák felismeréséről Szûrõvizsgálati irányelvek védõnõk és gyermekorvosok számára http://www.eum.hu/egeszsegpolitika/minosegfejlesztes/ek21-cd-091125
41. Az egészséges csecsemõ táplálásáról (1. módosított változat)
http://www.eum.hu/egeszsegpolitika/minosegfejlesztes/ek21-cd-091125
42. Szakmai irányelv az oltások és műtétek egybeesése esetén szükséges teendőkről
http://www.eum.hu/egeszsegpolitika/minosegfejlesztes/ek21-cd-091125

A szakmai protokoll érvényessége: 2011. december 31.

Az Egészségügyi Minisztérium módszertan levele
A felnőttkori vesedaganatok egységes patológiai feldolgozásáról és értékeléséről
(2. módosított változat)

Készítette: a Patológiai Szakmai Kollégium

A módszertani levél a vesedaganatok WHO klasszifikációja (11), az AJCC Cancer Staging Manual-ja (1), a UICC TNM-atlasza (10), valamint a brit pathologusok nephrectomiás indítási ajánlása (2) alapján készült. Magyarországon, más országok adataihoz hasonlóan, a felnőttkori vesedaganatok döntő többsége (87%) rosszindulatú, a gyakoriság csúcsa a 60. év körül van (5). A rosszindulatú tumorok nagy része (91%) vesesejtes carcinoma. A kezelés alapja a tumor sebészi eltávolítása. A műtéti eljárás a képalkotó eljárások figyelembe vételével lehet radikális nephrectomia (a daganat ép zsíros tokkal történő eltávolítása), radikális nephrectomia regionális lymphadenectomiával, nephrectomia, ill. részleges nephrectomia (8).

Anatómia

A vesét három tok veszi körül. Legbelül helyezkedik el a rostos tok, ezt övezi a zsíros tok (benne a mellékvese), melyet kívülről a laza szövésű fascia renalis (Gerota-fascia) övez. A zsíros tok szövete a vesekapunál befordul a veseöbölbe (sinus renalis). A veseöböl képletei a vesét ellátó erek elsődleges elágazódásai (szövettan: az érfalban simaizom), a vesemedence, a vesekelyhek, továbbá a vesemedencei zsírszövet a benne elhelyezkedő nagyszámú kisvénával, valamint a nyirokerek. A regionális nyirokcsomók közé a vesehílusi, a v. cava melletti, az aorta melletti, ill. a sebész által másképpen nem jelölt retroperitonealis nyirokcsomók tartoznak.

TNM stádiumbesorolás

A veserák legfontosabb kórjósló tényezője a sebészi eltávolítás időpontjában megállapított daganatos kiterjedtség, azaz a tumor TNM stádiuma (1. táblázat [1, 11]). A stádium szabja meg a betegkövetés vizsgálati stratégiáját, és az esetleges adjuváns vagy palliatív kezelést (kemoterápiát és/vagy immunterápiát) (8). (A kezelést segítő molekuláris biomarkerek egyelőre nem állnak rendelkezésre.) A besorolás alapja a gondos makroszkópos észlelés; a szövettani vizsgálatnak a szabad szemmel nem észlelhető korai extrarenalis terjedésben, a vena-invasio kimutatásában, ill. a nyirokcsomóba adott áttét igazolásában van szerepe. A besorolásnál nem szabad elfelejteni, hogy a veseöböl extrarenalis. A vesesejtes carcinoma igen gyakran áltokot képez, amely a daganatos terjedés során összekapaszkodik a capsula fibrosa-val, és ilyenkor a szövettani vizsgálat az áltokot nem tudja elkülöníteni a rostos toktól. Magányos daganatnál a pT1-pT4 stádiumok megállapítása nem okoz gondot. Többgócú tumor esetén (a szövettani vizsgálat a közvetlen terjedést kizárta) a daganatos csomókat külön tumornak tekintjük. Ha nyirokcsomó vagy távoli áttét fennáll, feltételezzük, hogy az a legnagyobb primer tumorból származott. Tumorthrombus: a v. cava inferior-ban elhelyezkedő daganatos növedék sebészi neve.

A veserák a vesében helyezkedik el

A pT1 stádiumon belül a daganat legnagyobb átmérője alapján 4 cm-nél kisebb (pT1a), ill. 4-7 cm közötti (pT1b) alcsoportot különítenek el.

A pT2 stádium a 7 cm-nél nagyobb daganatot jelöli (pT2a: 7-10 cm közötti, pT2b: 10 cm feletti tumornagyság). Előfordul, hogy a daganat a vesemedencei zsírszövetbe boltosul, invasio gyanúját keltve. A helyes stádiumot a szöveti vizsgálat eldönti.

A veserák túlterjed a vesén

pT3

pT3a stádium áll fenn, ha

- a daganat szabad szemmel látható módon a v. renalis-ban, vagy annak nagy szegmentális ágaiban terjed (szövettan: a venának van izmos fala)
- a daganat a perinephricus és/vagy a vesemedencei zsírszövetbe terjed.

pT3b stádium: a daganat szabad szemmel látható módon beterjed a v. cava inferiorba, de a növedék nem haladja meg a rekeszizom szintjét,

pT3c stádium: a daganat szabad szemmel látható módon beterjed a v. cava-ba, és a növedék meghaladja a rekeszizom szintjét, vagy a tumor beszűri a v. cava falát.

Előfordul, hogy a tumorthrombust a nephrectomiás készítménytől függetlenül külön küldik vizsgálatra. A pathologus dolga a daganatos növedék hisztológiai igazolása, ill. annak megtudakolása, hogy a növedék a rekeszizom alatt (pT3b), vagy a rekeszizom felett (pT3c) helyezkedett el.

pT4 stádium: a tumor túlterjed a Gerota-fascián, vagy folyamatos terjedés révén beszűri a mellékvesét. A radikális nephrectomia a Gerota-fasciáig terjed. Ha a daganat ezt a fasciát áttöri (pT4), a nephrectomia onkológiai szempontból nem volt eredményes. A daganat per continuitatem beszűrheti a hasnyálmirigyet, ill. a vastagbelet.

N és M kiterjedtség

A pT1, ill. a pT2 tumorok az esetek 3-10%-ában regionális nyirokcsomó áttéttel járnak, amely nemritkán csupán mikroszkópos észlelet. A nyirokcsomók eltávolítására nem mindig kerül sor, ugyanis a lymphadenectomiával kombinált radikális nephrectomia postoperativ morbiditása és mortalitása rosszabb, mint a lymphadenectomia nélkül végzett műtété, valamint nincs kiforrott álláspont arra nézve, hogy a lymphadenectomia milyen mértékben befolyásolja a túlélést. A haematogen áttétek a tüdőben, a csontokban, a májban és az ellenoldali vesében jelentkeznek. Retrográd irányú metastasisok keletkezhetnek a vv. paravertebrales, a v. testicularis, a v. ovarica, az intrarenalis vénák, vagy az ureter vénái mentén. Ha a nephrectomia időpontjában haematogen áttétek igazolhatók, az ötéves túlélés nem éri el az 5%-ot.

A felnőttkori vesedaganatok szöveti típusai (2. táblázat)

A gyakori és a ritka típusok epidemiológiai adatait, etiológiáját, klinikai jellegzetességeit, morfológiáját, immunfestődési sajátosságait és cytogenetikai jellegzetességeit a WHO-atlasz részletezi (10).

Rosszindulatú daganatok

A vesesejtes carcinoma túlnyomóan világossejtes carcinoma (88%), a vesekéregből indul ki, és rendszerint egygócú. Többgócú és/vagy kétoldali megjelenés esetén, különösen ha a beteg fiatal, gondolni kell az örökletes von Hippel-Lindau syndromára. A világossejtes carcinoma differenciáltságát a 3. táblázatban összegezett Fuhrman-fokozatok (3) alapján célszerű megadni. A grádust mindig a legsúlyosabban atypiás látótér, nem pedig egy-egy sejt atypiája alapján állapítjuk meg. A világossejtes carcinomák többsége I vagy II grádusú. Számos tumorsejt cytoplasmája a magas grádusú daganatokban eosinophil szemcsézettségű lehet. Kedvezőtlen prognosztikai jel a sarcomatoid megjelenés, ill. a rhabdoid morfológia, a betegek rendszerint 12 hónapon belül meghalnak. A sarcomatoid megjelenés fibrosarcoma-, máskor malignus fibrosus histiocytoma-szerű, és legalább egy gyenge nagyítású látótéret elfoglal (9). A rhabdoid morfológiájú daganatsejtek nagyok, a magchromatin vesicularis, a sejtmagvacska szembeötlően nagy, a cytoplasmában pedig a magot oldalra nyomó homogén, enyhén eosinophil, globularis inclusio helyezkedik el (4).

A világossejtes carcinoma immunfestődési jellegzetességei az alacsony molsúlyú cytokeratinokkal, az epithelialis membran antigénnel, a CD10-el, ill. a vimentinnel adott pozitivitás; a CK7, a CK20, az E-cadherin, az alfa-metil-acil CoA racemáz (AMACR), valamint a CD117 festések negatívak (7). A veserákok 1997-es Heidelbergi klasszifikációja (6) a világossejtes carcinoma helyett a konvencionális carcinoma elnevezést használja abból a megfontolásból, hogy a növényi sejtekre emlékezetető, klasszikus világossejtes részletek mellett rendszerint megfigyelhetők ettől eltérő megjelenésű daganatos mezők. A WHO-klasszifikáció a konvencionális carcinoma elnevezést kerüli (10).

A multilocularis cysticus carcinoma szövetileg jól differenciált világossejtes carcinoma; a tömlők falát nem vastagítják szabad szemmel észlelhető daganatos gócok. A benignus multilocularis cysticus nephromától (multilocularis cystától) való elkülönítése néha csak számos blokk vizsgálatával lehetséges. Célszerű legalább 8-10 kimetszést végezni, hogy a tömlőcskék falában elhelyezkedő világossejtes carcinoma-sejtcsoportok biztosan benne legyenek a metszetekben. A prognosis kitűnő, nem jellemző az áttétképződés (7).

A papilláris carcinomának (6%) két variánsa ismeretes: a kissejtes basophil tipus, valamint a nagysejtes eosinophil cytoplasmájú típus. Mindkét típus lehet többgócú és kétoldali (főként a basophil); egyaránt kifejeznek vimentint és hámmarkereket; valamint AMACR-t; lehetnek CD10- és S-100-pozitivak. A CK7 és MUC1 festődés inkább a basophil típus sajátossága (7). A basophil tipus alacsony grádusú, ezért jobb kórjóslatú. Mindkét típusban keletkezhet sarcomatoid átalakulás. A WHO-definíció szerint (7) a 0.5 cm-nél kisebb basophil papillaris vesesejtes tumort adenomának, a nagyobbat pedig carcinomának kell nevezni. Egyesek a 0.5-2 cm közötti basophil papillaris carcinomát alacsony malignitású papillaris vesesejtes tumornak leletezik ("papillary epithelial neoplasm of low malignant potential").

A chromophob carcinoma (4%) körülírt, magányosan jelentkező, nemritkán világosbarna metszlapú, általában alacsony malignitású tumor. A daganatsejtek jobbára solid mezőket képeznek, érátmetszetek körül helyezkednek el, a sejthatárok élesek, szögletesek, a cytoplasma finoman reticularis, perinuclearisan feltisztul ("halo" jelenség). A tumorsejtek jelentős része eosinophil szemcsézettségű lehet. A sejtmagok szabálytalanok, nemritkán gyűrődéseket mutatnak. A sejtmagvacskák kicsinyek. Sarcomatoid átalakulás előfordulhat.

A daganatsejteket a Hale-féle kolloid-vas szelektíven festi, a sejtek az esetek 80%-ában diffúzan festődnek CK7-ellenes savóval. Pozitív az epithelialis membran antigén és a parvalbumin festés. A CK 20-, a CD10- és a vimentin-reakció negativ (7). Elektronmikroszkóppal a cytoplasmában nagyszámú microvesicula figyelhető meg.

Az igen ritka és rendkívül rosszindulatú gyűjtőcsatorna carcinoma a vesevelőben helyezkedik el, szövetileg jobbára tubuláris, vagy tubulopapilláris szerkezetű; többnyire magas grádusú. Kiválthat desmoplasiát. A daganatsejtek Ulex europeus lektinnel reagálnak, és ez a festődési sajátosság segít a kórisme felállításában.
További entitások: a nem osztályozható vesesejtes carcinoma, a medullaris carcinoma, a translocatióhoz társult (Xp11 vagy egyéb) carcinoma, a neuroblastomához társult carcinoma, a mucinosus tubularis és orsósejtes carcinoma, valamint a WHO klasszifikációban még nem szereplő low-grade tubulocysticus vesesejtes carcinoma (12).
A nem-vesesejtes rosszindulatú tumorok közül leggyakrabban a vesemedence-hámból kiinduló urothelsejtes carcinomával (7%) találkozunk.

Jóindulatú daganatok
Nem túl gyakoriak (13%), a vese eltávolítását leginkább oncocytoma, ill. angiomyolipoma miatt végzik.
Az oncocytoma jól körülírt, mahagónibarna, közepén heges. Összekapaszkodhat a v. renalis-szal, benyomulhat a vesemedencei zsírszövetbe; valamint keletkezhet a tumorsejtekben reaktív atypia. Mindezek miatt összetéveszthető a vesesejtes carcinomával. Az oncocytoma jobbára cytokeratin 7-negatív, néha pozitív. Utóbbi esetben a festődés többnyire csak egy-egy sejtre, vagy sejtek kis csoportjaira szorítkozik. A vimentin-reakció rendszerint negatív.
Az angiomyolipoma kiindulhat a kéregből, a velőből, ill. az extrarenalis szövetekből; lehet többgócú. Többnyire klasszikus trifázisos megjelenésű. Az ettől eltérő formák kórismézésében segít a melanocyta és a simaizom markerek együttes kifejeződése.
A papillaris adenoma, a metanephricus adenoma, ill. az egyéb jóindulatú tumor nephrectomiás preparatumban nemigen fordul elő, ezért részletezésüktől itt eltekintünk.

A patológiai feldolgozás szempontjai
A műtéti készítményt a műtétet követően lehetőleg haladéktalanul, rögzítetlenül a pathologiai osztályra kell szállítani. 1-2 órás hűtőszekrényben 4 C°-on történő tárolás még elfogadható. A preparátum rögzítésére a pathologiai osztályon kerül sor. A szervkimetszés előtt a vesetokot nem szabad levonni. Az indítás során a tumort a környező perinephricus szövetekkel együtt kell kimetszeni, hogy az áltokon mikroszkópikusan túlterjedő daganatos beszűrődés megállapítható legyen (pT2 versus pT3). A resectiós felszínt tussal festjük. Szervkéssel a legnagyobb domborulat mentén megnyitjuk a zsíros tokot, majd a vesét a legnagyobb domborulat mentén felvágjuk. Fél cm-ként hosszanti metszéseket ejtünk a daganaton keresztül a külső felszíntől a hílusig. A makroszkópos észleletet írásban rögzítjük, ezután a preparátumot 10%-os formalint bőséggel tartalmazó edénybe helyezzük. A készítmény felszínére papírtörölköző rétegeket teszünk, hogy a formalin a zsíros tok miatt lebegő készítményt biztosan ellepje. A minimális rögzítési idő 20 óra.
Ha a digitális képkészítés és archiválás feltételei adottak, célszerű minden nephrectomiás preparátumról fotódokumentációt készíteni.

Makroszkópos észlelés
Bár a TNM-rendszer nem foglalkozik a vesekelyhek, ill. a vesemedence daganatos érintettségével, a makroszkópos leírás során ki kell térni arra, hogy ezek a képletek tumormentesek-e vagy sem.
A leírás rögzítse

- a vese méretét, a hílusi státuszt, az ureter hosszát, továbbá, hogy a zsíros tokban fellelhető-e a mellékvese
- a tumor méretét és jellegzetességeit: elhelyezkedés, tok, áltok, szín, vérzés, elhalás, tömlős elfajulás, centrális heg, egy daganatos góc, több daganatos góc, sarcomatoid átalakulásra gyanús szürkésfehér vagy halhússzerű terület
- a daganatnak a vesetokhoz, a vesemedencei zsírszövethez, a vesemedencehámhoz, ill. a v. renalishoz való viszonyát
- a veseöböl állapotát
- a tumortól távoli veseparenchyma jellegzetességeit
- A resectiós széleket tussal, tintával, stb. jelezzük; részleges nephrectomia esetén megadjuk, hogy a resectiós vonal hány mm-re halad a daganattól

A külön érkezett szöveteket (pl. lymphadenectomia) külön írjuk le. A lymphadenectomiás készítmény nyirokcsomóit tapintással kell megtalálni. A megfelelően végzett blokk-disszekció legalább 8 nyirokcsomót tartalmaz.

Kimetszések fénymikroszkópos vizsgálat céljára
Legalább annyi kimetszést kell végezni, ahány cm a tumor. A daganatnak az egyes anatómiai képletekkel való folytonosságát (zsírszövet, vesemedence, sinus, stb.) meg kell őrizni. A veseöblöt akkor is vizsgálni kell, ha az szabad szemmel idegenszövetmentes. A v. renalis-ban lévő daganatos növedék esetén az érlekötés szintjéből is indítunk kimetszést. Részleges nephrectomia esetén a festékkel jelölt sebészi rezekciós vonal teljes feldolgozása szükséges. Radikális nephrectomia esetén a Gerota-fascia vizsgálata csak akkor szükséges, ha az makroszkóposan indokolt. A tumor-mentes veseparenchyma vizsgálata

kötelező. A HE-metszet mellett ajánlott a PAS-reakció, ugyanis a kor-specifikus elváltozások, a hypertensiv vesebetegség, a diabeteses nephropathia, stb. elnézhetők HE-metszetben. A mellékvesét, uretert (urotheliumot) minden esetben vizsgálni kell. Az indítandó minimális blokkszámot a 4. táblázat foglalja össze.

A mikroszkópos vizsgálat során megállapítjuk

- a daganat hisztológiai típusát (2. táblázat),
- a sejtmag-atypia mértékét (3. táblázat),
- a tumor kiterjedtségét (a v. renalis, a capsula adiposa, továbbá a veseöböl tumormentességéről nyilatkozni kell),
- a mikroszkópikus érinvasio jelenlétét (kétes esetben hám- és endothelmarker alkalmazandó), valamint
- a tumortól távoli veseparenchyma jellegzetességeit.

Ha a microvascularis invasio csak intrarenalisan figyelhető meg, a stádium nem változik (pT1 vagy pT2).

A diagnosisban feltüntetjük

- a daganat hisztológiai típusát (kerülendő a hypernephroma, a Grawitz-tumor, az adenocarcinoma renis, ill. a szemcséssejtes carcinoma kórisme)
- a sarcomatoid átalakulást, ill. a rhabdoid morfológát (kedvezőtlen prognosztikai jel)
- a sejtmag-atypia grádusát
- a daganat TNM kiterjedtségét
- és nyilatkozunk a rezekciós vonalakról. Ha a rezekciós vonal daganatszöveten halad át, megadjuk, hogy melyik rezekciós vonalról van szó, és a pozitivitás milyen kiterjedtségű (mm-cm)

Irodalomjegyzék

1. American Joint Committee on Cancer. Greene FL, Page DL, Fleming ID, Fritz AG, Balch CM, Haller DG, Morrow M (eds): AJCC Cancer Staging manual. 6th edition, Springer, New York, 2002, 323-328
2. Fleming S, Griffiths DFR: Nephrectomy for renal tumour; dissection guide and dataset. J Clin Pathol 58:7-14, 2005
3. Fuhrman SA, Lasky LC, Limas C: Prognostic significance of morphologic parameters in renal cell carcinoma. Am J Surg Pathol 6:655-663, 1982
4. Leroy X, Zini L, Buob D, Ballereau C, Villers A, Aubert S: Renal cell carcinoma with rhabdoid features. Arch Pathol Lab Med 131:102-106, 2007
5. Németh I, Sükösd F, Béli L, Kiss A, Pajor L, Iványi B: A felnőttkori vesedaganatok a Szegedi Tudományegyetem Pathologiai Intézete anyagában. Orv Hetil 146:653-658, 2005
6. Kovacs Gy, Akhtar M, Beckwith BJ, Bugert P, Cooper CS, Delahunt B, Eble JN, Fleming S, Ljungberg B, Medeiros LJ, Moch H, Reuter VE, Ritz E, Roos G, Schmidt D, Srigley JR, Störkel S, van den Berg E, Zbar B. The Heidelberg classification of renal cell tumours. J Pathol 183:131-133, 1997
7. MacLennan GT, Cheng L: Neoplasms of the kidney. In: Bostwick DG, Cheng L (eds) Urologic Surgical Pathology, Mosby Elsevier, 2008, 78-113
8. Pajor L, Kisbenedek L, Buzogány I, Romics I, Holman E, Iványi B: A felnőttkori vesedaganatok kezelése. Módszertani levél. Készült a Szakmai Kollégium és az Országos Urológiai Intézet megbízásából. Magyar Urologia 15:237-246, 2003
9. Peralta-Venturina M, Moch H, Amin M, et al. Sarcomatoid differentiation in renal cell carcinoma. Am J Surg Pathol 25:275-284, 2001
10. Sobin LH, Gospodarowicz.M, Wittekind C (eds): UICC TNM classification of Malignant tumours. 7th ed, New York, NY: Whiley-Liss, 2009
11. WHO Classification of tumours. Eble JN, Sauter G, Epstein JI, Sesterhenn I (eds): Pathology and Genetics Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs. IARC Press, Lyon, 2004, 10-87
12. Zhou M, Yang XJ, Lopez JU, et al. Renal tubulocystic carcinoma is closely related to papillary renal cell carcinoma: implications for pathologic classification. Am J Surg Pathol 33:1840-1849, 2009

A módszertani levél érvényessége: 2011. december 31.

Mellékletek

1. táblázat. A vesesejtes carcinoma TNM kiterjedtsége

Primer tumor (T)

pT1: 7 cm-nél kisebb daganat, csak a vesére lokalizálódik
- pT1a 4 cm vagy kisebb
- pT1b 4-7 cm közötti

pT2: 7 cm-t meghaladó tumor, csak a vesére lokalizálódik
- pT2a 7-10 cm közötti
- pT2b 10 cm felett

pT3: a veserák túlterjed a vesén: nagy venába tör, vagy a perinephricus szövetekre terjed
- pT3a a daganat szabad szemmel látható módon a v. renalis-ban, vagy annak nagy szegmentális ágaiban terjed (szövettan: a venának van izmos fala), vagy a perinephricus és/vagy a vesemedencei zsírszövetbe terjed
- pT3b a daganat szabad szemmel észlelhetően beterjed a v. cava-ba, de a növedék nem haladja meg a rekeszizom szintjét
- pT3c a daganat szabad szemmel észlehetően beterjed a v. cava-ba, és a növedék a rekeszizom vonalát meghaladja, vagy a tumor beszűri a v. cava falát.

pT4: a tumor túlterjed a Gerota-fascián, vagy folyamatos terjedés révén beszűri a mellékvesét

Nyirokcsomó (N)
- Nx Regionális nyirokcsomó feldolgozás nem történt
- N0 A regionális nyirokcsomókban áttét nincs
- N1 A regionális nyirokcsomó(k)ban áttét van

Metastasis (M)
- Mx Távoli áttét irányában nem történt vizsgálat
- M0 Nincs távoli áttét
- M1 Van távoli áttét

2. táblázat. A felnőttkori vesedaganatok WHO-szerinti szöveti típusai és SNOMED kódjai

Epithelialis daganatok	
Benignus	
Papillaris adenoma	8260/0
Oncocytoma	8290/0
Metanephricus adenoma	8325/0
Malignus	
Vesesejtes carcinoma	
Világossejtes	8310/3
Papilláris	8260/3
Chromophob	8317/3
Gyűjtőcsatorna carcinoma	8319/3
Nem osztályozható carcinoma	8312/3
Mesenchymalis daganatok	
Angiomyolipoma	8660/0
JGA tumor	8361/0
Haemangioma	9120/0

Leiomyoma	8890/0
Solitaer fibrosus tumor	8815/0
Vesevelő interstitialis sejtjes tumora	8966/0
Haemangiopericytoma	9150/1
Leiomyosarcoma	8890/3
Malignus fibrosus histiocytoma	8830/3
Osteosarcoma	9180/3
Rhabdomyosarcoma	8900/3

Kevert mesenchymalis és epithelialis tumorok

Cysticus nephroma	8959/0
Kevert epithelialis és stromalis tumor	
Synovialis sarcoma	9040/3

Neuroendocrin tumorok

Carcinoid	8240/3
Neuroendocrin carcinoma	8246/3

Haematopoieticus és lymphoid tumorok

Lymphoma	
Plasmocytoma	9731/3
Leukaemia	

Csírasejt tumorok

Áttétek

Daganatszerű elváltozások
Multilocularis cysticus nephroma
Xanthogranulomatosus pyelonephritis
Malakoplakia
Fibroepithelialis polyp
Gyulladásos pseudotumor

3. táblázat. A sejtmag-atypia Fuhrman-kritériumai világossejtes veserákban

Grádus	Sejtmag mérete	Sejtmag alakja	Nucleolus
I	Kicsi (10 um)	Szabályos	Nem észlelhető
II	Kicsi; valamivel nagyobb (15 um)	Szabálytalan	40x nagyításnál megfigyelhető
III	Közepesen nagy (20 um)	Szabálytalan	10x nagyításnál megfigyelhető
IV	Nagy	Bizarr	Feltűnő

4. táblázat. A minimálisan indítandó blokkszám

- Annyi blokk, ahány cm a tumor legnagyobb átmérője; foglalja magába a legalább két kimetszést a capsula adiposára terjedt tumorból, valamint a legalább egy tumor-veseparenchyma határa kimetszést
- A tumor-veseöböl viszonyát legalább két-három kimeszésben (a sinus renalis infiltratiója egyesek szerint rosszabb kimenetelű, mint a capsula adiposa infiltratiója)
- Annyi blokk az érintett resectiós felszínből, ami alapján az érintettség kiterjedése megadható
- 1 blokk a v. renalisból, az a. renalisból és az ureterből, lehetőleg a resectiós síkból
- Blokk(ok) a vénára, ill. vesekehelyre/vesemedencére terjedésből
- Minden nyirokcsomó külön számozva beágyazandó

- 1 blokk a mellékveséből
- Blokk(ok) bármilyen egyéb veserendellenességből
- 1 blokk a szabad szemmel eltérés nélküli veseparenchymából
- Részleges nephrectomia esetén a festékkel jelölt sebészi resectiós vonal teljes feldolgozása szükséges

Az Egészségügyi Minisztérium módszertani levele
Az emlőrák patológiai diagnosztikájáról
(2. módosított változat)

Készítette: a Patológiai Szakmai Kollégium

A jelenlegi dokumentum a korábbi módszertani levél és irányelveket rögzítő Konszenzus Dokumentum patológiai fejezetének tartalmának egyesítésével jött létre.

Nem-operatív (preoperatív) diagnosztika
Az emlőbetegségek diagnosztikájában a nem-operatív/preoperatív diagnosztika jelentősége nőtt. A preoparatíve felállított diagnózis előnyben részesítendő az intraoperatívan nyerttel szemben; lehetőleg minden esetben történjen diagnosztikus lépés a kórisme műtét előtti megállapítására.

A radiológiailag vagy klinikailag észlelt, malignitás minimális gyanúját is keltő elváltozások patológiai (citológiai vagy szövettani) véleményezése szinte mindig indokolt a malignitás kizárása vagy megerősítése céljából. Jóindulatúnak vélt elváltozások esetén a benignitás megerősítése is cél lehet. A nem-operatív diagnosztika történhet vezérelt vékonytű aspirációval vagy automata pisztolyos hengerbiopsziával (core-biopsia), esetleg vákuum-asszisztált biopsziás eszközzel nyert mintából. Előbbi esetben a C1-C5, utóbbi esetekben a B1-B5 kategorikus besorolás elvárás (1. táblázat), de lehetőség szerint ezen túlmenő információkat is (diagnózis, limitált prognosztikai információ, pl. rákok esetén szövettani típus, nuclearis vagy becsült szövettani grade) meg kell adni a vizsgálati anyagokból.
Tapintható képletek esetén is lehetőleg javasolt (elsősorban ultrahang) vezérelve végezni a mintavételt, a tapintási/valós méret eltérése, a lehetséges necrosis miatt, illetve azért mert képalkotókkal nagyobb valószínűséggel megállapítható lehet, hogy a tapintási lelet hátterében nincs valódi körülírt elváltozás (pl. zsírlobulus), vagy hogy a tapintási lelet nem a képalkotó által jelzett elváltozással esik egybe.
Meszesedéseket elsődlegesen henger (core-) vagy vacuum asszisztált core biopsziával kell tisztázni. Amennyiben valamilyen ok miatt meszesedéseknél mégis vékonytű aspiráció történik, a negatív eredményű aspirációs citológiát nem lehet a malignitás kizárására elfogadni. A vékonytű aspirációs vizsgálat - pozitivitás esetén - a malignitás preoperatív megerősítésére lehet csupán alkalmas.
Tekintettel arra, hogy az atípusos ductalis hámproliferációk és a DCIS térben változó spectrumot alkotva lehetnek jelen, a microcalcificatio területéből származó hengerbiopsiás minta sem lesz feltétlenül reprezentatív. Hasonló lehet a helyzet a B3 kategóriába sorolt papillaris és sclerotizáló léziók esetén is. Emiatt ezen elváltozások biztos diagnosztikájához excízió is szükséges lehet.

Primer szisztémás (neoadjuváns) kezelés tervezéséhez azonban a jó minőségű szövethenger biopsziás anyag részesítendő előnyben, és ebből minden esetben szükséges a prediktív faktorok meghatározása is (minimálisan ösztrogén- és progeszteronreceptor státusz és a HER2 státusz).

A core biopsziák beágyazása: lényeges, hogy a szövethengerek a hossztengelyükkel párhuzamosan kerüljenek a blokkba. Általában 2-3 db 1 mm vastag, 10 mm hosszú hengert kapunk vizsgálatra. Ezeket a kis biopsziákra érvényes szabályok szerint több rétegben vizsgáljuk. A neoadjuváns kezelés előtt végzett core biopsziás mintából a tumorok minden, a kezelést befolyásoló sajátosságát meg kell határoznunk és le kell írnunk: a fent részletezett prediktív tényezőkön kívül az alábbiakat: típus, esetleg vascularis invázió, in situ komponens.

A nem-operatív/preoperatív patológiai diagnosztika a „diagnosztikus triász" (klinikum, radiológia, patológia) része. Fontos, hogy a patológus ismerje az egyéb vizsgálatok eredményét, és azokat is figyelembe véve fogalmazza meg véleményét az adott esetről. Súlyos tévedések, hibák forrása lehet, ha „légüres térben" történik a patológiai diagnosztika. Minimális elvárás, hogy a patológiai mintákkal kapcsolatosan az elváltozás lokalizációja, radiomorfológiája, fizikális lelete, a mintavétel módja és a vonatkozó kórtörténeti adatok szerepeljenek a beküldő lapon. Optimális helyzetben a patológiai lelet az egyéb vizsgálati eredményekkel együtt, multidiszciplináris kereteken belül kerül megfelelő diagnosztikus/terápiás döntéshozatali helyzetbe. Összhang esetén a megfelelő terápiás döntés meghozható, míg összhang hiányában további diagnosztikus lépésekről kell dönteni.

Tudomásul kell venni, hogy mint minden diagnosztikus tesztnek, a nem-operatív diagnosztikának is vannak korlátai. Ezen korlátokat tükrözik az európai irányelvekben is megfogalmazott „elfogadható" hamis negativitás, hamis pozitivitás, értékelhetetlen kategóriába sorolt és „gyanúsnak" minősített esetek arányai (2. táblázat).

Kivételesen a preoperatív diagnosztika minimális invazivitású sebészi beavatkozás is lehet (incíziós biopszia).

Postoperatív diagnosztika - feldolgozás, együttműködési elvek
A műtéti minta kezelése szempontjából, illetve prognosztikai szempontból is el kell különítenünk:
– a preklinikai (tünetet nem okozó) emlőrákok csoportját
– a klinikai tüneteket okozó emlőrákok csoportját.

Mindkét csoportra érvényes megállapítások
– A műtéti preparátumot az eltávolítás után azonnal, fixálás és rámetszés nélkül a patológiai osztály/patológus rendelkezésére kell bocsátani.
– Mint minden mérés eredménye, a tumorméret makro- és mikroszkópos meghatározása is megközelítő érték, de rögzítése elengedhetetlen. Minimálisan a legnagyobb tumorátmérőt kell megadni. (Ez eshet más síkba is, mint a szeletelés síkja, ami miatt a tér mindhárom irányában meg kell ítélni a tumor nagyságát.) Ha a makroszkópos és a mikroszkópos mérés között eltérés van, akkor az utóbbi az irányadó – kivéve, ha a tumor olyan nagy, hogy nem lehet, vagy értelmetlen mikroszkóposan mérni.
– Az elváltozás többgócúságát elsősorban a radiológus, másodsorban a patológus állapítja meg. A többgócú tumorok hagyományos felosztása (multifokális vagy multicentrikus) helyett meghatározott számú gócról vagy multiplex / többgócú tumorokról célszerű nyilatkozni. A pT stádiumot a legnagyobb góc alapján adjuk meg.
– Nagy kiterjedésű, radiológiailag intraductalis carcinomának diagnosztizált elváltozások és a kizárólagosan microcalcificatio formájában észlelt elváltozások esetében a fagyasztás értelmetlen.
– Fagyasztott metszet készítése 10 mm-es, vagy annál kisebb elváltozásból tilos, mert ha nem jut az elváltozásból kellő mennyiségű és minőségű minta a beágyazáshoz, az a definitív diagnózist veszélyezteti. Felesleges fagyasztani definitív preoperatív diagnózis esetén. A fagyasztásos vizsgálat indikációja jelentősen beszűkült. Kivételesen, amennyiben a preoperatív diagnosztika eredménytelen maradt, multidiszciplináris döntés születhet fagyasztott metszetek vizsgálatáról, és hasonlóképpen ritkán indokolttá teheti ezt a preoperatív leletek elégtelen vagy bizonytalan volta is.
– Az intraoperatív vizsgálat irányulhat azonban a sebészi reszekciós szél tumormentességének vizsgálatára vagy a tumor és az ép szél távolságának meghatározására. Ezeket a vizsgálatokat lenyomati kenetek és makroszkópos mérések formájában végezhetjük el. (Ez utóbbi esetben rámetszés előtt az eredeti reszekciós felszínt festékkel jelölni kell!)
– Az intraoperatív vizsgálat mibenlétéről, elvégezhetőségéről véglegesen a patológus dönt.
– Molekuláris vizsgálatok, szövetbank: Amennyiben rendelkezésre áll olyan infrastruktúra, amely lehetővé teszi szövetminták lefagyasztását és -80°C-on történő tárolását, a frissen (intraoperatíven) kapott rezekátum kellő orientálása és sebészi felszíneinek jelölése (ld. később) után ajánlott a tumorszövet egy részének ilyen módon történő tárolása – természetesen anélkül, hogy ez a diagnosztikus lehetőségeket a legcsekélyebb mértékben is rontaná.
–A tumor méretétől függetlenül a daganatot reprezentatív módon kell feldolgozni, ami ideálisan a teljes metszéslap több síkban történő vizsgálatával érhető el.
– A műtéti preparátumot (pl. sebészi öltésekkel) jelölni kell (legalább három egyértelmű, lehetőleg sugárfogó jelzéssel, pl: medialis, lateralis, superior pólus vagy centrális/mamillaris, perifériás és órairányú vagy két behelyezett öltéssel és az oldal megadásával) a megfelelő orientációhoz. Az orientáció tényét a patológusnak is rögzíteni kell. Javasolt, hogy a fasciát jelölje a sebész, illetve a meglétéről a sebész és a patológus is nyilatkozzon. Megadjuk a rezekátum méretét cm-ben, három dimenzióban.
– A műtéti preparátum reszekciós felszíneinek festése – legegyszerűbben tussal, az utólagos tájékozódást megkönnyítendő, optimálisan legalább két különböző színnel (pl. fekete elülső, kék hátsó felszín) és a legideálisabban 6 színnel – az ép szél megítélésének szempontjából fontos. Az ajánlatos minimális ép szél in situ ductalis carcinomák esetében 10 mm, invazív carcinomák esetében 5 mm. Posterior (mellkasfali) irányban, illetve a bőrrel nem fedett anterior irányban ezek az ép szegélyek nem mindig érhetők el, ilyenkor a multidiszciplinaritás jegyében lényeges kiegészítő információ lehet a műtéti leírásban pl. az, hogy a mellkas felé a fasciáig (vagy nem addig) terjedt a kimetszés.
– A szeletelés után látott szerkezetet leírjuk, ha körülírt léziót látunk, ennek méretét cm-ben vagy mm-ben megadjuk lehetőleg a tér három irányában.
Kétséget kizáróan megállapítjuk, hogy egy vagy több kóros terime van-e az állományban.
Sorszámozva indítjuk a blokkokat úgy, hogy a makroszkópos leírásból pontosan vissza lehessen következtetni minden blokk elhelyezkedésére az eredeti preparátumon belül.
A maradék szeleteket sorba rakva (pl. gézbe csomagolva) tároljuk.

– Nem az épben történt kimetszés esetén reexcisio szükséges, amelynek preparátumát szintén orientálni kell különös tekintettel az előző kimetszéshez való viszony tisztázására; csak így lehetséges az új rezekciós felszínek patológiai vizsgálata.
– Ajánlott – különösen kisebb méretű elváltozásoknál – a szeletekről makrofotó és főként a mikrokalcifikációval járó léziók esetében, a szeletekről is specimen mammográfiás felvétel készítése. Ugyancsak indokolt a specimen mammográfia minden olyan esetben, amikor a radiológiailag jelzett elváltozás a metszlapokon nem azonosítható. Minden kórosnak látszó területet, minden mikrokalcifikációt tartalmazó állományt elindítunk. A blokkokat a filmen is be kell jelölni.
– A más intézetben készült patológiai mintát kérdéses esetben ajánlott bekérni a véleményalkotáshoz.

A preklinikai, tünetet nem okozó emlőrákok csoportja
– Egységes orientációs elvek esetén azonban csak kevés olyan eset adódik, ahol bizonytalanság miatt szükség lehet arra, hogy a műtéti anyag felszeletelése előtt azt a sebész még egyszer lássa, és ilyenkor helytelen ezt a lépést kihagyni. A kiszűrt és eltávolított tumor azonosságának megállapítására posztoperatív megbeszélések kiváló lehetőséget adnak.
– Az intraoperatív specimen mammográfiás vizsgálat az esetek döntő többségében az elváltozást diagnosztizáló radiológiai osztályon történik. Megfelelő felszerelés birtokában a pathologiai osztályok is végezhetik ezt a vizsgálatot, a filmet azonban minden esetben össze kell hasonlítani az eredeti mammogrammal úgy, hogy mammográfus radiológus is jelen legyen.
– Lehetőség szerint ajánlott, de nem nélkülözhetetlen az ún. „óriásblokkok", metszetek készítése.
– A tumorból történő mintavétel mellett elengedhetetlen a tumor környezetében lévő épnek tűnő területekből – beleértve a sebészi rezekciós felszíneket is – mintát venni szövettani vizsgálatra.

Klinikai tüneteket okozó emlőrákok csoportja
Az előzőekben megállapított elvek itt is érvényesek, a következő kiegészítésekkel:
– Nagyméretű tumorok esetén legalább 4 blokkot kell készíteni a tumor körüli emlőállományból is.
– Mastectomia kapcsán a mamilla és areola feldolgozása, valamint az ép kvadránsokból is egy-egy blokk indítása javasolt.
– Primer szisztémás kezelés esetében a tumort eredetileg tartalmazó, és optimális esetben a kezelés megkezdése előtt megjelölt terület (tumorágy) és környezete részletesen feldolgozandó a valós regresszió megállapítása céljából. Radio-patológiai összehasonlítás (specimen mammográfia, szeletekről készült specimen mammográfia) és óriásblokk technika javasolt. Különös figyelmet kell fordítani a többgócúság megállapítására is. Ha szükséges, hagyományos festés mellett bizonytalan megítélés esetén citokeratin immunhisztokémia is igénybe vehető a reziduális tumor kimutatására. A regresszió megítélését segítheti a korábbi hengerbiopsziás mintával való összevetés. A regresszió fokának mennyiségi megítélésére a 3. táblázatban bemutatott sémát javasoljuk.

Axilláris blokk feldolgozása
Valamennyi nyirokcsomót ki kell preparálni szövettani vizsgálatra. Az 5 mm-nél nagyobb nyirokcsomókat 2-3 mm vastag szeletekre vágva ágyazzuk be, az 5 mm-nél kisebbeket egészben kell beágyazni. A makroszkóposan egyértelműen áttétes nyirokcsomókból elegendő egy reprezentatív blokk beágyazása. A fentiek végzésekor olyan metodikát és jelölést kell alkalmazni, amely a vizsgálat végén lehetővé teszi a vizsgált és az áttétes nyirokcsomók számának megadását. (Pl. festés, nyirokcsomószám/blokk pontos rögzítése, ha nem egy nyirokcsomó kerül egy blokkba.)

Primér szisztémás kezelést követően eltávolított hónalji nyirokcsomók esetén a kezelés előtti nyirokcsomó status ismerete és közlése a patológussal nélkülözhetetlen. A nyirokcsomókon túl, a gyakran csak tapintható, kis kötőszövet tömörülések is vizsgálandók ilyenkor. Csupán heg és regresszióra utaló elváltozás esetén a citokeratin immunhisztokémia rutinszerű alkalmazása nem indokolt, tumorra gyanús HE lelet esetén azonban alkalmazása segíthet a reziduális daganat tisztázásában.

Őrszemnyirokcsomó
– Az őrszemnyirokcsomók alapvető vizsgálata a beágyazásos szövettani vizsgálat. Ugyanakkor egyre nagyobb igény van az intraoperatív értékelésre is. Ennek célja az áttétes sentinel nyirokcsomók minél nagyobb részének azonnali felismerése, de nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a műtét alatti vizsgálatok nem azonosítják teljeskörűen az áttéteket; különösen a mikrometasztázisok esetén alacsony a szenzitivitásuk. Az intraoperatív vizsgálatokra mind a citológia, mind pedig a fagyasztásos szövettan alkalmas, de az egész nyirokcsomó fagyasztásos sorozatmetszése ellenjavallt. Validált kvantitatív reverz transzkripciós polimeráz láncreakción alapuló tesztek is alkalmasak metasztázisok intraoperatív vizsgálatára. (Ezek többnyire úgy lettek kalibrálva, hogy az izolált tumorsejt kategóriába tartozó eseteket ne minősítsék áttétesnek). Alapelv, hogy a nyirokcsomó egésze nem használható fel a műtét közbeni vizsgálatra.
– A patológia számára átadott (első megközelítésben negatív) sentinel nyirokcsomót minimálisan lépcsőzetesen metszve kell vizsgálni (javasolt a 200-500 mikron közötti lépcsőzetes metszés), míg az első megközelítésben áttétes nyirokcsomók esetén az

áttétről minél pontosabb információt adó minimális vizsgálat (pl. a legnagyobb méretet tükröző metszlap szövettani vizsgálata) elegendő.

– A HE festéssel negatív őrszemnyirokcsomók citokeratin immunhisztokémiai vizsgálata segítséget nyújthat kis volumenű nyirokcsomó-érintettség (mikrometasztázis, izolált tumorsejt) kimutatásában. Különösen invazív lobularis rákok esetén tárhat fel HE festéssel rejtve maradó áttéteket. A kis volumenű nyirokcsomó-érintettség bizonytalan prognosztikai jelentősége miatt a citokeratin immunhisztokémia rutinszerű alkalmazása HE festéssel negatív őrszemnyirokcsomók esetén jelenleg nem írható elő.

Prognosztikai és prediktív faktorok speciális vizsgálata (szteroidreceptor- és HER-2 meghatározás)

Jelenleg az alcímben megadottak képezik az emlőrák kezelését befolyásoló, külön vizsgálandó tényezőket.

– A friss preparátumot lehetőleg azonnal, de mindenképpen 3 órán belül fixálni kell, szteroidreceptor meghatározására 30 percen belül fixált anyag az optimális. A szteroidreceptor meghatározás optimális módszere az immunhisztokémia. Elvárható, hogy a prognosztikai és prediktív markereket immunhisztokémiával vizsgáló laboratóriumok külső minőségellenőrzési programban vegyenek részt, és működésüket ott elfogadhatónak minősítsék. Az ösztrogén- és progeszteronreceptor meghatározás az elvárható. Az „ösztrogénreceptor" általában az alfa altípust jelenti, az ösztrogénreceptor-béta valamint az androgénreceptor vonatkozásában még kevés a prognosztikai vagy prediktív vonatkozású tapasztalat ahhoz, hogy meghatározásukat elő lehessen írni. A vizsgálat értékelésekor elterjedt, hogy 10%-os festődési arány felett tekintsék pozitívnak a tumorokat, napjainkban azonban ez a határérték helytelennek tűnik, ami miatt nem javasolt a használata. A festődő sejtek becsült arányát és a festődés intenzitását célszerű a leletben megadni. A terápiás hatás vonatkozásában pontosabb predikciót tesz lehetővé az alábbiakban javasolt szemikvantitatív gyorspontozási rendszer (Allred-féle gyors pontszám; 4. táblázat) (A hamis negativitás elkerülésének érdekében, ha a szövettani típus vagy a grade alapján kicsi a valószínűsége a negatív reakciónak, azt adekvát kontrollok mellett javasolt ismételni).

– A gyakorlatban a HER-2 státusz meghatározása részben a HER-2 fehérje overexpresszióját (immunhisztokémia), részben a HER-2 gén amplifikációját (in situ hibridizáció, ISH) veszi alapul. A költségeket is figyelembe vevő, nemzetközi ajánlásokkal összhangban álló gyakorlatias megközelítés az, hogy az immunhisztokémiával 3+ értékelésű minták olyan pozitivitást képviselnek, ami a HER-2 elleni célzott („targeted") kezelést lehetővé teszi. (A hamis pozitivitás elkerülésének érdekében azokban az 3+ értékelésű esetekben, ahol a szövettani típus vagy a grade ellentmond ennek a HER-2 státusznak (tubularis carcinoma, mucinosus carcinoma, grade I ductus carcinoma), minimum a HER-2 IH reakció megismétlése ajánlatos.) Az immunhisztokémiával 2+ értékelésű minták molekuláris módszerrel történő további vizsgálatot igényelnek, míg a HER-2 immunfestés alapján 0 vagy 1+ értékelésű minták a célzott kezelés, illetve prognosztikai szempontból negatívnak tekintendők. Amennyiben bizonytalan az immunhisztokémiai reakción alapuló besorolás ISH / molekuláris vizsgálat indokolt.

– Az ISH vizsgálatok közül a fluoreszcens (FISH) a legszélesebb körben alkalmazott. A FISH-sel bizonytalan eredményt adó mintáknál az ismételt vizsgálat vagy (primeren végzett FISH esetén) az immunhisztokémia az esetek egy részében tisztázhatja a besorolást, máskor ez nem lehetséges. A FISH-nek megfelelő alternatívája lehet a kromogén (chromogen, CISH) vagy a fém ezüst kiválásán alapuló (silver, SISH) módszer is. Léteznek egyéb alternatív, széles körben nemigen alkalmazott molekuláris módszerek (pl. kvantitatív polimeráz láncreakció) is, de ezek egyelőre nem javasolhatók a terápiás döntések vonatkozásában (5. táblázat)

A kórszövettani lelet

Az emlőrák kórszövettani leletezése szabad szöveges formában történhet. Ugyanakkor fontos része kell, hogy legyen akkor is a leletnek a patológiai vizsgálat során meghatározható, klinikailag lényeges prognosztikai tényezők megadása. Ezeknek rövid és klinikailag orientált összefoglalását javasoljuk a mellékelt leletminta szerint. A lényeges és független prognosztikai tényezők, valamint a kezelés szempontjából fontos prediktív tényezők leletmintában megadott körét jelenleg elegendőnek tartjuk. Más faktorok vagy nem bírnak kellő jelentőséggel (pl. lymphocyta reactio, necrosis, elastosis, stb.) vagy független prognosztikai értékük ez ideig nem bizonyított (pl. ploiditás, telomerase, cathepsin D, stb.). Megjegyzendő, hogy a nottinghami kombinált szövettani grade megadása néhány ritka kivételtől eltekintve (pl. adenoid cysticus vagy mucoepidermoid carcinoma) a gyakoribb speciális emlőrákokban is hordozhat prognosztikai információt, ezért ezeknél is javasolt a grade alkalmazása.

Ajánlás emlőrákos minta szövettani lelet sémájára / tartalmára

Szövettani naplószám: .....
Név: .....
Szül. adatok: .....
TAJ szám: .....
Beküldő: .....

A vizsgálati anyag megjelölése: .....pl. széles kimetszés drótjelöléssel)

Preop. cytologia: nem történt/történt: C1 – C2 – C3 – C4 – C5 (Egyéb:.....)
Leletszám: ..... Hol: .....
Core biopsia: nem történt/történt B1 – B2 – B3 – B4 – B5 (További részletek: .....)
Dg.: .....
Leletszám: ..... Hol: .....
Intraoperatív lenyomat: nem történt/történt: sentinel nyirokcsomó / tumor / reszekciós felszín
Dg: .....
Fagyasztás: nem történt/történt: sentinel nyirokcsomó / tumor
Dg: .....
Végezte: .....
Neoadjuváns kezelés: nem történt / történt.

Lokalizáció: J – B oldal (KF – KA – BF – BA – CE, areola, átfedő)
Blokkok száma: .....
KF: külső felső, KA: külső alsó, BF: belső felső, BA: belső alsó, CE: centrális

A tumor:
– invazív carcinoma
– in situ carcinoma
– in situ carcinoma mikroinvázióval
– invazív carcinoma extenzív in situ komponenssel*
Paget-kór

Microcalcificatio: 1. benignus – 2. malignus – 3. mindkét struktúrában

Többgócúság: van/nincs

A tumor legnagyobb makroszkópos mérete: ..... mm (többgócúság esetén (legalább) a legnagyobb góc)
A tumor invazív komponensének legnagyobb mikroszkópos mérete (invazív tumorméret): ..... mm (többgócúság esetén a legnagyobb góc)
A tumor (in situ és invazív komponens együtt) legnagyobb mikroszkópos kiterjedése:.....mm

In situ carcinoma

Ductalis intraepithelialis neoplasia (DCIS)
Domináló struktúra: .....
Nuclearis grade: LG – IG – HG
Comedo necrosis: igen – nem
Sebészeti szél távolsága: mm (irány: .....)

Van Nuys osztályozás [6. táblázat]
1 nem HG, nincs necrosis .....
2 nem HG, + necrosis .....
3 HG ± necrosis
.....
LG – low grade, jól differenciált; IG – intermediate grade, közepesen differenciált; HG – high grade, rosszul differenciált

Van Nuys Prognosztikai Index
jó prognózis (4–6 pont) . □
mérsékelt prognózis (7–9 pont) □
rossz prognózis (10–12 pont) □
Lobularis intraepithelialis neoplasia (LCIS)
Klasszikus Pleomorph □
Microcalcificatio: van / nincs
Méret (mm): .....
Többgócúság: van / nincs
Többgócúság esetén: az érintett terület mérete

Sebészeti szél távolsága: mm (irány: .....)

Invazív carcinoma

Szövettani típus
1. Invazív ductus carcinoma (NST, NOS, kmn)*
2. Invazív lobularis carcinoma
    2.1 klasszikus
    2.2 egyéb
    2.3 kevert
3. Medullaris carcinoma
4. Mucinosus carcinoma
5. Tubularis carcinoma
6. Kevert (minimum 10% / komponens)
    Domináló komponens: .....
    Egyéb komponens: .....
7. Egyéb: .....
*NST: nem speciális típus, NOS=kmn: külön megjelölés nélkül

(Nottinghami vagy kombinált) szövettani grade (7. táblázat)
Grade I (3-5 pont; jól differenciált) □
Grade II (6-7 pont; közepesen differenciált) □
Grade III (8-9 pont; rosszul differenciált) □

Mitózisindex: mitózis / 10 nagy nagyítású látótér
Peritumoralis (nyirok)érinvázió: van – nincs – bizonytalan

Sebészi szélek: nem épek – épek – nem ítélhető meg
Ha nem ép(ek), a szélben azonosított tumor: invazív – in situ – mindkettő – nem ítélhető meg
Legközelebbinek ítélt szél: .....
Távolság a legközelebbi széltől: .....mm
Egyéb közeli szél megjelölése és távolsága: .....mm

Nyirokcsomó status
Sentinel nyirokcsomó(k): áttétes / vizsgált: ...../ .....
Áttétes / vizsgált nyirokcsomók száma: ...../.....
Legnagyobb áttét mérete: .....
Extracapsularis terjedés: van – nincs

pT..... pN..... M.....*

*A TNM 7. kiadásában eszközölt módosításokat ld. lent.

Nottingham Prognosztikai Index (8. táblázat):

Kiváló prognózisú csoport	(EPG, excellent prognostic group)	2 – 2,4
Jó prognózisú csoport	(GPG, good prognostic group)	2,41 – 3,4
Mérsékelt prognózisú csoport I	(MPG-I, moderate prognostic group I)	3,41 – 4,4
Mérsékelt prognózisú csoport II	(MPG-II, moderate prognostic group II)	4,41 – 5,4
Rossz prognózisú csoport	(PPG-I, poor prognostic group)	5,41 – 6,4
Nagyon rossz prognózisú csoport	(VPPG-I, very poor prognostic group)	>6,41

ER ..... %-ban pozitív. Allred vagy gyors pontszám (quick score):….
PR ..... %-ban pozitív. Allred vagy gyors pontszám (quick score):…..
HER-2 státusz értékelése (immunhisztokémiával): 0 1+ 2+ 3+
HER-2- ISH szükséges: igen – nem
Egyéb immunhisztokémia:

Megjegyzés: .....
.....
.....

Dátum: Aláírás:

– Extenzív in situ komponens: a tumornak 25%-át meghaladó in situ carcinomás komponens, mely a szélek felé legalább 10 érintett ductussal meghaladja az invazív komponenst vagy olyan tumor, amely invazív gócokat atrtalmazm de dominálóan in situ ductalis carcinoma.

Ajánlás emlőelváltozás citológiai leletének tartalmára

Előzményi adatok, panaszok:
Fizikális vizsgálat (általában mindkét emlőé):
Mammográfia, emlő UH (emlő MR) lelete (általában mindkét emlőé):
Lokalizáció, méret
Előzetes emlő citológia, szövettan:
A mintát radiológus / patológus / egyéb szakma képviselője vette.
A mintavételt indokoló elváltozás megjelölése, a mintavétel helye, lehetőleg rekonstruálható módon
Vizsgált kenetek, preparátumok száma:
Alkalmazott festés:
Mikroszkópos leírás:
Diagnózis: C1-C5
Vélemény: a diagnózis indoklása, a feltételezett szövettani diagnózis.
Javaslat (szükség szerint):

Irodalomjgyzék

1. Blamey RW, Ellis IO, Pinder SE, et al. Survival of invasive breast cancer according to the Nottingham Prognostic Index in cases diagnosed in 1990-1999. Eur J Cancer 2007;43:1548-55.
2. Ellis IO, Pinder SE, Bobrow L, et al.: Pathology reporting of breast disease. NHS Publication No 58. NHS Cancer Screening Programmes and the Royal College of Pathologists, Sheffield, 2005 http://www.cancerscreening.nhs.uk/breastscreen/publications/nhsbsp58-low-resolution.pdf (Last viewed 22 May 2009)

3. Harvey JM, Clark GM, Osborne CK, Allred DC. Estrogen receptor status by immunohistochemistry is superior to the ligand-binding assay for predicting response to adjuvant endocrine therapy in breast cancer. J Clin Oncol 1999;17:1474-81.
4. Járay B, Székely E, Istók R, et al. A citopatológus és a radiológus együttműködése a citopatológiában. LAM 2007; 17:233-7.
5. Patológus Szakmai Kollégium. Az Egészségügyi Minisztérium módszertani levele
Az emlő műtéti- és biopsziás anyagok pathológiai feldolgozásáról. http://www.eum.hu/egeszsegpolitika/minosegfejlesztes/patologia
(1. módosított változat) Érvényes 2010. február 15-ig
6. Patológus Szakmai Kollégium. Aspirációs citológiai módszertani levél (előkészületben)
7. Todd JH, Dowle C, Williams MR, et al. Confirmation of a prognostic index in primary breast cancer. Br J Cancer 1987;56:489-92.
8. Tóth J, Cserni G, Kálmán E, et al. Az emlőrák patológiai feldolgozása és kórszövettani leletezése. Magyar Onkológia 2000; 44:14-16.
9. Well CA (ed). Quality assurance guidelines for pathology. In: Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, von Karsa L (eds.). European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. 4th edition. European Comission, Luxemburg, 2006; pp 219-311.
10. Wolff AC, Hammond ME, Schwartz JN, et al. American Society of Clinical Oncology / College of American Pathologists guideline recommendations for human epidermal growth factor receptor 2 testing in breast cancer. J Clin Oncol 2007;25:118-45.

A módszertani levél érvényességi ideje: 2011. december 31.

Mellékletek

1. táblázat Nem-operatív diagnosztikus kategóriák meghatározása

Citológia
C1: Elégtelen (mennyiségileg és/vagy minőségileg)
C2: Benignus
C3: Atípusos, valószínűleg benignus
C4: Malignitásra gyanús
C5: Malignus (in situ és invazív egyaránt)

Hengerbiopszia (core biopsia)
B1: Normál emlőszövet / Értékelhetetlen
B2: Benignus
B3: Bizonytalan malignitási potenciállal bíró elváltozás (a csoport egészére vonatkozóan az esetek ≤25%-ban társulhat malignitás)
B4: Malignitásra gyanús
B5: Malignus
B5a: in situ carcinoma
B5b: invazív emlő carcinoma
B5c: nem dönthető el, hogy in situ vagy invazív carcinoma
B5d: egyéb malignus folyamat

Definitív diagnózisnak tekinthető a C2, B2 (benignus) és C5, B5 (malignus) kategória, de ezeket is csak multidiszciplinaris közegben, a képalkotó és klinikai kép hármas diagnosztikai egységében szabad értelmezni.

A diagnosztikus kategóriákat nem szabad szöveges vélemény nélkül alkalmazni. A kategóriák elsősorban statisztikai értékelés célját szolgálják.

2. táblázat Egyes minőségi jellemzők ajánlott minimális értékei az európai irányelvek alapján

Citológia	Minimum	Ajánlott
Pozitív prediktív érték (PPÉ)	>98%	>99%
Fals negatív arány (FNA)	< 6%	< 4%
Fals pozitív arány (FPA)	< 1%	< 0.5%
Inadekvát arány (INAD)	< 25%	< 15%
Inadekvát arány rákoknál	< 10%	< 5%
Gyanús arány	< 20%	< 15%

Hengerbiopszia (core biopsia)	Minimum	Ajánlott
Pozitív prediktív érték (PPÉ)	> 99%	> 99.5%
Fals negatív arány (FNA)	< 0.5%	< 0.1%
(B1 + B2) arány rákoknál	<15%	<10%
Gyanús arány	< 10%	< 5%

3. táblázat Javaslat a primer tumor (TR) és nyirokcsomóáttét (NR) regresszió megítélésének módjára

Primer tumor (TR)

1. Teljes patológiai regresszió
   a) nincs reziduális carcinoma
   b) nincs reziduális invazív carcinoma, de van reziduális DCIS
2. Részleges terápiás válasz
   a) minimális (<10%) reziduális (invazív) daganat
   b) egyértelmű terápiás válasz 10-50% közötti reziduális (invazív) daganattal
   c☺egyértelmű terápiás válasz, de >50% reziduális (invazív) daganattal
3. Nincs regresszióra utaló jel.

Nyirokcsomók (NR)

1. nincs metasztázis, regressziós jelek sem láthatók;
2. nincs metasztázis, de regresszió jelei láthatók;
3. metasztázis regresszió jeleivel;
4. metasztázis regressziós jelek nélkül

Több különböző terápiás választ mutató nyirokcsomó esetén mindig a rosszabb választ tükröző besorolás a megfelelő.

4. táblázat Ösztrogén- és progeszteronreceptor meghatározás az Allred-féle gyors pontozással

Átlagos intenzitás:	Pont
Negatív	0
Gyenge	1
Közepes	2
Erős	3
Pozitív sejtmagok aránya:	
nincs	0
<1%	1
1-10%	2
10%-1/3	3
1/3-2/3	4
>2/3	5

A két részpont összege adja meg az összpontszámot. Lehetséges értékek:0, 2-8. (Endokrín terápiás hatás >2 pontszám esetén várható.)

5. táblázat HER-2 vizsgálatok értékelése

Immunhisztokémia
3+ értékelés: Komplett erős membránfestődés a sejtek >30%-ában
2+ értékelés: Komplett közepes intenzitású membránfestődés a sejtek >10%-ában,
illetve komlett erős membránfestődés a sejtek >10, de <30%-ában.
1+ értékelés: Komplett gyenge memránfestődés a sejtek > 10%-ában
0 értékelés: <10%-ban észlelt pozitivitás, inkomplett festődés, festődés hiánya

Célzott kezelés szempontjából pozitívnak tekinthetők a 3+ értékelésű esetek, és bizonytalannak a 2+ értékelésű esetek, illetve az erős membránfestődést a sejtek <30%-ában mutató esetek. Negatívnak kell tekinteni a 0 és 1+ értékelésű eseteket.

FISH
– Pozitív (génamplifikáció): >2,2 HER-2/CEP17 arány vagy átlagosan >6 HER-2 gén kópiaszám sejtmagonként belső kontrollal (CEP17: 17-es kromoszóma centromerikus próba) nem rendelkező tesztek esetén.
– Bizonytalan: 1,8-2,2 közötti HER-2/CEP17 arány vagy 4-6 közötti átlagos kópiaszám sejtmagonként belső kontrollal nem rendelkező tesztek esetén.
– Negatív: <1,8 HER-2/CEP arány vagy <4 HER-2 gén kópiaszám belső kontrollal nem rendelkező tesztek esetén.

Ajánlás a HER-2 receptor státusz meghatározásához

A molekuláris biológia fejlődésének eredményeként több olyan molekuláris markert azonosítottak, amelyek prognosztikai és prediktív értékkel rendelkezhetnek az emlőrákos esetekben. A HER-2 az egyik legjobban karakterizált ilyen marker. A 17-es kromoszóma 17q21 locusán található c-erb-B2 / HER-2 / EGFR2 protoonkogén által kódolt HER-2 receptor az EGFR tirozin-kináz receptorcsaládba tartozik, s fontos szerepe van a sejtproliferáció, migráció és differenciáció szabályozásában. Az emlőrákok 20-30%-ban génamplifikáció/ fehérje túlexpresszió mutatható ki. Az anti-HER-2 kezelés (pl. Herceptinnel, Lapatinibbel) olyan betegeknél hatékony, akiknél magas HER-2 receptor túlexpressziót vagy HER2 gén amplifikációt igazoltak. Ezért a betegek HER-2 státuszának ismerete elengedhetetlen az anti-HER-2 terápia alkalmazásánál. A HER-2 státusz pontos meghatározása szükséges ahhoz, hogy minden olyan beteg részesüljön a kezelésben, akiknél ez eredményes lehet, de elkerüljük a felesleges kezeléseket. Az egyes módszerek korrekt alkalmazásának legfontosabb feltétele az alkalmazó személy/labor kellő gyakrolata !
Jelenleg egyetlen olyan teszt sincs, melyet általánosan "arany-standardként" elfogadnának. A receptor túlexpressziójának demonstrálására szolgáló módszerek az immunhisztokémia (IHC) illetve ELISA, míg a gén amplifikáció igazolására FISH, CISH, SISH, Southern blotting és PCR technikák alkalmazhatók. A klinikai diagnosztikában a két leggyakrabban használt és nemzetközileg elfogadott illetve ajánlott módszer az IHC és FISH.

Immunhisztokémia (IHC)
A HER-2 receptor különböző epitopjaival reagáló antitestek nagy számban állnak rendelkezésre. A monoklonális és poliklonális antitestek specificitása és szenzitivitása eltérő lehet. Fontos tudni, hogy az eljárás során alkalmazott módszerek megváltoztathatják egy adott antitest specificitását és szenzitivitását, ezért elsődleges szempont a standardizált és szorosan kontrollált protokoll betartása. (Quality Control). A nemzetközi és a hazai tapasztalatok is azt igazolják, hogy az IH eredmények értékelésekor jelentős interobserver eltérés mutatkozik, különösen a +/++ esetek értékelésekor – ezért fontos a Quality Assurance: különböző laboratóriumok egymás közötti újraértékelése, újratesztelés illetve az eredmény FISH teszt által való megerősítése.

HER-2 tesztelés
A legtöbb nemzeti javaslatban centralizált tesztelés ajánlott, legalább a kétes (2+) esetek megítélésében. A centralizált tesztelés különösen a FISH vizsgálatra javasolt, mivel ehhez a költséges műszereken kívül speciális gyakorlat is szükséges. A helyi tesztelés általában csak akkor ér el a centrumokéhoz hasonló pontos eredményeket, ha standard és validált protokoll mellett a minőségbiztosítás és minőség kontroll is jól működik. A Royal College of Pathologists (Nagy Britannia) ajánlása szerint egy laboratóriumnak legalább 250 tesztet kell évenként elvégezni az optimális eredmények biztosításához. A College of American Pathologists 2002-ben elfogadott javaslata szerint, ha egy laboratóriumban a 0/3+ eseteknél a FISH/IHC konkordancia nem éri el a 90%-ot akkor minden esetben el kell végezni mindkét tesztet. Ha a konkordancia >90% akkor a 0 és 3+ eredmény elfogadható az anti-HER-2 terápia indikálására. A 2+ eseteket mindig FISH vizsgálattal kell megerősíteni.

Javasolt algoritmus

Tumor minta
↓
IHC
↓

IHC 0/1+	IHC2+	IHC3+
↓	↓	↓
Negatív lelet	FISH újratesztelés	Pozitív lelet
	↓ ↓	Alkalmas anti-HER-2-re
	Negatív Pozitív	
	Alkalmas anti-HER-2 -re	

* Az egyes anti-HER-2 gyógyszerek alkalmazhatóságát a megfelelő előiratok (indikációs előírások tartalmazzák)

Összefoglalva: a HER2 meghatározás első lépése a standardizált, kontrollált immunhisztokémiai reakció elvégzése. Biztosan negatív esetekben további tesztelés nem indokolt. A 2+ pozitív eseteknél újratesztelés szükséges, ennek optimális módszere jelenleg a FISH. A 3+ pozitív esetekben az immuhisztokémia eredménye akkor fogadható el, ha a laboratórium megfelelő számú reakciót végez évente és eredményei FISH vizsgálattal összevetve elérik a 90%-os konkordanciát.

6. táblázat DCIS prognózisának meghatározása: Van Nuys prognosztikai index

Pontozás	1.	2.	3.
Tumor méret (mm)	<15	16–40	>41
Sebészi szél (mm)	>10	1–9	<1
Szövettani osztályozás (grade) vagy anélkül	nem HG necrosis nélkül	nem HG. necrosissal	HG necrosissal
életkor	>60	40-60	<40

Emlőmegtartás mellett jó a prognózis (kicsi a recidíva valószínűsége), ha a pontok összege: 4-6, mérsékelt: 7-9, rossz: 10-12.

HG: high grade (rosszul differenciált)

7. táblázat – Kombinált (nottinghami) szövettani grade

	Pont
A) Tubulus kialakulása	
A tumor túlnyomó részében (>75%)	1
Mérsékelt fokban (10-75%)	2
Kismértékben, vagy nincs (<10%)	3
B) Nuclearis pleomorphismus	
Kisméretű (<1,5x normál), szabályos egyforma sejtmagok, egyforma chromatin	1
Mérsékelten nagyobb (1,5-2x normál) és változó méretű alakú sejtmagok, látható magvacska	2
Nagyméretű (>2x normál), határozott variabilitást mutató, vezikuláris mag, több magvacska	3

C) Mitózisindex

	Mitózisok száma 10 nagy nagyítású látótérben		
Látótér átmérője mm-ben	Score 1	Score 2	Score 3
0.40	<4	5 – 8	>9
0.41	< 4	5 – 9	>10
0.42	<4	5 – 9	>10
0.43	<4	5 – 10	>11
0.44	<5	6 – 10	>11
0.45	<5	6 – 11	>12
0.46	<5	6 – 11	>12
0.47	<5	6 – 12	>13
0.48	<6	7 – 12	>13
0.49	<6	7 – 13	>14
0.50	<6	7 – 13	>14
0.51	<6	7 – 14	>15
0.52	<7	8 – 14	>15
0.53	<7	8 – 15	>16
0.54	<7	8 – 16	>17
0.55	<8	9 – 16	>17
0.56	<8	9 – 17	>18
0.57	<8	9 – 17	>18
0.58	<9	10 – 18	>19
0.59	<9	10 – 19	>20
0.60	<9	10 – 19	>20
0.61	<9	10 – 20	>21
0.62	<10	11 – 21	>22
0.63	<10	11 – 21	>22
0.64	<11	12 – 22	>23
0.65	<11	12 – 23	>24
0.66	<11	12 – 24	>25
0.67	<12	13 – 25	>26
0.68	<12	13 – 25	>26
0.69	<12	13 – 26	>27
0.70	<13	14 – 27	>28

Segédtáblázat a mitózisindexen alapuló pontszám meghatározásához.
A European Guideline for Breast Cancer Screening 7. fejezetéből (Quality assurance guidelines for pathology in mammographic screening) átvéve

Jól differenciált, grade I: 3–5 pont; közepesen differenciált, grade II: 6–7 pont; rosszul differenciált, grade III : 8–9 pont.

8. táblázat. Nottingham prognosztikai index (NPI)

A tumor mérete (cm) x 0,2 + nyirokcsomó pontszám (nyirokcsomók érintettsége szerint, 1-3 pont *) + grade pontszám (grade I – 1pont, grade II – 2 pont, grade III – 3 pont)

* Nincs érintett nyirokcsomó:	1
1-3 érintett nyirokcsomó:	2
>4 érintett nyirokcsomó	3

Prognosztikai csoportok az NPI értéke alapján – lásd a szövegben

9. táblázat A TNM 7. kiadás (2009) módosításai az emlőrákok stádium besorolásához

Nodes (N)
Az izolált tumorsejt-klaszterek osztályozása pontosabb lett:
Kis sejtcsoportok, amelyek nem haladják meg a 0,2mm-t, vagy nem összefolyó ill. majdnem összefolyó daganatsejt csoportok, amelyek 200-nál kevesebb sejtet tartalmaznak egyetlen megvizsgált metszetben, IZOLÁLT TUMORSEJT-ként értékelendők.
Az (sn) jelölés használatát pontosították:
Ha 6-nál több őrszemnyirokcsomót távolítanak el, az (sn) mellőzendő.
Stage I emlőtumorokat Stage IA és Stage IB csoportra osztották.
A Stage IB kis tumor (T1) csak mikrometasztázissal (N1mi)

Egyéb változások
A pT stádium meghatározásának legpontosabb módszere a mikroszkópos mérés
A DIN és LIN nomenklatúra nem terjedt el. A TNM 7. következetesen a DCIS és LCIS elnevezést használja
A Paget-kór csak akkor minősül Tis (Paget)-nak, ha biztosan nincs mögötte in situ vagy invazív carcinoma
Mind DCIS mind LCIS esetében törekedni kell a pontos méret megadására
A multifokális mikroinvazív carcinoma viselkedése kevéssé ismert
Többgócúság: ha igazolható, hogy különálló tumorgócokról van szó, lehetnek akár egy kvadránson belül is.
Inflammatorikus carcinoma: csak a jellegzetes bőrtünetek alapján diagnosztizálható. (Kizárólag a dermis nyirokútjaiban terjedő daganatsejtek alapján nem!)
Nottingham grade használata
M0(i+): 0,2 mm-nél kisebb igazolt áttét vagy keringő tumorsejtek. A stádiumot nem változtatja meg.
Primer szisztémás kezelés (PST) után a tumor méretét a legnagyobb összefüggő góc alapján adjuk meg, és jelöljük, ha több góc van. Megj.: a definíciók folyamatosan változnak!
PST utáni pN0(i+) nem tekintendő patológiai komplett remissziónak (pCR)
Prognosztikus faktorok: ER, PgR, HER-2, multigénes tesztek

Függelék

Mikroszkópos diagnosztika

Diagnosztikus kategóriák. A 2003-ban megjelent WHO atlasz
Tumours of the breast and female genital organs. Eds. Fattaneh A. Tavassoli & Peter Devilee. IARC Press Lyon 2003)
felosztása és szövege alapján.

Hám eredetű tumorok

Invasiv ductalis carcinoma (NOS, vagy NST)
Az emlő carcinomák legnagyobb csoportja, heterogén megjelenésű tumorok tartoznak ide, amelyekben hiányoznak azok a jellegzetességek, amelyek alapján specifikus csoportba lennének besorolhatóak.
– Kevert carcinoma: A tumor kevesebb, mint 50%-át invasiv ductalis carcinoma (NOS) alkotja, a fennmaradó rész valamilyen speciális típusú, vagy lobularis carcinoma. Ha az invasiv ductalis carcinoma (NOS) a tumor több mint felében megfigyelhető nem tartozik ebbe a kategóriába.
– Pleiomorph carcinoma: A daganat több mint felében bizarr tumoros óriássejtek láthatók, squamosus, vagy orsósejtes differenciáció előfordulhat.
– Carcinoma osteoclast óriássejtekkel: Ezekben a tumorokban a stromában osteoclast típusú óriássejtek figyelhetők meg.
– Carcinoma choriocarcinomás elemekkel: A valódi choriocarcinomás differenciáció nagyon ritka. Az insvasiv ductalis carcinomák 60%-ában elszórtan előfordulhatnak Béta HCG pozitív sejtek.
– Carcinoma melanotikus jelleggel: Néhány eset szerepel az irodalomban, amikor az emlőben invasiv ductalis carcinoma és malignus melanoma kombinációja alkotta a tumort. Ezeket a tumorokat el kell különíteni a primer emlő melanomáktól, vagy azoktól az esetektől, amikor a bőr infiltráció révén melanin pigment juthat a tumorsejtek cytoplasmájába. Ugyancsak el kell különíteni a melanin pigmentet az emlő carcinomákban olykor látható lipofuscin depoziciótól.

Invasiv lobularis carcinoma

Általában in situ lobularis carcinomával társuló tumor, amely diszkohezív sejtekből áll, ezek egyesével elszórtan, vagy egysoros oszlopokba rendezetten láthatók fibrosus stromában. Variánsok:
– klasszikus: kicsiny, egyforma sejtek alkotják, a fent leírt klasszikus infiltrációs mintázat jellemzi.
– szolid variáns: kicsiny, egyforma sejtek összefüggő mezői láthatók.
– alveoláris variáns: a kicsiny, viszonylag monomorph sejtek gömbölyded agregátumokat alkotnak.
– pleiomorph lobularis carcinoma: a klasszikus lobularis carcinomára jellemző infiltrációs mintázat mellett kifejezett polymorphismus látható. Apocrin, vagy histiocytoid differenciáció előfordulhat ezekben a tumorokban
– tubulo-lobularis carcinoma: monomorph, kis sejtekből felépülő tumor, melyben kicsiny tubularis képződmények mellett a klasszikus lobularis carcinomákra jellemző infiltrációs mintázat is megfigyelhető

Tubularis carcinoma
Speciális típusú emlő carcinoma, amely jól differenciált, nyitott lumenű tubularis képződményekből áll, melyeket egysoros hám bélel, prognózisa nagyon kedvező.

Invasiv cribriform carcinoma
Speciális típusú emlőrák, amelyben a daganatsejt-szigeteken belül cribriform mintázat jön létre, hasonlóan az in situ cribriform carcinomához. Ezzel keveredve tubularis carcinoma is előfordulhat.

Medullaris carcinoma
Jól körülírt tumor, amelyet alacsonyan differenciált, syntitialis jellegű szigetekbe rendeződő daganatsejtek alkotnak, kevés stromájában prominens lymphoplasmocytás infiltráció látható.
Az atipusos medullaris carcinomának nevezett tumorokban nem található meg a medullaris carcinomák valamennyi jellegzetessége, a legutóbbi WHO ajánlás szerint ezeket a tumorokat „ductalis carcinoma medullaris jelleggel" néven helyesebb diagnosztizálni.

Mucin termelő carcinomák
Speciális típusú emlőrák, amelyet nagy mennyiségű nyáktermelés jellemez extracellularis és/vagy intracellularisan. Idetartoznak a mucinosus (colloid) carcinoma, a mucinosus cystadenocarcinoma, a columnaris-sejtes mucinosus carcinoma és a pecsétgyűrű-sejtes carcinoma.
– Mucinosus carcinoma
Általában kicsiny, egyforma sejtekből áll, rendkívül nagy mennyiségű extracellularis nyáktermelés jellemzi.

– Mucinosus cystadenocarcinoma és columnaris-sejtes mucinosus carcinoma
Columnaris-sejtekből áll, basalisan elhelyezkedő sejtmagokkal, rendkivül nagy mennyiségű intracytoplasmaticus nyákkal. Lehet cysticus (mucinosus cystadenocarcinoma) vagy solid (columnaris-sejtes mucinosus carcinoma).
– Pecsétgyűrűsejtes carcinoma
Két típusa van:
– Klasszikus lobularis carcinomára emlékeztető infiltrációs mintázat mellett nagy intracytoplasmaticus lumenek, oldalra nyomott sejtmagok.
– A diffúz gyomor carcinomára emlékeztető morphológia, savanyú mucin tölti ki diffúzan a cytoplasmát és diszlokálja a magot a sejt egyik pólusa felé.

Neuroendocrin tumorok
Speciális típusú emlő daganat, amelyben a gastrointestinalis, illetve a tüdő neuroendocrin tumoraihoz hasonló morphológiai kép látható. Az ilyen daganatokban a sejtek több mint 50%-a neuroendocrin markereket expresszál (az invasiv ductalis carcinomák fokális endocrin differenciációval nem tartoznak ebben a csoportba). Variánsok:
– Szolid neuroendocrin carcinoma
– Kissejtes/zabszemsejtes carcinoma
– Nagysejtes neuroendocrin carcinoma

Invazív papillaris carcinoma
Az összes invazív emlő carcinomák 1-2%-át alkotják, viszonylag jó prognózisúak. A WHO ebbe a csoportba a tisztán invazív, papillaris szerkezetű carcinomákat sorolja.

Invasiv micropapillaris carcinoma
Speciális típusú emlőcarcinoma, amelyben a tumorsejtek kis csoportjait üres tér veszi körül, ezek vascularis struktúrákra emlékeztetnek. Feltünő, hogy a tumorsejtek luminalis pólusa tekint a sejtcsoportok külső széle felé.

Apocrin carcinoma
A daganatsejtek cytológiai és immunhisztokémiai sajátosságai apocrin sejtekre jellemzők a daganat több mint 90%-ában.

Metaplasticus carcinoma
Az emlő carcinomáknak egy olyan heterogén csoportja, amelyben az adenocarcinoma komponens orsósejtes, laphám és/vagy mesenchymalis differenciációt mutató komponenssel keveredik. Előfordul, hogy a metaplasticus orsó, vagy laphám irányú differenciációt mutató tumorsejtek tisztán alkotják a tumort, és adenocarcinoma komponens nem látható. Altípusai:
– Tisztán epithelialis
Laphám
nagysejtes elszarusodó
orsósejtes
acantholyticus
Adenocarcinoma orsósejtes differenciációval
Adenosquamosus carcinoma, ideértve a mucoepidermoid carcinomákat is.
– Kevert epithelialis és mesenchymalis
Carcinoma chondroid metaplasiával
Carcinoma csont metaplasiával
Carcinosarcoma (az összetevőket meg kell határozni).

Lipid-gazdag carcinoma
Olyan emlőcarcinoma, melyben a daganatsejtek 90%-a, vagy annál több nagy mennyiségű neutrális zsírt tartalmaz a tumorsejtek cytoplasmájában.

Secretoros carcinoma
Ritka, solid vagy microcysticus, illetve tubularis struktúrájú tumor, amelyben a daganatsejtek nagy mennyiségű intra- és extracellularis secretumot tartalmaznak. A secretum tejszerű, eosinophil.

Oncocyter carcinoma
A daganatsejtek több mint 70%-a oncocyta.

Adenoid cysticus carcinoma
Kevéssé agresszív emlőcarcinoma, melynek szöveti képe a nyálmirigyek hasonló tumorával egyezik meg.

Acinus-sejtes carcinoma
A parotis hasonló tumorainak megfelelője az emlőben, a daganatsejtek acinus-sejt (serosus) differenciációt mutatnak.

Glycogen gazdag, világossejtes carcinoma
A daganatsejtek több mint 90%-a világos, glycogent tartalmazó cytoplasmával rendelkezik.

Sebaceus carcinoma
Az emlő primer carcinomája, amely sebaceus differenciációt mutató bőrfüggelék tumorral analóg. Ki kell zárni az emlő bőréből való kiindulást.

Inflammatoricus carcinoma
Jellegzetes klinikai képet okozó emlő carcinoma, amelyben az invasiv tumor tömegének zöme nyirok utakon belül helyezkedik el. Ezeket a tumorokat T4b stádiumba sorolják.

Kétoldali emlőrák
Szinkron emlőrákról beszélünk, ha a két emlőben a tumorokat két hónapon belül fedezik fel.
Az emlőrákok Grade-be sorolását az Elston által módosított Bloom-Richardson séma szerint adjuk meg. (Ld. fent)

Intralobularis és intraductalis hámproliferációk

Lobularis neoplasia
Általában kis, kevéssé kohezív sejtekből álló proliferáció, amely a terminális ductalis lobularis egységeken belül létrejövő atypusos hám proliferációk spektrumát jelenti, a terminális ductusban való pagetoid terjedéssel vagy anélkül.
Korábban atypusos lobularis hyperplasiának, illetve lobularis in situ carcinomának nevezték.
A cytológiai jellemzők és a proliferatio mértéke, illetve kiterjedése alapján három fokozatú skálát javasol a 2003-as WHO klasszifikáció:
LIN-3 (LCIS): azok az elváltozások, amelyeket monomorph sejtekkel kitöltött, kifejezetten megnagyobbodott acinusok, ezekben olykor centrális necrosis is jellemez, és azok az elváltozások, melyeket vagy kifejezetten pleiomorph sejtek, vagy tisztán pecsétgyűrű-sejtek alkotnak akkor is, ha nem társulnak az acinusok disztenziójával. Ezek az elváltozások gyakran invazív carcinomával is társulnak.
LIN-2 (ALH): kevésbé megnagyobbodott acinusok láthatók, ezeket monomorph sejtek töltik ki, szabad lumenek még megfigyelhetőek.
LIN-1: az acinusok hámja kiszélesedik, atypia nincs vagy enyhe, a disztenzió minimális.

Intraductalis proliferatív léziók
Ebbe a csoportba cytológiailag és felépítésüket tekintve különböző hám proliferációk tartoznak, amelyek jellegzetesen a terminalis ductalis lobularis egységekben keletkeznek és az emlő ducto-lobularis rendszerére korlátozódnak. A 2003-as WHO klasszifikációban a DIN (ductalis intraepithelialis neoplasia) megjelölés szerepel, ennek öt fokozatát különíti el.
DIN-1A= ductalis intraepithelialis neoplasia, Grade Ia = “flat epithelial atypia”, FEA;
DIN-1B = ductalis intraepithelialis neoplasia, Grade Ib = korábban atypusos ductalis hyperplasia;
DIN-1C = ductalis intraepithelialis neoplasia, Grade Ic = DCIS Grade I;
DIN-2 = ductalis intraepithelialis neoplasia, Grade II = DCIS Grade II;
DIN-3 = ductalis intraepithelialis neoplasia Grade III = DCIS Grade III.
Az öt DIN csoport mellett a szokványos ductalis hyperplasia szerepel még ebben a csoportban.

Az elkülönítő diagnózist segítő táblázat. Az NHS BSP 2003-as vezérfonala alapján.

Szövettani jellemzők	Florid DH	ADH	DCIS grade1
Méret	Változó; ritkábban kiterjedt	Kisebb 2 mm-nél	Nagyon kiterjedt lehet
Sejtösszetétel	Kevert. Hám, myoepithel, lymphocyta, histiocyta	uniform	Uniform. A myoepithel réteg attenuált lehet.
Felépítés	Változatos	Micropapillaris, solid cribriform	Jól fejlett micropapillaris, cribriform,solid
Lumenek	Szabálytalanok, perifériás, rés-szerű	Szabályos, kerek	Szabályos, kerek
Sejtek orientációja	Hullámos lefutású vonulatokban, párhuzamosan a hámhidakkal	Rigid hámhidak	Micropapillaris növedékek, a cribriformnál rigid hidak, orientáció a secunder lumen felé
Magok távolsága	egyenetlen	Egyenletes vagy egyenetlen	Egyenletes
Sejtek karaktere	Kis, ovális, lehet alakbeli különbség	Monoton, kis, egyforma sejtpopuláció	Kis, monoton populáció
Nucleolusok	Nem jellemző	Egy kicsi	Egy kicsi
Mitosisok	Ritka, nincs atypusos	Ritka, atypusos ritkán	Ritka, atypusos ritkán
Necrosis	Ritka	Ritka	Csak kicsi, a cribriform lumenekben lehet

– Szokványos ductalis hám hyperplasia
Benignus ductalis proliferatív elváltozás, amelyen belül másodlagos lumenek alakulnak ki, és a centrálisan elhelyezkedő proliferáló sejtek hullámos lefutású vonulatokat alkotnak. A másodlagosan kialakuló lumenek szabálytalan alakúak és gyakran a ductus perifériáján helyezkednek el. A magok egyenetlen eloszlásúak. Ritkábban szolid hámproliferáció formájában is megjelenhet. Cytokeratin 5/14 reakcióval mozaik, vagy diffúz pozitivitás látható ezekben az elváltozásokban.

– „Flat" epithelialis atypia
Az acinusok, vagy kis ductusok hámját egy vagy három-öt sejtsor béleli, a sejtek enyhe atypia jeleit mutatják. Neoplasticusnak tartott elváltozás. (Számos szinonima használatos: clinging in situ ductalis carcinoma, atypusos cysticus lobulus, atypusos hengersejtes metaplasia.)

– Atypusos ductalis hyperplasia (ADH)
Neoplasticus intraductalis elváltozás, amelyet egyenletes eloszlású, monomorph sejtek alkotnak. A sejtek ovoid, vagy kerek magokkal rendelkeznek, micropapillaris képződmények, árkádok, merev hám hidak, vagy cribriform mintázat alakulhat ki. Cytológiailag az ADH megegyezik a Grade I. in situ ductalis carcinomával. Cytokeratin 5/14 ezekben az elváltozásokban negatív.

– Ductalis in situ carcinoma (DCIS)
Neoplasticus intraductalis lézió, amelyet enyhétől kifejezettig terjedő sejtatypia jellemez, invazív carcinomába történő progressziója nem minden esetben várható. A DCIS klasszifikációja, illetve Grade-be sorolása a cytonukleáris jellemzők alapján történik, a mintázat ma már nem szolgál a klasszifikáció alapjául.
A patológiai leletben a következő jellemzőket kell közölni:
mag grade, necrosis, felépítés, sebészi szélektől való távolság, méret,
microcalcificatiok jelenléte,
a hisztológiai leletet meg kell feleltetni a mammographiás leletnek.

A DCIS három csoportja különíthető el a grade alapján:
DCIS Grade I (DIN 1c). – A cytonukleáris jellegzetességei az ADH-val megegyezőek, kiterjedése azonban 2 mm-nél nagyobb. Leggyakrabban szolid, cribriform vagy micropapillaris felépítésű.

DCIS Grade II (DIN 2). – Leggyakrabban a Grade I DCIS-hez hasonló cytonukleáris morphológia jellemzi, de necrosissal társul. Más esetekben közepes a nuclearis Grade.
DCIS Grade III (DIN 3). – Ezek az elváltozások általában 5 mm-nél nagyobbak, de ez a cytomorphológia az 1 mm-nél kisebb léziók esetében is ebbe a kategóriába sorolja az elváltozást. Kifejezett sejtatypia jellemzi, micropapillaris típusú vagy solid struktúrájú. Gyakoriak a mitosisok és a centrális comedo necrosis.

Az in situ ductalis carcinomák grade-be sorolása: módosított Lagios rendszer

		Magmorphológia		Necrosis
Grade	Sejtmag mérete x vvt	Chromatin Nucleolus	Mitózisok	
Magas (high grade)	2+	Vesicularis ≥1	2+	+++
Közepes (intermedier grade)	1-2	Rögös Ritkán látszik	1-2	+
Alacsony (low grade)	1-1,5	Egyenletes Nem látszik	1	–

A gyakorlatban jól bevált, jól reprodukálható grading-módszer a Van Nuys klasszifikáció. A fenti táblázatban részletezett kritériumok alapján megállapított mag-grade alapján három csoportot különít el:
A különleges in situ ductalis carcinomák jóval ritkábbak, ezek közé tartoznak

orsósejtes,
apocrin,
pecsétgyűrű-sejtes,
neuroendocrin,
laphám,
világos sejtes.

A szolid DCIS elkülönítendő LCIS-től: az előbbi E-cadherin pozitív, utóbbi E-cadherin negatív.

Mikroinvazív carcinoma
Ezekben a tumorokban a domináns elváltozás noninvazív, de egy vagy több mikroszkópos infiltratív góc is látható a specializált periductalis vagy perilobularis stromán kívül a kötőszövetben vagy zsírszövetben. A mikroinvazív gócok méretének definíciója szerzőnként, illetve munkacsoportonként változik, az Európai Guideline definiciója szerint ≤1 mm.
A mikroinvazív gócok DCIS-ben gyakoribbak, de LCIS-ben (LIN 3) is megjelenhetnek.

Intraductalis papilláris tumorok
Ezek a tumorok a ductusrendszerben bárhol létrejöhetnek. Benignusak (intraductalis papilloma) vagy malignusak (intraductalis papillaris carcinoma). Olyan papillaris tumorok, amelyekben a proliferáló hámsejtek fibrovascularis tengelyek mentén rendeződnek. A papillomák esetében a myoepithel réteg jelen van, az intraductalis papilláris carcinomák esetében ez hiányzik.
Az intraductalis papillomák két csoportra oszthatók:

centrális, mely általában a subareolaris régióban helyezkedik el, és
perifériás, mely a terminalis ductalis lobularis egységekben alakul ki.

A centrális intraductalis papillomák széli területén pseudoinfiltrációt lehet olykor látni, ez különösen a sclerotisaló papillomákra jellemző.
A periférián kialakuló papillomák csak mikroszkóposan láthatók, általában többszörösen. A perifériás papillomák gyakrabban társulnak atypusos hyperplasiával, vagy in situ, illetve invasív ductalis carcinomával, sugaras heggel és sclerotisalo adenosissal.
Az atypusos papillomák csoportját a papillomán belül kialakuló fokális atypusos hám proliferáció jellemzi. Ezek a területek Grade I DCIS-re, vagy atypusos ductalis hyperplasiára emlékeztetnek.

Az intraductalis papillaris carcinomákban a myoepithel sejtvonal csaknem teljesen hiányzik, és emellett bármelyik ismert DCIS morphológiát mutathatják.

Az intracysticus papillaris carcinoma az intraductalis papillaris carcinoma variánsa, amely cysticusan tágult ductusban helyezkedik el.

Benignus epitheliális proliferációk

Ezek döntő többsége a terminális ductális lobuláris egységekből indul ki.

Adenosis
Gyakran előforduló proliferatív folyamat, amely társulhat fibrosissal. Leggyakrabban mikroszkópos méretű, de kiterjedten érintheti az emlő állományát. Néha tapintható terime formájában is megjelenhet, ilyenkor noduláris adenosisról, vagy adenosis tumorról beszélünk.

Sclerotizáló adenosis
Az acinusok kompakt proliferációja, amelyben a luminális és a myoepitelialis sejtréteg megőrződik. E két sejtréteget legjobban immunhisztokémiai reakcióval tehetjük láthatóvá (cytokeratin, simaizom-actin, p63). Annak ellenére, hogy az acinusok kompressziója igen kifejezett lehet, az egész elváltozás teljesen organoid, azaz lobularis konfigurációjú. Gyakran mikrocalcifikációval társul, emellett apokrin metaplasia is előfordulhat. Viszonylag ritkán perineurális pseudoinfiltráció társulhat hozzá, ill. abban az esetben, ha in situ ductalis carcinoma, vagy lobularis intraepiterális neoplasia érinti, nagyon lényeges az ezzel az elváltozással könnyen összekeverhető invazív tumoroktól elkülöníteni. Ebben is az immunhisztokémiai reakciók lehetnek perdöntőek.

Apocrin adenosis
Ezt az elnevezést az irodalomban többféle, különböző elváltozásra is használják, legelterjedtebben azonban az adenosison, vagy sclerotizáló adenosison belül létrejövő kiterjedt apocrin metaplasiát nevezik így. Az apocrin hámban cytologiai atipia jöhet létre, ezekben az esetekben nagyon lényeges az invazív tumortól való elkülönítés.

Blunt duct adenosis
Az adenosis olyan mikroszkópos méretű variánsa, amelyben a lumenek tágulatához a luminális hám hengersejtes metaplasiája társul.

Microglanduláris adenosis
Ritkán előforduló elváltozás, amelyet kis, kerek kontúrú mirigyek proliferációja jellemez. Általában kollagén rostos stroma jellemzi, elasztózist nem látunk. A lumenekben gyakran PAS+, eosinophil secretum van, a hám köbös, a hámsejtek cytoplasmája általában világos, ritkábban eosinophil vagy granuláris. Magatypia nem fordul elő. Lényeges, hogy a myoepithel sejtréteg hiányzik, csupán a basális membrán látható. A diagnózishoz gyakran az immunhisztokémiai vizsgálatok segítenek, itt elsősorban laminin és/vagy collagén IV immunreakciók szükségesek a basálmembrán kimutatásához. A microgranuláris adenosisban az egyrétegű hám egyidejűleg cytokeratin és S100 pozitivitást mutat.

Adenomyoepitheliális adenosis
Az adenosis igen ritka formája, amely leginkább adenomyoepitheliomához társultan fordul elő.

Sugaras heg/komplex sclerotizáló lézió
Olyan benignus elváltozás, amely kis nagyítású mikroszkópos képén, makroszkóposan és képalkotókkal invazív carcinoma gyanúját kelti. A sugaras heg elnevezést a 10 mm-nél kisebb, a komplex sclerotizáló lézió elnevezést a 10 mm-nél nagyobb sugaras konfigurációjú, centrális heggel rendelkező elváltozások megjelölésére használjuk. Az elváltozás számos szinonimája ismert, a 2003-as WHO atlaszban a fenti két elnevezés használata ajánlott.
Mikroszkóposan a centrális, hyalinizált vagy olykor elasztotikus kötőszövetet is tartalmazó hegben torzult, szabálytalan, de mindig a jellemző két rétegű (epithel és myoepithel) hámmal bélelt kis ductusok láthatók. A periféria felé futó nyúlványokban leggyakrabban az adenosis különböző formáit látjuk, vagy különböző mértékben tágult kis ductusok figyelhetők meg.

Tubularis adenoma
Benignus, kerekded képlet, mely sűrűn egymás mellett elhelyezkedő tubularis képződményekből áll, melyeket atípusos két rétegű hám bélel. Általában fiatal nőkben látjuk. Mikroszkópos képére atípusos megjelenésű hámsejtek által alkotott kicsiny, leggyakrabban üres lumenek jellemzők, a mitotikus aktivitás alacsony.

Laktációs adenoma
Terhesség és szoptatás alatt a tubularis adenoma kiterjedten szekréciós jeleket mutathat, ekkor laktációs adenomáról beszélünk.

Apocrin adenoma
Ebbe a csoportba az olyan nodularis adenosisok tartoznak, melyekben kiterjedten apocrin metaplasia jön létre.

Pleiomorph adenoma
Az emlőben ritkán előforduló elváltozás, amely morphológiáját tekintve a nyálmirigyek hasonló tumorával teljesen megegyező képet mutat. A legfontosabb differenciáldiagnosztikai kérdés a metaplastikus carcinomától, ill. ritkábban a valamely primer emlő szarkómától való elkülönítés.

Ductalis adenoma
Jól körülírt glandularis proliferáció, mely legalább részben tágult ductus lumenében helyezkedik el. Egyesek szklerotizáló papillomaként írják le. Szöveti képére gyakran centrális denz hegszerű fibrosis, és a periférián sűrűn egymás mellett elhelyezkedő, a jellegzetes két rétegű hámmal bélelt tubularis képződmények proliferációja jellemző.

Myoepitheliális léziók

Ebbe a csoportba azok az emlőelváltozások tartoznak, amelyek vagy a myoepithel sejtekből erednek, vagy döntően myoepithel sejtek alkotják. Ebbe a csoportba tartoznak az adenoid-cystikus carcinoma, a pleiomorph adenoma, a myoepitheliosis, az adenomyoepithelialis adenosis, a benignus és malignus adenomyoepithelioma, és a malignus myoepithelioma vagy más néven myoepitheliális carcinoma.

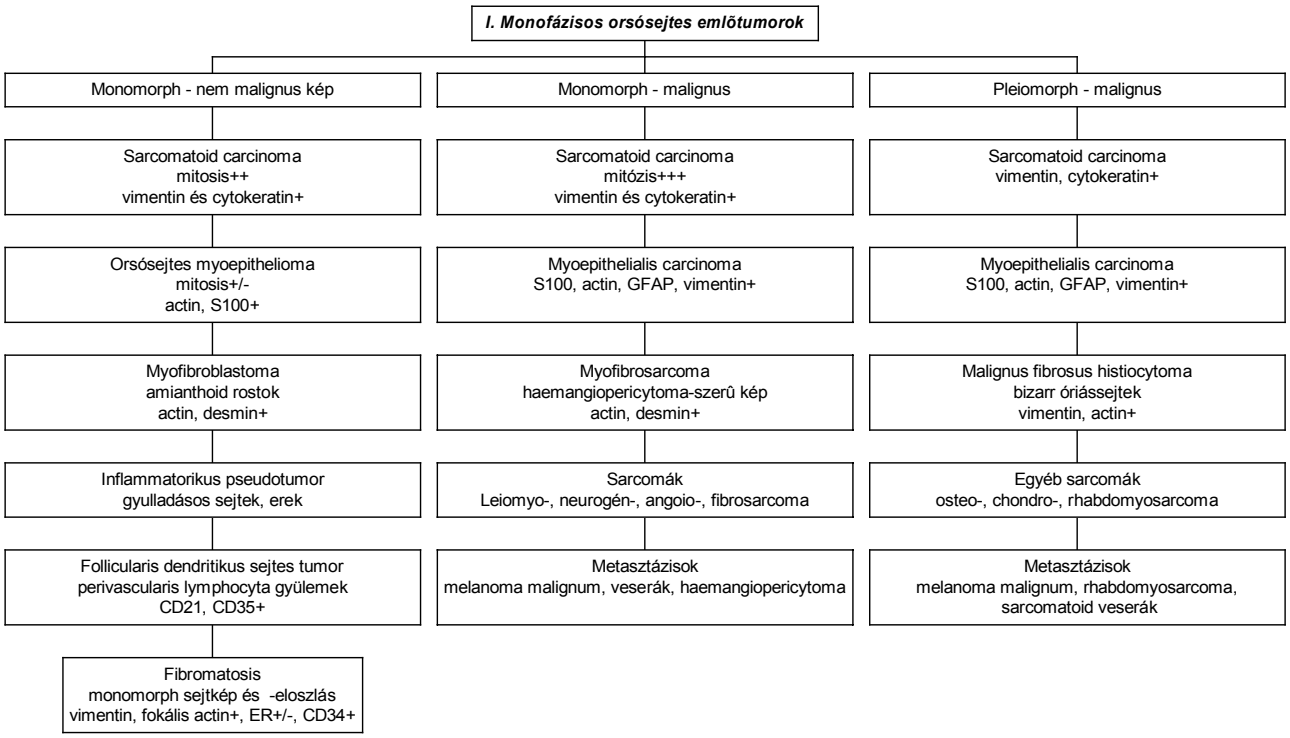
A myoepitheliál sejtek immunhisztokémiai sajátosságai a következők:
Pozitívak: α simaizom actin, calponin, caldesmon, simaizom-myosin nehézlánc, S100 protein, cytokeratin 5 és cytokeratin 14, nukleáris pozitivitás p63-mal.
Negatívak: cytokeratin 8/18, oestrogen receptor, progesteron receptor, desmin.

Myoepitheliosis
Multifokális, gyakran csak mikroszkópos, orsósejtes vagy köbös sejtes proliferáció, amely kis ductusok és ductulusok körül figyelhető meg.

Adenomyoepithelioma
Jól körülírt elváltozás, amelyben a myoepithel sejtek proliferációja dominál. A myoepithel sejtek hámmal bélelt tubularis képleteket vesznek körül. A myoepithel sejtek lehetnek orsó alakúak, polygonálisak, cytoplasmájuk világos festődésű vagy eozinophil, ritkábban plasmocytoid. A benignus adenomyoepitheliomákban a mitotikus aktivitás 1-2/10 nagy nagyítású látótér. Az adenomyoepithelioma egyik vagy másik, vagy mindkét komponense egyidejűleg malignussá válthat.

Malignus myoepithelioma
Teljes egészében myoepitheliális sejtekből álló tumor, amelyben kifejezett mitotikus aktivitás látható. Leggyakrabban orsó sejtes, gyakran signifikáns atipia nélkül. (Táblázat az emlő orsósejtes tumorainak elkülönítéséhez!!!)

Az orsósejtes tumorok differenciáldiagnosztikája



A) Al Nafussi. Spindle cell tumours of the breast: practical approach to diagnosis. Histopathology 1999;35:1-13 alapján

Mesenchymális tumorok

Haemangioma
A tüneteket okozó hemangiomák lehetnek capilláris vagy cavernosus típusúak, gyakoribb a cavernosus. A perilobuláris hemangioma gyakran csak mikroszkópos melléklelet, az intralobuláris stromában, de az extralobuláris stromára a környező zsírszövetre is terjedően vékony falú, nyílt lumenű vasculáris struktúrák láthatók.

Angiomatosis
Nagyon ritkán előforduló elváltozás, amely jól formált erek diffúz proliferációját jelenti az emlőállományban.

Hemangiopericitoma
Az emlőben ritkán előforduló tumor, melynek szöveti képe az egyéb lokalizációkban előforduló hemangiopericitomákkal analóg.

Pseudoangiomatosus stromális hyperplasia
Komlpex, anasztomozáló, résszerű pseudovasculáris képződményekből álló elváltozás, a réseket keskeny, orsó alakú sejtek határolják. A myofibroblast sejtekből eredő elváltozás. Nagyon ritkán önmagában is tapintható elváltozást okoz, gyakrabban incidentális lelet, más okból végzett emlőműtéti anyagokban, gynaecomastiákban, és egyes irodalmi adatok szerint hamartomákban gyakrabban fordul elő. A legfontosabb a Grade1 angiosarcomától való elkülönítés.

Myofibroblastoma

Leggyakrabban jól körülírt, tokba zárt tumor, amelyet orsósejtek alkotnak. A tumoron belül nem látunk bezárt ductusokat vagy lobulusokat. A stromában hízósejtek fordulhatnak elő, de egyéb gyulladásos sejtelemek hiányoznak. Differenciáldiagnózisában a

noduláris fascitis, a gyulladásos myofibroblastos tumor, fibromatosis, benignus perifériás ideghüvely tumorok, haemangiopericitoma és leiomyoma szerepelnek. Az elkülönítésben az immunhisztokémia segít: a myofibroblastok vimentinnel vagy desminnel, α-simaizomactinnal, CD34-gyel, BCL2-vel és CD99-cel, valamint oestrogen és progesteron receptorral, androgen receptorral pozitívak.

Fibromatosis
Lokálisan agresszív, fibroblastokból és myofibroblastokból álló elváltozás. Mikroszkóposan hasonló az egyéb lokalizációkban előforduló fibromatosisokhoz. Differenciáldiagnosztikájában a fibrosarcoma, a metaplastikus carcinoma, myoepitheliális carcinoma, noduláris fascitis, reaktív orsósejtes nodulusok és hegek szerepelnek. A fibromatosisban az orsósejtek vimentin pozitívak, mindig negatívak citokeratinnal és S100 proteinnel. Ugyancsak negatívak oestrogen, progesteron, androgen és PS2 negatívak.

Gyulladásos myofibroblastos tumor
Általában jól körülírt tumor, amely orsó alakú myofibroblastokból áll, ezek egymással hálózatot alkotó kötegekbe rendeződnek, lymphocytás, plazmasejtes és histiocytás infiltráció mindig látható. A differenciál diagnosztikában a benignus és malignus orsósejtes lézióktól kell elkülöníteni.

Lipoma
Érett zsírsejtekből álló tumor. Az emlőben variánsai is előfordulnak: angiolipoma, orsósejtes lipoma, hibernoma, condrolipoma.

Granuláris sejtes tumor
Lehet jól körülírt vagy infiltratív széllel rendelkező tumor, amelynek mikroszkópos képe teljesen megegyezik az egyéb lokalizációban előforduló granuláris sejtes tumorokéval. Carcinomától kell elkülöníteni, ez a jellegzetes sejtkép, és a sejtek S100 pozitivitása, cytokeratin negativitása alapján lehetséges.

Benignus ideghüvely eredetű tumorok
Az emlőben Schwannomák, neurofibromák és perineuromák fordulnak elő. Igen ritka elváltozások ebben a lokalizációban.

Angiosarcoma
Az angiosarcomák osztályozása:
– primer,
– azonos oldali radikális mastektomiát és lymphoedémát követően a kar bőrében és lágyrészeiben kialakuló
– radikális mastectomia után a bőrben és a mellkasfalon kialakuló
– másodlagos a bőrben vagy az emlőparenchymában emlőmegtartó műtétet követő irradiáció után kialakuló angiosarcomák.

A szöveti differenciáltság alapján:
Grade1 (jól differenciált)
Grade2 (közepesen differenciált)
Grade3 (alacsonyan differenciált) angiosarcomákat különítünk el mindegyik csoportban.

A Grade1-es angiosarcomákat leszámítva valamennyi angiosarcoma letális, terápiarezisztens.

Liposarcoma
A primer liposarcomát el kell különíteni a malignus phylloid tumor stromájában kialakuló liposarcomatosis differenciációtól. Szöveti képe és immunfenotípusa megegyezik az egyéb lokalizációban előforduló liposarcomákéval.

Rhabdomyosarcoma
A primer rhabdomyosarcoma az emlőben nagyon ritka, gyakrabban malignus phylloid tumor vagy metaplastikus carcinoma heterológ komponenseként jelenik meg.

Az emlő osteosarcomája
Orsósejtes tumor, amely osteoidot vagy csontot termel. A primer osteosarcoma elkülönítendő a phylloid tumor stromájában vagy carcinosarcomában kialakuló osteosarcomától. Primer osteosarcomát az emlőben csak akkor diagnosztizálhatunk, ha teljes biztonsággal kizártuk a bordákkal vagy a sternummal való összefüggését.

Leiomyoma és leiomyosarcoma
Ritkán fordulnak elő az emlőben. A leiomyomák nagy része az emlőbimbó területéről indul ki. A leiomyosarcomák a mélyebb emlőállományból erednek gyakrabban. Általában jól körülírt tumorok, amelyek mikroszkópos képe identikus az egyéb lokalizációban kialakuló leiomyomákkal ill. leiomyosarcomákkal. A differenciál diagnosztikában kizárandók azok a tumorok, amelyek leiomyoma vagy leiomyosarcoma irányú differenciációt mutathatnak, ilyenek fibroadenoma, muscularis hamartoma, sclerotizáló adenozis, orsósejtes myoepithelioma, sarcomatoid carcinoma.

Fibroepitheliális tumorok

Ebbe a csoportba bifázisos tumorok tartoznak, melyekben a hámkomponens tömeges mesenchymális komponenssel kombinálódik. Két fő csoportja a fibroadenoma és a phylloid tumor. Bár a hamartomákat is gyakran ebbe a csoportba sorolják, valójában ezek nem tumorok, hanem pseudotumorok.

Fibroadenoma
Pericanalicularis vagy intracanalicularis növekedési mintázatot mutathat, különösen fiatal lányokban a stromája fokálisan hypercelluláris lehet. A fibroadenomák stormájában atípusos, bizarr, több magvú óriássejtek, kiterjedt myxoid elváltozás, hyalinizáció vagy dystrophiás meszesedés is létrejöhet, ritkán ossificálódhat. Lipomatosus, simaizom vagy osteochondroid metaplasia nagyon ritkán előfordul. A hámkomponensben hyperplasia vagy metaplasticus elváltozások lehetnek jelen.
A juvenilis vagy celluláris fibroadenomákat a stroma kifejezettebb cellularitása, és a hám hyperplasiája jellemzi.

Phylloid tumor
Olyan bifázisos tumorok tartoznak ebbe a csoportba, melyekben a stroma hypercelluláris, általában megfigyelhető túlnövekedése a hámkomponens rovására. Gyakran cystikus űrökbe beemelkedő, levélszerűen szabdalt növedékek láthatók az állományban. A biológiai viselkedés nehezen jósolható: a benignus, alacsony malignitású, és kifejezett malignitású csoport részben a stromában látható mitosisok számától, a stroma sejtdússágának mértékétől, a stromális sejtek pleiomorphizmusától, a stroma eloszlásától, és a tumor jól körülírt vagy infiltratív növekedésétől függ. A malignus phylloid tumorokban a stroma egyértelműen sarcomatosus, általában fibrosarcomatosus megjelenésű. Heterológ differenciáció is előfordulhat: liposarcoma, osteosarcoma, chondrosarcoma vagy rhabdomyosarcoma irányába.

A phylloid tumorok dignitásának meghatározása

	Benignus	Borderline	Malignus
Stroma hypercellularitás	kevéssé	Kevéssé	kifejezetten
Sejtpolimorfizmus	nem jellemző	közepes	kifejezett
Mitozis	alig vagy nincs	mérsékelt számú	>10/10 nn látótér
Szélek	jól körülírt	kevésbé éles szélű	infiltratív
Stroma mintázata	egyenletes stroma-eloszlás	heterogén stroma szaporulat	kifejezett a stroma túlnövekedése
Heterológ elemek	ritkán	ritkán	gyakrabban
Átlagos előfordulás	60%	20%	20%

WHO Classification of tumours. Tumours of the breast and female genital organs. Eds. Tavassoli and Devilee. IARC Press, Lyon 2003. Table 1.18: Main histologic features of the 3 tiered grading subgroups for phyllodes tumours. 102. old. alapján.

Hamartomák
Olyan jól körülírt elváltozások, melyek általában tokba zártak, és az emlőszövet minden elemét tartalmazzák.

Az emlőbimbó tumorai

Emlőbimbó adenoma
Kicsiny tubulusok proliferációja, melyeket epitheliális és myoepitheliális sejtek bélelnek. Az adenosis típusban általában jól körülírt nodulus jön létre, a nagy tejkivezető járatok kompressziója következtében ezek cystikus tágulata látható. Ha a sclerosis és a pseudoinfiltrativ növekedés dominál, nagyon fontos ennek az elváltozásnak az elkülönítése invasiv carcinomától. Az emlőbimbó eróziója társulhat az emlőbimbó adenomához.

Syringomatosus adenoma
Lokálisan recidiváló, lokálisan invasiv tumor, amely az emlőbimbó areola régióból indul ki, verejtékmirigy kivezetőcső irányú differenciációval. A syringomatosus adenoma elágazódó sejtkötegekből, sejtfészkekből áll, mirigyes struktúrákat és kicsiny eratin cystákat tartalmaz, amelyek átszövik az emlőbimbó stromáját, és perineurális résékben is megjelennek. A sejtatípia nem kifejezett. Gyakran a mirigyes struktúrákban két rétegű hám látható, a külső sejtréteg gyakran simaizom actin pozitív. A stroma leggyakrabban scleroticus. Elkülönítendő tubularis carcinomától és lawgrade adenosquamosus carcinomától, mindkettő inkább a mélyebb emlőállományban jön létre.

Az emlőbimbó Paget-kórja
Az emlőbimbó elszarusodó többrétegű laphámján belül mirigyhám sejtek láthatók. Ez majdnem mindig mögöttes in situ ductalis carcinomához társul, nagyon ritkán fordul elő, hogy a Paget-kór csak önmagában alakul ki. Mikroszkóposan nagy maggal és széles, általában világos cytoplasma szegéllyel rendelkező atípusos sejtek láthatók az epidermisben, amelyek kis csoportokba rendeződnek, vagy egyesével infiltrálják az epidermist. A nagy tejkivezető ductusokban leggyakrabban magas mag grade-ű in situ ductális carcinomát láthatunk, mely egybeolvad a Paget-kórral. A betegek egyharmadában társul invasiv carcinoma. A Paget-sejtekben speciális festésekkel nyák mutatható ki, emellett gyakran melanin pigment szemcséket is tartalmaznak. Immunhisztokémiai vizsgálattal általában CEA, CK5/14 és HER-2 pozitívak

Malignus lymphoma és metasztatikus tumorok az emlőben

Malignus lymphoma
A malignus lymphomák akár primeren, akár másodlagosan ritkán fordulnak elő, és morfológiai kritériumok alapján e két forma nem elkülöníthető. A malignus lymphomák általában jól körülírt tumorok képében jelentkeznek. Mikroszkóposan a primer emlő lymphomák zöme diffúz B-sejtes lymphoma, előfordul Burkitt-lymphoma, vagy MALT lymphoma, folliculáris lymphomák, lymphoblastos lymphomák és extrém ritkán T-sejtes lymphomák is előfordulhatnak.
A differenciáldiagnosztikában mindenképpen ki kell zárni a carcinomát (leggyakrabban invasiv lobularis carcinomával vagy medullaris carcinomával téveszthetők össze). Ugyanakkor az emlőben létrejövő egyes gyulladásos állapotok MALT-lymphomát utánozhatnak.

Metasztatikus tumorok az emlőben
Az emlőben ritkán fordulnak elő metasztatikus tumorok, általában ismert, disszeminálódott primer tumor eseteiben találkozhatunk ezzel az állapottal. A lymphomás és leukémiás infiltráció, malignus melanoma a leggyakoribbak, rhabdomyosarcoma, tüdő daganatok, petefészek tumorok, vese-, pajzsmirigy, cervix, gyomor, prosztata rák metastasisait írták le az emlőben.

A férfi emlő tumorai

Gynaecomastia
Gyakran reversibilis, nem neoplastikus elváltozás, amely a férfi emlő szövetben a hám és mesenchymális elemek proliferációja következtében jön létre. Mikroszkóposan megnövekedett számban látunk ductusokat, amelyek körül mandzsettaszerűen celluláris mixoid stroma helyezkedik el. Ritkábban lobuláris struktúrák is kialakulnak. Az inaktív fibrosus fázisban a periductalis stroma hyalinizálódik, az epithel sejtek ellapulnak.

Carcinoma
A férfi emlő carcinomája ritka, szöveti képét tekintve analóg a női emlő rákjával. In situ és invasiv carcinoma egyaránt előfordulhat.

Nem tumoros elváltozások

Mastitis acuta
Leggyakrabban Staphylococcus aureus által okozott, szoptató nőkben kialakuló elváltozás, amelyet néha inflammatoriukus carcinomával tévesztenek össze. Sebészeti anyagokban ritkán fordul elő, hisztológiai képére a ductusok és lobulusok köré koncentrálódó neutrophil granulocytás infiltráció jellemzi.

Plazmasejtes mastitis
Az emlőbimbó behúzódása és a gyakran tapintható, tömött terime következtében klinikailag carcinomával téveszthető össze. A ductusok körül dominálóan plazmasejteket tartalmazó, gyulladásos infiltrátum látható, a ductusok hámja gyakran ellapul, vagy el is tűnhet.

Duct ectasia
Leggyakrabban a subareoláris nagy ductusokat érinti, a ductusok tágulata, periductális fibrosis, a lumenben, a falban és periductálisan histiocyták jelenléte jellemző. A histiocyták cytoplazmájában gyakran ceroid pigment van.

Lymphocytás mastopatia, lymphocytás lobulitis (diabeteses vagy autoimmun)
Az esetek kb. felében tapintható elváltozásként jelentkezik, mikroszkóposan a stromális kötőszövet keloid-szerű collagén szaporulata, a stromális fibroblastok és myofibroblastok proliferációja, lymphocytás perivasculitis és lymphocytás mastitis jellemzőek. A lymphocytás mastitis predominálóan a terminális ductalis lobularis egységekben jelentkezik.

Zsírnekrózis
Traumás eredetű, de nem minden beteg tesz említést erről. A zsírnekrózis leggyakrabban felszínesen, a bőr közelében jön létre, a bőr fixált lehet, ez klinikailag carcinoma gyanúját keltheti. Hisztológiailag kezdetben vérzés dominál, később histiocyták tömege, amelyek között idegen test óriás sejtek is előfordulhatnak, később lobsejtes infiltráció, majd fibrosis követi.

Granulomatosus mastitis
Ismeretlen etiológiájú kórkép, amelyet hisztológiailag Langhans-típusú óriás-sejteket tartalmazó granulomák jellemeznek. A lobulusok destrukcióját okozza. Specifikus kórokozók kizárandók.

Sarcoidózis eseteiben az emlők is érintettek lehetnek, az idiopatias granulomatosus mastitistől abban különbözik, hogy sarcoidosisban zsírnekrózist, tályogképződést és reaktív fibrosist nem látunk.

Silicon granuloma. Emlőnagyobbító műtétekhez szilikongélt használtak mintegy 40 éven át. Mind az injektált szilikongél, mind a protézisekben lévő szilikongél idegen test reakciót, histiocytás infiltrációt és zsírnekrózist okozhat. A szövetben a beágyazás után megmaradó szilikon kettősen törő, kristályos anyagként jelenik meg.

Rupturált inclusios cysta, és fonal granulomák idegentest típusú granuláció kialakulásával járhatnak.

Tuberculosis. Előfordulhat az emlőben, szöveti képe jellegzetes, saválló pálcák kimutatása a szövetben vagy az emlőbimbó váladékból, vagy tenyésztés igazolhatja a diagnózist.

Postrirradiációs mastopathia
Az emlőmegtartó műtéteket követően alkalmazott irradiáció a lobulusok és a terminális ductusok területén ezek atrophiáját, a collagén rostok felszaporodását okozza, a hámban atípusos reaktív elváltozásokkal. A basalmembrán jellemzően megvastagodik. Különös jelentőségét az adja, hogy cytologiai vizsgálat során az atípusos sejtek malignitás gyanúját kelthetik.

Amyloidosis
Ritkán fordul elő az emlőben, a stromában, a zsírszövetben, az erek falában, a ductusok és a lobulusok körül rakódik le.

Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja
Az uvea betegségeiről
(1. módosított változat)

Készítette: a Szemészeti Szakmai Kollégium

I. Alapvető megfontolások

A szem középső burkának a gyulladásos megbetegedése az uveitis, amely az uveán kívül a szem más részeit is involválhatja.
A megbetegedés felosztása anatómiai, klinikai, szövettani és etiológiai szempontok szerint lehetséges.

Anatómiai felosztás:
Elülső uveitis érintheti csak az irist, amikor iritisről beszélünk és ráterjedhet a corpus ciliaréra is - ekkor iridocyclitisről van szó.
Intermedier uveitis, amely érinti a corpus ciliare hátsó részét (pars plana) és a retina extrém perifériáját.
Hátsó uveitis az üvegtest hátsó felszíne mögötti területre kiterjedő gyulladás
Panuveitis az uvea egészét érintő gyulladás
Az uveitis klinikailag lehet akut és krónikus.

Szövettanilag megkülönböztetünk granulomatosus és nem-granulomatosus uvea gyulladást.
Etiológiailag: exogén és endogén uveitisről beszélhetünk.

Az endogén uveitis formái:
1. az endogén uveitis társulhat szisztémás betegségekhez, pl. sarcoidosis
2. infectiosus lehet: baktériumok, vírusok, gombák, protozoonok – Tbc, herpes vírus, candida, toxoplasma – okozta
3. idiopatias specifikus uveitis: okát nem ismerjük, az elülső uveitis nem társul valamilyen jól definiált szindrómához, de speciális tünetei vannak (pl.: Fuchs szindróma)
4. az idiopatiás nem specifikus uveitis egyetlen kategóriába sem sorolható. Az esetek ¼-e ide tartozik.

Az uveitisek tünetei:

Elülső uveitisek tünetei:
- ciliáris izgalom
- szaruhártya praecipitátumok
- gyulladásos sejtekből álló alakos elemek a csarnokvízben (tyndallisatio)
- hátsó synechiák (az iris és a lencse között)
- esetleg a lencse elszürkülése

Intermedier uveitis tünetei:

szubjektív tünetei: úszkáló homályok az üvegtestben
- látásromlás, melyet a cystoid macula oedema illetve degeneráció okoz

objektív tünetei: vitritis
- exsudatív perifériás uveitis
- chronikus hátsó uveitis
- perifériás vasculitis
- néha enyhe anterior uveitis

Posterior uveitis tünetei:
- látásromlás (nagyfokú, ha a retina centrumában van)
- látótérkiesés (melynek megszűnése a posterior uveitis gyógyulását jelenti)
- a retina gyulladása, amely lehet unifocalis (toxoplasma-fertőzés), multifocalis (histoplasmozis) vagy térképszerű (cytomegalovírus okozta retinitis)
- vasculitis
- papillitis
- a szem hypotoniája miatt papilla oedema
- érújdonképződés
- retinaleválás

Gyakori társbetegségek

Spondylarthropathiák
A betegségnek négy alcsoportja van.
a) Spondilitis ankylopoetica (SPA): rendszerint sacroiliitissel kezdődik, de néhány esetben az első tünet az elülső uveagyulladás. Az elülső uveitis (iritis vagy iridocyclitis) gyakran recidivaló, nem granulomatosus, fibrindús uveagyulladás. A betegség mindkét szemet érinti, de ritkán fordul elő egy időben kétoldali gyulladás.
b) Reiter szindróma: a betegség seronegativ izületi gyulladás, nem ghonorreás uretritis, valamint iridocyclitis tünetegyütteséből áll. A szindróma asszociációt mutat a HLA B27 histokompatibilitási antigénnel.
A fibrinosus iridocyclitis kezelés nélkül katarakta, másodlagos zöldhályog és cystoid macula degeneráció kialakulásához vezet.
c) Arthritis psoriatica: a betegségben az izületi érintettség és a pikkelysömör együttesen fordul elő. Az esetek 80%-ban szemészeti tünetek is társulhatnak a képhez, amelyek lehetnek: kötőhártya gyulladás, elülső uveitis, keratitis és másodlagosan kialakuló száraz szem.
d) Enteropathias spondarthritis: az oligoarthritishez gyakrabban colitis ulcerosa, ritkábban Crohn betegség társul. A leggyakoribb szemészeti tünete az uveitis, ritkábban – elsősorban nőbetegeken – episcleritis és scleritis fordulhat elő. Az uveitis elsősorban tünetmentes szakokban játszódik le, míg a sclerális folyamatok jól tükrözik a betegség aktivitását.

Immunkomplex uveitis és vasculitis
A szemben az immunkomplex által létrehozott betegségek elsősorban pars planitis vagy hátsó uveitis formájában zajlanak le. A szövetkárosító folyamat érintheti a szemfenéki ereket is és ocularis vasculitist hoz létre.

Sjögren szindróma (SS)
Leggyakoribb szemészeti tünete a keratoconjunctivitis sicca – az estek mintegy 90 %-ában fordul elő. A beteg égő- és idegentest-érzésről panaszkodik, a kötőhártya és a szaruhártya punktált illetve filamentosus elváltozásokat mutat. A szaruhártya elváltozása cornea fekély kialakulásáig fokozódhat. Ritkán uveitis is előfordulhat.

Juvenilis rheumatoid arthritis (JIA)
A betegség akut vagy krónikus uveitissel jár, mely igen gyakran recidivál, szövődménye katarakta és glaucoma lehet. A szaruhártyán opacitás zonularis jöhet létre. A gyulladás és a társuló szövődmények nagy mértékben rontják a látást.

Behçet-kór
Recidiváló uveitissel, genitális fekélyekkel, aphtosissal járó immunmediált betegség. A leggyakoribb szemészeti tünet iridocyclitis steril hypopyonnal, amely az esetek egy részében kataraktát okoz.

Szisztémás lupus erythematosus (SLE)
A betegség legsúlyosabb szemészeti tünete a chorioidában és a retinában kialakuló immunkomplex vasculitis (vérzés, vattatépés gócok a retinán, proliferativ retinopathia, serosus chorioidea ablatio). SLE-ben az uveitis ritka.

II. Diagnózis

Az uveitises betegek vizsgálata

1. Anamnézis felvétel
   - betegségre vonatkozó panaszok, a betegség kezdete, recidivak száma
   - családi anamnézis
   - szociális anamnézis
   - korábbi lakó és tartózkodási helyek (hosszabb tartózkodás külföldön)
   - állatok a környezetben
   - dohányzás, alkohol
   - elmúlt időszak kezelései és gyógyszerek
   - bi/ homoszexuális kontaktus
   - foglalkozás
   - korábbi betegségek
   - egyéb szervre kiterjedő tünetek
   - pszichológiai anamnézis
   - életkor
   - nem

2. Szemészeti vizsgálat: látásélesség felvétel
réslámpás vizsgálat
szemnyomás mérés
kontaktkagylós vizsgálat
szemfenék vizsgálat
fluorescein angiográfia
ultrahangos vizsgálat
OCT (Optikai Koherencia Tomográf)

3. Laboratóriumi diagnosztika

3.1. Rutin laboratóriumi vizsgálatok:
Vvt. süllyedés,
AST,
Máj és vesefunkció,
Se K, Se Na,
Vérkép,
Se összfehérje és frakció,
Immunglobulinok,
Toxoplasmosis: antitest kimutatás
Toxocariasis: antitest kimutatás
eosinophilia
Leptospirosis: antitest kimutatás
Brucellosis: antitest kimutatás
Borreliosis: antitest kimutatás: IF vagy ELISA
Western blott
Chlamydia
Vírusok
Gombák

Antitest meghatározás történhet szérumból illetve csarnokvízből, esetleg üvegtestből.

3.2. Autoantitestek meghatározása
antinukleáris antitestek (ANA)
anticardiolipin antitest: occlusiv retinalis vasculitisben vizsgálandó
antineutrofil cytoplasmatikus antitest (ANCA)

3. 3. Rheumafaktor

III. Kezelés

Az uveitisek kezelése

Az uveitis kezelésének három alapvető célja van:
1. csökkenteni illetve megelőzni a látást veszélyeztető szövődmények (glaucoma, szürkehályog, krónikus cystoid macula oedema, retina leválás) kialakulását,
2. mérsékelni a betegség tüneteit és
3. az uveitist okozó háttérbetegség gyógyítása

1. Elülső uveitisek kezelése: rövid hatású pupillatágító szerek
gyulladás csökkentő cseppek: nem szteroid jellegű cseppek
szteroid cseppek
antibiotikum cseppek
subconjunctivalisan adott szteroid injectiok
általános szteroid
oki kezelés

2. Intermedier uveitisek kezelése: parabulbarisan adott szteroid injectiok
általános szteroid
antibiotikum
oki kezelés

3. Hátsó uveitisek kezelése: parabulbarisan adott szteroid injectiok
általános szteroid
antibiotikum
immunszuppresszív szerek
cyclosporin A
oki kezelés

Reumás eredet esetén biológiai terápia. (lsd. alább)

Rövidhatású pupillatágító szerek: csökkentik a ciliáris izomzat és a sphincter pupillae spazmusát: Homatropin 1%, Cylodrin (Cyclopent), Tropicamid (Mydrum), Pnenylephrin (Neosynephrine)
Nem szteroid gyulladáscsökkentő szer diclofenacum natricum (Voltaren ophta)

Szteroid gyulladáscsökkentő szerek: dexamethasone (Maxidex)
prednisolon (Ultracortenol)
flurometh alone (Efflumidex)
Antibiotikummal kombinált szteroidok: dexamethasone és tobramycinum (Tobradex)
betamethasonum-natrium és gentamicinum (Garasone)
Szemkörüli szövetekbe adható szteroidok: vízben oldott Di-Adreson F Aquosum (Scherin Plough) vagy mikrokristályos depot szteroidok Celeston, Diprophos (Scherin Plough), Metypred (Orion).

Szisztémás szteroidot nagy dózissal 1-2 mg/ttkg/nap prednisolon egyedértékkel kezdjük, a tünetek mérséklődésének megfelelően csökkentjük, majd áttérhetünk az alternáló kezelésre (48 óránként reggel egyszerre adott napi szteroid mennyiség)

Cytotoxicus szerek: szteroidra rosszul reagáló esetekben, azokkal kombinálva a kumulatív szteroid adag csökkentésére alkalmazzák. Társszakmákkal közösen kezelt betegek esetében azok indikációjára adjuk, magunk az azotioprint (Imuran, Wellcome) használjuk,
2-5mg/ttkg/napi adagban. Metotrexát 15-30 mg/m^2/hét.

A cyclosporin A (Sandimmun, Sandoz) hatékony immunszuppresszív szer a késői típusú túlérzékenységi reakciókat gátolja. Szokásos kezdő adagja 3-7 mg/ttkg/nap és a gyulladás csökkenésének mértékétől a dózist 2-5 mg/ttkg/nap-ra csökkenthetjük, de mindig ki kell egészíteni gyulladás gátló szerekkel (szteroid, nonszteroid), mivel maga antiphlogisticus hatással nem rendelkezik.

Biológiai terápia: Etanercept (Enbrel)
Infliximab (Remicade)
Adulimumab (Humira) (EMEA és FDA engedélyhez kötött)
Reumás tünetek egyidejű fennállása esetén reumatológus rendelheti vagy egyedi engedélyhez kötött.

Infect-allergiás folyamatokban a tüneti kezelést a kórokozóra ható specifikus szerekkel kell kiegészíteni. Syphilisben penicillint, tuberculoallergiás folyamatokban rifampicint (Tubocin, Pharmachim) vagy INH-t (Isonicid, Richter) toxoplasmosisban clindamycint (DalacinC, Upjohn) vagy pyrimethamint (Tindurin, EGIS) herpeses uvea gyulladásban acyclovirt (Zovirax, Wellcome) toxocariasisban tiabendazolt (Mintesol, Merck Sharp & Dohme) szoktak adni.

Az uveitis szövődményeinek műtéti kezelése:

A szürkehályog ellenes műtéteket lehetőleg két-három hónapos tünetmentes szak után végezzük, ha a beteg állapota szükségessé teszi a műtét idejére szteroid és immunszuppresszív terápiát indítsunk, antibiotikum védelem mellett.
Zöldhályog ellenes műtétek
Vitrectomia
Ideghátya-leválás ellenes műtétek

IV. Rehabilitáció

V. Gondozás

VI. Irodalomjegyzék

1. Helga Hammer: Cellular hypersensitivity to uveal pigment confirmed by leucocyte migration test in sympathetic ophthalmitis and the Vogt-Koyanagi-Harada syndrome. British Journal of Ophthalmology 1974;58:511-522.
2. Hammer Helga, Süveges Ildikó: Kortikoszteroid rezisztens uveitisek kezelése cyclosporin A-val. Szemészet 1989;126:209-212.
3. Fujikawa S., Okuvi M.: Clinical analysis of 570 cases with juvenile rheumatoid arthritis. Acta Pediatr. J. 1997;39:245-249.
4. Hammer Helga: Uveitisek konzervatív kezelése Gyógyszereink 1993;43:227-229.
5. Mannis M. J., Macsai M. S., Huntley AC.: Eye and skin disease. Lippincott-Roven, Philadelphia, New York, 1996.
6. Tabbara K. F., Nussenblatt R. B.: Posterior uveitis. Butterworth-Heinemann, Boston London 1994.
7. J.J. Kanski: Clinical Ophthalmology, Fourt edition, Butterworth- Heinemann, Boston, London 1999.
8. Petrányi Győző és mtsi: Klinikai immunológia Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2000.
9. Nussenblatt Robert B., Whitcup M. Scott: Uveitis Fundamentals and Clinical Practice Mosby, Philadelphia, 2004.
10. Süveges, I.: Az endogen uveitisek terápiája, Szemészet 2006;143(4):199-203

A szakmai protokoll érvényessége: 2011. december 31.

Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja
Az időskori makula degeneráció kezeléséről
(1. módosított változat)

Készítette: a Szemészeti Szakmai Kollégium

I. Alapvető megfontolások

Rövidítések jegyzéke

AAO: American Academy of Ophthalmology
AMD: Age- related Macular Degeneration (időskori makula degeneráció)
ANCHOR: Anti-VEGF Antibody for the Treatment of Predominantly Classic Choroidal Neovascularization in Age-Related Macular Degeneration (a ranibizumab hatásosságát és biztonságosságát vizsgáló tanulmány neve)
AREDS: Age Related Eye Disease Study (az antioxidáns vitamin és nyomelem supplementációt vizsgáló klinikai vizsgálat neve)
CNV: choroidal neovascularisation (szubretinális érújdonképződés)
ETDRS: Early Treatment of Diabetic Retinopathy Study (a cukorbetegek retinopátiájának kezelését vizsgáló tanulmány neve)
GA: Geografikus (térképszerű) Atrófia
MARINA: Minimally Classic/Occult Trial of the Anti-VEGF Antibody Ranibizumab in the Treatment of Neovascular Age-Related Macular Degeneration (a ranibizumab hatásosságát és biztonágosságát vizsgáló tanulmány neve)
OCT: Optical Coherence Tomography
PDT: PhotoDynamic Therapy (fotodinámiás kezelés)
PED: Pigment Epithel Detachment (a pigmentepithel (szerózus) leválása)
PPP: Preferred Practice Pattern
RPE: Retinális PigmentEpithelium
SST: Submacular Surgery Trial (a sebészi kezelés lehetőségeivel foglalkozó vizsgálat neve)
TAP: Treatment of Age-related macular degeneration with Photodynamic therapy (a verteporfin kezelés hatásosságával foglalkozó egyik nemzetközi vizsgálat neve)
VIP: Verteporfin in Photodynamic Therapy Trial (a verteporfin kezelés hatásosságával foglalkozó egyik nemzetközi vizsgálat neve)
VISION: VEGF Inhibition Study in Ocular Neovascularization (a pegeptanib hatásosságát és biztonágosságát vizsgáló tanulmány neve)

Bevezetés

E terápiás útmutató célja az időskori makula degeneráció osztályozásának, vizsgálómódszereinek, kezelési lehetőségeinek, és a gondozás, szűrés szempontjainak gyakorlati szempontú, irányelvszerű áttekintése. A szerző igyekezett a gyakorlat szempontjából hasznosítható, az Evidence Based Medicine (Bizonyítékra Alapozott Gyógyítás) elvei szerinti releváns ismereteket összegyűjteni, támaszkodva a közelmúltban frissített és nemzetközileg irányadónak elfogadott amerikai és európai ajánlásokra (AAO 2008, Chakravarthy 2006) és a közelmúlt legfontosabb összefoglaló irodalmi közléseire (Liu 2004, Ambati 2003, de Jong 2006).
Ez a terápiás irányelv a 2010 januári állapotokat tükrözi. Tekintettel a gyors fejlődésre különösen a terápiás területeken, a későbbiekben új irányelvek kiadása, illetve egyes.részek javítása szükségessé válik.

Definíció

Az időskori makula degeneráció a sárgafolt (macula lutea) betegsége, mely típusosan 50 éves életkor után jelentkezik. A diagnózist az alábbi szemfeneki jelenségek valamelyikének megléte esetén állíthatjuk fel (AAO 2008):

- Drusenek
- A retinális pigmentepithel (RPE) eltérései, mint hypopigmentáció vagy hyperpigmentáció
- Az RPE foveát érintő térképszerű atrófiája
- Neovaszkuláris makulopátia: chorioideális érújdonképződés (CNV) jelenléte

Jelentőség

A betegség jelentőségét az adja, hogy a fejlett országokban ez a felnőttkori szerzett vakság legfontosabb oka (Ferris 1983). Hazánkban a vaksági statisztikákban vezető helyen szerepel, részaránya 22- 25% (Gottlieb 1982, Vastag 1983, Németh 2005). Kezelése nem tekinthető megoldottnak.

Bár a betegek 80%-a a nem neovaszkuláris formával bír, mégis a neovaszkuláris állapotok okozzák a betegség miatti látásromlások 90%-át (Ferris 1984).
A legfontosabb rizikótényező az életkor: 50 éves kortól 75 éves korig a prevalencia megháromszorozódik (Klein 1992). Az előrehaladott formák incidenciája hasonlóan meredeken nő. Észlelhető különbség a rasszok között is: a betegség fehér bőrszín esetén gyakoribb (Schachat 1995, AREDS 2005). A legfontosabb (befolyásolható!) rizikótényező a dohányzás: újabb adatok szerint a látásromlás kockázatát a dohányzás akár négyszeresen is fokozhatja, a hatás dózisfüggő, leszokás esetén az fokozatosan csökken (Thorton 2005, Khan 2005, Tan 2007, Klein 2008)

Pathogenezis

A kórkép pathogenezise nem pontosan ismert, ezért igen intenzív kutatások tárgya (Zarbin 2004). Valószínű genetikai faktorok mellett (Haddad 2006) szerepet játszhat az oxidatív stressz, a retinális pigmentepithelium öregedése és a szemgolyó keringésének haemodinamikai változása is (Ambati 2003). A neovaszkuláris formák kialakulásában a vaszkuláris endothetliális növekedési faktornak (VEGF) van kulcsszerepe (Ferrara 2004, Ambati 2003). Az elmúlt évek kutatásai lehetséges genetikai hátteret találtak: a komplmentrendszer működésében szerepet játszó egyes genetikai mutációk az AMD kockázatának jelenős emelkedévével járnak (Klein 2005, Edward 2005, Haines 2005, Gold 2006, Yates 2007).

A látásromlás lehetséges okai

A betegek látását időskori makula degenerációban legtöbbször a betegség érújdonképződéses („nedves") formája rontja meg (Ferris 1984). Az érújdonképződés (CNV) megjelenése az exszudatív jelenségek miatt a látás gyors romlását okozza, a neovaszkularizáció minden esetben heggel, leggyakrabban durva hegesedéssel gyógyul. A hegesedési folyamat legtöbb esetben az érújdonképződés kialakulása utáni első két évben lezárul, a látásromlás az első évben a leggyorsabb. Két év után egy irriverzibilis látásromlást okozó heg alakul ki, melyet az érintett területen a pigmentepithel, a choriocapilláris és a retina kiterjedt károsodása jellemez (Sarks 1976). Az állapot ezután általában stabil: denz centrális scotoma mellett a betegek perfériás látása megmarad. A betegek látásélessége ritkán marad a jogi értelemben vett vakság határa felett.
A betegek kisebb részének (20%, Ferris 1984) látása a fovea centrális alá terjedő geografikus atrófia miatt romlik meg, a látásromlás lassabb, mint a nedves formáknál. Az atrófiás területeket a retinális pigmentepithel és a choriocapilláris együttes sorvadása jellemzi. A betegek látása akkor romlik meg hirtelen és jelentősen, amikor az általában extrafoveálisan kezdődő atrófiás folt eléri a foveát. A végső látásélesség az atrófiás folt méretétől függ leginkább, a parafoveális ép területek valamennyi foveális funkciót átvehetnek.
A drusenek magukban komoly látásromlást ritkán okoznak. Foveaközeli, illetve a fovea alatti drusenek okozhatnak színlátáseltérést, homályosabb látást és járhatnak enyhe metamorphopsiával (torzlátással) is. Tekintettel arra, hogy a metamorphopsia az érújdonképződés kialakulásának egyik legjelentősebb tünete, ilyen esetben minden rendelkezésre álló eszközzel ki kell zárni az érújdonképződés jelenlétét, miután a két állapot (az érújdonképződés forma és a drusenek CNV nélkül) kockázata jelentősen eltérő.
A retinális pigmentepithel foveát érintő szerózus leválásainál előfordul, hogy a beteg csak a szemüveg dioptriájának megváltozását (hypermetrop irányba) veszi észre, gyakran jár ezzel az állapottal azonban micropsia, vagy metamorphopsia. Bár előfordul a pigmentepithel leválásnak érújdonképződést nem tartalmazó változata is (avaszkuláris PED), a pigmentepithel leválásokat mégis célszerű a magas kockázatú nedves formákhoz sorolni (még akkor is, ha az elérhető módszerekkel érújdonképződést bizonyítani nem tudtuk), miután a várható természetes lefolyás ahhoz hasonló.

Kitűzhető terápiás célok

1. Primer prevenció: küzdelem a betegség akár enyhe formáinak kialakulása ellen. Legfontosabb bizonyítottan hatásos lehetőség a dohányzás tilalma. További számításba jövő lehetőség az általános kardiovaszkuláris rizikó csökkentése. Az egészséges étrendre való törekvésnek jelentősége lehet, primer prevencióként vitaminkészítmények, antioxidánsok adásának hasznosságára (negatív szemfenéki kép esetén) bizonyíték nincs, azok potenciális mellékhatásait mérlegelni kell.
2. Csökkenteni annak a veszélyét, hogy jelentős látásromlással fenyegető állapotok (Pl. CNV) alakuljanak ki. Ismerni kell ehhez, hogy mely szemfenéki állapotok esetén kell reálisan jelentős látásromlással fenyegető állapotok kialakulására számítani.
3. A várható jelentős további látásromlással fenyegető állapotokban (exszudatív formák aktív érújdonképződéssel) a látásromlás veszélyének, mértékének, sebességének csökkentése.
4. A kialakult látásromlás megszüntetése, a látás javítása: áttörést jelent az anti-VEGF terápiák térhódítása. A ranibizumab az aktív CNV-s betegek 30-40%-nál érdemi (3 soros) látásjavulással kecsegtet. Hasonló javulás a heges és a fovea alá terjedő atrófiás komponenst tartalmazó formáknál jelenleg nem remélhető.

Osztályozás

A betegségnek számos klasszifikációja létezik az irodalomban. Az általánosan használt száraz – nedves AMD osztályozás elfogadható, legnagyobb hibája azonban az, hogy nem ad információt a meglévő vagy várható látásromlásról (a geografikus atrófia a száraz csoportba tartozik), továbbá nem ad támpontot a betegeket fenyegető kockázat megítéléséhez. Az AREDS terminológia ezzel szemben az „előrehaladott" AMD csoportba sorolja a betegség mindkét, súlyos látásromlást okozó fajtáját, a neovaszkularizációval járó formákat és a „száraz" geografikus atrófiát is.

A gyakorlatban az AREDS osztályozásának használata javasolt (AREDS 2001). Ez a klasszifikáció a klinikai rutin számára jól felhasználhatóan elkülönít bizonyos eltérő kockázatú csoportokat (AREDS 2005, 1. táblázat). Ennek azért van jelentősége, mert különböző típusú druseneket tartalmazó szemek között a látásromlás kockázata szempontjából akár 33-szoros különbség is lehet, és ez az elkülönítés egyszerű szemtükri vagy biomikroszkópiás vizsgálattal elvégezhető.

	Szemfenéki jelek	Látásélesség	Kockázat a látásromlásra	Kezelés szükségessége
AMD hiánya (AREDS 1. kategória)	nincsenek pigmentepithel eltérések és közepes vagy nagy drusenek kevés kis drusen (<63 µm)	jó	alacsony	-
Korai AMD (AREDS 2. kategória)	nagyszámú apró drusen (<63 µm) vagy legalább 1 közepes méretű drusen (63-124 µm) vagy pigmentepithel eltérések	jó	alacsony	-
Intermedier AMD (AREDS 3. kategória)	nagyszámú közepes méretű drusen (63-124 µm) vagy legalább 1 nagy drusen (≥125 µm) vagy centrumot el nem érő geografikus atrófia jelenléte	jó	magas	Táplálékkiegészítők (AREDS)
Előrehaladott AMD (AREDS 4. kategória)	1. A pigmenthám réteg térképszerű atrophiája, mely a fovea központját is érinti 2. Neovaszkuláris maculopathia – Chorioidea neovaszkularizáció (CNV) – szerozus és /vagy vérzéses neuroretina /RPE leválás – lipoid exszudációk – szubretinális és szub RPE fibrovaszkuláris proliferáció – disciformis heg	károsodott	magas	Lézer, anti- VEGF, PDT

1. táblázat: Az AMD osztályozása az AREDS szerint.

Látható, hogy a betegség diagnózisának kimondásához kizárólag a druseneket és a pigmentepithel hyperpigmentációját, hypopigmentációját vagy geografikus atrófiáját, illetve a szubretinális érújdonképződésre utaló szemfenéki jeleket vesszük figyelembe, más szemfenéki jelenségek a definíció szerint nem értelmezhetőek. Hasonlóan nincs a betegségnek látásélesség kritériuma sem.

A drusenek méretének (apró- közepes- nagy) azért van jelentősége, mert a látásromlást okozó előrehaladott formák kialakulásának szempontjából alapvetően eltérő kockázatot jelentenek (AREDS 2001, 2005). Nagy drusennek a 125 mikronnál

nagyobb druseneket tekintjük. Természetesen ezt réslámpás biomikroszkópos vagy szemtükri vizsgálattal objektív módon mérni nem lehet. A méret szempontjából referenciának (125 mikron) a v. centralis retinae valamely főágának átmérőjét kell tekinteni a látóidegfő peremének. A közepes méretű drusen 63-125 mikron átmérőjű, referencia ugyanígy a véna. Kisszámú, 63 mikronnál kisebb drusen („kemény" drusen) nem tekintendő az AMD részjelenségének (Bird 95, Sharks 1999).

Osztályozás szempontjai előrehaladott AMD (AREDS 4. kategória) esetében

Centrumot elérő geografikus atrófia

Ilyen esetekben a centrális látás károsodott. Érdemi látásjavító kezelés nem lehetséges, fontos azonban annak ismerete, hogy ezeken a szemeken is kialakulhat még érújdonképződés, mely a látást tovább ronthatja. Ha mindkét szemen centrumot elérő geografikus atrófiát találunk, CNV kialakulásának kockázata viszonylag alacsony (2 év alatt 2%, 4 év alatt 11%). Ha az egyik szemen neovaszkularis AMD, a másikon geografikus atrófia van, az atrófiás szemen a nedves forma kialakulásának esélye 2 év alatt 18%, 4 év alatt 34% (Suness 1999).

Neovaszkuláris AMD

A neovaszkuláris („nedves") AMD-t klinikailag és angiográfiásan a következő jelenségek jellemezhetik

- Chorioideális érújdonképződés az angiográfián
- A neuroretina vagy a pigmentepithelium szerózus vagy vérzéses leválása
- Szubretinális vagy szub-RPE érproliferáció
- Fibrovaszkuláris (gyakran kerek, disciform) heg

A nedves AMD osztályozása gyakorlati szempontú. Legfontosabb szempontja a különböző terápiás beavatkozásokra adott eltérő válasz, ami az egyes terápiás lehetőségek indikációit is meghatározza.

Az egyes alcsoportok természetes lefolyását és a kérdéses terápiától remélhető eredményeket prospektív, randomizált, placebo kontrollált vizsgálatokból ismerjük. (MPS 1982-94, TAP 1999-2002, VIP 2001, Gragoudas (VISION) 2004, Brown (ANCHOR) 2006, Rosenfeld (MARINA) 2006).

Az osztályozás kulcsa a fluorescein angiográfia. Az angiográfia értékelésének elveit az egyes klinikai vizsgálatokkal kapcsolatban részletesen közölték (MPS 1991b, TAP&VIP 2003) és az alapelvekkel és nómenklatúrával kapcsolatosan nemzetközi konszenzus van. Exszudatív makuladegenercióval kapcsolatos bármilyen terápiás döntés meghozásához megfelelő minőségű fluorescein angiográfiás felvételek és az angiográfiás fogalmaknak mélyreható ismerete szükséges. A betegség lefolyásával és állapotával kapcsolatban egyéb vizsgálóeljárások segítségével további hasznos információkhoz lehet jutni (indocyanine- zöld angiográfia, Optikai Koherencia Tomográfia), de a terápiás döntéseinket alapvetően a fluorescein angiográfia határozza meg (Chakravarthy 2006). Az optikai koherencia tomográfia elterjedésével jelentőségének növekedése várható, az anti-VEGF terápiák esetében az újrakezelés szükségességének elbírálásában ma már jelentős szerepe van (Fung 2007, Krebs 2005).

Az osztályozás a szemfenéki neovaszkuláris lézió eltérő angiográfiás jellegzetességekkel bíró komponenseinek (okkult vagy klasszikus CNV) jelenlétén, ezek egymáshoz és a foveához való viszonyán, a társult vérzés és az egyéb eltérések méretén alapul.

1. A foveához való viszony szempontjából a neovaszkuláris léziókat 3 csoportra osztották (MPS 1982, 1991b). A három csoport jelentősen eltérően reagál a lézer fotokoagulációra (a lézerkezelés látáskárosító hatása szempontjából), ez meg is határozza a lézer fotokoaguláció indikációját:

- Extrafoveális: A CNV bármely részlete 200 mikronra vagy annál távolabb van a fovea közepétől
- Juxtafoveális: A CNV foveához legközelebbi pontja attól 1-199 mikron távolságra van
- Szubfoveális: A CNV a foveola alá terjed.

2. A méret megítélésénél a papilla területe (disc area, MPS) tekintendő referenciának. (Vigyázni kell arra, hogy a gyakran használt „két papillányi" kifejezést használhatjuk távolság és terület jelölésére is; egy-két papilla átmérőjű kerek lézió területe 4 papillányi, 3 papilla átmérőjűé 9 papilla területnyi!) A mai korszerű digitális funduskamerákon az ennek megítéléséhez szükséges planimetriás lehetőség általában megvan. A méretnek az egyes kezelésektől várható terápiás eredmény és az indikáció felállítása szempontjából is jelentősége lehet (PDT).

3. Az érújdonképződés angiográfiás jellegének (okkult vagy klasszikus típusú CNV) mind az eltérő természetes lefolyás, mind pedig az egyes terápiákra (PDT) adott eltérő válasz miatt van jelentősége.

4. A neovaszkuláris lézió egyéb komponenseinek (vérzés, hegek, pigmentepithel leválás, stb.) megléte vagy azok mérete az egyes beavatkozásokat kontraindikálhatja.

A neovaszkuláris lézió egyes komponenseinek definíciója a megfelelő tanulmányokban (MPS 1991b, TAP&VIP 2003) található.

Az MPS klasszifikáción túl további klinikai entitások különíthetőek el (polypoid chorioiditátia (Ciardella 2004), retinális angiomatózus proliferáció (Yanuzzi 2001). Ezek első megfigyelésében kiemelt szerepe volt az indocyanine- zöld angiográfiának. Pontos jelentőségük és a terápiákra való esetleges eltérő válaszuk tisztázást igényel.

Pigmentepithel leválások

Külön említenünk kell a pigmentepithel leválásokat definíciós kérdések és terápiás problémák miatt is.

Szövettanilag pigmentepithel leválásnak tekintendő minden olyan jelenség, amikor az RPE a Bruch membrántól körülírtan előemelkedik a két réteg között lévő bármilyen anyag miatt (szerózus folyadék, vér, neovaszkularis szövet vagy a drusenek eosinofil anyaga).

- Pigmentepithel leválás chorioretinopathia centralis serosában

Természetesen nem tekintjük AMD részjelenségének a chorioretinopathia centralis serosában megfigyelhető kisebb- nagyobb méretű szerózus pigmentpithel leválásokat, melyek mind biomikroszkópiával mind pedig fluorecsein angiográfiával vagy OCT-vel jól ábrázolhatóak (Kérényi 2000, Pregun 2004).

- Vaszkularizált pigmentepithelium

Az AMD angiográfiás terminológiájában az okkult CNV egyik fajtája a „vaszkularizált pigmentepithelium", melynek esetében a pigmentepithel és a Bruch membrán között neovaszkularis szövet van. Célszerű ezt a biomikroszkóposan is megfigyelhető jelenséget a funduskép leírásában „az RPE körülírt megvastagodása" névvel jelölni, az angiográfián pedig az MPS terminológia szerinti „vaszkularizált pigmentepithelium" (= okkult CNV) elnevezés használata javasolt.

- Szerózus pigmentepithel leválás

A pigmentepithel leválás alatti szerózus folyadékgyülem esetén a pigmentepithel szerózus leválása kifejezés lenne célszerű, az angolszász szakirodalom ezt illeti „pigment epithel detachment" (PED) kifejezéssel. Az esetek egy részében ez együtt jár angiográfiával detektálható szubretinális érújdonképződéssel, azonban egyes esetekben a folyadék forrása (feltételezhető a hyperpermeábilitás) alapos fluorescein vagy ICG angiográfiával sem deríthető fel (avaszkularis PED).

- Druseniod pigmentepithel leválás

Amennyiben nagyméretű drusenek konfluálnak, kialakulhat akár papillánál is nagyobb területű, un. drusenoid pigmentepithel leválás. Ezeket vérzés, exszudatum vagy szubretinális (a receptorréteg és a pigmentepithel közötti) folyadékgyülem nem kíséri. Szélük általában nem olyan éles, mint a szerózus pigmentepithel leválásoké, a kettő között éles határvonalat húzni azonban nem mindig lehet.

A drusenoid pigmentepithel leválások elvben sokáig stabilak lehetnek, azonban mindenképpen a látásromlás szempontjából magas kockázatú intermedier AMD (AREDS 3) csoporba tartoznak, gyakori tehát az érújdonképződés (vagy a geografikus atrófia) kialakulása.

Az OCT technológia elterjedésével a pigmentepithel leválás detektálása lényegesen könnyebbé vált, fontos azonban a megfelelő terminológia használata. Nagyobb méretű drusenek az OCT metszeten pigmentepithel leválásként ábrázolódnak, a leírásokban vagy a leírások értelmezésénél ezt szem előtt kell tartani.

A pigmentepithel leválások prognózisa és kezelése

A vaszkularizált pigmentepitheliumot mint okkult CNV-t kell tekinteni, és annak megfelelően kell kezelni.

Szerózus pigmentepithel leválások természetes lefolyása kedvezőtlen: bár a szemek akár néhány évig is aránylag jó látásélességet megőrizhetnek, hosszú távon a folyadék felszívódása után geografikus atrófia marad vissza, más esetekben pedig szubretinális érújdonképződés lesz nyilvánvaló annak minden következményével. A pigmentepithel leválások spontán, lézer fotokoaguláció vagy PDT hatására megrepedhetnek, ez foveális érintettség esetén rapid és irreverzibilis látásromlással jár. A PED lézer kezelése nem hozott a természetes lefolyásnál kedvezőbb eredményt (Retinal pigment… 1982, Barandones 1992). A fotodinámiás kezelés szigorú feltételei általában nem teljesülnek (feltétel , hogy a teljes lézió több mint 50%-a okkult vagy klasszikus CNV legyen és az PED esetén nagyon ritkán teljesül). Összességében, a pigmentepithel szerózus leválásai esetén megfelelően bizonyítottan előnyös terápia nem áll rendelkezésre (Chakravarthy 2006).

<u>A kockázatok elemzése</u>

A beteget fenyegető kockázat elemzésénél a betegség előrehaladott formáiban (AREDS 4) a várható további látásromlás kockázatát és a különböző kezelésekre várható választ kell értékelni az angiográfiás jellegzetességek alapján. Az ennél enyhébb állapotokban (AMD szempontjából egészséges szemek, enyhe és intremedier AMD (AREDS 1-3)) a látást közvetlenül fenyegető formák (AREDS 4) kialakulásának kockázatát kell mérlegelni.

A várható természetes lefolyás a betegség nedves formáiban igen súlyos: klasszikus érújdonképződés esetén 5 év alatt a kezeletlen esetek 60% szenved el súlyos (legalább 6 soros) látásromlást, az MPS vizsgálatba be nem vonható

esetekben (tisztán okkult és nem jól definiálható kevert CNV-k) esetén a súlyos látásrolás 2-3 év alatt 40%-ban várható (AAO2008). (2. táblázat)

AREDS kategória	alcsoport	Kockázat látást közvetlenül fenyegető forma (ARDS 4) kialakulására	Jelentős további látásromlás kockázata
Nincs AMD (AREDS 1)		Igen alacsony	
Enyhe AMD (AREDS 2)		1,3% (5év)	
Intermedier AMD AREDS 3)		18% (5 év)	
	Nagy drusen csak az egyik szemen	6,3% (5 év)	
	Nagy drusen mindkét szemen	26% (5 év)	
	GA vagy CNV a másik szemen	43% (5 év)	
Előrehaladott AMD (AREDS 4)	GA mindkét szemen	CNV kialakulása valamelyik szemen: 11% (4 év)	Friss esetek, 3 soros további látásromlás CNV nélkül: 50% (2 év)
	egyik szemen GA, másikon nedves AMD	CNV kialakulása a GA-s szemen: 34% (4 év)	
	Extrafoveális CNV		Súlyos (6 sor) látásromlás 5 év alatt: 62%
	Juxtafoveális CNV		Súlyos (6 sor) látásromlás 5 év alatt: 61%
	Szubfoveális CNV		3 soros látásromlás: 59-67% (2év) 6 soros látásromlás: 26-47% (2 év)
	Okkult CNV általában		40% (2-3 év)

2. táblázat: Kockázatok az egyes alcsoportokban

A kezelések eredményességének mérése

A betegek látása számos szempontból értékelhető. A nemzetközi gyakorlatban a látás változásának megítélésére a legjobb korrigált távoli látásélességet használják, szabványos ETDRS olvasótáblán mérve. Mérsékelt látásromlásnak a látásélesség 3 soros vagy azt meghaladó romlását tekintik, ez a beteg diszkriminációs látószögének megduplázódását jelenti. Súlyos látásromlásnak a hat soros vagy azt meghaladó változást tekintik, ez a diszkriminációs látószög megnégyszereződése. Fontos tudnunk, hogy a 3, illetve 6 soros látásromlást a hazánkban általánosan használt Kettessy- féle olvasótáblán számítva hibás, vagy legalábbis az irodalmi adatokkal össze nem hasonlítható adatokat kapunk. Megoldás lehet logaritmikus léptékű ETDRS tábla használata vagy az ilyen jellegű számításokhoz a Kettessy-féle (vagy bármely más) táblán mért decimális látásélesség átszámítása logMAR értékre, ennek 0,1-es változása felel meg egy sor változásnak (Ferris 1982).

Tudományos szempontból stabilnak a látásélességet akkor szokás tekinteni, ha a látásélesség változása (javulása vagy romlása) 3 soron belül marad, javulásnak a 3 ETDRS soros vagy azt meghaladó javulást nevezzük. (Természetesen, a mindennapi gyakorlatban a betegek jogosan érezhetik drámai látásromlásnak a 2 soros látásélesség csökkenést vagy jelentős javulásnak a két soros javulást is, de a fentieket a tudományos vizsgálatok olvasásakor, értelmezésekor figyelembe kell venni.)

A korrigált távoli látásélesség mellett számos további paraméternek jelentősége lehet a betegek állapotának és az egyes terápiák értékének megítélésében, ilyenek például a közeli látásélesség, az olvasási sebesség, a kontrasztérzékenység, az életminőség vagy a kezelések költséghatékonysága (Rein 2006, Coleman 2008, Seres 2006).

Az egyes terápiás lehetőségek eredményeinek összehasonlítását nehezíti, hogy bár az ETDRS látóélesség- tábla használata a kutatásokban általános, az egyes vizsgálatok között jelentős különbség lehet a beválasztási

kritériumokban, az eltérő kiindulási látásélességben, a követési idő hosszában vagy például a megengedett más kezelésekben. Ez magyarázza azt a különbséget, ami a klinikai vizsgálatokban természetes lefolyást mutató megtestesítő kontroll (placebo) csoportok eredményei között van. Példa: fotodinámiás kezelés hatásosságát vizsgáló TAP tanulmányban 0,1- 0,5 látásélességű predomináns módon klasszikus CNV-jű betegeket vizsgáltak (TAP 1999, 2001), míg a pegaptanib hatását vizsgáló VISION vizsgálatban a beválogatás látásélesség korlátja két sorral alacsonyabb látásélességet (20/320 = 0,0625) is megengedett (Gragoudas 2004). Ez az alsó látásélesség- korlát közel esik a betegség természetes lefolyása alapján várható látásélességhez. Ilyen alacsony alsó korlát esetén az ehhez közeli szemek már nemigen romlanak a legjobb távoli látásélesség szempontjából, nehezen elképzelhető a 6 sort meghaladó látásromlás is, ennek arányát (és a 3 soros látásromlás arányát is) a vizsgálat alulbecsüli. Az összehasonlítást ebben az esetben az is nehezíti, hogy a VISION vizsgálatban az akkor már törzskönyvezett fotodinámiás kezelés alkalmazása megengedett volt a vizsgálat során, így az eredményt ez mind a placebo csoportban, mind pedig a pegaptanib kezelt csoportokban befolyásolhatta, ily a kezelési eredmény ilyen szempontból pegaptanib- Visudyne PDT kombinált kezelésnek eredményének is tekinthető.

Összefoglalva: irányelv szintjén az egyes kezelések hatásosságáról csak önmagukban, az azokkal foglalkozó klinikai vizsgálatok eredményei alapján az azokban használt kontroll csoportokhoz képest lehet nyilatkozni. Két terápia egymáshoz képest várható hatásossága és köztük „erősorrend" felállítása csak akkor lehetséges, ha azokat egyazon klinikai vizsgálatban „fej fej mellett" hasonlították össze (ilyen például az ANCHOR vizsgálat a PDT és a ranibizumab összehasonlítására (Brown 2006, a ranibizumab éa a ranibizumab + PDT összehasonlítás vagy a ranibizumab és a bevacizumab hatását összehasonlító, e sorok írásakor folyamatban lévő vizsgálat (NEI-CATT).

II. Diagnózis

Diagnosztika

A betegek vizsgálata során a következő kérdéseket kell megválaszolnunk:

- Van-e a betegnek AMD-je?
  - Diagnosztikai kétely esetén fluorescein angiográfia lehet szükséges (a beteg panaszai vagy bizonytalan eredetű, exszudatív AMD-re utaló szemfenéki jelek esetén). Nem tisztázott eredetű vérzés, exszudatumok, oedema, szubretinális folyadék, cystoid makula oedema esetén az angiográfia vagy OCT vizsgálat lehet szükséges diabeteszes retinopathia, makularis vénaágelzáródás, juxtafoveális telangiektázia stb. elkülönítésére.)
- Van-e „nedves" AMD (Fenyeget-e jelenleg közvetlenül látásromlás?)
  - Nem: száraz AMD áll fenn. Eldöntendő, hogy a látásromlás kockázata szempontjából a beteg melyik kockázati csoportba esik (korai vagy intermedier AMD, AREDS 2-3), ez alapján eldönthető az esetlegesen szükséges táplálékkiegészítő terápia. Ezt a szemfenékvizsgálat alapján kell eldönteni, fluorescein angiográfia ehhez nem szükséges.

    Geografikus atrófia esetén mind a további sorvadás, mind pedig érújdonképződés kialakulása miatti további látásromlásnak jelentős kockázata van. Megfelelő vitamin / táplálékkiegészítő szedése megfontolandó.
  - Igen: Nedves AMD szemfenéki jelei láthatóak. Fluorescein angiográfiát kell végezni, hogy a neovaszkuláris lézió jellegzetességei alapján
    - Becsülni tudjuk a várható természetes lefolyást
    - Ki tudjuk választani a beteg számára esetleg felmerülő optimális kezelési stratégiát
      - Jól körülhatárolt extrafoveális lézió fluorescein angiográfián: Sürgősen lézer fotokoagulációt kell végezni. Ezt követően a beteg szoros kontrollja szükséges az esetleges recidíva megfelelő időben való észlelése céljából. Nem ismeretes olyan kontrollált vizsgálati eredmény, mely ilyen esetekben az anti-VEGF terápia elsőbbségét igazolná.
      - A neovaszkuláris lézió szubfoveálisan (juxtafoveálisan) terjed, vagy nem jól körülhatárolt: Meg kell vizsgálni, hogy a beteg anti- VEGF kezeléstől vagy fotodinámiás kezeléstől előnyt élvezhet-e?

Ne végezzünk fluorescein angiográfiát, ha

- A diagnózis a szemfenéki kép alapján egyértelmű és nyilvánvaló, hogy az angiográfiának nincs terápiás következménye (biztosan alkalmatlan minden rendelkezésre álló kezelési lehetőségre, pl. régi disciformis heg gyenge látásélességgel)
- Biztosak vagyunk a további terápia szükségességében, de azt nem tudjuk végezni: továbbküldés esetén a fogadó centrumok friss, saját készítésű fluorescein angiográfiát preferálhatnak és az angiográfiát valószínűleg megismétlik. (Kivétel lehet: angiográfiás felvételsorozat elküldhető a friss, teljes, jó minőségű nagy felbontású digitális képeken, pl. CD-n. Célszerű ezt a fogadó intézettel előre egyezteni, hogy a beteget ne tegyük ki a felesleges ismételt angiográfiás procedúra kockázatainak)

Alapvető vizsgálati technikák

Szemfenék vizsgálat

A betegség alapjelenségeinek felderítésére szolgál, melyek a következők: Vérzés, exszudátumok, pigmentepithel eltérések és atrófiás területek, a neuroretina szerózus leválása (szubretinális folyadék), pigmentepithel megvastagodás, pigmentepithel leválás. Az utóbbi 3 eltérés csak sztereó képben végzett vizsgálattal érzékelhető, ezek jelenléte egyenes szemtükri vizsgálattal nem bírálható el felelős módon. Lehetséges jó megoldás kontakt üveggel vagy non- kontakt lencsével (pl. 90D) végzett réslámpás biomikroszkópia.

Fluorescein angiográfia

Az angiográfiás jelenségek MPS klasszifkációja 30 fokos látószöggel készített sztereó angiográfiás felvételeken alapul (MPS 1991b). Mono képben az ott definiált és általánosan elfogadott fogalmak egy része biztonsággal nem értelmezhető, így elvileg nem nyilatkozhatunk felelősen az okkult membránokról és az esetlegesen blokkoló vérzés vastagságáról.

A sztereó angiográfia minden funduskamerával elvégezhető, gyorsan megtanulható és digitális kamerák esetén lényeges többletköltséget sem jelent.

Az angiográfiák megfelelő értékelése nehéz és a nómenklatúra beható ismeretét feltételezi. Az értékelés nehézségét reprodukálhatóságának viszonylag alacsony volta jelzi (Kaiser 2002).

Optikai Koherencia Tomográfia (OCT)

Az OCT ma a retina vizsgálatának alapvető eszközévé vált. Különleges lehetőséget ad a szubretinális folyadék és a retina valódi ödémájának megfigyelésére és a retina keresztmetszeti szerkezetének ábrázolására. Az anti-VEGF kezelések hatásának követésére kiválóan alkalmas (McDonald 2007, Kaiser 2007), segítséget nyújt az újrakezelések szükségességének elbírálásában is (Fung 2007, Krebs 2005).

Fundus autofluorescencia

A szemfenéki autofluorescencia jelensége régóta ismert, az időskori makula degeneráció diagnosztikájában hasznosítható minőségű felvételek azonban csak a korszerű digitális kamerákkal és a pásztázó lézeres készülékek segítségével készíthetőek. Jelentősége a sorvadásos foylamatok kiterjedésének és foveához való viszonyának tisztázásában és a progresszió megítélésében lehet (vonRückmann 1997, Fleckenstein 2010).

III. Terápia

Terápiás lehetőségek

Az elmúlt 30 évben lefolytatott epidemiológiai és egyes terápiák hatását vizsgáló randomizált klinikai vizsgálatok igen fontos adatokat szolgáltattak a betegség természetes lefolyásával és a kezelések hatásosságával kapcsolatban (Leibovitz 1980, AREDS 2001, TAP 1999-2002, VIP 2001, Gragoudas 2004, Brown 2006, Rosenfeld 2006). A terápiás lehetőségeket és a gondozás elveit a 3. táblázat foglalja össze.

Terápia	Indikáció	Követés rendje
Obszerváció: (lézeres, műtéti vagy gyógyszeres kezelés nem szükséges) [A:I]	▪ Nincs az AMD-nek klinikai jele (AREDS 1.) ▪ Korai AMD (AREDS 2.) ▪ Előrehaladott AMD: kétoldali geografikus atrófia vagy disciform heg	Mint bármely más egészséges felnőttnél [A:III] Fundusfotó vagy fluorescein angiográfia nem szükséges [A:I]
Antioxidáns terápia az AREDS-ben leírtaknak megfelelően [A:I]	▪ Intermedier AMD (AREDS 3.) ▪ Előrehaladott AMD (AREDS 4) a másik szemen	▪ Rendszeres monokuláris önellenőrzés (Amsler rács) [A:III] ▪ Panaszmentes esetben ellenőrzés 6- 24 havonta, panasz esetén azonnal ellenőrzés[A:III] ▪ Fluorescein angiográfia CNV gyanúja esetén
Lézer fotokoaguláció (MPS) [A:I]	▪ Extrafoveális klasszikus CNV ▪ Juxtafoveális klasszikus CNV	▪ Kontroll fluorescein angiográfia a lézer fotokoaguláció után 2-4 héttel, majd 4-6 héttel később az eredménytől függően [A:III] ▪ Újrakezelés szükség szerint ▪ Rendszeres monokuláris önellenőrzés (Amsler rács) [A:III]
Ranibizumab intravitreális injekció [A:I]	• szubfoveális CNV	▪ 4 hetente szemészeti vizsgálat és újrakezelés [A:III] ▪ endophthalmitis vagy látóhártyaleválás gyanújelei esetén azonnal kontroll [A:III] ▪ Rendszeres monokuláris önellenőrzés (Amsler rács) [A:III]
Fotodinámiás kezelés verteporfinnal (TAP, VIP) [A:I]	▪ Szubfoveális CNV, amennyiben a CNV a teljes lézió legalább 50%-át kiteszi és az érújdonképződéses rész legalább 50%-a klasszikus típusú (predomináns módon klasszikus CNV)	▪ 3 havonta fluorescein angiográfia az újrakezelés szükségességének elbírálására [A:III] ▪ Rendszeres monokuláris önellenőrzés (Amsler rács) [A:III]
Pegaptanib intravitreális injekció [A:I]	12 papilla területnél kisebb szubfoveális CNV, amennyiben ▪ predomináns módon klasszikus CNV ▪ kisebb részben klasszikus vagy tisztán okkult CNV, ha a szubretiális vérzés a teljes lézió kevesebb, mint 50%-a és ▪ vérzés, lipid exszudátum jelenléte vagy az elmúlt 12 hétben a látásélesség legalább 3 soros romlása	▪ 6 hetente szemészeti vizsgálat és újrakezelés [A:III] ▪ endophthalmitis vagy látóhártyaleválás gyanújelei esetén azonnal kontroll [A:III] ▪ Rendszeres monokuláris önellenőrzés (Amsler rács) [A:III]

3. táblázat: Terápiás lehetőségek összefoglalása és a gondozás rendje (Az AAO módszertani levele alapján, módosítva). Az evidenciaszintek jelölése az AAO ajánlása alapján (AAO 2008), részletes magyarázat a szöveg végén található.

A betegség megelőzése

Epidemiológiai vizsgálatokból tudjuk, hogy a betegség incidenciája alapvetően alacsony, ezt legjobban az életkor határozza meg (ez értelemszerűen nem befolyásolható, mint rizikófaktor). További (nem befolyásolható) rizikótényező a rassz (fehér bőrszín esetén a betegség gyakoribb). A legfontosabb befolyásolható (és befolyásolandó) rizikófaktor a dohányzás. (AREDS 2005). Nincs olyan tudományos adat, mely a (szemfenék szempontjából) egészséges populáció esetén bármilyen preventív terápia hatását ilyen alacsony incidencia mellett tudományosan alátámasztaná. Ennek megfelelően ép (makula degeneráció jelenségeitől mentes) szemfenék esetén aktív primer preventív kezelés (a dohányzás mellőzésén túl) nem szükséges.

Vitaminok, táplálékkiegészítők

Régóta gyanítják, hogy antioxidáns vitaminoknak és nyomelemeknek előnyös hatása lehet időskori makula degeneráció egyes formáiban. Ezzel kapcsolatosan a legfontosabb gyakorlati tudományos ismeretet az AREDS vizsgálat nyújtja (AREDS 2001), melyben 4757 beteget kezeltek faktoriális randomizáció szerint antioxidáns vitaminokkal, cinkkel, az utóbbi kettő kombinációjával vagy placeboval. A követési idő 6 év volt. Amellett, hogy alapvető fontosságú tudás birtokába jutottunk az egyes állapotok természetes lefolyásával kapcsolatban (lásd előbb), igazolódott, hogy a magas kockázatú állapotokban (AREDS 3) az antioxidáns vitaminok és a cink együttes adása az exszudatív formák kialakulásának és a látásromlásnak a kockázatát jelentős mértékben csökkentette. A kétféle kezelés kombinációja hatásosabb volt, mit azok külön- külön.

Ennek megfelelően:

- Egészséges szemfenék vagy csak kisszámú apró drusen esetén a látásromlással fenyegető formák kialakulásának kockázata igen alacsony, kezelés nem szükséges (valójában ez nem is tekintendő AMD-nek, AREDS 1. kategória)
- Enyhe AMD (AREDS 2. kategória) esetén (kis és közepes drusenek, enyhe pigmentepithel eltérésekkel vagy anélkül) esetén a látásromlással fenyegető előrehaladott AMD kialakulásának 5 éves rizikója 1,3%. Ilyen alacsony kockázat esetén a vitamin supplementáció előnyös hatását igazolni nem lehet, adásuk szükségtelen.
- Közepesen súlyos (intermedier, AREDS 3. kategória) AMD esetén a betegeknek nagyszámú közepes méretű drusen vagy legalább 1 nagy (>125micron) drusen látható a fundusukon. Amennyiben a nagy drusen csak az egyik szemen figyelhető meg, a látásromlással fenyegető formák kialakulásának 5 éves veszélyét 6,3%-nak, mindkét szemen nagy drusenek esetén ezt a kockázatot 26%-nak találták. Ezekben az esetekben antioxidáns hatású vitaminok és cink szedését a vizsgálatban alkalmazott dózisban kifejezetten előnyösnek találták a látásromlás kockázatnak csökkentésére. Ezekben az állapotokban tehát antioxidáns vitaminok és cink szedése javallt, az AREDS vizsgálatban leírtaknak megfelelően.
- Amennyiben a beteg egyik szemén már kialakult a betegség látásromlást okozó formája (érújdonképződéses forma vagy geografikus atrófia), a másik szemen a látásromlást okozó formák kialakulásának 5 éves valószínűsége igen magas, 43%. A megfelelő összetételű vitamin- cink kombináció adásától a rizikó jelentős csökkenését tapasztalták.

Előrehaladott AMD (AREDS 4, neovaszkularis formák és geografikus atrófia) eseteit az AREDS tanulmány nem vizsgálta. Megbízható tudományos adat nem utal arra, hogy ezeknek a táplálékkiegészítőknek az előrehaladott állapotokra előnyös hatása lenne.

Milyen vitamint adjunk?

Hazánkban számos kombinált vitaminkészítmény kapható, melyek összetétele legtöbb esetben igen jelentősen eltér az AREDS vizsgálat által ajánlott kombinációtól. Két termék kivételével az összetétel és a hatóanyagtartalom a Centrum tabletta összetételéhez hasonló. Ennek jelentősége azért van, mert az AREDS tanulmány minden betegének megengedték, hogy függetlenül attól, hogy milyen kísérleti szert (Vitamint, cinket, ezek kombinációját vagy placebót) kap, szedje a Centrum-ot (Whitehall- Robbins Healthcare, USA), és a betegek 2/3-a élt is ezzel a lehetőséggel. A statisztikai vizsgálat során az AREDS –ben az eredményeket teljesen függetlennek találták attól, hogy a beteg szedte-e a Centrum-ot, ez alapján azt a következtetés vonható le, hogy a Centrum (és így az ahhoz hasonló hatóanyagtartalmú szerek) nincsenek érdemi, az AREDS vitaminkombinációhoz hasonló befolyással a betegség menetére. Néhány hazánkban kapható vitaminkombináció összetételét a 4. táblázat tartalmaza:

	AREDS	Trophosan Visiobalance	Ocuvite PreserVision	Centrum A-Z	Vitalux plus 6	Ocuvite Lutein	Béres Szemerő
C-vitamin	500mg	500 mg (100%)	452 mg (90%)	60 mg (12%)	60 mg (12%)	60mg (12%)	60 mg (12%)
E vitamin	400 IU	400 IU (100%)	400 IU (100%)	30 IU (7,5%)	30 mg (30 IU) (7,5%)	8,4 mg 8,4 IU (2,1%)	10 mg (cca 10 IU) (2,5%)
beta carotin	15mg	7,5 mg (50%)	15 mg (100%)	1,8 mg (12%)	0	0	2,4 mg (16%)
Cink (oxid)	80mg	80 (100%)	70 mg (87%)	15 mg (19%)	10 mg (12,5%)	5 mg (6,3%)	7,5 mg (9,4%)
Réz (oxid)	2 mg	2mg (100%)	1,6 mg (80%)	2 mg (100%)	0,25 mg (12,5%)	2 mg (100%)	0,7 mg (35%)

Lutein		6 mg			6 mg	6 mg	3 mg
Zeaxantin						0,52 mg	1,23 mg

IU: nemzetközi egység (International Unit)
1 IU E vitamin = 1 mg;
1 IU A vitamin = 0,3 μg retinol vagy 0,6μg β-karotin (Tímár 2001)

4. táblázat: A AREDS vitaminkészítmény és néhány hazánkban kapható kombinált vitaminkészítmény összehasonlítása (napi adagok, zárójelben a hatóanyag tartalom a referenciának tekintett AREDS hatóanyag százalékában)

Fontos tudni továbbá, hogy az AREDS formula nagy dózisban tartalmaz β-karotin-t, ami dohányosokon a tüdőrák kialakulásának kockázatát és a mortalitást növeli (The alpha-tocopherol…. 1994, Omenn 1996,). Az E vitamin napi 400 IU-nál nagyobb mennyiségű fogyasztásának biztonságosságával kapcsolatban szintén aggályok merültek fel (Miller 2005). Ennek megfelelően dohányosoknak nem javasolt a β-karotin szedése és az AREDS jellegű vitaminokat nem szabad más vitaminkészítményekkel kombinálni. Egyes országokban a dohányosoknak külön részükre kifejlesztett, β-karotin-t nem tartalmazó, de minden más paraméterében az AREDS-nek megfelelő vitamint is forgalmaznak.
A lutein és a zeaxanthin a makula xanthophyl fontos alkotóeleme. Egyes kutatások arra utalnak, hogy magasabb szintjük védő hatású lehet a makuladegenerációval szemben. Olyan nagyszabású és direkt klinikai végpontú vizsgálat, mely lutein és a zeaxanthin protektív hatását az AREDS vizsgálathoz hasonlóan bizonyítaná, nem ismeretes. A jelenleg rendelkezésre álló tudományos információk alapján előnyös hatásuk nem igazolt (Trumbo 2006). Pontos klinikai értékük meghatározásához további kutatások szükségesek (Ahmed 2005). Az ezzel foglalkozó nagyszabású klinikai vizsgálat folyamatban van (AREDS 2), az első eredmények 2013-ban várhatóak. (Chew 2007).

MPS-szerinti lézer kezelés
Az argon (vagy krypton) lézer fotokuaguláció előnyös hatását az MPS (Macular Photocoagulation Study) vizsgálatai igazolták (MPS 1982-1994). Manapság, fotodinámiás kezelés és anti- VEGF szerek birtokában szubfoveális és juxtafveális CNV esetében már nem végezzük, jól körülírt, extrafoveális esetekben azonban lézer kezelést kell végezni (Chakravarthy 2006). Ezt azért fontos hangsúlyozni, mert a sikeres lézer kezelés után, ha nem alakul ki szubfoveális recidíva, a betegség extrafoveálisan marad és a betegeket az extrafoveális a lézer által okozott scotoma csak csekély mértékben zavarja. A PDT és a pegaptanib kezelés nem képes a CNV növekedését megállítani (TAP 2001 és Gragoduas 2004), így ilyen kezelések után extrafoveális- juxtafoveális CNV esetén hosszú távon szubfoveális terjedéstől kell tartani.
A lézer fotokoagulációhoz használható különböző lézerhullámhosszok között extrafoveális esetekben terápiás szempontból lényeges különbség nincs, alkalmazható az argon lézer mellett krypton, frekveniakettőzött Neodínuim-YAG vagy infravörös dióda lézer is.
A lézer kezelést helyi, szemcseppes érzéstelenítésben, kontakt biomikroszkópiás lencsével, 72 óránál nem régebbi angiográfia alapján kell elvégezni (MPS 1982, AAO 2008). A kezelés során a teljes neovaszkuláris léziót konfluens módon koagulálni kell. Tekintettel a gyakori recidívára, a betegeket gyakran ellenőrizni kell, extrafoveális recidíva esetén további lézer kezelés, szubfoveális (juxtafoveális) terjedés esetén PDT vagy anti-VEGF terápia végzendő, ha annak indikációs feltételei teljesülnek.

Jól körülhatárolt extrafoveális CNV

Ilyen esetekben kezelés nélkül 5 év alatt a betegek 62%-a szenved el jelentős látásromlást. Az extrafoveális lézer fotokoagulációval ez a veszély 48 %-ra csökkenthető, minden ilyen esetben lézer fotokoagulációt kell végezni (MPS 1982, 1991). Sajnos a recidívaarány magas (5 éves követésnél hónapban 54 %), emiatt a betegek szoros kontrollja, gondozása elengedhetetlen. A recidívák mind az extrafoveális, mind pedig a juxtafoveálisan kezelt csoportban általában (90%) a heg fovea felőli részén jelentkeznek. (MPS 1991a,1994a)

Juxtafoveális, jól körülhatárolt CNV

Ilyen esetekben a lézerrel kezelt és a kezeletlen betegek látásromlás kockázata között csak abban az alcsoportban volt kimutatható szignifikáns különbség, akik nem szenvedtek kardiovaszkuláris betegségben (MPS 1994a). Hosszú távú követésnél (5 év) a terápiás eredményt jelentősen rontotta az igen nagyszámú recidíva vagy perzisztencia (80%). A csekély terápiás előny és a magas recidívaarány miatt ezekben az esetekben ma már leggyakrabban VEGF gátló vagy fotodinámiás kezelést végzünk.

Subfoveálisan terjedő CNV

A fovea lézeres kezelése a beteg látásélességének azonnali csökkenését okozza. Az MPS vizsgálatban ennek ellenére hosszú távon azok a betegek jobban jártak, akiknél a kezelt terület 2 papilla területnél kisebb volt (MPS 1994b). Tekintettel az azonnali, az orvosi beavatkozás közvetlen következményeképp elszenvedett látásromlásra, ezekben az esetekben azonnali látásromlást nem okozó beavatkozásokat kell választani (VEGF gátlók, fotodinámiás kezelés).

Fotodinámiás kezelés

A fotodinámiás kezelés lényege a retinán belül szelektív fototrombózis létrehozása (Miller 1999). Ez úgy lehetséges, hogy a vénásan beadott verteporfin festék szelektív módon feldúsul a CNV-ben, és a megfelelő hullámhosszú és megfelelően dozírozott lézerbesugrzás hatására a CNV elzáródik a környező retina és chorioidea érhálózat minimális károsodása mellett.

A verteporfinnal végzett fotodinámiás kezelés hatásosságát és biztonságosságát a TAP és a VIP vizsgálatok igazolták (TAP 1999, 2001, VIP 2001) ezeket a hazai tapasztalatok alátámasztják (Seres 2003, 2005). Legjelentősebb hatás a „predomináns módon klasszikus" érújdonképződések esetén észlelhető, a törzskönyvet nemrégiben ennek megfelelően módosították. (Visudyne alkalmazási előirat, EMEA).

A PDT kezelés után igen gyakori a CNV recidívája, a kezelést 3 havonta ismételni lehet. A kezelés ismétléséről fluorescein angiográfia alapján kell dönteni, festékszivárgás esetén újbóli kezelés végzendő. A szigorú újrakezelési protokolltól való eltérés a kezelés végeredményt rontja és a betegek látásának megóvását veszélyezteti (Seres 2005).

Kísérletek történtek az eredeti szigorú protokoll módosítására (gyakoribb kezelés, más infúziós és lézer paraméterek). Eddig egyik módosító javaslat előnyös hatását sem sikerült igazolni. Vizsgálatok folynak a PDT más gyógymódokkal való kombinációjával is. A kombinációs kezeléstől jobb terápiás választ (akár látásjavulást) és a szükséges újrakezelések számának csökkenését remélik (Spaide 2005, Augustin 2006 a, b). A fotodynámiás kezelés ranibizumabbal való kombinációja randomizált klinikai vizsgálatban a várakozásokkal ellentétben nem bizonyult előnyösebbnek (Do 2009).

Anti-VEGF kezelések

Az érújdonképződések kialakulását, növekedését és az újonnan képződött erek permeábilitását bonyolult és nem teljes egészében ismert biokémiai mechanizmus szabályozza. Ebben kulcsszereplőnek tűnik a vaszkuláris endotheliális növekedés faktor (Ambati 2003). A VEGF a szervezetben általánosan jelen van, fontos regulációs hatása van az érhálózat fejlődésre és annak fenntartására. Bár a VEGF szisztémás hatásait fokozott aggodalom kísérte, az első, szisztémásan adható törzskönyvezett VEGF gátló (Ferrara 2005) jól tolerálhatónak bizonyult és a kolorektális daganatok kezelésének igen fontos gyógyszere.

Ranibizumab

A ranibizumab a pegaptanibhoz hasonlóan intravitreálisan adható VEGF gátló szer, mely nem szelektív módon gátolja a VEGF összes izomerjét. Indikációs köre széles, hatásosnak bizonyult mind klasszikus, min okkult, mind pedig kevert típusú CNV-k esetében. A készítmény törzskönyvezéséhez szükséges klinikai vizsgálatok eredményei igen kedvezőek: a klinikai vizsgálatokban referenciaként tekintett 3 soros látásromlást a betegek 90-95%-a kerülte el 12, illetve 24 hónapnál, továbbá a betegek 33-40%-ánál 3 sornyi látásjavulást tapasztaltak (Brown (ANCHOR) 2006, Rosenfeld (MARINA) 2006). Törzskönyvi előírása szerint 3, egy hónap különbséggel adott bevezető adag után a további injekciók szükségessége a beteg állapota alapján döntendő el. Az injekció leggyakrabban havonta adható.

A készítmény 2007 februárja óta törzskönyvezett, hazánkban a patikai forgalomban kapható, egészségbiztosítói finanszírozása jelentősen korlátozott.

Alkalmazása során az intravitreális injekciók minden potenciális veszélyét (lencsesérülés, ablato retinae, endophthalmitis) mérlegelni kell. Nem ismeretes jelenleg az sem, hogy a készítmény adását meddig kell folytatni, melyek a terápia abbahagyásának kritériumai.

Pegaptanib

A pegaptanib (Macugen, Pfizer) intravitreálisan adható VEGF antagonista, a VEGF 165-ös izomerjét blokkolja szelektíven. Hatását időskori makula degeneráció exszudatív formáira multicentrikus, prospektív, randomizált tanulmány vizsgálta és hatásosnak találta a betegeket fenyegető látásromlás kockázatának csökkentésében. A kezelés után a betegek átlagos látásélessége ugyan tovább romlott (hasonlóan a PDT-hez) de a látásromlás lényegesen kisebb mértékű volt a kezelt, mint a placebo csoportban. A kockázatcsökkentő hatás mértéke hasonló a PDT-hez, fontos kiemelni azonban, hogy nem találtak különbséget az egyes angiográfiás alcsoportok (okkult- klasszikus, kisméretű – nagyméretű CNV) között. Ez alapján a pegaptanib kezelés indikációja bővebb, a „nedves" AMD-s betegek sokkal nagyobb része remélhet tőle előnyt és a kezelés indikálása is egyszerűbb.

A készítmény az Egyesült Államokban 2004 végén, 2006 elején pedig az Európai Unióban is törzskönyvezésre került a kedvező egy éves eredmények alapján (Gragoduas 2004, Pfizer 2006).
A pegaptanib a jelenleg érvényes alkalmazási elvek szerint 6 hetente adandó intravitreális injekció formájában.
Alkalmazása – tekintettel a ranibizumab jelentősebb klinikai hatására- nem széleskörű.

Bevacizumab
A bevacizumab a ranibizumabhoz hasonlóan a VEGF összes izomerjét gátolja, egyes daganatos betegségek kezelésére intravénás injekció formájában törzskönyvezve van. Törzskönyvi engedélyében szemészeti indikáció vagy intravitreális adásmód nem szerepel, ennek megfelelően adása „off- label" használatnak minősül. Anekdotikus közlések intravitreális adásától a ranibizumabéhoz hasonló hatásosságról számoltak be (Rosenfeld 2005, Michels 2005, Spaide 2006). A ranibizumabbal való összehasonlítást célzó nagy klinikai vizsgálat folyamatban van (NEI CATT trial).

Kombinációs kezelések
Az anti- VEGF terápiák, a fotodynámiás kezelés, a triancinolon- acetát vagy más gyógyszeres kezelések együttes alkalmazására próbálkozások történtek hatékonyság növelése céljából. Tekintetbe véve azt, hogy a beavatkozások sorrendje, dózisai, a köztük eltelt idő és az újrakezelés gyakorisága/ kritériumai szempontjából igen nagyszámú variáció képzelhető el, ezekkel kapcsolatban irányelvbe foglalható evidencia csak jól meghatározott kombinációs protokollok egy vizsgálaton belüli, „fej-fej melletti" összehasonlításától remélhető (Stone 2006). A ranibizumab és a verteporfin- PDT kombinációjának hatását randomizált vizsgálatban nem találták előnyösnek (Do 2009), a többi kombinációval hasonló, bizonyító erejű vizsgálatot nem publikáltak.

Egyéb terápiás próbálkozások
Logikus és ígéretes terápiás lehetőségnek tűnt a betegség exszudativ formáiban a retina alatti CNV vagy vér műtéti kivonása. Randomizált vizsgálatban ez a fajta műtéti kezelés nem bizonyult előnyösnek.(Ormerod 1994, SST 2004a, 2004b).
Drusenek lézer kezelésével (pontosabban a makulatáj alacsony energiájú „grid pattern" lézer kezelésével) a drusenek regresszióját írták le (Sigelman 1991, Frenneson 2003), azonban ez a látásromláshoz vezető CNV kialakulásának veszélyét a várakozásokkal ellentétben nem csökkentette (Choroideal Neovascularisation… 2003, Owens 2006). Alkalmazása ennek megfelelően nem javasolt.
Transzpupilláris termoterápiával számos közlemény, esetismertetés, kis beteglétszámon végzett tanulmány foglalkozott kedvező eredményekről beszámolva (Reichel 1999, Kovács 2000, Stolba 2006), mások a beavatkozás előnyös hatását kétségbe vonták (Spaide 2005). A közelmúltban befejezett multicenrikus, randomizált, kontrollált vizsgálat az eredeti kitűzött vizsgálati végpont szempontjából a kezelést hatástalannak találta (Reichel 2005).
A CNV kontakt irradiációját hazai (Berta 1995, 1997), az interferon alkalmazását nemzetközi randomizált vizsgálatokban nem találták előnyösnek (Pharmacological therapy 1997, Spaide 1998). A hazánkban sok helyen alkalmazott értágító, keringésjavító kezeléseknek a nemzetközi irodalomban nemigen van nyoma, alkalmazásuknak tudományos alapja nincs.

Az AAO módszertani levele (AAO2008) szerint az alábbi kezelési próbálkozások terápiás ajánlásba foglalásához még nincs elég tudományos adat:

- Más (nem AREDS szerinti) antioxidáns kezelések (pl., lutein, Ginkgo biloba kivonat)
- Gyógyszeres terápiák (anecortave acetate, bevacizumab, triamconolon- acetát)
- Profilaktikus lézerkezelés magas kockázatú (intermedier) AMD-ben
- Fotodynamiás kezelés kombinálása más beavatkozásokkal
- Fotodynamiás kezelés a verteporfintól eltérő szerekkel
- CNV tápláló erének szelektív lézerkezelése nagysebességű ICG videoangiográfia alapján
- Apheresis membrane differential filtration-nal
- Transzpupilláris termoterápia
- Strontium 90 beta irradiáció ranibizumabbal (Cabernet study)
- Sebészi módszerek

IV. Rehabilitáció

V. Gondozás

A betegek szűrése, gondozása
Kockázatok ismerete és elemzése
A szűrővizsgálatok célja az, hogy a veszélyeztetett populációból, kiszűrjük a betegeket. Az AMD szempontjából nyilvánvalóan nem a teljes lakosságot, hanem csak az idősebb populációt van értelme szűrni. Irodalmi ajánlások szerint ez a panaszmentes, idős populáció évenkénti szűrését (tág pupillás szemfenékvizsgálat) jelenti (AAO2008).
Gondozásról akkor beszélünk, ha már a konkrét személlyel kapcsolatban ismert a betegség valamilyen formája. A gondozás gyakoriságát a megállapított kockázatok alapján kell mérlegelnünk.
Minden AMD beteg gondozásának részét kell, hogy képezze a beteg felvilágosítása a sürgős ellenőrzést igénylő tünetekről, panaszokról (látásromlás, foltlátás, torzlátás), tájékoztatás az önellenőrzés lehetőségeiről (naponta mindkét szemmel külön olvasási próba, Amsler rács (Schuchard 1993) és a helyes életmódról (étrend, dohányzás).
Azoknál az állapotoknál, ahol a lényeges progresszió éves valószínűsége 5% alatt van, panaszmentesség esetén elegendőnek tűnik az évenkénti kontroll (AREDS 2. kategória, kétoldali geografikus atrófia). Ha olyan állapotot találunk, ahol ez a kockázat ennél magasabb, fél éves vagy ennél gyakoribb ellenőrzést is előírhatunk.
Az egyes terápiás protokollok is megszabhatnak gondozási rendet: ranibizumab és pegaptanib adása esetén az injekció is meghatározott időintervallumonként adandó, szükséges lehet azonban a betegek ellenőrzése az injekciók után az intavitreális adásmódból adódó lehetséges szövődmények miatt.
Fotodinámiás kezelés után a kontrollok 3 havonta történnek mindaddig, amíg két egymás után következő alkalommal nem találunk inaktív állapotot, ekkor a gondozási periódust (újabb panasz hiányában) növelni lehet (6 hónap) (Verteporfin roundtable 2002, 2005).

Az ajánlások összefoglalója
A klinikai evidenciák értékelése

Az ajánlások alábbi összefoglalójában megjelöltük az egyes elemek jelentőségét és bizonyítottságát, az Amerikai Szemészeti Akadémia (AAO) ajánlásának alapján (AAO2008).

Az alkalmazott jelölés két részből áll: a betűjel a klinikai jelentőséget, a római szám a bizonyítottság fokát jelöli az alábbiak szerint

Fontosság a betegellátás szempontjából:

A: Nagyon fontos
B: Mérsékelt fontosság
C: jelentős, de nem kritikus fontosságú

Tudományos bizonyíték minősége szempontjából:

I. legalább egy, megfelelően lefolytatott jól megtervezett, randomizált, kontrollált tanulmány vagy ilyen tanulmányok metaanalízise
II. A második szinten a bizonyíték az alábbiak valamelyikéből származik:
    - Jól megtervezett, kontrollált de nem randomizált vizsgálat eredménye
    - Jól megtervezett kohorsz vagy eset- kontroll vizsgálat, lehetőség szerint több központ részvételével
    - Többszörös követéses vizsgálat beavatkozással vagy anélkül
III. A harmadik szint az alábbiak valamelyikét feltételezi:
    - Leíró vizsgálatok
    - Esetismertetések
    - Szakértők/ szakértői csoportok véleménye

Ennek megfelelően például az [A:II] a klinikai gyakorlat szempontjából nagy jelentőségű megállapítást jelöl, melyet megfelelő , publikált tudományos bizonyíték támaszt alá, bár nem randomizált kontrollált vizsgálat.

VI. Irodalomjegyzék

1. Ahmed SS, Lott MN, Marcus DM: The macular xanthophylls. Survey of Ophthalmology. 50(2):183-93, 2005.
2. American Academy of Ophthalmology, Age-related macular degeneration. Preferred Practice Pattern, Sept. 2008. Elérhető: http://one.aao.org/CE/PracticeGuidelines/PPP_Content.aspx?cid=f413917a-8623-4746-b441-f817265eafb4. Hozzáférés: 2010-02-04
3. Age-Related Eye Disease Study Research Group: A Randomized, Placebo-Controlled, Clinical Trial of High-Dose Supplementation With Vitamins C and E, Beta Carotene, and Zinc for Age-Related Macular Degeneration and Vision Loss. AREDS Report No. 8. Arch Ophthalmol. 2001, 119, 1417-1436.
4. Age-Related Eye Disease Study Research Group: A Simplified Severity Scale for Age-Related Macular Degeneration. AREDS Report No. 18. Arch Ophthalmol. 2005;123:1570-1574.
5. Age-Related Eye Disease Study Research Group: Risk Factors for the Incidence of Advanced Age-Related Macular Degeneration in the Age-Related Eye Disease Study AREDS Report No. 19. Ophthalmology 112:533–539, 2005.
6. Ambati J, Ambati BK, Yoo SH, Ianchulev S, Adamis AP. Age-Related Macular Degeneration: Etiology, Pathogenesis, and Therapeutic Strategies. Surv Opthalmol 48:257–293, 2003.
7. Augustin AJ, Schmidt-Erfurth U: Verteporfin and Intravitreal Triamcinolone Acetonide Combination Therapy for Occult Choroidal Neovascularization in Age-Related Macular Degeneration. Am J Ophthalmol 2006;141:638–645
8. Augustin AJ, Schmidt-Erfurth U: Verteporfin Therapy Combined with Intravitreal Triamcinolone in All Types of Choroidal Neovascularization due to Age-Related Macular Degeneration. Ophthalmology 2006;113:14–22
9. Berta A., Vezendi L., Vámosi P.: Maculatáji szubretinális érújdonképződés irradiációja Ruthenium applikátorokkal. Szemészet 132;67-75 1995.
10. Berta A., Vezendi L., Vámosi P., and Damjanovich J.: Radiotherapy of exudative AMD with scleral plaques. in: Süveges I., Follmann P. /Szerk./: SOE'97, XIth Congress of the European Society of Ophthalmology, Budapest, June 1-5, 1977, 1105-1111 old., 1997.
11. Barondes MJ, Pagliarini S, Chisholm IH, et al. Controlled trial of laser photocoagulation of pigment epithelial detachments in the elderly: 4 year review. Br J Ophthalmol 1992;76:5-7.
12. Bird AC. Bressler NM. Bressler SB. Chisholm IH. Coscas G. Davis MD. de Jong PT. Klaver CC. Klein BE. Klein R. et al. An international classification and grading system for age-related maculopathy and age-related macular degeneration. The International ARM Epidemiological Study Group. Survey of Ophthalmology. 39(5):367-74, 1995.
13. Brown DM. Kaiser PK. Michels M. Soubrane G. Heier JS. Kim RY. Sy JP. Schneider S. ANCHOR Study Group: Ranibizumab versus verteporfin for neovascular age-related macular degeneration. New England Journal of Medicine. 355(14):1432-44, 2006.
14. Chakravarthy U, Soubrane G, Bandello F, Chong V, Creuzot-Garcher C, Dimitrakos II SA, Korobelnik JF, Larsen M, Mones J, Pauleikhoff D, Pournaras CJ, Staurenghi G, Virgili G, Wolf S. Evolving European guidance on the medical management of neovascular age related macular degeneration. British Journal of Ophthalmology. 90(9):1188-96, 2006.
15. Chew EY. AREDS2 with Lutein/Zeaxanthin and Omega-3 Fatty Acids: Update. Annual Meeting, Association for Research in Vision and Ophthalmology (ARVO), Fort Lauderdale, FL, May 2007.
16. Ciardella AP, Donsoff IM, Huang SJ, Costa DL, Yanuzzi LA: Polypoidal Choroidal Vasculopathy. Surv Ophthalmol 49:25–37, 2004.
17. Choroidal Neovascularization Prevention Trial Research Group. Laser treatment in fellow eyes with large drusen: updated findings from a pilot randomized clinical trial. Ophthalmology 2003;110:971–978.
18. Do D.V.,: Antiangiogenic Approaches to Age-Related Macular Degeneration in the Future. Ophthalmology 2009;116:S24–S26.
19. Coleman AL, Yu F. Eye-related medicare costs for patients with age-related macular degeneration from 1995 to 1999. Ophthalmology 2008;115:18-25.
20. Eckardt, C., Eckardt, U., Conrad, H.: Macular translocation with and without counter- rotation of the globe in patients with age- related macular degeneration. Graefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol., 1999, 237, 313-25.
21. Edwards AO, Ritter R, 3rd, Abel KJ, et al. Complement factor H polymorphism and age-related macular degeneration. Science 2005;308:421-4.
22. Ferrara N: Vascular endothelial growth factor: basic science and clinical progress, Endocr. Rev. 25 (2004) 581–611.
23. Ferrara N, Hillan KJ, Novotny W: Bevacizumab (Avastin), a humanized anti-VEGF monoclonal antibody for cancer therapy. Biochemical & Biophysical Research Communications. 333(2):328-35, 2005.
24. Ferris, F. L., Kassoff, A., Bresnick, G.H.: New visual acuity charts for clinical research. Am. J. Ophthalmol., 1982, 94, 91-96.
25. Ferris, F. L.: Senile macular degeneration: a review of epidemiologic features. Am. J. Epidemiol., 1983, 118, 132-51.

26. Ferris FL, 3rd, Fine SL, Hyman L. Age-related macular degeneration and blindness due to neovascular maculopathy. Arch Ophthalmol 1984;102:1640-2.
27. Fleckenstein M, Adrion C, Schmitz-Valckenberg S,Gobel AP, Bindewald-Wittich A, Scholl HPN, Mansmann U, Holz FG: Concordance of Disease Progression in Bilateral Geographic Atrophy Due to AMD. Invest. Ophthalmol. Vis. Sci., February 1, 2010; 51(2): 637 - 642.
28. Frennesson CI. Prophylactic laser treatment in early agerelated maculopathy: an 8-year follow-up in a randomized pilot study shows a reduced incidence of exudative complications. Acta Ophthalmol Scand 2003;81:449–454.
29. Fung AE, Lalwani GA, Rosenfeld PJ, et al. An optical coherence tomography-guided, variable dosing regimen with intravitreal ranibizumab (Lucentis) for neovascular age-related macular degeneration. Am J Ophthalmol 2007;143:566-83.
30. Au Eong KG, Pieramici DJ, Fujii GY, Ng EW, Humayun MS, Maia M, Harlan JB Jr, Schachat AP, Beatty S, Toth CA, Thomas MA, Lewis H, Eckardt C, Tano Y, de Juan E: Macular translocation: unifying concepts, terminology, and classification American Journal of Ophthalmology. 131(2):244-53, 2001
31. Gold B, Merriam JE, Zernant J, et al. Variation in factor B (BF) and complement component 2 (C2) genes is associated with age-related macular degeneration. Nat Genet 2006;38:458-62.
32. Gottlieb, E., Medgyaszai, A.: Vakok és csökkentlátók vizsgálatának 10 éves tapaszztalatai. Szemészet, 1982, 119, 71-79.
33. Gragoudas ES, Adamis AP, Cunningham ET, Jr., et al. Pegaptanib for neovascular age-related macular degeneration. N Engl J Med 2004;351:2805-16.
34. Haddad S, Chen CA, Santangelo SL, Seddon JM: The Genetics of Age-Related Macular Degeneration: A Review of Progress to Date. Surv Ophthalmol 51:316-363, 2006.
35. Haines JL, Hauser MA, Schmidt S, et al. Complement factor H variant increases the risk of age-related macular degeneration. Science 2005;308:419-21.
36. de Jong PT: Mechanisms of disease: Age-Related Macular Degeneration. N Engl J Med 355:1474-85, 2006.
37. Kaiser RS, Berger JW, MD, Williams GA, Tolentino MJ, Maguire AM, BA JA, Madjarov B, Margherio RM, Variability in fluorescein angiography interpretation for photodynamic therapy in agerelated macular degeneration. Retina 22:683–690, 2002
38. Kaiser PK, Blodi BA, Shapiro H, Acharya NR. Angiographic and optical coherence tomographic results of the MARINA study of ranibizumab in neovascular age-related macular degeneration. Ophthalmology 2007;114:1868-75.
39. Kerényi Ágnes, Seres András, Nagymihály Attila, Süveges Ildikó: Indocyanin zöld angiográfiás vizsgálatok chorioretinopathia centralis serosaban. Szemészet 137:39-45, (2000).
40. Khan JC, Thurlby DA, Shahid H, Clayton DG, Yates JRW, Bradley M, Moore AT, Bird AC for the Genetic Factors in AMD Study. Smoking and age related macular degeneration. The number of pack years of cigarette smoking is a major determinant of risk for both geographic atrophy and choroidal neovascularisation Br J Ophthalmol 2006;90:75–80.
41. Klein R, Klein BE, Linton KL. Prevalence of age-related maculopathy. The Beaver Dam Eye Study. Ophthalmology 1992;99:933-43.
42. Klein RJ, Zeiss C, Chew EY, et al. Complement factor H polymorphism in age-related macular degeneration. Science 2005;308:385-9.
43. Klein R, Knudtson MD, Cruickshanks KJ, Klein BE. Further observations on the association between smoking and the long-term incidence and progression of age-related macular degeneration: the Beaver Dam Eye Study. Arch Ophthalmol 2008;126:115-21.
44. Kovács, B. Barabás, K.: A subfoveális chorioidea érújdonképződés transpupilláris thermotherápiája. Szemészet, 2000, 137, 3-8.
45. Krebs I, Binder S, Stolba U, et al. Optical coherence tomography guided retreatment of photodynamic therapy. Br J Ophthalmol 2005;89:1184-7.
46. Leibowitz, H. M., Krueger, D.E., Maunder, L. R. és mtsai: The Framingham Eye Study Monograph: an ophthalmological and epidemiological study of cataract, glaucoma, diabetic retinopathy, macular degeneration, and visual acuity in a general population of 2631 adults. Surv. Ophthalmol., 1980, 24(Suppl.), 335-610.
47. Liu M and Regillo CD. A review of treatments for macular degeneration: a synopsis of currently approved treatments and ongoing clinical trials. Curr Opin Ophthalmol 15:221–226, 2004
48. Macular Photocoagulation Study Group: Argon laser photocoagulation for age related macular degeneration. Arch. Ophthalmol., 1982, 100, 912-918.
49. Macular Photocoagulation Study Group. Argon laser photocoagulation for neovascular maculopathy. Five-year results from randomized clinical trials. Arch Ophthalmol 1991;109:1109-14.
50. Macular Photocoagulation Study Group: Subfoveal neovascular lesions in age-related macular degeneration. Guidelines for evaluation and treatment in the Macular Photocoagulation Study. Arch. Ophthalmol., 1991, 109, 1242-1257.

51. Macular Photocoagulation Study Group. Laser photocoagulation for juxtafoveal choroidal neovascularization. Five-year results from randomized clinical trialsArch Ophthalmol 1994;112:500-9.
52. Macular Photocoagulation Study Group: Visual outcome after laser photocoagulation for subfoveal choroidal neovascularisation secondary to age- related macular degeneration. The influence of initial lesion size and initial visual acuity. Arch. Ophthalmol., 1994, 112, 480-488.
53. McDonald HR, Williams GA, Scott IU, et al. Laser scanning imaging for macular disease: a report by the American Academy of Ophthalmology. Ophthalmology 2007;114:1221-8.
54. Michels S, Rosenfeld PJ, Puliafito CA, Marcus EN, Venkatraman AS: Systemic Bevacizumab (Avastin) Therapy for Neovascular Age-Related Macular Degeneration Twelve-Week Results of an Uncontrolled Open-Label Clinical Study Ophthalmology 2005;112:1035–1047
55. Miller ER, Pastor-Barriuso R, Dalal D, Riemersma RA, Appel LJ, Guallar E: Meta-Analysis: High-Dosage Vitamin E Supplementation May Increase All-Cause Mortality. Ann Intern Med 142: 37-46, 2005.
56. Miller, J. W., Schmidt- Erfurth, U., Sickenberg, M. és mtsai: Photodynamic therapy with vertoporfirin for choroidal neovascularisation caused by age- related macular degeneration. Results of a single treatment in a phase 1 and 2 study. Arch. Ophthalmol., 1999, 117, 1161-1197.
57. Mruthyunjaya P, Stinnett SS, Toth CA. Change in Visual Function after Macular Translocation with 360° Retinectomy for Neovascular Age-Related Macular Degeneration Ophthalmology 2004;111:1715–1724
58. National Eye Institute. CATT Trial. http://www.nei.nih.gov/catt/. Hozzáférés : 2010-02-04.
59. Németh J. Frigyik I, Vastag O Göcze P, Pető T. Elek I.: Vaksági okok Magyarországon 1996 és 2000 között. Szemészet 142: 157-163, 2005.
60. Ng EW, Fujii GY, Au Eong KG, Reynolds SM, Melia BM, Kouzis AC, Humayun MS, de Juan E Jr, Pieramici DJ: Macular translocation in patients with recurrent subfoveal choroidal neovascularization after laser photocoagulation for nonsubfoveal choroidal neovascularization. Ophthalmology. 111(10):1889-93, 2004 Oct.
61. 68. Omenn GS, Goodman GE, Thornquist MD, et al. Effects of a combination of beta carotene and vitamin A on lung cancer and cardiovascular disease. N Engl J Med 1996;334:1150-5.
62. Ormerod, L. D., Puklin, J. E., Frank, R. N.: Long term outcomes after the surgical removal of advanced subfoveal neovascular membranes in age- related macular degeneration. Ophthalmology, 1994, 101, 1201-10.
63. Owens SL, Bunce C, Branon AJ, Xing W, Chisholm IH, Gross M, Guymer RH, Holz FG, Bird AC, and the drusen laser study group: Prophylactic Laser Treatment Hastens Choroidal Neovascularization in Unilateral Age-Related Maculopathy: Final Results of the Drusen Laser Study. Am J Ophthalmol 2006;141:276–281.
64. Pfizer, press release. 2006 Febr. 2 (http://www.pfizer.com/pfizer/are/news_releases/2006pr/mn_2006_0202.jsp, hozzáférés 2006-02-13)
65. Pharmacological Therapy for Macular Degeneration Study Group: Interferon alfa-2a is ineffective for patients with choroidal neovascularization secondary to age-related macular degeneration. Results of a prospective randomized placebo-controlled clinical trial. Arch. Ophthalmol., 1997, 115, 865-72.
66. Pregun Tamás, Seres András: Chorioretinopathia centralis serosa különleges esete- esetismertetés. Szemészet, 141: 377-381, 2004. 78.
67. Reichel, E., Berrocal, A. M., Ip, M. és mtsai: Transpupillary thermotherapy of occult subretinal neovascularisation in patients with age- related macular degeneration. Ophthalmology, 1999, 106, 1908-1914.
68. Reichel E, MuschDC, BlodiBA, Mainster MA and TTT4CNV Study Group: Results From the TTT4CNV Clinical Trial. Invest Ophthalmol Vis Sci 2005;46: E-Abstract 2311.
69. Rein DB, Zhang P, Wirth KE, et al. The economic burden of major adult visual disorders in the United States. Arch Ophthalmol 2006;124:1754-60.
70. Retinal pigment epithelial detachments in the elderly: a controlled trial of argon laser photocoagulation. Br J Ophthalmol 1982;66:1-16.
71. Rosenfeld PJ, Moshfeghi AA, Puliafito CA. Optical coherence tomography findings after intravitreal injection of bevacizumab (Avastin) for neovascular age-related macular degeneration. Ophthalmic Surg Lasers Imaging 36:331–335, 2005.
72. Rosenfeld PJ, Brown DM, Heier JS, Boyer DS, Kaiser PK, Chung CY, Kim RY, MARINA Study Group: Ranibizumab for neovascular age-related macular degeneration. New England Journal of Medicine. 355(14):1419-31, 2006.
73. vonRückmann A, Fitzke FW, Bird AC: Fundus autofluorescence in age-related macular disease imaged with a laser scanning ophthalmoscope. Invest Ophthalmol Vis Sci. 1997 Feb;38(2):478-86
74. Sarks SH. Ageing and degeneration in the macular region: a clinico-pathological study. British Journal of Ophthalmology. 60(5):324-41, 1976.

75. Sarks SH,Arnold JJ, Killingsworth MC, Sarks JP: Early drusen formation in the normal and aging eye and their relation to age related maculopathy: a clinicopathological study. Br J Ophthalmol 83:358–68, 1999
76. Schachat AP, Hyman L, Leske MC, et al. Features of age-related macular degeneration in a black population. The Barbados Eye Study Group. Arch Ophthalmol 1995;113:728-35.
77. Schuchard RA. Validity and interpretation of Amsler grid report. Arch Ophthalmol 111:776–80, 1993.
78. Seres András, Papp András, Süveges Ildikó: Első tapasztalataink a verteporfinnel végzett photodynámiás kezeléssel. Szemészet 140: 27-31, 2003.
79. Seres András, Borbándy Ágnes, Puskás István, Gulácsi László: Időskori macula degeneráció hazai és olaszországi költségei. Egeszségügyi Gazdasagi Szemle 43(6): 70-73, 2006.
80. Seres András, Papp András, Süveges Ildikó: Fotodinámiás kezelés idõskori maculadegenerációban. Orvosi Hetilap 146: (42) 2143-49, 2005.
81. Sigelman J. Foveal drusen resorption one year after perifoveal laser photocoagulation. Ophthalmology 1991;98:1379–1383.
82. Slakter JS, Bochow T, D'Amico DJ, et al. Anecortave Acetate Clinical Study Group. Anecortave acetate (15 milligrams) versus photodynamic therapy for treatment of subfoveal neovascularization in age-related macular degeneration. Ophthalmology 113:3–13, 2006.
83. Spaide, R. F., Guyer, D. R., McCormick, B. és mtsai.: External beam radiation for choroidal neovascularisation. Ophthalmology, 1998, 105, 24-30.
84. Spaide RF, Slakter J, Yannuzzi LA, Sorenson J, Freund KB: Large Spot Transpupillary Thermotherapy for Occult Choroidal Neovascularization. Arch Ophthalmol 123:1227-1273, 2005.
85. Spaide RF, Sorenson J, Maranan L. Photodynamic Therapy with Verteporfin Combined with Intravitreal Injection of Triamcinolone Acetonide for Choroidal Neovascularization. Ophthalmology 2005;112:301–304, 2005
86. Spaide RF, Laud K, Fine HF, et al. Intravitreal bevacizumab treatment of choroidal neovascularization secondary to age-related macular degeneration. Retina 2006;26:383–90.
87. Stolba U, Krebs I, Lamar PD, Aggermann T, Gruber D, Binder S : Long term results after transpupillary thermotherapy in eyes with occult choroidal neovascularisation associated with age related macular degeneration: a prospective trial. British Journal of Ophthalmology. 90(2):158-61, 2006.
88. Stone EM: A Very Effective Treatment for Neovascular Macular Degeneration N Engl J Med 355: 1493-95, 2006.
89. Submacular Surgery Trials (SST) Research Group: Surgery for Subfoveal Choroidal Neovascularization in Age-Related Macular Degeneration: Ophthalmic Findings. SST Report No. 11. Ophthalmology 111:1967–1980, 2004.
90. Submacular Surgery Trials (SST) Research Group: Surgery for Hemorrhagic Choroidal Neovascular Lesions of Age-Related Macular Degeneration: Ophthalmic Findings. SST Report No. 13 Ophthalmology 2004;111: 1993–2006, 2004.
91. Sunness JS, Gonzalez-Baron J, Bressler NM, et al: The development of choroidal neovascularization in eyes with the geographic atrophy form of age-related macular degeneration. Ophthalmology 106:910–9, 1999
92. Tan JS, Mitchell P, Kifley A, et al. Smoking and the long-term incidence of age-related macular degeneration: the Blue Mountains Eye Study. Arch Ophthalmol 2007;125:1089-95.
93. TAP and VIP study group: Photodynamic therapy of subfoveal choroidal neovascularisation with verteporfin: Fluorescein angiographic guidelines for evaluation and treatment- TAP and VIP report no. 2. Arch. Ophthalmol., 2003, 121, 1253-1268.
94. The Alpha-Tocopherol, Beta Carotene Cancer Prevention Study Group. The effect of vitamin E and beta carotene on the incidence of lung cancer and other cancers in male smokers. N Engl J Med 1994;330:1029-35.
95. Thornton J, Edwards R, Mitchell P, Harrison RA, Buchan I and Kelly SP: Smoking and age-related macular degeneration: a review of association. Eye (2005) 19, 935–944
96. Treatment of Age-related Macular Degeneration With Photodynamic Therapy Study Group: Photodynamic Therapy of Subfoveal Choroidal Neovascularization in Age-related Macular Degeneration With Verteporfin. One-Year Results of 2 Randomized Clinical Trials. TAP report no 1. Arch. Ophthalmol., 1999, 117, 1329-1345.
97. Treatment of Age-related Macular Degeneration With Photodynamic Therapy Study Group: Photodynamic Therapy of Subfoveal Choroidal Neovascularization in Age-related Macular Degeneration With Verteporfin. Two-Year Results of 2 Randomized Clinical Trials. TAP report no. 2. Arch. Ophthalmol., 2001, 119, 198-207.
98. Trumbo PR and Ellwood KC: Lutein and zeaxanthin intakes and risk of age-related macular degeneration and cataracts: an evaluation using the Food and Drug Administration's evidence-based review system for health claims. American Journal of Clinical Nutrion 2006, 84, 971-974.
99. Verteporfin in photodynamic therapy study group: Verteporfin therapy of subfoveal choroidal neovascularisation in age-related macular degeneration: Two-year results of a randomized trial including lesions with occult with no classic choroidal neovascularisation- VIP report No. 2. Am. J. Ophthalmol., 2001, 131, 541-560.

100. Verteporfin therapy of Subfoveal choroidal neovascularisation in patients with age- related macular degeneration. Additional information regarding baseline lesion composition's impact on visual outcomes. TAP report No. 3. Arch. Ophthalmol., 2002, 120, 1443-1454.
101. Tímár J: Zsíroldékony vitaminok. In: Fürst Zs: Farmakológia. Medicina, Budapest, p 729-732, 2001
102. Yates JR, Sepp T, Matharu BK, et al. Complement C3 variant and the risk of age-related macular degeneration. N Engl J Med 2007;357:553-61.
103. Vastag, O., Sisák, J.: Vaksági statisztikánk elemzése. Szemészet, 1983, 120, 57-59.
104. Verteporfin roundtable: Guidelines for using verteporfin (Visudyne®) in photodynamic therapy to treat choroidal neovascularization due to agerelated macular degeneration and other causes. RETINA 22:6–18, 2002
105. Verteporfin roundtable: Guidelines for using verteporfin (visudyne) in photodynamic therapy for choroidal neovascularization due to agerelated macular degeneration and other causes: update. Retina 25:119–134, 2005
106. Visudyne alkalmazási előirat. European Medicines Agency. http://www.ema.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/Visudyne/H-305-PI-hu.pdf. Hozzáférés 2010-02-04.
107. Yannuzzi LA, Negrao S, Iida T, et al. Retinal angiomatous proliferation in age-related macular degeneration. Retina 2001;21:416-34.
108. Zarbin MA.: Current Concepts in the Pathogenesis of Age-Related Macular Degeneration. Arch Ophthalmol 122:598-614, 2004

A szakmai protokoll érvényessége: 2011. december 31.

Melléklet

A klinikai ajánlások összefoglalója (AAO2008 alapján, módosítva)

DIAGNÓZIS

Az AMD jellegzetes tüneteit és jeleit mutató beteg esetében a felnőtteknél szokásos teljes körű szemészeti vizsgálatot el kell végezni, különös tekintettel az AMD jellegzetességeire.

Anamnézis

- Tünetek [A:II]
  - Metamorphopsia
  - Látóélesség- csökkenés
- Gyógyszerek és táplálékkiegészítők szedése [A:III]
- Szemészeti és általános anamnézis [B:II]
- Családi anamnézis, különös tekintettel az AMD-re [B:II]
- Dohányzás [B:II]

Szemészeti vizsgálat

- A szemfenék sztereó biomikroszkópos vizsgálata [A:III]
- Fluorescein angiográfia
  Az AMD-vel kapcsolatban a következő esetekben szükséges [A:I]:
  - A beteg metemorphopsiát vagy más okkal nem magyarázható homályos látást panaszol
  - A fundus biomikroszkópia a pigmenthám vagy a retina előemelkedését, vérzést, exszudátumot vagy szubretinális fibrózist mutat
  - A CNV kiterjedésének, méretének, elhelyezkedésének és egyes léziókomponensek arányának megítélése szükséges. Lézer fotokoaguláció és PDT esetében az angiogram szükséges a kezelés kivitelezéséhez is.
  - kezelések után a CNV perzisztenciájának vagy rekurrenciájának felderítése céljából
  - A klinikai vizsgálat által nem megmagyarázható látásromlás esetén

CNV gyanúja esetén az angiográfiát olyan, alaposan kiképzett személy értékelje, akinek gyakorlata van az exszudatív AMD kezelésében [A:I]

Az angiográfiát végző rendelő /labor rendelkezzen megfelelő sürgősségi felszereléssel és protokollal az angiográfia kockázatainak minimalizálása és a szövődmények megfelelő kezelése céljából[A:III].

TERÁPIA

Az egyes állapotokban szükséges terápiás lehetőségeket a 3. táblázat tartalmazza (az evidenciaszintek jelölésével).

Az egyes terápiák kockázatait, előnyeit, lehetséges komplikációit a beteggel meg kell beszélni és írásos beleegyező nyilatkozat szükséges [A:III].

Azokban az esetekben, amikor a lézió az MPS kritériumok alapján fotokoagulációra, vagy a TAP és VIP kritériumok alapján fotodinámiás kezelésre alkalmas, a kezelést az angiográfiát követő 1 héten belül el kell végezni[A:I].

A BETEGEK KÖVETÉSE

A kezelés utáni kontroll vizsgálatok gyakoriságát a 3. táblázat mutatja. A kontrollvizsgálatnak egyaránt részét kell, hogy képezze mind az anamnézisfelvétel, mind a klinikai vizsgálatok.

Anamnézis

- Tünetek, beleértve a látóélesség- csökkenést és a torzlátást [A:II]
- Változások a szedett gyógyszerek és táplálékkiegészítők szempontjából [B:III]
- Változások a szemészeti és általános anamnézisben [B:III]
- Változások a szokásokban (dohányzás) [B:II]

Szemészeti vizsgálat

- Látásélesség [A:III]
- A szemfenék sztereó biomikroszkópos vizsgálata [A:III]

A betegek követése exszudatív AMD miatti kezelések után

A fent leírt követési javaslaton túl azok a betegek, akik termális lézer kezelést, verteporfin fotodinámiás kezelést vagy anti- VEGF intravitreális injekciót kaptak, rendszeres szemfenékvizsgálaton kell átesniük [A:III]. Egyes esetekben fundusfotó [A:III], illetve fluorescein angiographia [A:I] végzése szükséges.

- Termális lézer kezelés után 2-4 héttel fluorescein angiográfiával szükséges meggyőződni arról, hogy a kóros erek elzáródtak-e [A:I]. Ezután 4-6 héttel további klinikai vizsgálat és fluorescein angiográfia lehet szükséges a vizsgálat eredménye és a kezelőorvos véleménye alapján [A:I].
- Verteporfin fotodinámiás kezelést követően 3 havonta fluorescein angiográfia és annak eredményének függően újrakezelések lehetnek szükségesek stabil állapot eléréséig [A:III].
- Pegaptanib vagy ranibizumab kezelést követően klinikai vizsgálat és újrakezelés szükséges 6, illetve 4 hetente az indikációnak megfelelően [A:III]. További vizsgálatok, mint optikai koherencia tomográfia (OCT) vagy fluorescein angiográfia lehet szükséges a klinikai kép alapján a kezelőorvos döntése szerint [A:III]. A betegeket fel kell világosítani az endophthalmitis lehetőségéről és jellegzetes tüneteiről; ilyen panasz esetén azonnali kontroll vizsgálat szükséges [A:III].

AZ AMD KEZELÉSÉNEK SZEMÉLYI ÉS TÁRGYI FELTÉTELEI

A szubretinális érújdonképződéses esetek kezelése nehéz és speciális képzettséget igényel, ilyen esetekben indokolt a beteget megfelelő gyakorlattal rendelkező kezelőhelyre továbbirányítani.

Személyi feltételek

Az AMD miatti intravitrealis gyógyszerek alkalmazásának indikációját fluoreszcein angiográfiás tapasztalattal, a rendelkezésre álló új módszerek és lehetőségek teljes ismeretével rendelkező szakorvos állapíthatja meg.

Az AMD miatti intravitrealis injekciók beadására – a komplikációk minimalizálása, illetve időben történő felismerése miatt – nagy szemészeti centrumokban (egyetemi szemészeti klinikákon, vagy vitrectomiák végzésére kijelölt kórházi szemészeti osztályokon) dolgozó vitreoretinalis műtétek végzésében jártas szemész szakorvos jogosult.

Tárgyi feltételek

Az intravitrealis injekció beadása műtőben, vagy az intravitrealis injekciók beadására kialakított helyiségben történjen.

Az intravitrealis injekció ambulanter, vagy egynapos sebészeti beavatkozásként vagy kórházi ápolás keretében adható. A potenciális szövődmények ellátásra az intraocularis nyomás szükség szerinti monitorizálására fekvőbeteg hátteret kell biztosítani.

A BETEGEK FELVILÁGOSÍTÁSA

Minden AMD-ben szenvedő beteget fel kell világosítani a betegség várható prognózisáról és a szemfenék állapotának figyelembe vételével tájékoztatni kell az alkalmazott kezelés várható eredményéről [A:III].

- Korai AMD (AREDS 2) eseteiben javasoljuk a betegeknek a rendszeres, tágított pupilla mellett végzett szemvizsgálatot annak érdekében, hogy az intermedier AMD kialakulását korán észlelni lehessen [A:III].
- Intermedier AMD esetén (AREDS 3, ilyenkor magas a látásromlás, illetve előrehaladott AMD kialakulásának kockázata) a betegeket tájékoztatni kell a CNV jellegzetes tüneteiről és arról, hogy ilyen tünet észlelése esetén sürgős vizsgálat és esetleg beavatkozás lehet szükséges [A:III].
- CNV kialakulása esetén, ha a betegnél a termális lézer fotokoagulációt, verteporfin fotodinámiás kezelést vagy intravitreális anti- VEGF injekciót tervezünk, a beteget tájékoztatni kell a kezelés várható eredményéről, következményeiről a követezőeknek megfelelően [A:III]:
    - A kezelés csökkenti a súlyos látásromlás kockázatát, de ezt a kockázatot nem küszöböli ki teljesen
    - A termális lézer fotokoaguláció végleges szkotómát okoz. Ennek elhelyezkedését, méretét és a centrális látásra való várható hatását el kell magyarázni
    - A verteporfin PDT és a pegaptanib injekció csökkenti a méréskelt és a súlyos látásromlás kockázatát, azonban a betegek többsége veszít valamennyit látásélességéből az első 2 év során. A látás javulása ritka. E kezelések hatásossága kizárólag a klinikai vizsgálatokban leírt alkalmazási gyakoriság mellett bizonyított (verteporfin PDT esetén 3 havonként újrakezelés, amennyiben a fluorescein angiográfián szivárgás észlelhető; pegaptanib esetén az injekció ismétlése 6 hetente). A pegaptanib esetén az injekciók abbahagyásának kritériumai nem pontosan ismertek.
    - Ranibizumab adása esetén a betegek többsége elkerülheti a látásromlást és jelentős részüknek javulhat is a látása, de nem mindenkinek. A kezelés hatásossága kizárólag a klinikai vizsgálatokban leírt alkalmazási gyakoriság mellett bizonyított, (4 hetente intravitreális injekció szüskéges), az injekciók abbahagyásának kritériumai nem pontosan ismertek.
    - Termális lézer fotokoaguláció esetén magas a kockázata, hogy a CNV nem záródik el teljesen vagy recidívál. Ez a kockázat a kezelést követő első évben a legmagasabb.
    - Mind a termális lézer fotokoaguláció, mind pedig a verteporfin PDT, mind pedig pegaptanib vagy ranibizumab injekciós kezelés esetén ismételt fluorescein angiográfiás vizsgálatok lehetnek szükségesek a betegség megfelelő követésére és az újrakezelések elbírálására

A csökkent látású betegeket látási rehabilitáció lehetőségéről fel kel világosítani és megfelelő rehabilitációs/ tanácsadó szolgálathoz kell irányítani [A:III].

Közlemény

Szakmai irányelv érvényességi idejének változása	Módosítás száma	Típus	Módosított érvényességi idő
Egészségügyi szolgáltató szervezetek belső minőségügyi rendszeréről, azok követelményeiről	2	IE	2011.12.31

A pénzügyminiszter közleménye a felszámolók névjegyzékében történt változásokról

I.

A felszámolók névjegyzékéről szóló 114/2006. (V. 12.) Korm. rendelet 4. §-ának (3) bekezdése alapján közöljük, hogy a felszámolók névjegyzékét vezető közigazgatási hatóság a felszámolók névjegyzékében 11. sorszám alatt nyilvántartott BIS Csődgondnok és Tanácsadó Zártkörűen Működő Részvénytársaságnál (Cg.: 01-10-043489) bejegyzett szakirányú szakképzettséggel rendelkező személyek közé az alábbi személyt jegyezte be.

Bejegyezve:
Jogász: dr. Banka Margit
Lakóhely: 7400 Kaposvár, Állomás u. 11.

II.

A felszámolók névjegyzékéről szóló 114/2006. (V. 12.) Korm. rendelet 4. §-ának (3) bekezdése alapján közöljük, hogy a felszámolók névjegyzékét vezető közigazgatási hatóság a felszámolók névjegyzékében 69. sorszám alatt nyilvántartott SERATUS Vagyonértékelő Zártkörűen Működő Részvénytársaság (Cg.: 01-10-041596) korábbi székhelyét törölte és az alábbi új székhelyt jegyezte be.

Törölve:
Székhely: 1091 Budapest, Üllői út 51.

Bejegyezve: 1114 Budapest, Villányi út 8. 3. em. 1.

III.

A felszámolók névjegyzékéről szóló 114/2006. (V. 12.) Korm. rendelet 4. §-ának (3) bekezdése alapján közöljük, hogy a felszámolók névjegyzékét vezető közigazgatási hatóság a felszámolók névjegyzékében 74. sorszám alatt nyilvántartott TIZEK Felszámoló, Szolgáltató és Kereskedelmi Korlátolt Felelősségű Társaság (Cg.: 01-09-729062) alábbi tevékenységi köröket törölte és az alábbi új fióktelepet jegyezte be, valamint a társaság képviseletében eljáró felszámolóbiztosok közé az alábbi szakirányú szakképzettséggel rendelkező természetes személy került bejegyzésre.

Törölve:
Tevékenységi körök:
– Épületépítési projekt szervezése
– Mezőgazdasági termék ügynöki nagykereskedelme
– Élelmiszer, ital, dohányáru ügynöki nagykereskedelme
– Vegyes termékkörű ügynöki nagykereskedelem
– Egyéb m.n.s. új áru kiskereskedelme
– Használt cikk bolti kiskereskedelme
– Ingatlanügynöki tevékenység
– Ingatlankezelés

Bejegyezve:
Fióktelep: 5600 Békéscsaba, Illyés Gyula u. 41.
Felszámolóbiztos: Mazinné Antal Beáta Csilla (szakképzettség: felszámolási és vagyonfelügyeleti szakképzettség, lakcím: 3963 Karcsa, Vasvári Pál u. 9.).

A Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatalának közleménye

A Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatala – az eddig közzétetteken kívül – az alábbi elveszett, megsemmisült gépjárműtörzskönyvek sorszámát teszi közzé

052713J	109718E	340555I	608152G	807906E
097862E	110880B	345331A	608177H	810993C
125252C	112486H	350826H	610614E	814586E
212417D	118444F	357638I	613920D	815444A
248003J	122891H	363912B	614256E	828851A
412989E	123437E	365936E	619940I	854024E
424114B	129855F	367735E	623193I	855674H
466243I	133878G	367983H	642705A	859824E
525275D	137894I	370273G	658503C	878214A
536790D	152668C	372837J	659163F	878289C
583771E	156005F	380027H	659555F	879910H
628149I	178682D	380692E	672029H	884267D
632616F	189120G	386163F	673537E	886393I
635014D	189368J	404729F	679690C	887977I
010069G	195598I	409438B	690580E	889479I
016554F	204241I	410749H	703892I	891673D
020129C	212079I	417638E	705389H	901276D
020281I	213678J	430458C	720249A	904475I
020599H	218159J	443678D	722595E	918635G
025178H	240431I	468273G	722603I	923819E
029995A	241291F	468566H	723717B	931287G
039861F	245610D	483553E	745754A	938905G
040151C	250392B	486318B	747308H	950596C
041473I	261458H	487553D	757274C	953422H
057036C	269116I	488878C	767521C	954589F
057597B	269795G	495270A	770482B	956321E
058606E	272146I	521288G	777320H	956421E
059602I	272658F	525109C	778247C	957010E
065250C	287967G	534212G	782612C	959856B
070395F	288900E	545919E	787472G	962603G
072521B	289031F	546196F	791399C	974289E
072685H	290257I	554360G	792366G	983040F
075195F	291523F	556598D	793742G	992074F
076358H	296408A	562472F	795693D	995288I
076394G	310180D	570121A	799731F	997082C
080038D	313674C	587956I	801065D	
087490I	322635J	597570I	801980E	
087645B	334107B	605779D	803128F	

Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatala

A Nemzeti Hírközlési Hatóság Tanácsának közzététele

A Tanács DH/ 8664-1/2010. számú határozat-tervezete (1. piac)

A Nemzeti Hírközlési Hatóság Tanácsa az elektronikus hírközlésről szóló 2003. évi C. törvény 36.§-ban foglalt kötelezettségének eleget téve közzéteszi a *„Hozzáférés nyilvános helyhez kötött telefonhálózathoz lakossági és nem lakossági felhasználók számára"*, elnevezésű kiskereskedelmi piac tárgyában született határozat-tervezetét.

Akinek jogát vagy jogos érdekét a határozat érintheti, a tervezettel kapcsolatban a határozat-tervezet Hivatalos Értesítőben történő megjelenését követő 15 munkanapon belül írásban észrevételt tehet. Az észrevételeket elektronikusan vagy postai úton a Nemzeti Hírközlési Hatóság Tanácsához címezve (1525 Budapest, Pf.: 75.) kizárólag a megjelölt időpontig lehet benyújtani.

Az észrevételeket elektronikus úton az alábbi e-mail címre lehet megküldeni:

1_piac@nhh.hu

A határozat-tervezetben üzleti titokként megjelölt adatok a DH/8664-2/2010. sz. határozat-tervezetben szerepelnek.

Ügyiratszám: DH-8664-1/2010.
Tárgy: piacmeghatározás, a jelentős piaci erővel rendelkező szolgáltatók azonosítása és kötelezettségek előírása (1. piac)

A Nemzeti Hírközlési Hatóság Tanácsa (a továbbiakban: Tanács) az érintett piacok azonosítására, az érintett piacokon fennálló verseny hatékonyságának elemzésére, az érintett piacokon jelentős piaci erővel rendelkező szolgáltatók azonosítására, illetve a jelentős piaci erővel rendelkező szolgáltatók jogszabályban meghatározott kötelezettség előírására hivatalból indított eljárása során meghozta a következő

h a t á r o z a t o t .

A Nemzeti Hírközlési Hatóság Tanácsa a *„Hozzáférés nyilvános helyhez kötött telefonhálózathoz lakossági és nem lakossági felhasználók számára"*, elnevezésű kiskereskedelmi piac szolgáltatási és földrajzi kiterjedését meghatározta, amelynek eredményeként három elkülönült piacot érintett piacként azonosított. Ezek a következők:

1. Hozzáférés nyilvános helyhez kötött telefonhálózathoz lakossági és nem lakossági felhasználók számára a Magyar Köztársaság területének az elektronikus hírközlő hálózatok azonosítóinak felosztási tervéről szóló, a 170/2009.(VIII.28.) Korm. rendelettel módosított 164/2005.(VIII. 16.) Korm. rendelet (továbbiakban: ANFT) 1. sz. mellékletének 2.1.3 pontja[1] alapján meghatározott, 1, 22, 23, 26, 34, 35, 36, 37, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 52, 53, 54, 56, 59, 69, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 82, 83, 84, 85, 87, 92, 93, 94, 96, 99 hívószámú körzeteiben (továbbiakban: **1. sz. érintett piac**).
2. Hozzáférés nyilvános helyhez kötött telefonhálózathoz lakossági és nem lakossági felhasználók számára a Magyar Köztársaság területének az ANFT 1. sz. mellékletének 2.1.3. pontja alapján meghatározott, 24, 25, 27, 28, 32, 33, 57, 62, 63, 66, 68, 88, 89, 95 hívószámú körzeteiben (továbbiakban: **2. sz. érintett piac**).
3. Hozzáférés nyilvános helyhez kötött telefonhálózathoz lakossági és nem lakossági felhasználók számára a Magyar Köztársaság területének az ANFT 1. sz. mellékletének 2.1.3. pontja alapján meghatározott, 29. hívószámú körzetében (továbbiakban: **3. sz. érintett piac**).

[1] A számozási körzethez tartozó települések listáját lásd a hatóság www.nhh.hu honlapján az „Azonosítógazdálkodás", „Nyilvántartások", „Azonosítógazdálkodási nyilvántartás", „Földrajzi számok" rovatban..

A Tanács megállapította, hogy az érintett piacok mind a lakossági, mind a nem lakossági hozzáférések vonatkozásában egybeesnek.

Ezen érintett piacokon a Tanács a fennálló verseny hatékonyságát elemezte és jelentős piaci erővel rendelkező szolgáltatóként azonosította mind a lakossági, mind a nem lakossági érintett piacokon az alábbi szolgáltatókat:

1. Az 1. sz. érintett piacokon a Magyar Telekom Nyrt.-t (székhely: 1013 Budapest, Krisztina krt. 55.; cg.: 01-10-041928)
2. A 2. sz. érintett piacokon az Invitel Távközlési Zrt.-t (székhely: 2040 Budaörs, Puskás T. u. 8-10.; cg.: 13-10-040575)
3. A 3. sz. érintett piacokon a UPC Magyarország Telekommunikációs Kft-t (székhely: 1092 Budapest, Kinizsi u. 30-36., cg.: 01-09-366290).

a) A Tanács az 1. és 2. sz. érintett piacokon jelentős piaci erejűként azonosított szolgáltatókra a DH-16173-41/2007. számú határozatban kirótt, az Eht. 109. § szerinti „előfizetői szolgáltatások díjával kapcsolatos kötelezettségek" körében a 109. § (1) bekezdés a) pontja szerinti indokolatlanul magas díjak alkalmazásának tilalmát módosítja, a 3. sz. érintett piacon jelentős piaci erejűként azonosított szolgáltató vonatkozásában pedig előírja oly módon, hogy amennyiben a hozzáférési díjaknak az emelkedése a megelőző egy éves időszakhoz viszonyítva (piaconként külön-külön, az aggregált árindexszel mérve) 2009-ben, illetve a további évek mindegyikében az éves fogyasztói árindex mértékét meghaladja, az indokolatlanul magas árat jelent, ezért a Tanács a fogyasztói árindex mértékét meghaladó díjnövelést megtiltja. A 2009-et követő években jelen kötelezettséget naptári évenként kell teljesíteni.

A Tanács a rendelkező rész a) pontjában foglalt kötelezettség teljesítését jelen határozat Függelékében foglalt módszertan alapján, a Központi Statisztikai Hivatal által a 2009. és a további évekre ténylegesen megadott (mért) fogyasztói árindexszel összevetve, hatósági ellenőrzési eljárás keretében fogja vizsgálni.

b) A Tanács az 1. és 2. sz. érintett piacokon jelentős piaci erejűként azonosított szolgáltatókra a DH-16173-41/2007. számú határozatban kirótt kötelezettségek körében fenntartja, a 3. sz. érintett piacon jelentős piaci erejűként azonosított szolgáltatóra vonatkozóan pedig előírja az Eht. 109. § szerinti „előfizetői szolgáltatások díjával kapcsolatos kötelezettségek" körében a 109. § (1) bekezdés c) pontja szerinti „egyes felhasználók, előfizetők indokolatlan megkülönböztetésének" tilalmát. Jelen határozat értelmében az egyes felhasználók, előfizetők[2] indokolatlan megkülönböztetésének minősül különösen:

Ha a b) pont szerint kötelezett szolgáltató (továbbiakban: Szolgáltató) valamely határozott idejű előfizetői szerződésnek az előfizető által a határozott idő letelte előtt való megszűntetését (ideértve a rendes és rendkívüli felmondást is) vagy az előfizetőnek a határozott idejű előfizetői szerződés keretében igénybe vett díjcsomagról a határozott idő letelte előtti más díjcsomagra történő váltást olyan egyoldalúan kikötött jogi feltételhez, vagy olyan gazdasági feltételhez köti, amely a Szolgáltató ezen szerződés teljesítésére fordított költségével vagy az általa a teljesítés során nyújtott kedvezménnyel nem indokolható és azokkal nem arányos.

A Szolgáltató jelen kötelezettséget a hatályban lévő előfizetői szerződések esetében is alkalmazni köteles.

A rendelkező rész b) pontjában foglalt kötelezettség a Szolgáltatót a határozat közlését követő naptól terheli.

c) A Tanács az 1. és 2. sz. érintett piacokon jelentős piaci erejűként azonosított szolgáltatókra a DH-16173-41/2007. számú határozatban kirótt kötelezettségek körében fenntartja, a 3. sz. érintett piacon jelentős piaci erejűként azonosított szolgáltató vonatkozásában pedig előírja a közvetítőválasztás szolgáltatás Eht. 111. §-a szerinti tartalommal történő nyújtását.

Az 1., 2. és 3. sz. érintett piacokon az a)-c) pontokban leírt kötelezettségek kiterjednek a kötelezett szolgáltató mindazon előfizetői hozzáféréseire is, amelyek az ANFT 1/A § 5. pontjában meghatározott nomadikus, az ANFT 1. mellékletének

[2] A határozatban a Tanács e kötelezettség hatályát az Eht. 188.§ 26. pontja szerinti (a természetes és jogi személyeket is tartalmazó) felhasználó fogalmára terjeszti ki.

2.1.4. pontja szerint „21”-es SHS kijelölőszámú hívószámot kaptak és amely előfizetők számlázási címe az előfizető kötelezett szolgáltatójának jelen határozat szerinti számozási területére esik.

Amennyiben jelen határozat jogerőre emelkedését követően bármely kötelezett szolgáltató tekintetében jogutódlás következik be, akkor a kieső ügyfél helyébe a polgári jog szerinti jogutódja(i) lép(nek), és a jogelődre jelen határozatban megállapított kötelezettségek ezen jogutódo(ka)t terhelik.

Egyetemes (általános) jogutódlás esetén a jogelődöt jelen határozat alapján terhelő valamennyi kötelezettség annak a jelen határozatban meghatározott céljához, jellegéhez és tartalmához igazodva terheli a jogutódlással létrejött szolgáltató(ka)t.

Amennyiben jelen határozatban jelentős piaci erejűként azonosított szolgáltató a tevékenysége végzésének feltételeit a felek akaratelhatározása alapján harmadik személy szolgáltató(k)ra átruházza (ügyleti vagy egyedi jogutódlás), úgy ezen harmadik szolgáltató(k) a korábbi jelentős piaci erejű szolgáltató jogutódjának minősül(nek), és terhelik a jogelőd jelentős piaci erejű szolgáltatót terhelő valamennyi kötelezettség, a jelen határozatban maghatározott tartalommal.

Jelen határozat ellen fellebbezésnek helye nincs. A határozat felülvizsgálata a határozat közléstől számított 15 napon belül a Fővárosi Bírósághoz címzett, a Tanácshoz 3 példányban benyújtott keresettel kérhető.

A keresetlevél benyújtásának e határozat végrehajtására halasztó hatálya nincsen.

Indokolás

A Tanács – eleget téve az Eht. 57. § (1) bekezdésében foglaltaknak – az Eht. 14. § (1) bekezdés c) pontja értelmében az Eht. 10. § f) pontjában foglalt hatáskörében eljárva ismételten lefolytatta az Eht. 52-57. § rendelkezései szerinti, a piac-meghatározásra, a jelentős piaci erővel rendelkező szolgáltató azonosítására és kötelezettségek előírására, hatályban tartására, valamint módosítására irányuló eljárását. A Tanács a tárgyi eljárás során az Eht., a 8/2009.(X.9.) IHM rendelettel módosított 16/2004.(IV.24.) IHM rendelet[3] (továbbiakban: R.), valamint az Európai Unió Bizottsága által kiadott bizottsági iránymutatások (így különösen a 2002/C 165/03[4] sz. Iránymutatás, a továbbiakban: Iránymutatás) által a piacmeghatározás és a piacelemzés körében meghatározott jogalkalmazói elvek és szempontok, valamint az ott rögzített módszertan, eljárásjogi intézmények, eszközök, fogalmak, meghatározások alapján, valamint a korábbi piacelemzési eljárások során kikristályosodott jogalkalmazói gyakorlat szerint járt el.

A Tanács a piacelemzési eljárás lefolytatása érdekében az Eht. 52. § (2) bekezdése, valamint a 151. § (1) és (2) bekezdései alapján 30 napos határidő tűzésével 2008. június 4. napján a DH-18927-1/2008. ill. DH-18927-2/2008. sz. határozataival, 2009. április 16. napján pedig a DH-14078-1/2009, DH-14087-2/2009 ill. DH-14078-3/2009. sz. határozataival adatszolgáltatási kötelezettséget írt elő a Hatóság által nyilvántartott valamennyi aktív, helyhez kötött telefon szolgáltatást nyújtó szolgáltató (a továbbiakban **„Szolgáltatók”**) számára. A Szolgáltatókat terhelő adatszolgáltatási kötelezettség meghatározására a piacelemzési eljárást megelőző, annak eredményes lefolytatása érdekében megindított, az adatszolgáltatás mellett a megismert adatok feldolgozását és értékelését is magában foglaló piacfelügyeleti ellenőrzési típusú eljárás keretében került sor, melynek során a Hatóság a felügyelt piac szerkezete, a piacon jelenlévő piaci szereplők közötti viszonyrendszer, az általuk nyújtott szolgáltatások vonatkozásában szerzett olyan információkat, adatokat és tapasztalatokat, melyek alapján a felügyelt piac érdemi vizsgálata körében megalapozottabb döntést hozhatott.

Az adatszolgáltatás keretében benyújtott adatok mennyisége és minősége tekintetében a Tanács megállapította, hogy a vonatkozó piacokon a köztudomású tények alapján az összes, gazdasági ereje alapján számításba vehető szolgáltató teljesítette adatszolgáltatási kötelezettségét. Az adatszolgáltatás körében megismert adatokon túlmenően a Tanács megvizsgálta a *„Hozzáférés nyilvános helyhez kötött telefonhálózathoz lakossági és nem lakossági felhasználók számára”* elnevezésű kiskereskedelmi piac elemzése szempontjából releváns, nyilvánosan (pl.: Általános Szerződési Feltételekben, statisztikákban) hozzáférhető adatokat, a társhatóságok által nyilvánosságra hozott információkat, az IRG és az ERG nyilvánosan elérhető honlapjain foglaltakat, valamint a Hatóság saját nyilvántartásainak adatait.

Az adatszolgáltatás eredményeként a Tanács összesítette, és rendszerbe foglalta a Szolgáltatóktól beérkezett adatokat. A piacelemzési eljárásban a tényállás tisztázása körében a Tanács az ekként előállított adattáblákat alkalmazta az eljárás eredményeként meghozott döntések és megállapítások kellő megalapozásához.

A Tanács az ekként rendelkezésére álló adatokat összességében értékelte és megállapította, hogy az előző piacelemzési eljáráshoz hasonlóan továbbra is indokolt az R melléklete szerinti piacok közül a *„Hozzáférés nyilvános helyhez kötött telefonhálózathoz lakossági és nem lakossági felhasználók számára”* elnevezésű kiskereskedelmi piac elemzését elvégezni. A beérkezett adatok feldolgozásának eredményeként a Tanács tisztázta a jelen eljárásban ügyfélnek minősülők körét, és megállapította, hogy a jelen eljárásban azok a szolgáltatók minősülnek ügyfélnek, akik az adott piacon ténylegesen szolgáltatást nyújtanak. A Tanács a piacelemzési eljárás megindításáról 2009.november 12-i végzésében értesítette az ügyfeleket.

A Tanács az adatszolgáltatás összesített adatain túl felhasználta a Központi Statisztikai Hivatal által létrehozott Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program (a továbbiakban: **OSAP**) hírközléssel összefüggő elemzéseit is a tényállás tisztázása során. Ezek általában az OSAP 1707 számú *„A távközlési tevékenység évközi adatai”* elnevezésű statisztikáira támaszkodnak. Felhasználta továbbá az NHH által gyűjtött Vezetékes havi gyorsjelentés, valamint a Szonda Ipsos 2006-2009. évi piackutatási anyagait.[5] Ugyancsak felhasználta azokat az NHH megbízása alapján a TÁRKI-ITHAKA piackutató cég által

[3] 16/2004. (IV.24.) IHM rendelet a piacmeghatározás, a piacelemzés és a jelentős piaci erővel rendelkező szolgáltatók azonosítása, valamint a rájuk vonatkozó kötelezettségek előírása során alkalmazandó alapelvekről

[4] Commission Guidelines on market analysis and the assesment of significant market power under the Community regulatory framework for electronic bommunications and services

[5] A Szonda Ipsos „Távközlési szolgáltatások lakossági használata, 2009, I. „háztartás” 2009. március

2008-ban végzett piackutatási eredményeket[6] amelyek a fix-mobil helyettesíthetőség körében az alábbi elemzéseket tartalmazzák:
– A bekapcsolt vezetékes fővonalak száma (1. ábra)
– Az aktív mobil előfizetések számának alakulása (2. ábra)
– Bekapcsolt fővonalak számának változási üteme (3. ábra)
– SIM-kártyák számának relatív változása (4. ábra)
– A vezetékes és mobil telefonnal rendelkező háztartások aránya (5. ábra)
– Háztartások telefon ellátottsága (6. ábra)
– A vezetékes és mobil hozzáférés megítélése (7. ábra)

Ugyancsak az OSAP adatok alapján került megállapításra az a tény is, hogy a helyi hurok teljes átengedésére vonatkozó nagykereskedelmi piac helyzete az eltelt idő alatt nem gyakorolt számottevő befolyást a hozzáférési piacokra (12. táblázat).

Az Eht. 20. § (1) bekezdés a), b) és c) pontja alapján a hatóság és a versenyhatóság az elektronikus hírközlési piaci versenyt érintő kérdésekben a verseny védelmének következetes érvényre juttatása, illetve az egységes jogalkalmazás előmozdítása érdekében szorosan együttműködik, így különösen az elektronikus hírközlési piac érintett piacainak meghatározásával, az érintett piacon fennálló verseny elemzésével, a jelentős piaci erővel rendelkező szolgáltatók azonosításával és a rájuk vonatkozó kötelezettségek előírásával kapcsolatos eljárásokban. E kötelezettségének megfelelően a Tanács tárgybani eljárása során a Gazdasági Versenyhivatallal (a továbbiakban: GVH) együttműködött, egyeztette a kiküldendő kérdőíveket, az alkalmazott módszertant, valamint a határozat-tervezetet. Ennek során a versenyhatóság szakmai álláspontját megismerte. Az együttműködés részletei a határozat Indokolásának „C" fejezetében kerülnek kifejtésre.

A határozat-tervezetre a 2010…..között megszervezett Nemzeti Konzultáció során beérkezett észrevételek feldolgozását, a figyelembe vett, illetve a figyelembe nem vett észrevételeket, valamint azok figyelmen kívül hagyásának indokait ezen határozat Indokolásának „D" fejezete tartalmazza.

Az érdekeltekkel történő egyeztetés lefolytatását követően, az Eht. 65. § (1) bekezdése alapján a Tanács a tárgybani határozatának tervezetét részletes indokolással együtt 2009....-án megküldte az Európai Bizottságnak és a tagállami elektronikus hírközlési szabályozó hatóságoknak, miután a határozat-tervezetben foglaltak hatással lehetnek a tagállamok közötti kereskedelemre. A tagállamok közötti kereskedelmet érintő intézkedések olyan intézkedések, amelyek közvetlen, vagy közvetett, tényleges vagy potenciális befolyást gyakorolhatnak a tagállamok közötti kereskedelem áramlására oly módon, amely az egységes piac akadályát képezheti. Ezek közé olyan intézkedések tartoznak, amelyek jelentős hatást gyakorolnak a más tagállamokban található üzemeltetőkre, vagy felhasználókra, így például, amelyek a más tagállamok felhasználóira érvényes árakat érintik.

A Tanács jelen határozatát az Európai Bizottság és a tagállami elektronikus hírközlési szabályozó hatóságok által a tervezetekre tett észrevételek figyelembevételével hozta meg.

A részletes indokolásra, illetve a megküldésre vonatkozó szabályokra irányadóak az Európai Bizottságnak a „piacelemzés eredményeinek a Bizottsághoz való eljuttatásával (notifikáció) kapcsolatos eljárásról, a kapcsolatos határidőkről és a Bizottsággal való konzultáció módjáról szóló, 2008. október 15-én kiadott ajánlásában [C(2008) 5925final] foglaltak. Ezen eljárás részletei e határozat Indokolásának „E" fejezetében kerülnek kifejtésre.

A piacelemzés egy több, egymásra épülő szakaszból álló közigazgatási eljárás. Az Eht. 52. § (1) bekezdése szerint a Tanács azonosítja a piacokat; elemzi az azonosított piacokon fennálló versenyt, illetve annak hatékonyságát és amennyiben azokon a verseny nem kellően hatékony, azokat érintett piacnak nyilvánítja, majd azonosítja az érintett piacokon a jelentős piaci erővel rendelkező szolgáltatót, illetve szolgáltatókat, továbbá a jelentős piaci erővel rendelkező szolgáltatóra, illetve szolgáltatókra az Eht. XIII-XIV. fejezetében foglalt kötelezettségek közül a piacelemzés alapján feltárt, versenyt korlátozó akadályok által indokolt, azokkal arányos, legalább egy kötelezettséget ír elő, vagy a jelentős piaci erővel rendelkező szolgáltatóra korábban, a jelen piacelemzési eljárást megelőzően megállapított legalább egy kötelezettséget fenntart, illetve módosítja azt. Eljárása során a Tanács a versenyjog vonatkozó szabályai, valamint az IHM tájékoztatóban meghatározottak szerint, a magyar elektronikus hírközlési piac sajátosságainak figyelembevételével járt el.

[6] TÁRKI, „Távközlési szolgáltatások lakossági használata, 2008", Háztartási tanulmány és Egyéni tanulmány, 2009 április

Az eljárás első lépéseként a Tanács azonosította a szolgáltatási piacokat, ill. azok földrajzi kiterjedését a *„Hozzáférés nyilvános helyhez kötött telefonhálózathoz lakossági és nem lakossági felhasználók számára”* kiskereskedelmi piac vizsgálatából kiindulva.

A piacok meghatározását követő szakaszokban a Tanács – az indokolásban foglaltak szerint - elvégezte az adott piacon fennálló verseny, illetve annak hatékonyságának elemzését, meghatározta a fölrajzi piacokat, majd elvégezte az érintett földrajzi piacokon a jelentős piaci erővel rendelkező szolgáltatók kijelölését, valamint e szolgáltatókra az Eht-ben meghatározott körben kötelezettségeket írt elő.

A Tanácsnak a tárgybani eljárásában a döntése meghozatala érdekében elvégzett részletes elemzését az indokolás „A” fejezete tartalmazza az alábbiak szerint:

I. Az adott piac meghatározása és érintettségének megállapítása
II. Piacelemzés, JPE szolgáltatók azonosítása
III. Kötelezettségek kirovása.

A Tanács a jelen határozat indokolása „A” fejezetének III. része szerinti lefolytatott vizsgálatok alapján a jelentős piaci erejűként azonosított szolgáltatókra a rendelkező rész szerinti, az Eht.-nak a „Jelentős piaci erővel rendelkező szolgáltatók kötelezettségeit a kiskereskedelmi szolgáltatási piacokon” című XIII. fejezetében meghatározott az Eht. 111. § szerinti közvetítőválasztás kötelezettséget továbbra is fenntartja, valamint az Eht. 109. § szerinti „előfizetői szolgáltatások díjával kapcsolatos kötelezettségek” körében a 109. § (1) bekezdés a) pontja szerinti indokolatlanul magas díjak alkalmazásának tilalmát, továbbá c) pontja szerinti „az egyes felhasználók, előfizetők indokolatlan megkülönböztetése” tilalmát fenntartja.

A Tanács a *„Hozzáférés nyilvános helyhez kötött telefonhálózathoz lakossági és nem lakossági felhasználók számára”* elnevezésű kiskereskedelmi piac esetében – tekintettel az R. mellékletében szereplő meghatározásra – egy határozatban rendelkezett mind a lakossági, mind a nem lakossági hozzáférési részpiacra vonatkozólag. Azokban az esetekben, ahol az elemzésben a két részpiac tekintetében különbségek adódtak, a Tanács azt megfelelően feltüntette határozatában.

A jogorvoslati jogosultság az Eht. 46. § (1) bekezdésén és 47. § (1) bekezdésén alapul.

A Tanács döntését az Eht. 39. § (1) bekezdése alapján teljes ülés keretében hozta meg.

A. fejezet

I. Piacmeghatározás és a piac érintettségének megállapítása

I.1. A Piacmeghatározás menete

A piacmeghatározás során a Tanács a *„Hozzáférés nyilvános helyhez kötött telefonhálózathoz lakossági és nem lakossági felhasználók számára"* piac vizsgálatából indult ki, figyelemmel az R. mellékletének 1. pontjára.

A piacmeghatározás során a Tanács meghatározta a szolgáltatások pontos tartalmát és elvégezte a piac azonosítását a jogszabályokban meghatározott fogalmakat alapul véve.

A Tanács megvizsgálta továbbá a szolgáltatók kiskereskedelmi piaci viselkedését befolyásoló tényezőket, különös tekintettel a helyettesítés kérdéseire.

A vizsgált szolgáltatási piac meghatározása után került sor az egyes, azonos versenyfeltételekkel rendelkező földrajzi piacok határainak meghatározására, amelynek során a Tanács elsősorban a hálózatok által lefedett terület nagyságát vizsgálta.

A piacok meghatározása után a Tanács megvizsgálta, hogy a *„Hozzáférés nyilvános helyhez kötött telefonhálózathoz lakossági és nem lakossági felhasználók számára"* kiskereskedelmi piac érintett piacnak tekinthető-e a Magyar Köztársaság területén.

I.2. Jogszabályi fogalmak

A „Hozzáférés nyilvános helyhez kötött telefonhálózathoz lakossági és nem lakossági felhasználók számára" kiskereskedelmi piac vizsgálatához a kiindulási alapot az Eht. 188. §-ban szabályozott fogalmak, valamint a 118/2008. (V.8.) Korm. rendelettel, a 10/2003. (VI.27.) és a 4/2004.(III.24.) IHM rendeletekkel módosított, 3/2002. (I.21.) MeHVM rendeletnek a távbeszélő szolgáltatási piacon jelentős piaci erővel rendelkező távközlési szolgáltató által nyújtott távbeszélő szolgáltatás díjairól, valamint az egyetemes távközlési szolgáltatással kapcsolatos díjcsomagokról (továbbiakban: Díjrendelet.) 2. § (1) bek. *b)* és *c)* pontjában leírt fogalmak jelentették.

I.3. A szolgáltatás tartalmi meghatározása

A vizsgált piacok azonosításának első lépéseként a Tanács elvégezte a bejelentett szolgáltatások vizsgálatát. Ennek során a Tanács megvizsgálta a tárgyi piacnak megfelelő, a jogi előírásoknak megfelelően teljesítő (pl. a szolgáltatás bejelentések, Általános Szerződési Feltételek, Szolgáltatási Jegyzék számok figyelembe vétele), a piacon ténylegesen nyújtott és igénybe vehető szolgáltatásokat.

A *„Hozzáférés nyilvános helyhez kötött telefonhálózathoz lakossági és nem lakossági felhasználók számára"* kiskereskedelmi piachoz tartozó szolgáltatásokat alapvetően az határozza meg, hogy az a helyhez kötött, nyilvános telefonhálózat (Eht. 188. § 42. és 87. fogalom) elérését szolgálja, az „előfizetői szolgáltatás" jogszabályi fogalmának (Eht. 188. § 25. fogalom) megfelel, valamint az előbbi piacot az „egyéni előfizető" jogszabályi fogalmának (Eht. 188. § 10. fogalom) megfelelő felhasználók, míg az utóbbi piacot a nem egyéni (üzleti) előfizető fogalmának megfelelő felhasználók veszik igénybe.

A Tanács megállapította, hogy a vizsgált piacokon a bejelentett szolgáltatás jellemzői az alábbiak:

a) A szolgáltatást a *„Hozzáférés nyilvános helyhez kötött telefonhálózathoz lakossági és nem lakossági felhasználók számára"* megnevezésű piacon lakossági és nem lakossági (üzleti, intézményi) előfizetők részére nyújtják.

b) A szolgáltatás helyhez kötött előfizetői hozzáférési ponton érhető el.

c) A szolgáltatások köre az alábbi alapvető funkciókat tartalmazza:
   - ca) hozzáférés létesítése és üzembe helyezése meghatározott földrajzi helyen;
   - cb) képesség telefonhívások indítására és fogadására;
   - cc) telefonhívások fogadása a belföldi és nemzetközi nyilvános telefonhálózat többi előfizetőjétől a hozzáférés ANFT-ben meghatározott, helyhez kötött telefon hívószáma alapján;

cd) a hozzáférés fenntartása és hibaelhárítás jogszabályokban[7] meghatározott minőségi követelmények szerint;

továbbá esetenként pl. a következő, nem alapvető szolgáltatások nyújtásának lehetősége:

ce) díjmentes segélyhívások az ANFT-ben meghatározott segélyhívó számok hívásával;

cf) alapsávi (modemes) adatátviteli hívások fax üzenetek, Internet elérés stb. érdekében;

cg) egyéb, az Általános Szerződési Feltételekben meghatározott havidíjas előfizetői szolgáltatások és telefon használati feltételek igénybevételének lehetősége;

ch) egyéb nem forgalmi jellegű szolgáltatások az Általános Szerződési Feltételek és az előfizető egyedi szerződése szerint.

d) Az előfizetői hozzáférések típusai műszaki megvalósításuk szerint – többek között – a következők lehetnek:

da) analóg külön vonalú vezetékes,

db) analóg ikervonalú vezetékes,

dc) rádiós helyi hurokkal (RLL) megvalósított,

dd) mobil hálózati állandóhelyű, Home Zone típusú,

de) ISDN alapsebességű,

df) ISDN primer sebességű és egyéb nyalábolt digitális,

dg) kábeles műsorelosztó hálózaton létrehozott,

dh) lakóparki (alközponton keresztül nyújtott) telefon,

di) szélessávú vezetékes (DSL) vonalú,

dj) szélessávú állandóhelyű rádiós,

dk) bérelt vonali,

dl) fényvezetős

hozzáférés.

A fentiek közül új generációs hozzáférési hálózatok (NGA, New Generation Access) részének nevezhetők a di), dj) és dl) alpontban megjelölt hozzáférések.

Ezekre a hozzáférésekre jellemző, hogy a hozzáférési és felhordó szakaszokon VoIP alapú csomagkapcsolt hangátvitel történik, a PSTN hálózathoz megfelelő átjárókon keresztül kapcsolódnak, amelyek a csomagkapcsolt összeköttetéshez áramkör-kapcsolt további szakaszokat csatlakoztatnak, vagy a telefonhálózat többi, ANFT hívószámmal hívható VoIP előfizetőjét és szolgáltatásait IP alapú hálózaton keresztül érik el

A KTV telefon hozzáférések az esetek többségében a szolgáltató tulajdonát képező „set-top-box"-okon keresztül lehetővé teszik hagyományos analóg telefonkészülék csatlakoztatását, ami megkönnyíti az előfizetők áttérését régi analóg hozzáférésről KTV hozzáférésre. Emiatt – az előfizetői interfész szempontjából – a KTV telefon hozzáférés nem nevezhető NGA hozzáférésnek.

A szélessávú és a fényvezetős telefon hozzáférés előfizetői interfésze viszont már valóban NGA jellegű, mert ahhoz előfizetői végberendezésként az előfizető PC-je vagy VoIP telefon készüléke csatlakozik.

A KTV telefonok rendszerint földrajzi hívószámot kapnak, az igénybevétel helye meghatározott és így a hozzáférési piacnak mindenképpen a részét képezik. Ez a körülmény azt is alátámasztja, hogy a KTV telefonok megjelenése az infrastruktúra-alapú versenyt erősíti.

A fényvezetős hozzáférésekről ugyancsak elmondható, hogy helyük meghatározott és így földrajzi hívószám használatára jogosultak. Számuk egyelőre csekély, de dinamikus növekedésükre mindenképpen számítani kell.

e) A szolgáltatás nyújtásával kapcsolatos díjak részben egyszeri díjak, részben előre fizetendők, a szolgáltatásnyújtás időtartamával arányos mértékben (havi díj). A szolgáltatásban benne foglalt funkciók igénybevételéért [a fenti ce), cg) funkciók kivételével] a havidíjon felül további díjat nem kell fizetniük az előfizetőknek. A díjfizetés jogszabály szerint részletezett számla alapján történik.

[7] Az elektronikus hírközlési előfizetői szerződésekre és azok megkötésére vonatkozó részletes szabályokról szóló 16/2003. (XII. 27.) IHM rendelet 11-13. §-ai, az elektronikus hírközlési szolgáltatás minőségének a fogyasztók védelmével összefüggő követelményeiről szóló 229/2008. (IX.12.) Korm. rendelet 3.-4. §-a

A Tanács megállapította, hogy a piac technológia-semleges vizsgálata ellenére a különféle technológiák sajátosságai miatt az azokhoz kötődő szolgáltatások tartalma kisebb eltéréseket mutat. A különböző technológiájú hozzáférések eltérő szolgáltatás-tartalma alapján a két vizsgált részpiacon belül az 1. sz. táblázatnak megfelelően részpiacok állapíthatók meg:

1. sz. táblázat: A helyhez kötött hozzáférési piacok részpiacai a d) alpontban felsorolt esetekben

Részpiac	Lakossági piac	Nem lakossági piac
Analóg különvonalú hozzáférés	+	+
Analóg ikervonalú hozzáférés	+	
Rádiós helyi hurok (RLL) hozzáférés	+	+
„Home Zone" mobil hálózati hozzáférés	+	
ISDN BRA alapsebességű hozzáférés	+	+
ISDN PRA és egyéb nyalábolt digitális		+
Kábeles műsorelosztó hálózati hozzáférés	+	+
Lakóparki alközponti hozzáférés	+	
Szélessávú vezetékes (DSL) hozzáférés	+	+
Szélessávú rádiós hozzáférés	+	+
Bérelt vonali hozzáférés	+	+
Fényvezetős (FTTH) hozzáférés	+	+

I.3.1. Az analóg különvonalú vezetékes hozzáférésről a Tanács megállapította, hogy az a I.3. ca)…ch) pontokban felsorolt szolgáltatásoknak teljes körét biztosítja, így az mind a lakossági, mind a nem lakossági hozzáférési piac részét képezi.

I.3.2. A Tanács megállapította, hogy az ikervonalú vezetékes hozzáféréseken nyújtott szolgáltatások köre az I.3.1. pont szerinti analóg különvonalú hozzáférés szolgáltatásainál csupán annyiban szűkebb, hogy az ikertárs forgalmának függvényében a szolgáltatások rendelkezésre állása az üzemidőre vetítve nem 100%-os. Tekintettel arra, hogy ez a fajta hozzáférés csak a lakossági piacon fordul elő, továbbá a 2008. évi piackutatási adatok szerint az ikervonalak száma marginális (0,16%[8]), a Tanács az ilyen hozzáféréseken nyújtott szolgáltatásokat a lakossági hozzáférési piac részének tekinti.

I.3.3. A Tanács megállapította, hogy a rádiós hozzáféréseken nyújtott szolgáltatások, melyeket GSM technológia alkalmazásával, vagy más önálló (pl. DECT szabvány szerint működő) rádiós pont-pont vagy pont-multipont eszközökkel nyújtanak, tartalmukat tekintve csak annyiban szűkebbek az I.3.1. pontban tárgyalt analóg hozzáférésnél, hogy

- ha az előfizető távmásolót vagy egyéb adatátvitelt is kíván használni, GSM hozzáférés esetén a szolgáltató díjmentesen további hívószámot ad, vagy a kihelyezett adaptert megfelelő szoftverrel látja el telefax, ill. adatátviteli célú hívásokhoz,
- a kihelyezett adó-vevő adapter állandó áramfogyasztása miatt az előfizetők kompenzációt kapnak a számlázott díjakból.

A Tanács álláspontja szerint ezek a korlátozások a lakossági és nem lakossági piacokon nyújtott alapvető telefon szolgáltatásokat nem befolyásolják, így ez a részpiac a lakossági és nem lakossági hozzáférési piac részét képezi[9].

I.3.4. A mobil rádiótelefon hálózaton, mobil végberendezés használatával nyújtott ú.n. „Home Zone" (HZ) szolgáltatás, amely lehetővé teszi, hogy az előfizető abban a mobil rádiótelefon hálózati cellában, amely hivatott az állandó tartózkodási helyén (lakásában, irodájában) a rádiótelefon szolgáltatás nyújtására, a helyhez kötött tarifákhoz közeli díjért telefonáljon a helyhez kötött hálózat előfizetői felé, helyhez kötött hívószám választásával, valamint lehetővé teszi, hogy helyhez kötött földrajzi hívószámára érkező hívásokat a

[8] Forrás: Szonda Ipsos 2008. évi lakossági piackutatása

[9] A használt végberendezés az esetek többségében egyszerű CB analóg telefon készülék, tehát az interfész megegyezik az analóg telefonvonaléval. Ez is alátámasztja, hogy az adott technológiájú hozzáférés része a piacnak.

cellán belül díjmentesen fogadjon. Ez gyakorlatilag olyan elrendezés emulációjának tekinthető, amikor egy helyhez kötött telefon előfizető zsinórnélküli telefonjával úgy veheti igénybe a szolgáltatást, hogy az előfizetői hozzáférési ponttól (a falicsatlakozótól) esetenként több 10 m távolságra van.
Az Európai Bizottság a hozzáférési piac II. körös piacelemzési határozatának notitfikációja során, 2007.08.03-án kelt levelében a következő észrevételt tette:

> „A Bizottság megjegyzi, hogy Magyarországon megjelentek a mobilszolgáltatók által nyújtott home-zone szolgáltatások. Az NHH arra a következtetésre jutott, hogy – legalábbis a piacelemzés időtávján belül - ezek a szolgáltatások nem tartoznak a kiskereskedelmi hozzáférési piachoz, anélkül, hogy a keresleti helyettesítési tesztet elvégezte volna. Ez a megállapítás mindazonáltal nem befolyásolja az JPE-vel rendelkező szolgáltatók azonosítását. Ettől függetlenül a Bizottság felhívja az NHH-t, hogy a végleges intézkedésben vizsgálja meg részletesebben a helyhez kötött hozzáférés és a mobil szolgáltatók által nyújtott konvergens szolgáltatások közötti helyettesítés kérdéskörét, figyelembe véve a szolgáltatások használatát és az árakat, (különös tekintettel arra.,hogy az előfizető tud-e váltani az előfizetési díj kismértékű de jelentős növekedése esetén). Továbbá a Bizottság felhívja az NHH-t, hogy a fenti szolgáltatások fejlődését kísérje figyelemmel."

Emiatt 2009-ben a helyhez kötött telefon piacok kérdőívét – egyszerűsített formában – megküldtük a mobil szolgáltatóknak is, amelyek közül a Vodafone[10] szolgáltatott adatokat HZ szolgáltatásáról. A HZ szolgáltatás igénybevevője segélyhívásokat is kezdeményezhet, azonban hozzáférésén faxhívásokat nem tud kezdeményezni ill. fogadni, továbbá szélessávú szolgáltatásokat is csak korlátozásokkal vehet igénybe. Tekintettel arra, hogy a szolgáltatás csak földrajzilag meghatározott helyen, a bázisállomás körzetében vehető igénybe, a mobil rádiótelefon technológia ellenére funkcionálisan kielégíti az I.3. fejezet elején szereplő ca)…cd) pontokban leírtakat, továbbá nincs lényeges díjszabási különbség a más helyhez kötött hozzáférésekhez képest, a Tanács a HZ szolgáltatást a hozzáférési lakossági piac részének tekinti[11].

I.3.5. Az ISDN-BRA hozzáférésről a Tanács megállapította, hogy az a felsorolt szolgáltatásoknak teljes körét biztosítja, így az mind a lakossági, mind a nem lakossági hozzáférési piac részét képezi. A többletszolgáltatások (pl. két beszélgetés egy fizikai vonalon, nagyobb sávszélességű Internet hozzáférés, kényelmi szolgáltatások stb.) a piac belső fejlődését segítik elő, amit jellemez az ISDN-BRA hozzáférések növekvő részaránya.

I.3.6. Az ISDN-PRA (primer sebességű, max. 2,048 kbit/s) hozzáférésről a Tanács megállapította, hogy a felsorolt szolgáltatásoknak teljes körét biztosítja, de mivel az az egyéni/lakossági hozzáférések között nem fordul elő, csak a nem lakossági hozzáférési részpiac részét képezi. A többletszolgáltatások (elsősorban a beválasztás, a többszörös hívószám stb.) az előfizetői alközpontok korszerű üzemeltetése, valamint a hívásközpontok („call center"-ek) kiszolgálása szempontjából nyújtanak előnyöket.

I.3.7. A Tanács megállapította, hogy a bejelentett nyilvános telefonszolgáltatásokon belül, a vezetékes/kábeles műsorelosztó hálózaton (KTV) nyújtott telefonszolgáltatás, melyet a szolgáltatók előfizetők részére nyújtanak, az I.3. ca)…ch) pontokban leírt teljes szolgáltatási kört csak bizonyos megszorítással nyújtják. Ez elsősorban abból áll, hogy nemcsak az előfizetői helyiségen belüli „set-top box" elnevezésű csatlakozó adapter, hanem a többi aktív hálózati elem működése is függvénye az erősáramú tápáramellátásnak, ami különösen kritikus segélyhívás esetén.
Tekintettel azonban arra, hogy ezt a körülményt a szolgáltatók Általános Szerződési Feltételeikben feltüntetni kötelesek és ezért cserébe a szolgáltatók hálózatukon belül az ingyenes hívás lehetőségét biztosítják, valamint figyelembe véve a mobil rádiótelefon szolgáltatást, mint az előfizetők túlnyomó többségénél rendelkezésre álló alternatív segélyhívási lehetőséget, a Tanács úgy döntött, hogy a kábeles műsorelosztó hálózati telefon hozzáférést a tárgyi piac részének tekinti.

[10] Otthon Classic és Otthon Classic Plus csomagok
[11] A HZ szolgáltatásra a 2007. évi piacelemzés notifikációja során az Európai Bizottság külön felhívta a hatóság figyelmét.

I.3.8. A lakóparkok nyilvános telefon hozzáférésekkel történő ellátásánál számos példa mutatja, hogy azt egy kisebb vállalkozás korszerű alközpont felhasználásával oldja meg, ahol a nyilvános távbeszélő hálózatból érkező hívások beválasztás útján, kezelő közreműködése nélkül jutnak el a hívott lakóparki előfizetőhöz, míg a kimenő hívások közvetlenül, a kézibeszélő felemelésével kezdeményezhetők. Ezek a hozzáférések azonban leszűkítik a fenti, I.3. ca)…ch) pontokban felsorolt szolgáltatások körét a következők szerint:

- mivel a lakóparki szolgáltató[12] beékelődik a valódi nyilvános telefonszolgáltató és az előfizető közé, kis piaci erejénél fogva nem veheti igénybe a közvetítőválasztás szolgáltatását
- ugyanezen körülmény miatt az előfizető nem élvezheti a teljes vagy részleges hurokátengedés előnyeit sem,

Mivel az azonosított szolgáltatások többi vonatkozásában[13] a lakóparki alközponti szolgáltatás azokat a jövőben teljesíteni köteles, a Tanács úgy döntött, hogy az azon belül nyújtott hozzáférési szolgáltatást is a tárgyi lakossági piac részének tekinti.

I.3.9. A szélessávú vezetékes (DSL) és szélessávú rádiós hozzáférésről a Tanács megállapította, hogy amennyiben kielégíti az I.3. pont ca)…cd) alpontjában felsorolt ismérveket, az a piac részének tekinthető amennyiben a szolgáltatók adatközlése szerint a szolgáltatás igénybevétele meghatározott földrajzi helyen történik Esetenként azonban a szélessávú telefont a szolgáltató nomadikus szolgáltatásként[14] nyújtja.

A nomaditás a szolgáltatás nyújtásának és igénybevételének azon képessége, hogy az előfizetői/felhasználói készülék a hálózat bármelyik helyhez kötött előfizetői végpontján csatlakozhat a hálózathoz ezen csatlakozási pont kommunikáció közbeni változtatási lehetősége nélkül, tehát helyhez kötötten, miközben a szolgáltatás változó csatlakozási pontú igénybevétele nem igényli a szolgáltatási jogviszony változtatását. Ennek megfelelően a nomaditásban lehetséges, (de nem szükségszerű) a barangolás (roaming), azonban nem lehetséges a hálózati végpontok közötti, szolgáltatás nyújtása alatt történő átléptetés (hand-over).

A nomadikus beszédcélú szolgáltatás fogalmára a már idézett kormányrendelet a következő definíciót alkotta:

> „Nomadikus beszédcélú szolgáltatás: olyan beszédcélú elektronikus hírközlési szolgáltatás, amely a hívások kezdeményezése és fogadása céljából a szolgáltatást nyújtó hálózatok tetszőleges hozzáférési pontján elérhető, azaz a szolgáltatáshoz való hozzáférés nincs egy adott hozzáférési ponthoz rendelve, azonban a szolgáltatás igénybevétele során a hozzáférési pont nem változtatható."[15]

A fenti definíciókhoz hozzá kell tenni, hogy ezeknek a nomád előfizetőknek az elérése – bárhol is csatlakozzanak a nyilvános telefon hálózathoz – mindig ugyanazzal a hívószámmal történik (ez az a „21" előszámú hívószám, amelyet a Hatóság kioszt a nomadikus előfizetők részére.

A nomaditásnak fenti definíciója nem határozza meg a nomaditás határait, tehát ha a nomadikus előfizető hozzáférését csak valamely területen, pl. a szolgáltató hálózatán belül változtathatja, akkor is nomadikusnak minősül.

Ugyanakkor az is megállapítható, hogy a nomadikus előfizetők csak kivételes esetben változtatják meg hozzáférésük helyét, legtöbbször szolgáltatásaikat az előfizetői szerződésben szereplő címen veszik igénybe. Ezért egyedül az a körülmény, hogy az előfizető a „21" előszámmal jellemezhető nomadikus hívószámot kap, hozzáférése még a helyhezkötött telefon kategóriába esik, amely mint ilyen, a piac részének tekinthető. Ilyen esetben a hozzáférés földrajzi helye nem a hívószámából, hanem szerződésében szereplő címéből állapítható meg. Egyedüli feltétele, hogy a hozzáférés kielégítse az I.3. pont ca)…cd) alpontjaiban felsorolt alapvető követelményeket.

---

[12] lakóparki nyilvános alközponti szolgáltatást ténylegesen végző (s nem pusztán viszonteladó) szolgáltató, melynek tevékenysége megfelel az Eht. jogszabályi előírásainak

[13] Pl. számhordozhatóság

[14] amelynek ismérve a „21" kezdetű hívószám, lásd a 170/2009. (VIII.28.) Korm. rendelettel módosított 164/2005, (VIII.16.) Korm. r. 1/A §. 5. pontját.

[15] 170/2009. (VIII.28.) Korm. rendelettel módosított 164/2005, (VIII.16.) Korm. r. 1/A §. 5. pontja

A Tanács a fentiek alapján a nomadikus hívószámú telefon hozzáféréseket a piac részének tekinti, helyüket pedig az előfizetői szerződésben szereplő cím alapján azonosítja.

I.3.10. A bérelt vonali hozzáférés, ha az helyhez kötött hangszolgáltatás érdekében létesült, a Tanács a hozzáférési piac részének tekinti, attól függetlenül, hogy a bérelt vonal bérleti díját az előfizető közvetlenül, vagy a telefon szolgáltató egyedi előfizetői szerződésébe beépítve fizeti, amennyiben a bérelt vonalon keresztül megvalósított hozzáférés az alapvető funkcionális jellemzőket [lásd a fejezet elején a ca)…cd) pontokat] nem befolyásolja. Természetesen a bérelt vonal sávszélessége, valamint átviteli tulajdonságai (pl. beszédkódolás) hatással lehetnek egyes kiegészítő szolgáltatásokra (pl. modemes adatátvitel).

I.3.11. A fényvezetős előfizetői hozzáférést (FTTH), amennyiben azon telefon hangszolgáltatás történik, a Tanács a piac részének tekinti akkor is, ha a hangszolgáltatás a nyújtott egyéb szolgáltatások (Internet elérés, IPTV, VoD stb.) mellett kis hányadot képvisel. Feltétele ennek csupán az, hogy a nyújtott beszédcélú hozzáférési szolgáltatás kielégítse a fejezet elején ca)…cd) alpontokban leírt minimális funkcionális jellemzőket.

A fentiek alapján a Tanács úgy döntött, hogy valamennyi, az 1. sz. táblázatban szereplő technológiájú hozzáférés a *„Hozzáférés nyilvános helyhez kötött telefon hozzáférés lakossági és nem lakossági felhasználók számára"* piac részét képezi.

I.4. A tárgyi piactól való esetleges eltérés indokoltságának vizsgálata

Az Iránymutatás 9. pontjának harmadik francia bekezdése szerint nemzeti sajátosságok által indokolt esetben a hatóság az Ajánlásban megadott termék- és szolgáltatási piacoktól eltérő releváns országos, vagy országosnál kisebb földrajzi piacokat is meghatározhat.

A Tanács megvizsgálta, hogy vannak-e olyan, a nemzeti sajátosságok által indokolt esetek, amelyek miatt a meghatározott tárgyi piacoktól való eltérés válhat szükségessé. A Tanács a tárgyban jelzett kiskereskedelmi piacokkal kapcsolatosan az alábbi, különböző elektronikus hírközlési piacok összevonására, valamint szolgáltatási részpiacok más piacokhoz való átcsoportosítására vonatkozó alapvető lehetőségeket vizsgálta.

I.4.1. A nyilvános telefonállomások szerepe a hozzáférési piacokon

a) A szolgáltatók adatállományukban külön kezelik és nyilvántartják a nyilvános telefonállomásokat (a továbbiakban nyilvános állomás). Ugyanakkor az Eht. 188. § ide vonatkozó 88. pont szerinti fogalmából nem derül ki, hogy ezek a nyilvános állomások a lakossági vagy a nem lakossági piachoz tartoznak-e, vagy esetleg mindkettőhöz. A Bizottság Ajánlása, illetve más releváns EU dokumentumok explicit módon nem érintik a nyilvános állomások kérdéskörét a piacelemzés vonatkozásában.

b) A nyilvános állomások létesítése és üzemeltetése nyilvánvalóan részét képezi a nyilvános telefonhálózathoz való helyhez kötött hozzáférés piacának. Figyelembe kell venni azonban, hogy a felhasználók a nyilvános állomások használatáért hozzáférési díjat nem fizetnek; a hozzáférés fenntartásának költségeit a szolgáltató általában az egyéb hozzáféréshez képest magasabb forgalmi díjakból fedezi.

c) Ugyanakkor a szolgáltatás meghatározásából kiindulva szükséges megjegyezni, hogy a segélyhívások díjtalan kezdeményezése, valamint a hívások fogadása a nyilvános állomásokon kielégíti az azonosított szolgáltatási piac ismérveit.

A Tanács megfontolta, hogy

- a nyilvános telefonállomásoknál a használónak nem kell nyilatkoznia arról, hogy lakossági vagy nem lakossági minőségben telefonál-e;
- ugyanakkor a nyilvános telefonállomások kötelező aránya csak az egyetemes szolgáltatásra vonatkozó követelmények között szerepel (Eht. 117. § *b)* pont); az egyetemes szolgáltatás pedig elsősorban a lakossági felhasználók érdekeit szolgálja;

– a tapasztalat azt mutatja, hogy a használók a nyilvános állomást rendszerint gazdasági tevékenységi körükön kívüli esetekben veszik igénybe.

A fentiek miatt a Tanács megállapította, hogy a nyilvános állomások, azok létesítése és a hozzáférési szolgáltatások meghatározása szerinti használata, valamint az ezzel kapcsolatban befolyó bevétel a lakossági hozzáférési piac részét képezik.

I.4.2. A hozzáférési és a forgalmi szolgáltatások kiskereskedelmi piacainak összevonási lehetősége

A korábbi Ajánlás[16] külön kiskereskedelmi piacként jelöli meg a hozzáférési, illetve a forgalmi szolgáltatások piacát. Az előfizetők által fizetett díjak jellemzően két kategóriába tartoznak: forgalomtól függő (hívásdíj, kapcsolási díj) és forgalomtól független (bekapcsolási egyszeri díj, előfizetési havidíj) díjak lehetnek.

A szétválasztást azonban az újabb díjcsomagok megnehezítik. A részben, vagy egészben lebeszélhető előfizetési díjaknál jellemző, hogy az előre fizetett összeg ellenében a szolgáltatók nem csak hozzáférést, hanem – az előre fizetett előfizetési díj bizonyos hányadáig – forgalmi szolgáltatást is nyújtanak. Az ilyen díjcsomagok igénybe vétele esetében a hozzáférési és a forgalmi szolgáltatás bizonyos mértékig összemosódik. Tekintettel azonban arra, hogy az I.3. pontban meghatározott hozzáférési szolgáltatás elválaszthatatlan részét képezi a hozzáférés a telefon használati feltételeihez is [lásd a cd) alpontot], a Tanács úgy döntött, hogy az előfizetési díjak lebeszélhető részét a forgalmi piacokon figyelembe veszi, de a jelen határozatban a teljes előfizetési díjakat tekinti az árbevétel alapvető elemének.

Ugyanakkor a közvetítőválasztás és a behívókártyás szolgáltatások terjedése arra mutat, hogy a hozzáférési és a forgalmi szolgáltatások más-más szolgáltatótól is igénybe vehetők. A szolgáltatások tehát ezekben az esetekben *elkülönülő* jellegűek.

A Tanács a korábbi években az adatbekérések során nemcsak az előfizetési díjakból származó árbevételt, hanem azt az árbevételt is kérte, amellyel az előfizetési díjakat csökkenteni kellett a ténylegesen lebeszélt forgalmi kedvezmények összegével. Így az előfizetési díjakban foglalt forgalmi kedvezmények elvileg elválaszthatóvá váltak, ami a forgalmi piacok elemzése során válhatott fontossá. A tapasztalat azonban azt mutatja, hogy a díjcsomagok igen változatos formában tartalmazhatnak forgalmi kedvezményeket; egyik esetben átalánydíjként, más esetekben lebeszélhető előfizetési díjként, ami az értékelést megnehezíti. Fentiek miatt a 2007-es és a 2008-as árellenőrzések adatbekérőiben a Tanács már nem kért ilyen szétválasztást.

A szolgáltatók díjcsomag-képzési politikájától függetlenül, **a Tanács megállapította, hogy a hozzáférési és a forgalmi szolgáltatások piacainak szétválasztása – egyezően az R. mellékletében foglaltakkal - indokolt, ezeket a továbbiakban külön piacnak tekinti.**

I.4.3. Az egyetemes szolgáltatások szerepe

A Tanács megvizsgálta, hogy szükséges-e az egyetemes szolgáltatások tekintetében elkülönült kiskereskedelmi piac elhatárolása.

Az egyetemes szolgáltatás elsősorban a lakossági felhasználók érdekeit szolgálja, a tapasztalat szerint túlnyomórészt lakossági felhasználók veszik igénybe. Az egyetemes szolgáltatás szabályozása jogilag zárt rendszert alkot. Az Eht. 117–125. §-ai szabályozzák az egyetemes szolgáltatás jogintézményét. Az Eht. 188. § 11. pontjában meghatározott fogalom szerint az „Egyetemes elektronikus hírközlési szolgáltatás: az elektronikus hírközlési szolgáltatások Eht-ben meghatározott készlete, amely meghatározott minőségben, a Magyar Köztársaság területén bárhol, minden felhasználó számára megfizethető ár ellenében igénybe vehető." Megállapítható, hogy az egyetemes szolgáltatás igénybevevői a hozzáférés tekintetében az I.3. pontban felsorolt szolgáltatásokat (eltekintve a technológia következtében felmerülő esetleges kisebb korlátozásoktól) teljes választékukban igénybe vehetik.

Az egyetemes szolgáltatás körében a szolgáltatót szerződéskötési kötelezettség terheli, továbbá az egyetemes szolgáltatások esetében továbbra is hatályban van a szolgáltatások díját szabályozó, az egyetemes távközlési szolgáltatással kapcsolatos díjcsomagokról szóló Díjrendelet[17].

[16] Commission Recommendation 2003/311/EC

[17] A Tanács információja szerint 2010-ben a MEH Infokommunikációért és E-közigazgatásért Felelős Szakállamtitkársága aktualizálja az egyetemes szabályozás rendeletét.

A fentiek alapján a Tanács megállapította, hogy az egyetemes szolgáltatás keretében nyújtott azon hozzáférés, amelyet lakossági felhasználók részére nyújtanak, megfelel a bejelentett szolgáltatás fogalmának, jóllehet arra – a fogyasztók érdekeinek védelmében – további jogszabályi előírások vonatkoznak, ennek ellenére nem indokolt az egyetemes szolgáltatások külön piacként való meghatározása a lakossági hozzáférési piac elemzése során.

I.5. Helyettesítés vizsgálata

A Tanács a hozzáférési piacon vizsgálta a lehetséges keresleti és kínálati helyettesítést. Az esetleges helyettesítési lehetőségek mindemellett befolyásolják a vizsgált piac határait is.

A helyettesítési lehetőségek felmérése során a Tanács elsősorban a funkcionális azonosságokat ill. eltéréseket, a piackutatás által feltárt használati szokásokat, az áttérés korlátait és az árakat vizsgálta.

I.5.1. Keresleti helyettesítés

A keresleti helyettesítés lehetővé teszi a hatóság számára azon helyettesíthető termék vagy termékskála meghatározását, amelyekre a fogyasztók könnyen válthatnak egy relatív áremelkedés esetén. A Tanács a más szolgáltató által versenytársként nyújtott, tartalmilag azonos telefon-szolgáltatás – amennyiben az az adott területen elérhető – az I.3. pont értelmében a vizsgált piac részének tekintette, így annak a helyettesíthetőségét külön nem vizsgálta.

A kiskereskedelmi szinten lehetséges keresleti helyettesítés vizsgálata során a Tanács megvizsgálta, hogy elméletileg mely szolgáltatások jöhetnek szóba a korábban meghatározott bejelentett szolgáltatás helyettesítőjeként. Ebből kiindulva a Tanács a következő, a fogyasztók számára hozzáférhető keresleti helyettesítési lehetőségeket vizsgálta meg:

- mobil rádiótelefon hozzáférés,
- nomadikus hozzáférés,
- Internet telefon (Internet Telephony): Internet hálózaton keresztül történő hozzáférés a nyilvános telefonhálózathoz,
- bérelt vonal révén megvalósuló hozzáférési lehetőség a nyilvános telefon hálózathoz.

A vizsgálatok során a Tanács arra a kérdésre kereste a választ, hogy ezek a helyettesítési lehetőségek hatást gyakorolnak-e a kiindulási piacok, tehát a „Hozzáférés nyilvános helyhez kötött telefonhálózathoz lakossági és nem lakossági felhasználók számára”kiskereskedelmi piacok határaira.

I.5.1.1. Helyhez kötött telefon hozzáférés helyettesítése mobil rádiótelefon hozzáféréssel

Az EU Bizottság által ajánlott egyik módszer a keresleti és kínálati helyettesítés mérésére, ezen keresztül az érintett szolgáltatási piac és földrajzi piac meghatározására a hipotetikus monopolista teszt[18] (a továbbiakban: **HM teszt**).

A Tanács elvetette a hozzáférési vezetékes kiskereskedelmi piacokon a HM teszt alkalmazásának lehetőségét, tekintettel arra, hogy e piacokon a vizsgált időszakban (2001-2008) az árak szabályozottak voltak[19].

A szabályozott piaci árak elvileg nem teszik lehetővé az EU Bizottság által - a keresleti és kínálati helyettesítés mérésére – ajánlott HM teszt alkalmazását. A magyarországi kiskereskedelmi árak 2001-2008 közötti szabályozásának „célja nem a költségalapú árak, hanem egy megfizethető ajánlat biztosítása” volt, így „nem feltételezhető, hogy versenyképes szinten vannak, és nem is szolgálhatnak a HM teszt alkalmazásának kiindulópontjaként.”[20]

A helyettesítés lehetőségének mérlegelésekor a Tanács a következő tényezőket vizsgálta:

- Funkcionális egyezőségek és különbözőségek.

[18] Tájékoztató 40. pont

19 3/2002.(I.21.) MeHVM rendelet a JPE szolgáltatók kiskereskedelmi „ársapka” jellegű szabályozásáról, melynek hatályát a 4/2004 (III.24.) IHM rendelet az egyetemes szolgáltatások díjaira szűkítette; a 30//2001.(XII.23.) MeHVM rendelet az Internet elérési díjakról; valamint a Tanács DH-664-69/2005. (2005.02.14.), DH-664-71/2005. (2005.02.14.), DH-16173-40/2007. (2007.09.13.) számú piacelemzési határozatai.

[20] Tájékoztató 28. lábjegyzete.

- Áttérési, váltási nehézségek.
- Vezetékes – mobil penetráció, háztartások telefon ellátottsága.
- Telefonálási szokások, használati, technológiai attitűdök.
- Új lehetőségek, Internet használat, komplex díjcsomagok, üzleti szolgáltatások.
- Helyettesítési felmérések, telefonálási költségek, árrugalmasság.

I.5.1.1.1 Funkcionális egyezések és különbségek

A Tanács megvizsgálta a helyhez kötött telefon hozzáférés helyettesíthetőségét mobil rádiótelefon hozzáféréssel. Ennek során áttekintette a bejelentett szolgáltatás egyes összetevőit, valamint a szolgáltatás igénybevételének egyéb körülményeit. Vizsgálatának eredményeképpen megállapította, hogy a bejelentett szolgáltatás alapvető funkcionális összetevői[21] teljesíthetők mobil rádiótelefon hozzáférés igénybevétele esetén is. Ugyanakkor egyes nem alapvető funkciókat a mobil telefon nem képes nyújtani (pl. díjmentes segélyhívási lehetőség, alapsávi (modemes) adatátviteli hívások fax üzenetek, Internet elérés stb. érdekében).

I.5.1.1.2. Áttérési, váltási lehetőségek

A helyhez kötött telefon mobil rádiótelefonnal való helyettesítésének lényeges akadályai a következők:

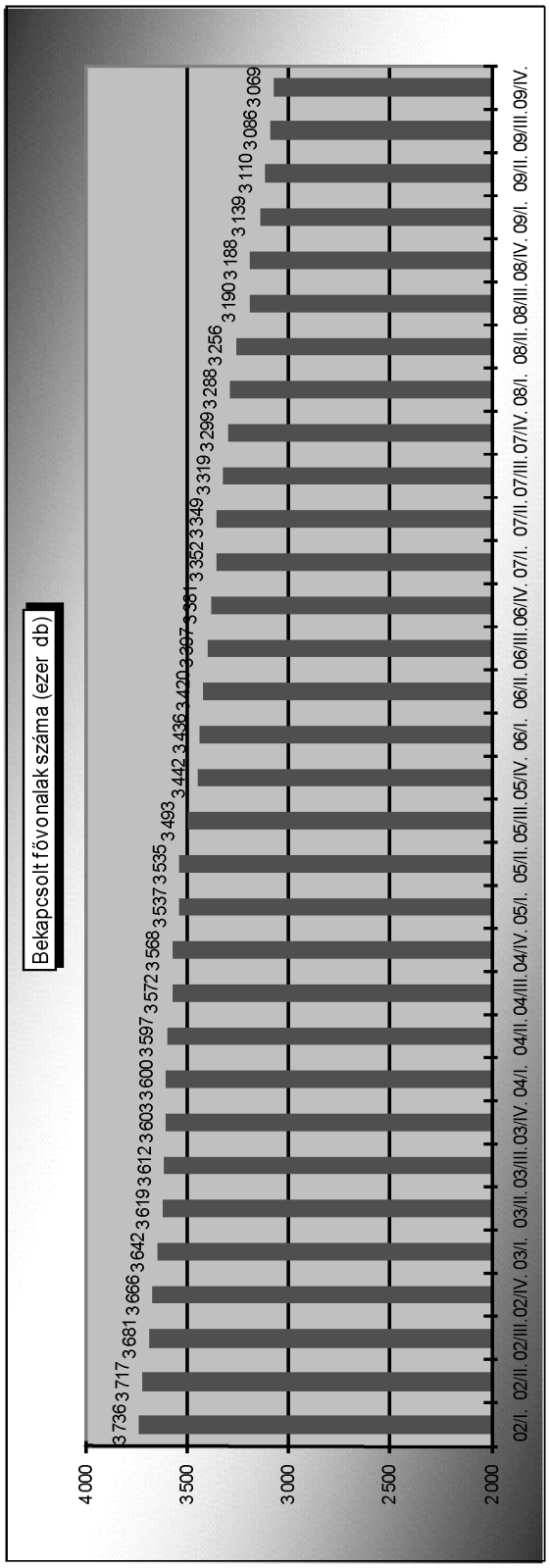
- Számhordozhatóság megoldatlansága. A kétféle hálózat között az eltérő számozási rendszer és egyéb okok miatt egyelőre nem valósítható meg a hívószám hordozása.
- Közvetítőválasztás lehetőségének hiánya. Kötelezettség hiányában a különböző hívásirányokba történő közvetítőszolgáltatási szolgáltatás sem vehető igénybe a mobilszolgáltatásoknál.
- Árarányok, ártényezők. A vezetékes telefonkészülékek önálló piaci ára alatta marad a mobil készülékek önálló piaci árának és előbbiek jóval ritkábban cserélődnek, mint a folyamatos fejlődésben lévő mobil végberendezések. A mobil szolgáltatók a végberendezések magas árából úgy adnak engedményt, hogy az árkülönbséget az esetek jelentős részében 1-2 éves határozott idejű szerződéssel igyekeznek kiegyenlíteni előfizetőik részére és ezt a különbséget forgalmi díjaikból fedezik. A mobil és a vezetékes telefonálás ára, összköltsége közötti arányok változtak, a költségek közti eltérés csökkent az elmúlt évek során, azonban még mindig nem elhanyagolható.
- Hűségszerződések visszatartó ereje, a készülék leszerelésének nehézkessége. A határozott idejű szerződéssel igénybe vehető díjcsomagok határozott idő eltelte előtti felmondását, illetve az előfizetőnek ezen díjcsomagokról történő más díjcsomagra való váltását néhány szolgáltató olyan indokolatlan feltételek támasztásával akadályozza meg, amelyekkel elérhető, hogy a hozzáférést döntő többségben csak tőlük igénybe venni tudó előfizető a hosszabb távú előfizetési jogviszonyból még lényegesen jobb ajánlat esetén sem tud szabadulni, megakadályozva ezzel az új szolgáltatók hozzáférési piacra történő belépését, néha még a közvetítőválasztás igénybevételét is. A vezetékes előfizetési szerződés felbontása esetén a kérelemnek a szolgáltatóhoz való eljuttatása utáni 30. nap múlva történik meg a leszerelés. Ezek az időbeli veszteségek, hűségszerződések, kötbérek nyilvánvalóan nem képesek megakadályozni az esetleges fix – mobil váltást de együttes hatásuk jelentősen megnehezítheti azt.

I.5.1.1.3 Vezetékes – mobil penetráció, háztartások telefon ellátottsága

A KSH adatai szerint 2008 végén mintegy 3,1 millió vezetékes fővonal volt üzemben 2,2 millió háztartásban, 100 lakosra így 31 db fővonal jutott. A mobil-előfizetések száma 2008 végére túllépte a 12,2 milliót, akkor 3,2 millió háztartás rendelkezett mobil hozzáféréssel, 100 lakosra 122 előfizetés jutott (mobil penetráció 122%).

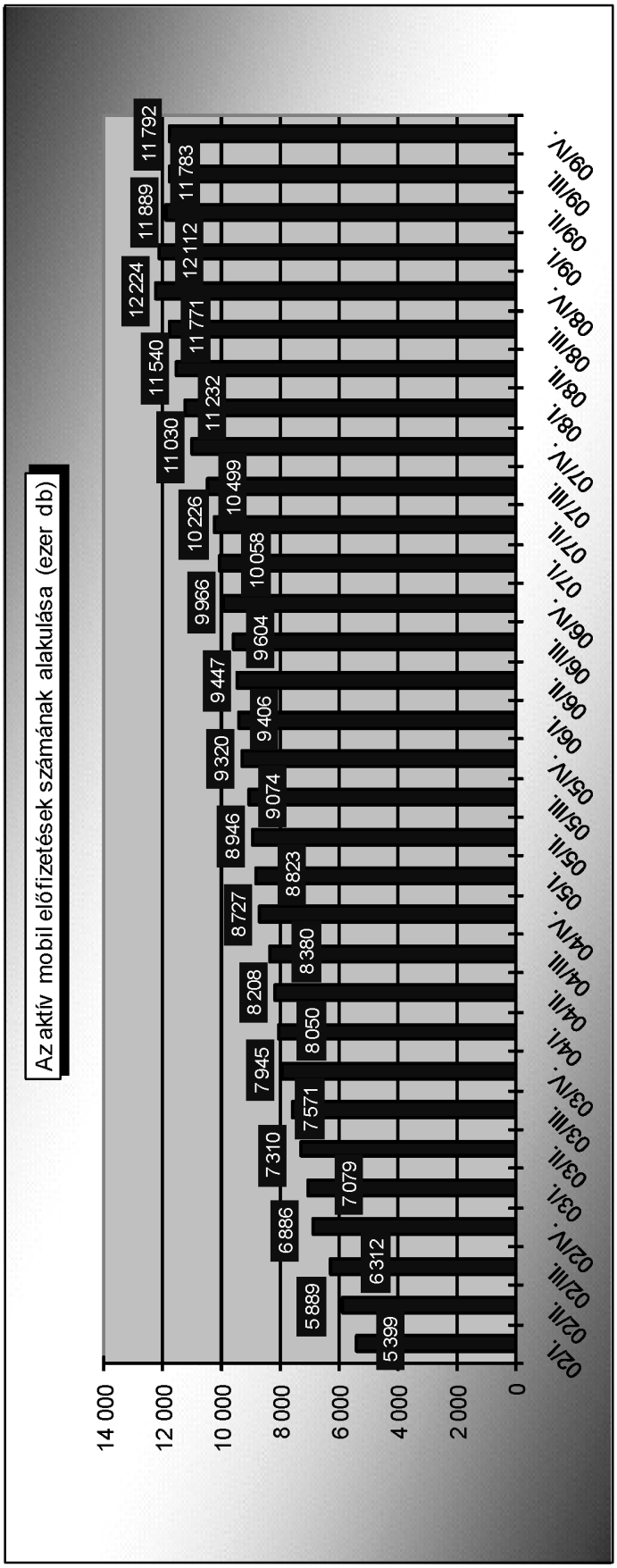
2008 végéig a vezetékes telefon penetráció folyamatos, bár mérséklődő ütemű csökkenést, a mobil elterjedtség pedig folyamatos növekedést mutatott.

[21] Lásd az I.3. pont ca)…cd) alpontjait.



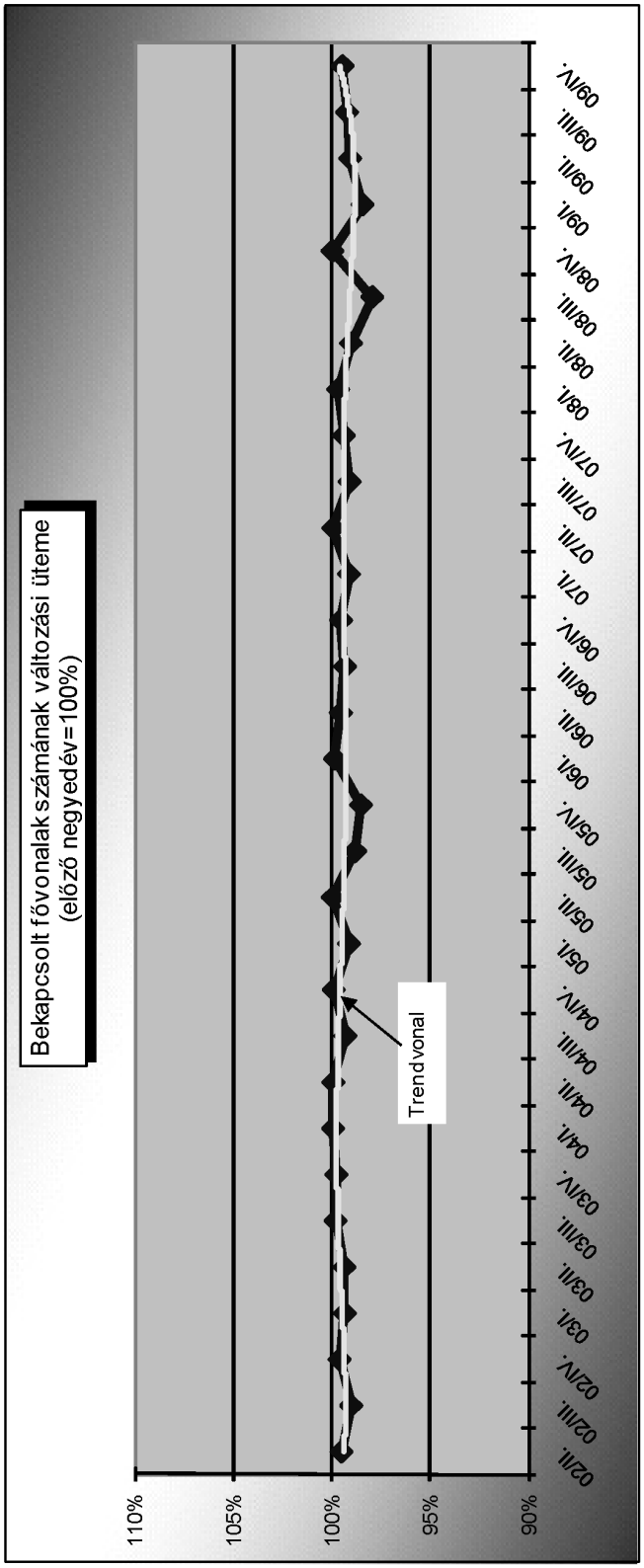
1. ábra

Forrás: OSAP, 1707/03-as számú "A távközlési tevékenység évközi adatai", valamint a (2009. évi adatok tekintetében) az NHH által kiadott Vezetékes havi gyorsjelentés c. adatszolgáltatás alapján



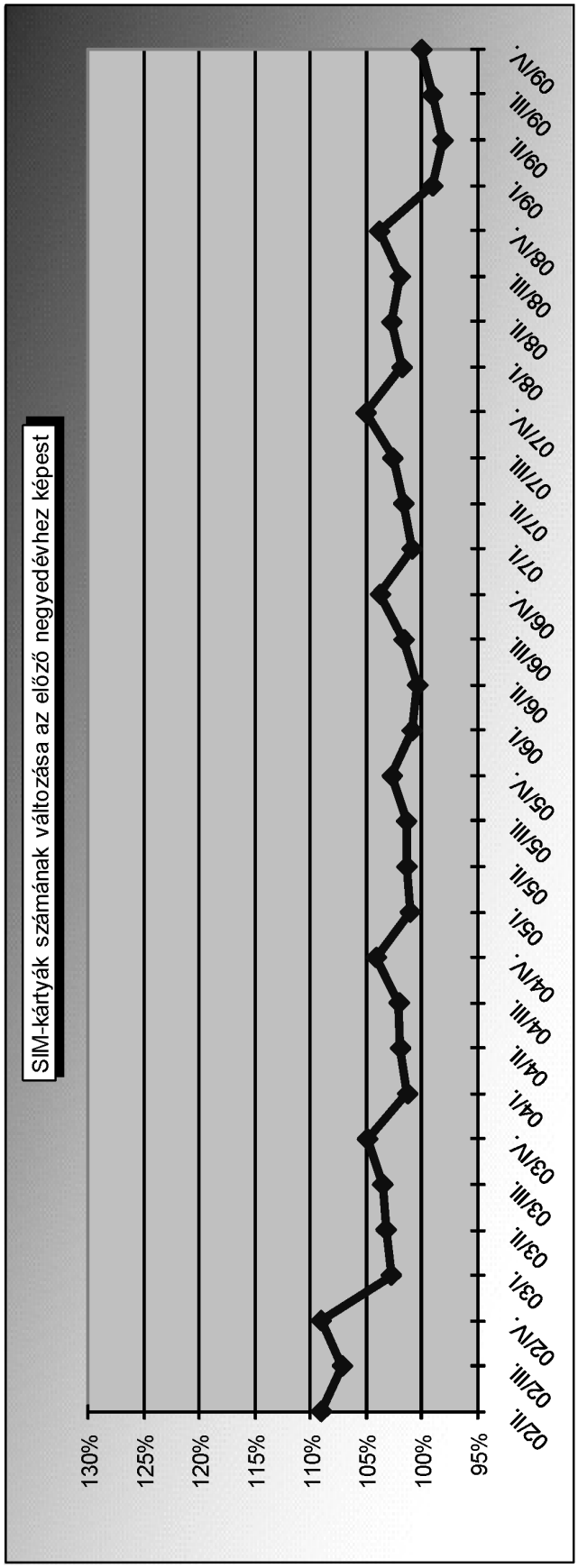
Forrás: OSAP, 1707/03-as számú "A távközlési tevékenység évközi adatai" c. adatszolgáltatás alapján

2. ábra



3. ábra

Forrás: OSAP, 1707/03-as számú "A távközlési tevékenység évközi adatai"", valamint a (2009. évi adatok tekintetében) az NHH által kiadott Vezetékes havi gyorsjelentés c. adatszolgáltatás alapján



Forrás: OSAP, 1707/03-as számú "A távközlési tevékenység évközi adatai" c. adatszolgáltatás alapján

4. ábra

2009-ben – az NHH adatai szerint[22] – az addigi tendencia a mobil elterjedtség esetén megfordult: megtorpant a mobil előfizetések számának bővülése – sőt, a hazai mobil történelemben először csökkent az előfizetések száma. A vezetékes fővonalak száma 2009 végén 3 068 685, míg a mobil előfizetések száma 11 792 475 volt.

2. sz. táblázat: Helyhez kötött és mobil hozzáférések alakulása, 2006-2009

Év	2006	2007	2008	2009
Aktív SIM kártyák, db	9 965 720	11 029 930	12 224 163	11 792 475
Változás előző évhez képest	+645 551	+1 064 210	+1 194 233	-431 688
Helyhez kötött fővonal	3 346 932	3 287 915	3 204 342	3 068 685*
Változás előző évhez képest	-63 546	-59 017	-83 573	-135 657*

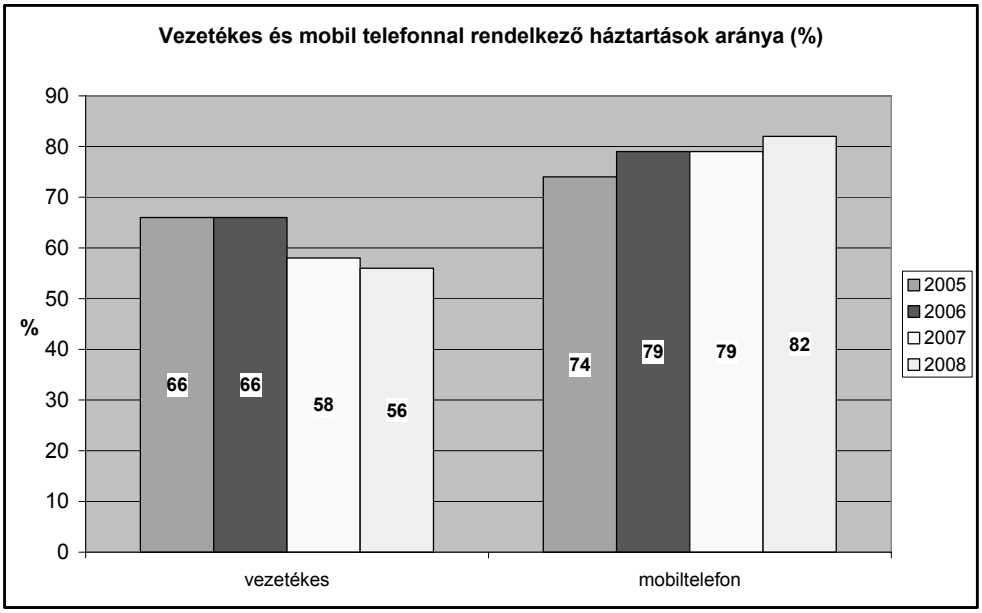
Forrás az NHH által kiadott Vezetékes havi gyorsjelentés és szolgáltatók adatközlése

* Csak a nagyobb szolgáltatók összesített adata

A fenti adatok a mobil és a helyhez kötött hozzáférés összehasonlíthatósága kedvéért a lakossági és a nem lakossági hozzáféréseket együttesen tüntetik fel, mert a mobil rádiótelefon szolgáltatók nem tartják nyilván külön a kétfajta hozzáférést.

A csökkenés a helyhez kötött előfizető-számnak 2006-2007 között 1,8%-át, 2007-2008 között 3%-át tette ki; a mobil hozzáférések számának az előző évihez való növekedése 2007-ben 10,7%-ot, 2008-ban pedig 2007-hez képest 10,8%-ot ért el. Az utóbbi számok nem magyarázhatók azzal, hogy a helyhez kötött előfizetők tömegesen tértek volna át a mobil rádiótelefon használatára; túlnyomó többségük kiegészítő szolgáltatásként veszi igénybe a mobil hozzáférést. 2009-ben pedig 2008-hoz viszonyítva mindkét típusú telefon-előfizetés csökkent: ennek mértéke a vezetékes előfizető-szám 4,2%-át, a mobil SIM kártyaszám 3,5%-át tette ki.

A mobil telefonnal rendelkező háztartások aránya a 2002. évi 63%-ról a 2005. évi 74%-on át 2008-ban 82%-ra nőtt, ugyanakkor a vezetékes telefonnal rendelkező háztartások aránya a 2002-es 73%-ról a 2005. évi 66%-on át 2008-ban 56%-ra csökkent.

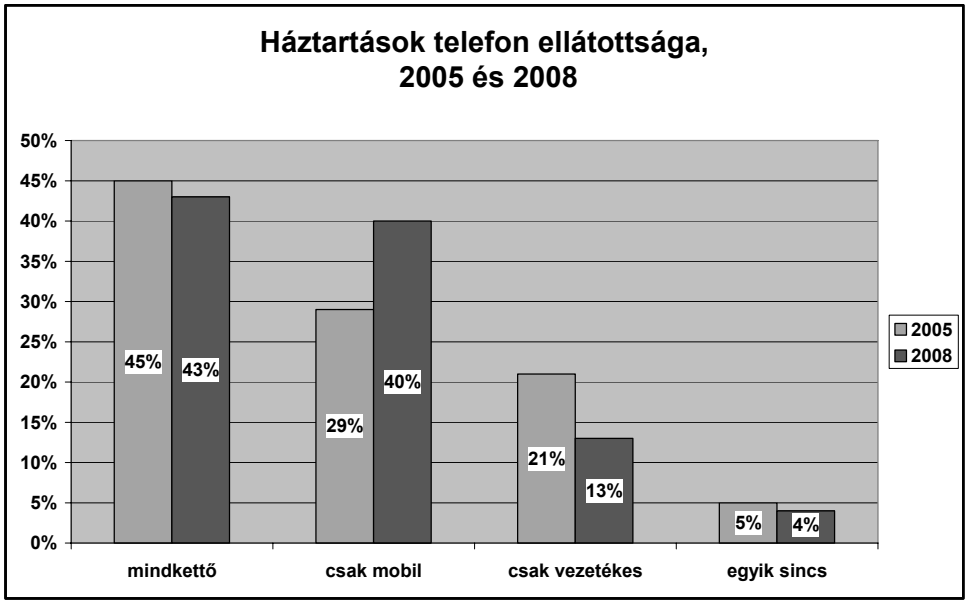


Forrás: Szonda Ipsos 2005. és 2008. évi piackutatás.

5. sz. ábra

[22] OSAP adatszolgáltatás, NHH havi vezetékes és mobil gyorsjelentések.

A magyarországi háztartások csaknem fele rendelkezik vezetékes és mobil telefonnal egyaránt. Ez az arány, valamint a csak helyhez kötött telefont birtoklók aránya kicsit csökkent 2005-2008 között a csak mobillal rendelkezők javára. 2008-ban mobil hozzáférés már csaknem annyi háztartásban volt jelen, mint ahányban mindkét típusú telefonálási lehetőség. A vezetékes és mobiltelefonnal is rendelkezők alkotják még mindig a legmagasabb státuszú szegmenst, ami a két hozzáférés egymást kiegészítő szerepére utal. (Lásd az alábbi ábrákat)



Forrás: Szonda Ipsos 2005. és 2008. évi piackutatás.

6. sz. ábra

Az európai háztartások 57%-ában[23] mindkét telefon használatban van, ami arra utal, hogy a kétféle hozzáférés egymás mellett megfér. Magyarországon ez az adat 43% és az utóbbi években enyhén csökkenő trendet mutatott.

A mobiltelefont nem használó háztartásokban magasabb arányú a vezetékes telefon-ellátottság (75%), mint a mobilt használóknál (52%), ami azt jelezheti, hogy a mobiltelefon egyre inkább versenyre kelhet a helyhez kötött hozzáféréssel.[24]

Arra vonatkozóan, hogy miért nincs valakinek vezetékes, illetve mobiltelefonja, a 2008-as válaszok elmozdulást mutatnak a 2005. évi piackutatás eredményeitől a vezetékes hozzáférést illetően. Növekedett azok aránya, akik anyagi megfontolásból és emellett a mobil telefonálás lehetősége miatt nem rendelkeznek helyhez kötött hozzáféréssel. A mobilt nem használók körében – a 3 évvel ezelőttihez hasonló arányban - 2008-ban még mindig első helyen szerepel a szükségtelenség, amit az anyagi megfontolások követnek.[25]

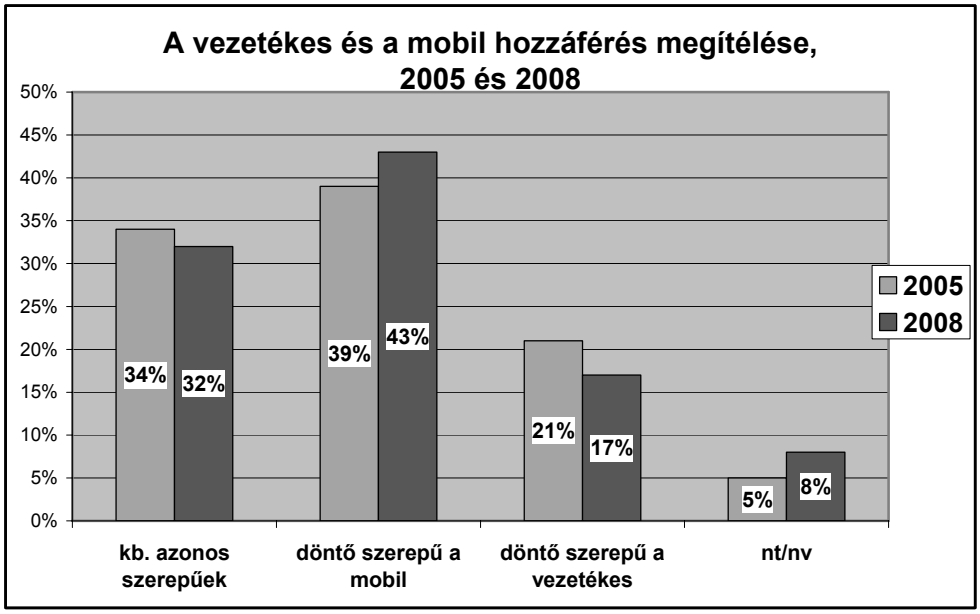
I.5.1.1.4. Telefonálási szokások, használatbeli, technológiai attitűdök

A különféle felmérések és piackutatások, participációs kutatások arra kérdeztek rá, hogy milyen telefonálási szokások jellemzik a lakosságot, a háztartásokat, hogyan viszonyulnak a mobil és a vezetékes telefonhasználathoz, továbbá új elemként arra kerestek választ, hogy milyen esetekben (árváltozás hatására) helyettesítenék egyik hozzáférést a másikkal.

A különféle telefon hozzáférések szerepének megítélésében némi eltolódás következett be a mobil szerepét döntőnek ítélők javára, a két hozzáférést azonos szerepűnek, illetve a vezetékest meghatározónak ítélők rovására. 2008-ban a megkérdezettek

[23] ERG Jelentés a fix-mobil konvergenciáról, 2009.
[24] Szonda Ipsos 2008. évi piackutatás.
[25] Szonda Ipsos 2005. és 2008. évi piackutatás.

43%-a a mobiltelefont tekintette döntő fontosságúnak, ugyanez az adat a vezetékes telefon esetében 17%, a két hozzáférést azonos szerepűnek ítélők esetében pedig 32% volt.



F: Szonda Ipsos 2005. és 2008. évi piackutatás.

7. sz. ábra

A magas és évek óta egyre növekvő mobil penetráció következtében nyilvánvalóan változtak a telefonálási szokások. A mindenkori és bárhol történő elérhetőség, illetve a hívott partner közvetlen és azonnali elérhetősége a megkérdezettek 2/3-ának fontos – a mobil hozzáférés sokkal lényegesebb a fogyasztók számára a vezetékes kapcsolatnál. A fogyasztók jóval gyakrabban használják mobiljukat, mint vezetékes telefonjukat (3/4 saját mobilt használ, ¼ otthoni vezetékest). [26] Ehhez hozzájárul és ezt tovább generálja az egyre erősödő hálózati hatás, mely szerint az egyre népesebb mobilt használó kör további előfizetőket vonz.

Ugyanakkor a vezetékes elérhetőség alapvető fontosságú a megkérdezettek ¾-e számára. A helyhez kötött telefon egy biztos pontot jelent a családnak, folyamatos és biztonságos elérhetőséget kínál: sürgős esetben mindig rendelkezésre áll, az ismerősök már megszokták, azon kívül a vezetékes szám bizalmat kelt.

Ezt a hozzáállást képviseli az idősebb korosztály egy része, amely a megszokott telefonálási lehetőséget preferálja, attól nemigen szeretne elszakadni. Az életkor előrehaladtával csökken azok aránya, akik a mobiltelefonnak fontosabb szerepet tulajdonítanak és nő azok aránya, akiknél a vezetékes telefonnak jut meghatározó szerep. A fiatalok, tanulók a többi csoportnál jóval nagyobb arányban tulajdonítanak döntő szerepet a mobilhasználatnak, a nyugdíjasok pedig a vezetékes telefon használatnak.

A vezetékes telefon könnyen kezelhető, használata egyszerű és megszokott. A mobiltelefon használata pedig bonyolultnak tűnik a megkérdezettek több mint fele számára.[27] 2008-ban tehát még jelentős az a tábor, amely idegenkedik a másképp működő mobiltelefontól. Ez egy jelentős ok, ami miatt Magyarországon még nem beszélhetünk fix-mobil helyettesítésről. A használati szokások azonban változnak, a mobil használatától idegenkedők rétege feltehetően egyre szűkül (idősebbek). Az új generációk pedig már „beleszületnek" a korszerű alkalmazásokba, a „technológiai szocializáció" egyre inkább előretör, a digitális analfabetizmus pedig zsugorodik.

[26] Infrapont: Vezetékes és mobil helyettesítés vizsgálata, 2009. március, benne Szonda Ipsos felmérés 2008.
[27] Infrapont: Vezetékes és mobil helyettesítés vizsgálata, 2009. március, benne Szonda Ipsos felmérés 2008.

A használati szokások változását jelzi az is, hogy az utóbbi években folyamatosan csökkent az aktív telefonálók, azaz hívást kezdeményezők aránya a helyhez kötött hozzáféréssel rendelkezők körében. 2008-ban arányuk 54% volt. Ez azt jelenti, hogy sokan csak az elérhetőség miatt tartják helyhez kötött hozzáférésüket. Az otthoni vezetékes előfizetéssel rendelkezők 1/5-e nagyon ritkán vagy sosem használja vezetékes telefonját.[28]

Habár a mobilitás kényelmével magyarázható mobil vonzerő vitathatatlan, az EU tagállamaiban sem beszélhetünk fix-mobil helyettesítésről egyrészt a vezetékes hálózaton nyújtott szélessávú szolgáltatások miatt, másrészt azért, mert a mobil szolgáltatók még nem kínáltak komoly alternatívát a teljes fix-mobil helyettesítéshez. Jóllehet szinte minden tagállamban létezik működő konvergens szolgáltatás (elsődlegesen kézi készüléken belüli, illetve home-zone), de ezek használata még nem tömeges.[29]

I.5.1.1.5 Új lehetőségek, Internet használat, komplex díjcsomagok, üzleti szolgáltatások

A mobiltelefon egyre több új lehetőséget, funkciót kínál a felhasználónak. A home-zone szolgáltatás ötvözi a vezetékes és mobil előnyeit, ezzel megkönnyíti a mobilra való átállást.

A mobil funkciói folyamatosan bővülnek (pl. WAP, Internet, TV), ami használatát vonzóbbá teszi, ezzel elősegítvén további elterjedését. A lassan Magyarországon is megjelenő rétegtelefonok maximálisan támogatják a felhasználót (pl. nagyi-telefon), jelentősen megkönnyítik a készülékek használatát.

A rohamosan terjedő Internet használat több szempontból is hozzájárul a vezetékes vonal megtartásához. Az Internet előfizetés gyakran vezetékes telefonhoz kötött, így növeli a vezetékes telefonnal rendelkezés esélyét. Az Internet előfizetők körében jóval magasabb a vezetékes telefonnal rendelkezők aránya (50% szemben a 28%-kal). A megkérdezettek több mint fele az ADSL miatt tartja a vezetékes előfizetését.[30] Az Internet továbbá alkalmas hangszolgáltatásra, telefonálásra. Ezeken túlmenően a világháló – főként a fiatalok körében – a szórakozás eszközévé válhat a letölthető és megtekinthető filmek, zenék, információk révén. A vezetékes szélessáv tehát egyre inkább felértékelődik.[31] Ugyanakkor a szintén egyre népszerűbbé váló mobil Internet feltételezhetően a vezetékes világháló rovására fog terjeszkedni.

A helyhez kötött hozzáférések további csökkenésének megállításában valószínűleg szerepet játszanak a több szolgáltatást csomagban nyújtó komplex díjcsomagok, melyek gyakran bónuszként kínálják a vezetékes hozzáférést (pl. Optinet MT, kábelszolgáltatók kedvező vezetékes csomagjai).

Szintén a vezetékes vonalak megtartásához járul hozzá az a tény, miszerint az üzleti szolgáltatások egy részét a mobil telefon nem tudja biztosítani (pl. zöld szám). Ugyanakkor az üzleti előfizetők az egyéni felhasználóknál nyitottabbak az új kommunikációs megoldásokra. Az ár-érzékeny kis-és középvállalatok a mobil helyettesítést preferálják, a nagyvállalatok a VoIP felé mozdulnak. Az üzleti szférában a szolgáltatókkal való elégedettség nem maradéktalan, a fő vezetékes szolgáltatók NPS-je[32] - 28, ami azt jelzi, hogy az elpártoló hitelrontó felhasználók jóval többen vannak a szolgáltatást és szolgáltatót ajánlóknál. Ezt a tendenciát erősíti a szolgáltató-váltás egyre könnyebb lehetősége.[33]

I.5.1.1.6 Helyettesítési felmérések, telefonálási költségek, árrugalmasság

Habár az árarányok az elmúlt években változtak, a vezetékes telefonálás kiadásai még mindig alacsonyabbak a mobilénál. Míg a vezetékes telefon átlagos havi költsége 2008-ban 4.526 Ft, addig a mobilé 9.378 Ft volt. A telefonhasználat kiadásai csökkenő tendenciát mutatnak. 2006-ban a vezetékes átlagos havi költség 5.356 Ft, a mobil pedig 9.958 Ft volt.[34]

---

[28] Infrapont: Vezetékes és mobil helyettesítés vizsgálata, 2009. március, benne Szonda Ipsos felmérés 2008.
[29] ERG Jelentés a fix-mobil konvergenciáról, 2009.
[30] Infrapont: Vezetékes és mobil helyettesítés vizsgálata, 2009. március, benne Szonda Ipsos felmérés 2008.
[31] Habár a szélessávú penetráció az EU27-ek 22,9%-os átlagánál Magyarországon alacsonyabb, 16,3% (2009. január, EU 14. jelentés.
[32] Net Promoter Score (NSP). A technika azon a hipotézisen alapul, miszerint az ügyfelek egy 0-10-es skálán adott válaszaik szerint 3 csoportba oszthatók: a szolgáltatót ajánlók, az azzal elégedettek, ámde passzívok, illetve az elpártolók táborára. NSP = az ajánlók százaléka – elpártolók százaléka.
[33] Gfk Custom Research: Távközlési szolgáltatások használata az üzleti és intézményi körben, 2007.
[34] Szonda Ipsos 2008. évi piackutatás.

Az NHH által vizsgált díjcsomagok alapján a vezetékes és mobil tarifák 2005-2008 között nem változtak jelentősen. Az inflációt[35]figyelembe véve a percdíjak kismértékben emelkedtek vagy stagnáltak.[36] Ezt igazolja vissza a fogyasztók vélekedése is. Az elmúlt 2-3 évben növekedett az árak változatlanságát érzékelők aránya (a vezetékes telefon esetén 54-ről 69%-ra, a mobil esetében 57-ről 65%-ra). Legolcsóbbnak a homogén hívásirányokat, elsősorban a vezetékesről vezetékes hívását érzékelték a fogyasztók.

Az 2007-hez képest 2009-re kismértékben erősödött a „hűségesek" tábora, akik nem mondanák fel szolgáltatójukkal előfizetői szerződésüket 10%-os előfizetői áremelés hatására. 2008-ban ilyen mértékű áremelést követően a vezetékes előfizetéssel rendelkezők csupán 10%-a mondta volna fel előfizetését, 77% nem reagált volna. Összességében az adott esetben váltani szándékozók táborának nagysága alapján nem beszélhetünk komoly keresleti helyettesítési lehetőségről.

A vezetékes belföldi forgalmi díjak 10%-os emelésére csaknem az előfizetők fele nem reagált volna 2009-ben. Az áremelés hatására az előfizetők 1/5-e jelentősen, 1/4-e - 1/4-e kismértékben csökkentette volna a belföldi hívások számát, illetve idejét. Azok, akik csökkentették volna belföldi hívásaik számát, illetve átlagos hosszát, csaknem felük mobil telefonnal helyettesítették volna.[37]

A megkérdezettek jelentős többsége mobillal helyettesíti a vezetékest egyre növekvő arányban. Míg 2006-ban a vezetékes telefonnal nem rendelkező háztartások 78%-a, addig 2009-ben már 84%-a használt mobiltelefont a helyhez kötött hozzáférés helyettesítőjeként. A helyettesítésre vonatkozó kutatások szerint a vezetékes előfizetést áremelés miatt felmondók 3/4-e mobillal helyettesítene. A vezetékes belföldi hívások áremelése hatására történő csökkenését pedig a válaszadók fele mobillal pótolná.

A mobil hozzáférés kevésbé ár-érzékeny, mint a vezetékes, mert lényegesebb a fogyasztók számára a mobil telefon. A mobil előfizetés lemondásának oka sem elsődlegesen az ár, hanem az, hogy nincs szükség rá. A mobiltelefonnal rendelkező háztartások több mint ¾-ében egynél több előfizetés volt található 2008-ban - a mobilt visszaadni szándékozó háztartások 2/3-ában így maradt volna másik mobil előfizetés.[38]

Piackutatási információk szerint a fogyasztóknak mindössze 1/3-ánál[39] érvényesül a távközlési kassza hipotézis,[40] ez a tényező tehát nem kizárólagos hatású. E mellett a helyettesítési hatás vizsgálatánál az árrugalmasságok (saját és kereszt-árrugalmasság) alakulása is fontos szempont lehet. Kutatások azt bizonyítják, hogy áremelkedést tapasztalva a vezetékes hozzáférést vásárlók igen rugalmasan reagálnak, ami helyettesíthetőségre utal. Egyéb esetben (vezetékes árcsökkenés, illetve mobil árcsökkenés vagy növekedés) a fogyasztók kereslete inkább rugalmatlan. A vezetékes telefon mobil telefonra vonatkozó kereszt-árrugalmassága[41] viszont alacsony, ami elvileg azt jelenti, hogy a mobil nem helyettesítője a vezetékes telefonnak.

A helyettesítés mérésére szolgáló rugalmassági mérőszám[42] azonban alapvetően korlátlanul osztható termékekre alkalmazható, és a kétpólusú vezetékes-mobil hozzáférés nem ilyen. Ezért célszerű a helyettesítési folyamatot szakaszokra bontani. A tapasztalatok szerint telefonszolgáltatás igénybevétele esetén a helyettesítés 3-fázisban történik:

- a vezetékes mellé mobil készülék vásárlása,
- a forgalom átterelődése mobilra,
- az alacsony vezetékes használat miatt a vezetékes előfizetések lemondása.

Az egyes fázisokban a rugalmasságok szerepe, jelentősége eltérő. Mivel Magyarországon már magas a mobil penetráció, a fix-mobil kereszt-árrugalmasság természetszerűen alacsony. (Ha már mindenkinek lesz mobil telefonja ez az érték 0 lesz.) Ezért érdemes a második és a harmadik szakasz sajátosságait vizsgálni. A második fázis mérőszáma a forgalmi helyettesíthetőség, mely

[35] A vizsgált időszakban az infláció 27,4%-os mértékű volt (A KSH adatai szerint az évi inflációs adatok: 2005: 3,6%; 2006: 3,9%;2007: 8,0%; 2008: 6,1%)
[36] Az NHH vizsgálata a 2005-2008 közötti kiskereskedelmi mobil és vezetékes tarifák alakulására irányult.
[37] Szonda Ipsos 2008. évi piackutatás.
[38] Szonda Ipsos 2008. évi piackutatás.
[39] Infrapont: Vezetékes és mobil helyettesítés vizsgálata, 2009. március, benne Szonda Ipsos felmérés 2008.
[40] Távközlési kassza hipotézis szerint az egyik szolgáltatás árának változása esetében azonos irányú reakciót látunk a másik szolgáltatás esetében is
[41] A kereszt-árrugalmasság két termék közötti helyettesítés nagyságát méri. Azt mutatja, hogy az egyik termék áremelésének hatására mennyivel fogyasztanak többet a másikból.
[42] Infrapont: Vezetékes és mobil helyettesítés vizsgálata, 2009. március, benne Szonda Ipsos felmérés 2008., továbbá HM Teszt (Infrapont, 2006). Árrugalmasság: egy termék árának emelése hatására hogyan változik a termék kereslete.

a felmérések szerint fix-mobil relációban viszonylag alacsony. A harmadik fázis mérőszáma pedig a vezetékes hozzáférés saját árrugalmassága, amely meglehetősen magas.

I.5.1.1.7 Összegzés

Bár megjelentek már a helyettesíthetőségre utaló jelek, összevetve a helyettesítés vizsgálata során tárgyalt összes tényezőt, megállapítható a mobil hozzáférés vezetékes melletti kiegészítő szerepe : A vezetékes és mobil hozzáférés egymás mellett élését, kiegészítő szerepét igazoló, a **helyettesítést gátló** tényezők az alábbiak:

- a mobilra való áttérés korlátjai
- a vezetékes elérhetőség fontossága, biztonsága, azonosíthatósága, megszokottsága
- a fogyasztók vezetékes telefonáláshoz kapcsolódó életkori és használati pozitív attitűdjei
- a felhasználók jelentős körének mobilhasználattól való idegenkedése
- az Internet, valamint az üzleti szolgáltatások vezetékes vonalhoz kötődése
- a komplex díjcsomagok kedvező vezetékes árukapcsolása
- a vezetékes költségek mobilénál alacsonyabb volta
- a vezetékes hozzáférés díjemelésére helyettesítéssel reagáló felhasználók nem jelentős hányada, a helyettesítés tendenciáját és mértékét mutató idősorok hiánya
- az EU fix-mobil együttélésre utaló eddigi tapasztalatai.

Mindezek alapján a Tanács a helyhez kötött telefon hozzáférés helyettesíthetőségének a vizsgálata során arra a következtetésre jutott, hogy valamennyi fenti szempont figyelembevételével összességében a mobil rádiótelefon hozzáférés a vizsgált időszakban nem helyettesítő szolgáltatás.

I.5.1.2 Helyhez kötött lakossági és nem lakossági telefon hozzáférés helyettesítése IP alapú szélessávú Internet hozzáférés útján

Amint az az ERG[43] állásfoglalásából[44] kiderül, az IP alapú hozzáférésnek 4 kategóriája van:

a) végberendezések (számítógépek vagy IP telefonok) közötti hangkapcsolat, amelyben sem a hívó, sem a hívott nem rendelkezik ANFT hívószámmal, ill. sem a PSTN-ből, sem a PSTN felé nincs átjárás;
b) olyan kapcsolat, amelynél a végberendezésről lehet hívni az ANFT szerinti számmal előfizetőt, de a hozzáférés ANFT szerint nem érhető el;
c) olyan kapcsolat, amelynél a végberendezés ANFT hívószámmal elérhető, de használója nem tud hívni PSTN előfizetőt;
d) olyan kapcsolat, amelynél a hozzáférés ANFT hívószámmal hívható és onnan is hívhatók az ANFT szerinti hívószámú előfizetők.

A hozzáféréshez a következő feltételek teljesülése szükséges:

- A használónak legyen számítógépe (terminál adapterrel, mikrofonnal és hangszóróval, megfelelő programmal stb.), vagy IP telefonja, mint végberendezés, amely szükséges a szolgáltatáshoz való hozzáféréshez,
- A használónak legyen megfelelő szoftvere,
- A használónak legyen szélessávú hozzáférése.

Az a) és b) esetben a számítógéppel rendelkező hívott Internet-előfizetőt csak akkor lehet elérni, ha annak ismert az Internet-címe, be van kapcsolva a számítógépe és bejelentkezett az Interneten, egyébként a hívó nem tudja jelezni beszélgetési igényét. A nyilvános helyhez kötött hálózat esetében ezt a problémát a csengetés oldja meg. [IP telefon használata esetén ez a kérdés megoldott, mert a kellő sávszélességű (pl. ADSL) hozzáférésre közvetlenül rákötött és állandóan bekapcsolt végberendezés képes érzékelni a bejövő hívást és azt csengetési jelzéssel jelezni.]

A szélessávú hozzáférés, amelyen a szolgáltató helyhez kötött telefon szolgáltatást nyújt, lehet

- vezetékes DSL,
- rádiós szélessávú hozzáférés (pl. valamely GHz-es sávban),

[43] ERG – European Regulator's Group, Európai Szabályzó Hatóságok Csoportja
[44] ERG (07) 56rev2: ERG Common Position on VoIP

- koaxiális KTV hálózat,
- fényvezetős hozzáférési hálózat,
- bérelt vonal közbejöttével (ezt a Tanács külön fejezetben vizsgálja).

Azokban az esetekben, amikor DSL vagy fényvezetős hozzáférésen bonyolítanak beszédcélú forgalmat, meg kell különböztetni azokat a hozzáféréseket, amelyeken keresztül – más alkalmazások mellett – ANFT hívószámok használatával történik az igénybevétel mind az indított, mind a fogadott hívások vonatkozásában. Az ilyen hozzáférések a piac részeinek tekinthetők.

Olyan alkalmazások esetében, amikor a beszédforgalom akár a hívások indítása, akár a fogadása tekintetében nem ANFT szerinti címzéssel történik, a hozzáférés nem tekinthető a piac részének.

Magyarországon ma már használatban vannak olyan szoftver alkalmazások[45], amelyek kétirányú beszédkommunikációt tesznek lehetővé akár számítógép-számítógép közötti, akár számítógép-PSTN telefon, akár IP telefon–számítógép, IP telefon-PSTN telefon viszonylatában. A legtöbb esetben a kommunikáció az Internet szolgáltató által nyújtott szolgáltatás igénybevételéből származó lehetőségként fogható fel. Ha a szolgáltatáshoz a felhasználó nem az ANFT szerinti azonosítót kap, a szolgáltatást nem tekintjük a kiskereskedelmi nyilvános telefon piacok részének (pl. „Skype"). Különösen lényeges szempont, hogy a szolgáltatás mint Internet alkalmazás (egyes kivételektől eltekintve) díjmentesen vehető igénybe.

Tekintettel arra, hogy az Internet telefon használatának előfeltétele a megfelelő sávszélességű hozzáférés, ennek lehetőségeit meg kell vizsgálni. A hozzáférhető források szerint[46] a minimális sávszélesség 64 kbit/s, amely feltárcsázós hozzáférésnél csak ISDN-BRA vonalról biztosítható, de ez nem ad megbízható kapcsolatot. Ezért az Internet telefon ismertetőkben ennél nagyobb, lehetőleg szélessávú kapcsolatot ajánlanak.

Ezek közül a legelterjedtebb az xDSL (ADSL) hozzáférés, legalább 512 kbit/s garantált sebességgel. Amennyiben az előfizető rendelkezik Internet előfizetéssel is, úgy az Internet telefon szolgáltatás a szélessávú Internet hozzáférés részeként tekinthető és mint ilyen, a szélessávú hozzáférés többlet-előfizetési díja ellenében vehető igénybe.

A megkívánt szélessávú hozzáférés a helyhez kötött piacon az előzőn kívül csak bérelt vonallal vagy rádiós szélessávú hozzáféréssel (pl. pont-multipont eszközökkel) valósítható meg, amelyek bérleti díjai ugyancsak magasak az egyszerű telefon előfizetéshez képest.

A mobil szélessávú hozzáférés terjedőben van, de ezt a hatóság adatai szerint kizárólag adatátviteli célra használják, tehát nem szükséges a jelen határozat keretében tárgyalni.

A Tanács a szélessávon nyújtott telefon szolgáltatást abban az esetben a helyhez kötött telefon piacok részének tekinti, ha az előfizető ANFT szerinti hívószámot kap és hívásaihoz ANFT szerinti hívószámokat használ.

A Tanács a fentiek alapján megállapította, hogy az Internet alapú, hangátvitel céljára szolgáló szélessávú hozzáférési szolgáltatás a vizsgált időszakban részben helyettesítő szolgáltatásnak tekinthető ugyan a vizsgált piacon, de a vizsgált kiskereskedelmi piac meghatározására e szempont nincsen hatással, ezért a szolgáltatási piac e szempont szerint nem bővíthető.

I.5.1.3. Bérelt vonali hozzáférés helyettesítése

A Tanács megvizsgálta annak lehetőségét, hogy a bérelt vonali hozzáférés (mint a hozzáférési piac része) milyen más szolgáltatásokkal helyettesíthető. A Tanács nem végzett keresleti helyettesítési vizsgálatokat, hanem elvi megfontolásokból megállapította, hogy a bérelt vonal – ha az átnyúlik egy másik szolgáltató területére – a másik szolgáltató hozzáférésével lenne helyettesíthető, ha azt egyéb, műszaki-gazdasági feltételek lehetővé tennék. A részletesebb vizsgálat azonban kimutatta, hogy az ilyen esetek akkor fordulnak elő, ha a hozzáférés egy virtuális magánhálózat része, amely szolgáltatás azonban csak ugyanannak a szolgáltatónak a hálózatában nyújtható. Így a más hálózat területére átnyúló hozzáférés nem helyettesíthető a másik szolgáltató hozzáférésével.

[45] Pl. Skype, NeoPhoneX, Klip
[46] pl. http://www.klip.hu/mikellhozza/szamitogeppel.html

I.5.2. Keresleti lánc-helyettesítés

Helyettesíthetőségi lánc akkor keletkezik, amikor ugyan bizonyítható, hogy az „A" és „C" termékek nem közvetlenül helyettesíthetőek, a „B" termék mind az „A", mind a „C" terméket képes helyettesíteni és ezért az „A" és „C" termékek azonos termékpiacon lehetnek, mivel árazásukat korlátozhatja a „B" termék általi helyettesíthetőségük.

Az előző pontokban említett lehetséges helyettesítők egyike sem bizonyult valódi helyettesítőnek, így a lánc közepén hiányzó szem (B) hiánya miatt a Tanács megállapítja, hogy lánc-helyettesítés sem áll fenn.

I.5.3. Kínálati helyettesítés

A vizsgálat tárgya annak kiderítése, hogy mi a valószínűsége annak, hogy a kérdéses piacon *jelenleg nem működő* vállalkozások úgy döntenek-e, hogy *rövid időn belül* egy relatív, vagyis kismértékű de jelentős és tartós áremelkedés után belépnek a piacra.

A Tanács megvizsgálta a szóba jöhető vállalkozásokat, melyeknek meglévő hálózatuk alapvetően alkalmas e szolgáltatások nyújtására. Megállapította, hogy három ilyen lehetséges vállalkozás típus létezik, mely részben alkalmas infrastruktúrával rendelkeznek:

I.5.3.1. nem nyilvános (magánhálózattal rendelkező) helyhez kötött telefon tevékenységet végző vállalkozások,

I.5.3.2. áramszolgáltató vállalatok PLC[47] technológiával,

I.5.3.3. olyan vezetékes/kábeles műsorelosztó szolgáltatók, melyek telefon szolgáltatást még nem nyújtanak.

A piacra lépés korlátainak vizsgálata során a Tanács megállapította, hogy a jogi korlátok jelentéktelenek, a szolgáltatás bejelentése után a szolgáltatás nyújtása az esetek többségében viszonylag rövid idő alatt megkezdhető[48], azonban az I.5.3.3. esetben a gyakorlati tapasztalatok szerint a szükséges beruházás, a megfelelő helyhez kötött szolgáltató partner megtalálása és az összekapcsolási tárgyalások a piacra lépést jelentősen késleltethetik.

A strukturális korlátok vizsgálata során a Tanács megállapította, hogy a piacra lépés a meglévő korszerű infrastruktúrán túlmenően jelentős beruházásokat igényel. Ilyenek pl.:

- nem nyilvános, magánhálózattal rendelkező vállalkozás telefonhálózata esetén az előfizetői nyilvános hálózat kiépítése, összekapcsolás a nyilvános telefonhálózattal, a számlázó rendszer kiépítése;
- PLC hálózat esetén a vivőfrekvenciás átvivő hálózat kiépítése, az előfizetői hozzáférés eszközeinek kifejlesztése és gyártásának megszervezése, összekapcsolás más nyilvános telefonszolgáltatásra használható elektronikus hírközlő hálózattal,
- vezetékes műsorelosztó hálózat esetén a hálózat csillagpontossá alakítása, kétirányúsítása, a fejállomás csatlakoztatása megfelelő VoIP átjárón, ill. az azt megvalósító softswitch berendezésen keresztül a telefonhálózat valamely kapcsolóközpontjához, a számhordozhatóság és a segélyhívó szolgálatok elérésének a megoldása, a törvényes lehallgatás alrendszerének a telepítése, az előfizetők ellátása megfelelő modemekkel (set-top boxokkal).

A Tanács megállapította, hogy azok a vezetékes műsorelosztó szolgáltatók, amelyek elvégezték hálózatuk csillagpontossá alakítását és kétirányúsítását, valamint hálózatukon Internet szolgáltatást is nyújtanak, viszonylag rövid idő alatt képesek átállni telefon szolgáltatás nyújtására, amennyiben találnak olyan, már a piacon lévő helyhez kötött telefon szolgáltatót, vagy megfelelő softswitch üzemeltetőt, amely hajlandó a műsorelosztó hálózati fejállomás IP alapú csatlakoztatására. A vizsgált időszakban ezt a lehetőséget különösen alátámasztja, hogy a helyhez kötött telefon hozzáférés piacain egymás után jelentek meg és kezdték el telefon szolgáltatásukat ilyen műsorelosztó szolgáltatók. A kínálati helyettesítés azonban eléggé sporadikus és viszonylag csak kis előfizetőszámot érint. Emellett a számlázó rendszer kialakítása is komoly beruházást igényel. Nem lehet figyelmen kívül hagyni az infrastrukturális korlátokon túlmenően azt a feladatot sem, amit a megfelelő szakember-gárda szervezése jelent a teljesen más jellegű fenntartási és ügyfélszolgálati feladatokhoz. Ezért a kínálati helyettesítésnek ezt a fajtáját a Tanács egyelőre nem vette figyelembe.

[47] Power Line Communication
[48] Eht. 77. § (1) bek.

A Tanács megállapította, hogy önmagában az a tény, hogy egy rivális vállalkozás rendelkezik egy bizonyos szolgáltatás nyújtásához szükséges erőforrások egy részével, nem bír jelentőséggel akkor, ha a kérdéses szolgáltatás nyereséges nyújtása komoly további befektetést igényel.

Tekintettel arra, hogy a vezetékes telefon hálózatépítés – amely átviteli utak és kapcsolóeszközök, valamint az ezek működtetését szolgáló szoftverek rendszerének magas szintű műszaki követelményeket teljesítő megvalósítása – igen költséges vállalkozás, a Tanács megállapította, hogy kínálati oldalról új vezetékes telefonhálózat létrehozásával járó telefon szolgáltatás esetén helyettesítő hatás egyelőre nem állapítható meg.

A Tanácsnak tudomása van arról, miszerint egyes vállalkozások az áramszolgáltató hálózat vivőfrekvenciás kihasználására épülő szolgáltatással készülnek belépni az adott piacra, azonban ezen vállalkozások esetleges belépéséről eddig ismert információk (tervek, elképzelések, sikeres próbaüzem stb.) még nem vehetők figyelembe a kínálati helyettesíthetőség vizsgálata szempontjából.

A piac vizsgálata során a Tanács megállapította, hogy a vizsgált piacon nincsen rövidtávú kínálati oldali helyettesítési lehetőség. A fentiek alapján ezért nem indokolt e szempont további vizsgálata, illetve a vizsgált kiskereskedelmi piac meghatározására e szempont nincsen hatással, ezért e szolgáltatási piac e szempont szerint nem bővíthető.

I.5.4. A szolgáltatási piac meghatározásának eredménye:

A piacmeghatározás során a Tanács az R. mellékletében meghatározott, 1. számmal jelölt kiskereskedelmi piac, azaz a *„Hozzáférés nyilvános helyhez kötött telefonhálózathoz lakossági és nem lakossági felhasználók számára”* piac vizsgálatából indult ki.

A Tanács a kiskereskedelmi piac I.5. pontban foglalt vizsgálata során megállapította, hogy nincsenek olyan keresleti, vagy kínálati helyettesítési lehetőségek, amelyek a vizsgált piac szélesítését indokolták volna. Ezért a Tanács megállapítja, hogy a magyarországi nyilvános telefon hozzáférés szolgáltatási piaca a piacmeghatározás eredményei alapján egybeesik az R. mellékletében megnevezett, 1. számmal megjelölt piaccal.

I.6. Földrajzi piac meghatározása

I.6.1. A földrajzi piac kiterjedése

A Tanács a piac földrajzi kiterjedését a homogén versenyfeltételek megléte alapján határozza meg. A legfontosabb vizsgálandó tényezők ennek során a következők:

- Helyi hálózattal való lefedettség,
- Jelentős előfizetői bázis megléte,
- A szolgáltatás bejelentése, valamint a lekötött és/vagy kijelölt számmezők az egyes számozási körzetekben,
- Egyetemes szolgáltatási terület kiterjedése,

A földrajzi piac vizsgálata során a Tanács elsődlegesen a hálózat által lefedett terület kiterjedését vizsgálta.

A földrajzi piac Tanács általi vizsgálatának alapja, legkisebb területi egysége a számozási körzet. A fenti tényezők alapján a Tanács az 54 db számozási körzetben egyenként vizsgálta meg a versenyfeltételek homogenitását, és megállapította, hogy az 54 számozási körzetben külön-külön a versenyfeltételek homogének.

3. sz. táblázat: Inkumbensek és alternatív szolgáltatók hozzáférései a számozási területeken, 2008 év végén (db)

Számozási terület	Legnagyobb szolgáltató	Összes hozzáférés	Saját hozzáférés	%
1	Magyar Telekom*			
21				
22				
23				
24	Invitel			
25				

Számozási terület	Legnagyobb szolgáltató	Összes hozzáférés	Saját hozzáférés	%
26	Magyar Telekom*			
27	Invitel			
28				
29	UPC-Monortel			
32	Invitel			
33				
34	Magyar Telekom*			
35				
36				
37				
42				
44				
45				
46	Magyar Telekom*			
47				
48				
49				
52				
53	Magyar Telekom*			
54				
56				
57	Invitel			
59	Magyar Telekom*			
62	Invitel			
63				
66				
68				
69	Magyar Telekom*			
72				
73				
74				
75				
76				
77				
78				
79				
82	Magyar Telekom*			
83				
84				
85				
87				
88	Invitel			
89				
92	Magyar Telekom*			
93				
94				

Számozási terület	Legnagyobb szolgáltató	Összes hozzáférés	Saját hozzáférés	%
95	Invitel			
96	Magyar Telekom*			
99				

Forrás: szolgáltatók adatszolgáltatása és a KSH honlapja

*A T-Kábel Kft.-vel együtt

A kitakart rész üzleti titkot tartalmaz

A következő lépésben a Tanács megvizsgálta, hogy melyek azok a számozási körzetek, ahol a versenyfeltételek egyformák. A vizsgálat eredménye alapján a Tanács megállapította, hogy a számozási körzetek egyenkénti megvizsgálásával és fokról fokra haladó csoportosításával 3 db olyan földrajzi terület határozható meg, melyben

(a) a versenyfeltételek külön-külön homogének,
(b) szignifikánsan különböznek a többi terület versenyfeltételeitől, és
(c) együttesen az ország teljes területét lefedik.

Tekintettel arra, hogy a legdinamikusabban fejlődő hozzáférési hálózatok a KTV telefon hálózatok, melyek fejlődésüket annak köszönhetik, hogy a kétirányúsítás után az eredeti műsorelosztásra kiépített koaxiális (esetleg fényvezetős) hálózatok telefon hozzáférésre is felhasználhatók, a Tanács megvizsgálta a kábeltelefonok további növekedésének várható hatását a 2009-2010 évekre is.

A vizsgálatot a Tanács a Budapest kerületeiben, valamint az ország többi, 30 000 lakost meghaladó létszámú városaiban végezte el. A budapesti kerületekre az adatszolgáltatás során a Tanács nem kért elkülönített adatokat, így a teljes telefon előfizetőszám a lakosság arányában lett elosztva.

4. sz. táblázat: Kábeltelefon lefedettség Budapest kerületeiben, (db)

Kerület	KTV telefon előfizetők 2007	KTV telefon előfizetők 2008	növe-kedés	Lakosság (fő)	lak.arányú összes hozzáférés (db)	2008 KTV %
	1	2	3=2-1	4	5[49]	6=2/5
Budapest I. ker.				24 728		
Budapest II. ker				88 729		
Budapest III. ker.				123 723		
Budapest IV. ker.				98 374		
Budapest V. ker.				27 283		
Budapest VI. ker.				42 120		
Budapest VII. ker.				62 530		
Budapest VIII. ker.				82 222		
Budapest IX. ker.				61 576		
Budapest X. ker.				79 270		
Budapest XI. ker.				139 049		
Budapest XII. ker.				56 544		
Budapest XIII. ker.				113 531		

[49] A budapesti kerületenként hozzáférést úgy számítottuk ki, hogy az összes 1-es számozási körzetben lévő hozzáférést felosztottuk az adott kerületi lakosságszám és az összes budapesti lakosságszám arányaként.

Kerület	KTV telefon előfizetők 2007	KTV telefon előfizetők 2008	növe-kedés	Lakosság (fő)	lak.arányú összes hozzáférés (db)	2008 KTV %
	1	2	3=2-1	4	5[49]	6=2/5
Budapest XIV. ker.				120 148		
Budapest XV. ker.				80 218		
Budapest XVI. ker.				68 484		
Budapest XVII. ker.				78 250		
Budapest XVIII. ker.				93 225		
Budapest XIX. ker.				61 610		
Budapest XX. ker.				63 371		
Budapest XXI. ker.				76 339		
Budapest XXII. ker.				50 499		
Budapest XXIII. ker.				20 387		
Összesen				1 712 210		

Forrás: szolgáltatók adatszolgáltatása és KSH honlapja

Megjegyzés: Kerületenkénti összes hozzáférés a lakosságszám arányában becsült adat

A kitakart rész üzleti titkot tartalmaz

A fenti táblázatból látható, hogy a KTV telefonok részaránya – a megnevezett számítási módszer szerint – egyetlen kerületben sem éri el a 24%-ot.

Az előremutató szabályozási elv alapján, ha feltételezzük, hogy

- a kerület lakosságának összes hozzáférése csak évi 3%-kal csökken,
- a KTV telefonok évente ugyanannyival növekszenek,

a két legnagyobb arányt mutató kerületben az összes KTV telefon részaránya 2010-re

- a IV. kerületben X%-ról Y%- ra,
- a XIII. kerületben X%-ről Y%-ra növekedhet.

A kitakart rész üzleti titkot tartalmaz

Ezek az arányok még nem látszanak veszélyeztetni az inkumbens Magyar Telekom piaci erejének jelentőségét, különös tekintettel arra, hogy ezek a KTV telefonok részben a T-Kábel szolgáltató telefonjai, amelyek előfizetői gyakorlatilag a Magyar Telekom előfizetői maradnak.

5. sz. táblázat: A 30 000 lakosnál nagyobb városok kábeltelefon lefedettsége

Város	KTV telefon előfizetők 2007	KTV telefon előfizetők 2008	növe-kedés	hozzá-férés (db)	Lakosság (fő)
Baja					37 707
Békéscsaba					64 784
Gyula					32 055
Cegléd					38 318
Debrecen					206 225
Dunaújváros					48 562

Város	KTV telefon előfizetők 2007	KTV telefon előfizetők 2008	növe-kedés	hozzá-férés (db)	Lakosság (fő)
Dunakeszi					37 153
Vác					33 381
Eger					56 429
Esztergom					30 928
Érd					63 669
Gödöllő					33 575
Győr					130 476
Mosonmagyaróvár					32 256
Gyöngyös					32 546
Hajdúböszörmény					31 793
Hódmezővásárhely					47 258
Szeged					169 030
Kaposvár					67 663
Kecskemét					111 428
Kiskunfélegyháza					30 523
Miskolc					170 234
Nagykanizsa					50 540
Nyíregyháza					117 597
Orosháza					30 032
Ózd					35 621
Pápa					32 664
Pécs					156 974
Salgótarján					38 207
Sopron					59 036
Székesfehérvár					102 035
Szekszárd					33 883
Szigetszentmiklós					32 340
Szolnok					74 885
Szombathely					79 513
Tatabánya					70 333
Veszprém					63 405
Zalaegerszeg					61 774
Összesen					2 544 832

A kitakart rész üzleti titkot tartalmaz

Forrás: szolgáltatók adatszolgáltatása és KSH honlapja

Megállapítható, hogy azokban a számozási körzetekben, ahol a teljes körzetre nézve az Invitel piaci ereje a leginkább veszélyeztetett ( ), legfeljebb csak……..-ban prognosztizálható, hogy a KTV telefon előretörése 2010-re

(mintegy X hozzáféréssel) számottevő erőt képvisel az Invitel vezetékes telefon hozzáféréseivel szemben. Mivel azonban a számozási területen nincs másik 30 000 lakost elérő város és így a gyakorlati adatokból feltételezhető, hogy a terület összes hozzáférésének X-ben koncentrálódik, a több szolgáltatóhoz) tartozó KTV telefonok összesített részaránya növekedésének a hatására az Invitel piaci részesedése még ekkor sem haladja meg a X%-ot.

A kitakart rész üzleti titkot tartalmaz

A Tanács megállapította, hogy a fenti kritériumoknak megfelelő 3 db földrajzi terület mindegyikén – mind a lakossági, mind a nem lakossági részpiacok tekintetében – tapasztalható, hogy egyetlen szolgáltató számára a versenyfeltételek jóval kedvezőbbek, mint az összes többi szolgáltató számára. Ez a kedvezőbb feltételek között levő szolgáltató mindegyik esetben megegyezik a korábbi koncessziós szolgáltatóval. A homogén versenyfeltételekkel rendelkező földrajzi területeket a 6. táblázat tartalmazza.

6. sz. táblázat: Homogén versenyfeltételekkel rendelkező földrajzi területek

Földrajzi terület	Számozási körzetek körzetszámai[50]	Volt koncessziós szolgáltató
1. földrajzi terület	1, 22, 23, 26, 34, 35, 36, 37, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 52, 53, 54, 56, 59, 69, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 82, 83, 84, 85, 87, 92, 93, 94, 96, 99	Magyar Telekom Nyrt.
2. földrajzi terület	24, 25, 27, 28, 32, 33, 57, 62, 63, 66, 68, 88, 89, 95	Invitel Távközlési Zrt.
3. földrajzi terület	29	UPC Magyarország Kft.*

Forrás: szolgáltatók által beadott kérdőívek alapján

* A Monor Telefon Társaság Kft. 2008 július 1.-i dátummal beolvadt a UPC Magyarország Kft.-be.

I.6.2. A nem volt koncessziós szolgáltatók hatása a földrajzi piac kiterjedésére

A Tanács az adatlapok alapján megállapította, hogy az adott földrajzi piacokon 2008. évben a következő szolgáltatók rendelkeztek előfizetői hozzáférésekkel:

7. sz. táblázat: Hozzáférések száma a földrajzi területeken 2008. év végén (db)

Szolgáltató	Földrajzi terület					
	1. sz.		2. sz.		3. sz.	
	lakossági	üzleti	lakossági	üzleti	lakossági	üzleti
Actel Kft.						
AMTEL Magyarország Kft.						
Arcadom Gy. és Bizt.techn. Kft.						
Biatorbágyi Kábeltévé Kft.						
BT Limited Magyarországi Fióktelepe						
Business Telecom						
Com.unique Telekommunikációs Kft.						
DIGI Távközlési és Szolgáltató Kft.*						
DKTV Távközlési Kft.						
Dunakanyar Holding Kft.						
FiberNet Kommunikációs Zrt.						
Fone Távközlési Kft.						
Fonetcom kft						
GTS Datanet Távközlési Kft.						

[50] Lásd az ANFT-t

Szolgáltató	Földrajzi terület					
	1. sz.		2. sz.		3. sz.	
	lakossági	üzleti	lakossági	üzleti	lakossági	üzleti
Győr.Net Internet-Szolgáltató Kft.						
InTeleCom Telekommunikációs Kft.						
InterNet-X Magyarország Kft.						
Invitel Távközlési Zrt.						
Isis-Com Szolgáltató Kft.						
JUROP Telekom Egyéni Cég						
MagNetCom Kft.						
Magyar Telekom Távközlési Nyrt.						
Microsystem Kecskemét kft						
N-System Távközlési Kft.						
Optanet Szolgáltató Kft.						
Parisat Kft.						
Pendola Invest Kft.						
Pendola TeleCom Szolgáltató Kft.						
PR-TELECOM Távközlési Zrt.						
RADIOLAN kft						
RubiCom Távközlési ZRt.						
Tarr Építő-, Szolg.- és Kereskedelmi Kft.						
T-Kábel Magyarország Kft..						
Triotel Távközlési Kft.						
TvNetWork Telekommunikációs NyRt.						
UPC Magyarország Kft.						
ViDaNet Kábeltelevíziós Zrt.						
Vodafone Kft.						
Wnet kft						
Wnex Távközlési Szolgáltató Kft.						
Zalaegerszegi Elektr. Rt.						
Hozzáférés összesen						

Forrás: szolgáltatók által beküldött adatlapok

A kitakart rész üzleti titkot tartalmaz

A versenyfeltételek homogenitásának vizsgálata alapján a Tanács megállapította, hogy a volt koncessziós szolgáltatók, ill. jogutódaik tevékenysége a fenti földrajzi területeken meghatározó, így ezzel egyúttal elkülönült földrajzi piacnak is tekinthetők, továbbá, a kisebb kábeltelevíziós szolgáltatók szerepét sem ítélte olyan mértékűnek, ami a kínálati helyettesítés megállapítását eredményezhetné a földrajzi piacok tekintetében. Ezt a 7. sz. táblázat adatai alátámasztják.

I.6.3. A nomadikus hozzáférések kezelése a földrajzi piacok szempontjából

A „21”-es előszámmal hívható („nomadikus”) előfizetői hozzáférések viszonylag új csoportot alkotnak a hozzáférésen belül. Amint az az I.3.9. pontból is kiderül, ezek a hozzáférések a tárgyalt piac részét képezik, azonban a szolgáltatók azokat nem sorolták be a földrajzi számozási körzetekbe. Ezek a hozzáférések a következők:

8. sz. táblázat: Nomadikus hívószámú előfizetői hozzáférések (2008)

Szolgáltató	hozzáférés, db	
	lakossági	nem lakossági
DunaWeb Távközlési Kft.		
Fone Távközlési, Kereskedelmi és Szolg. Kft.		
IP-Park Távközlési Szolgáltató Kft.		
Magyar Telekom Távközlési Nyrt.		
N-System Távközlési Szolgáltató Kft.		

A kitakart rész üzleti titkot tartalmaz

Ezeket a hozzáféréseket – csekély számuk alapján – a Tanács nem tekintette olyanoknak, mint amelyek az érintett piacok földrajzi kiterjedését érdemben befolyásolhatnák. Ezért a Tanács a jelen határozat rendelkező részében úgy intézkedett, hogy a szolgáltató – amennyiben jelentős piaci erejűnek minősül és rá kötelezettségek kerülnek kirovásra – kötelezettségeit abban az esetben, ha az előfizető szerződésében szereplő cím saját földrajzi piacára esik, teljesítenie kell az adott hozzáférés vonatkozásában is.

I.6.4. Helyettesítő szolgáltatások hatása a földrajzi piac kiterjedésére

Tekintettel arra, hogy mivel a Tanács megállapítása szerint az I.5.1.-I.5.3. pontokban foglaltak alapján sem keresleti, sem kínálati helyettesítés a vizsgált piac vonatkozásában nem áll fenn, a fent meghatározott földrajzi piacok módosítása erre való tekintettel nem szükséges.

I.7. A piac alakulása a jövőbeli időtávon belül

A Tanács megállapította, hogy a koncessziós kizárólagosság teljes feloldása óta jelentős konszolidáció ment végbe, különösen az Emitel Távközlési Zrt. beolvadásával a Magyar Telekom Nyrt.-be, továbbá a Hungarotel Távközlési Zrt. és a PanTel Távközlési Kft. beolvadásával az Invitel Távközlési Zrt.-be. Ezen túlmenően, megfigyelhető a volt koncessziós szolgáltatók, különösen a Magyar Telekom Nyrt. és az Invitel Zrt kölcsönös migrációja egymás volt koncessziós területére. Várható, hogy ez a migráció a jövőben tovább folytatódik, azonban ennek üteme a közeljövőben nem befolyásolja a piac helyzetét, bár a Tanács megállapította az olyan burkolt migrációt is, amikor az azonos tulajdonos vállalatai szereznek előfizetőket a másik, volt koncessziós szolgáltató területén[51].

Az adatszolgáltatás alapját képező, vizsgált időszak után a vizsgált piacokon fontos változások álltak be. A műsorelosztó hálózaton keresztül elérhető, VoIP technológiát alkalmazó helyhez kötött telefon szolgáltatás (kábeltelefon szolgáltatás) már nemcsak a UPC vállalat hálózataiban áll rendelkezésre, hanem további KTV szolgáltatók is ajánlják (pl. T-Kábel, Fibernet stb.). Mivel a kábeltelefon hozzáférési szolgáltatást a Tanács a vizsgált piac részének tekinti, lényeges annak vizsgálata, hogy a kábeltelefon hozzáférések száma és forgalma mennyire befolyásolják a piac számszerű jellemzőit.

Az adatszolgáltatás során a szolgáltatók adataiból megállapítható volt, hogy 2008 év végén 307 480 db kábeltelefon előfizető (ebből egyéni: 303 795 db, üzleti: 3 685 db.) volt az országban, elsősorban városokban, ami a teljes fővonalszámnak mindössze 9,6%-a. Megállapítható, hogy a kábeltelefon szolgáltatás eddigi elterjedtsége a piaci viszonyokat nem változtatta meg lényegesen.

A helyhez kötött telefon piacon megjelent a szélessávú vezetékes hozzáférés is VoIP telefon szolgáltatás nyújtására, amely a fémes hurok alapsáv feletti átviteli képességeit, esetleg a fényvezető szinte korlátlan sávszélességű átviteli képességét használja ki és így az inkumbens szolgáltató mellett, a (csupasz) helyi hurok átengedése révén juttatja hozzáféréshez az alternatív szolgáltató előfizetőit. Ez előhírnöke az új generációs, teljesen IP alapú telefonhálózatnak (NGN).

[51] Ilyen burkolt migráció a T-Kábel telefon-szolgáltatása az Invitel területén, valamint a UPC kábeltelefon szolgáltatása a T-Com területén

A szélessávú vezetékes hozzáféréseken belül új szolgáltatás az ú.n. hordozható (nomadikus) telefon, amely helyhez nem kötött, de szorosan véve nem mobil telefonszolgáltatás igénybevételét teszi lehetővé. Az ilyen hordozható hozzáférések elérésére a hatóság megnyitotta a „21" előszámú számmezőt, amelyben számos szolgáltató kötött le magának számtartományt.

Ugyancsak fejlődő szolgáltatási terület az Internet telefon, amely a nyilvános Internet hálózatot használja fel a beszédcsomagok továbbítására. Nemcsak a már korábban ismert Skype használata lehetséges, hanem már egyes szolgáltatók maguk is ajánlanak szélessávú (ADSL) hozzáférésen használható telefonálási programot.

Az I.5.1. pontban szereplő penetrációs adatok a mobil piac növekedésének mérséklődésére, telítődésére utalnak, így a mobilszolgáltatók keresik a növekedés további lehetőségeit, melynek során a vezetékes piacot kezdik támadni néhány a keresletet szondázó, tapogatódzó jellegű bár a vezetékes szolgáltatások számára kihívást jelentő, a vezetékes ügyfeleket megcélzó ajánlatukkal.

Erre példa a Vodafone „Home Zone" („Otthon Classic" és „Otthon Classic Plus") szolgáltatása, amely egy helyhez kötött telefon szolgáltatóval együttműködve, helyhez kötött telefon hívószámmal olyan szolgáltatást kínál, amely lényegileg zsinórnélküli telefon, amelynek fő jellemzői, hogy a zsinórnélküli szolgáltatásra a saját mobil hálózatát bocsátja rendelkezésre és a zsinórnélküli bázisállomás – a szokásos zsinórnélküli telefonoktól eltérően – nem az előfizető lakásában található. A szolgáltatás számhordozással is igénybe vehető. Tarifái a klasszikus helyhez kötött szolgáltatókéhoz képest kedvezőek.

A Tanács az új szolgáltatás-típusok vizsgálata alapján megállapította, hogy a vizsgált időtávon belül még nem várható, hogy a volt koncessziós szolgáltatók elvesztenék túlsúlyukat földrajzi piacukon.

A fejlett távközlésű országokban már léteznek olyan csomagok, amelyek együtt kínálnak lebeszélhető mobil- és vezetékes perceket. A vizsgált piacon a Magyar Telekom és a T-Mobile Magyarország egyesülése[52] révén a Magyar Telekom került elsőként abba a helyzetbe, hogy összevont szolgáltatásokat kínáljon, mely megteremti a lehetőséget, olyan komplex telefonos csomagok kínálatára, melyek egyesítik a vezetékes és a mobil technológia előnyeit. Ennek következtében az előfizetők mobiltelefonjukat otthon vezetékes telefonként, vezetékes díjszabással használhatják. Az integrált készülékeket be lehet majd arra programozni, hogy mindig azt a hálózatot használják, amelyiken olcsóbb a hívás. Ehhez technológiai oldalon szükség lesz a hagyományos telefonvonal megtartására, mely lassíthatja a vezetékes hozzáférés csökkenését Magyarországon.

Hasonló példa erre, hogy 2006. őszétől a vezetékes telefonpiacon is beszállt az ügyfelekért folytatott versenybe a Vodafone Magyarország Zrt. bevezetve a fent említett „Home Zone" szolgáltatásait, amelyekkel az otthonról telefonálókat igyekszik megnyerni előfizetőnek. Az új díjcsomagok ugyanis az ügyfél által megadott címhez kötődnek, kimenő hívás csak onnan kezdeményezhető. Tarifái itt is kedvezőek, mert nem tesznek különbséget helyi és belföldi hívások között.

I.8. A piacazonosítás következtetései

A Tanács elvégezte a piacazonosítást az R. Melléklet 1. pontjában meghatározott *„Hozzáférés nyilvános helyhez kötött telefonhálózathoz lakossági és nem lakossági felhasználók számára"* elnevezésű kiskereskedelmi piacból kiindulva, a versenyjog elveinek alapján, az EU elektronikus hírközlési keretszabályozására figyelemmel a hatályos magyar jogszabályoknak megfelelően.

Az elvégzett vizsgálat alapján a Tanács megállapította, hogy a fent meghatározott piac Magyarországon, a magyar viszonyoknak megfelelően a szolgáltatási piac és a földrajzi piac meghatározását együttesen figyelembe véve 3 földrajzi piacra bomlik, amelyek egymástól a nyújtott és igénybevett szolgáltatásokat tekintve nem, csak földrajzi területükben különböznek, és együttesen lefedik Magyarország egész területét. Ezek a földrajzi piacok területileg egybeesnek mind a lakossági piacon, mind a nem lakossági piacon belül.

[52] lásd II.2.10. pont

A szolgáltatási piac és a földrajzi piac vizsgálata után a Tanács három elkülönült földrajzi piacot azonosított, amelyek a következők:

A *„Hozzáférés nyilvános helyhez kötött telefonhálózathoz lakossági és nem lakossági felhasználók számára”*elnevezésű piac vonatkozásában:

1. Hozzáférés nyilvános helyhez kötött telefonhálózathoz lakossági és nem lakossági felhasználók számára az ANFT 1. sz. mellékletének 2.1.3. pontja alapján meghatározott, 1, 22, 23, 26, 34, 35, 36, 37, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 52, 53, 54, 56, 59, 69, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 82, 83, 84, 85, 87, 92, 93, 94, 96, 99 hívószámú körzeteiben.
2. Hozzáférés nyilvános helyhez kötött telefonhálózathoz lakossági és nem lakossági felhasználók számára a Magyar Köztársaság területének az ANFT 1. sz. mellékletének 2.1.3. pontja alapján meghatározott, 24, 25, 27, 28, 32, 33, 57, 62, 63, 66, 68, 88, 89, 95 hívószámú körzeteiben.
3. Hozzáférés nyilvános helyhez kötött telefonhálózathoz lakossági és nem lakossági felhasználók számára az ANFT 1. sz. mellékletének 2.1.3. pontja alapján meghatározott, 29. hívószámú körzetében.

I.9. A piacok érintettségének a vizsgálata

A piacok azonosítása után a Tanács megvizsgálta, hogy a meghatározott piacok szabályozási szempontból érintettnek tekinthetők-e. Az R. 3. §-a szerint az új ajánlásban szereplő releváns piacok érintettségét vizsgálni külön nem szükséges.

Fentiek alapján a Tanács megállapította, hogy az I.3. – I.4. fejezetekben meghatározott szolgáltatási piacok és az I.6. fejezetben meghatározott földrajzi piacok együttes figyelembe vételével az I.8. pontban meghatározott három piac érintett piac, és azokon ex-ante szabályozásnak van helye.

Az érintett piacok tehát az alábbiak (a földrajzi területeket bemutató 9.táblázat beosztásának megfelelően):

A *„Hozzáférés nyilvános helyhez kötött telefonhálózathoz lakossági és nem lakossági felhasználók számára”* elnevezésű piac vonatkozásában:

1. számú érintett piac: Hozzáférés nyilvános helyhez kötött telefonhálózathoz lakossági és nem lakossági felhasználók számára az 1. földrajzi piacon.

2. számú érintett piac: Hozzáférés nyilvános helyhez kötött telefonhálózathoz lakossági és nem lakossági felhasználók számára a 2. földrajzi piacon

3. számú érintett piac: Hozzáférés nyilvános helyhez kötött telefonhálózathoz lakossági és nem lakossági felhasználók számára a 3. földrajzi piacon.

II. Piacelemzés, JPE szolgáltatók azonosítása

II.1. Általános szempontok

A jelentős piaci erővel rendelkező szolgáltató (a továbbiakban: **JPE szolgáltató**) – összhangban az Eht. 53. § (1) bekezdésében írtakkal – az a vállalkozás, amely valamely érintett piacon, amelyen a gazdasági verseny nem kellően hatékony, egyedül (a továbbiakban: **önálló erőfölény**) vagy más szolgáltatóval közösen (a továbbiakban: **közös erőfölény**) gazdasági erőfölényben van.

A gazdasági erőfölény olyan gazdasági helyzet, amely lehetővé teszi, hogy a vállalkozás tevékenységét a versenytársaktól, a vevőktől és végső soron a fogyasztóktól nagymértékben függetlenül folytassa.

Egy szolgáltató erőfölényének megállapítását megalapozó kritériumok köre taxatív jelleggel nem határozható meg. A JPE minősítést nem mindegyik kritérium befolyásolja azonos mértékben.

Az, hogy egy kritérium önmagában nem elégséges a JPE-ként történő azonosításhoz, nem jelenti azt, hogy a kritériumok bármely kombinációja esetén nem megállapítható egy vagy több szolgáltató érintett piacon fennálló gazdasági erőfölényes helyzete.

Egy vállalkozást egy adott kritérium vizsgálatakor alapvetően az adott érintett piacon kell értékelni, de szükség szerint figyelembe kell venni, ha az adott érintett piacon a minősítést befolyásolja ugyanezen kritériumnak más érintett piacon, vagy érintett piacnak nem minősülő szolgáltatási piacon történő értékelése.

Az önálló és közös erőfölény megállapítása alapvetően ugyanazon kritériumok vizsgálatán alapszik azzal, hogy a közös erőfölény esetén további kritériumok figyelembevétele is szükséges, illetve egyes kritériumok értelmezése, hatása eltérő lehet a JPE minősítésre.

Az egyes kritériumok esetében azok múltbéli, illetve a vizsgált időtávon belüli várható változásait is – ha ez értelmezhető – figyelembe kell venni.

Az erőfölény megállapításához szükséges, alábbi kritériumokat a Tanács egyenként megvizsgálta:

- piaci részesedés;
- a vállalkozás mérete;
- a nehezen megkettőzhető infrastruktúra feletti ellenőrzés;
- technológiai előnyök ill. fölény;
- alacsony szintű kiegyenlítő vásárlóerő;
- könnyű vagy előnyös hozzáférés a tőkepiacon ill. a pénzügyi források területén;
- széles szolgáltatás- és szolgáltatás-csomagok választéka;
- méretgazdaságosság;
- választék-gazdaságosság;
- vertikális integráció, vállalatcsoport;
- lehetséges versenytársak hiánya;
- terjeszkedési korlátok.

II.2. Az egyes kritériumok vizsgálata

II.2.1. Piaci részesedés

A piaci részesedés vizsgálata során a Tanács a mellett döntött, hogy elsősorban a hozzáférések (fővonalak) számán, másodsorban a nettó árbevételen alapuljon a vizsgálat.

A piaci részesedés önmagában általában nem döntő kritérium. 25% alatt valószínűtlen az egyedüli erőfölény. A Bizottság döntéshozó gyakorlatában 40% felett feltételezhető, az európai esetjog szerint 50% felett biztosnak látszik az erőfölény. A piaci részesedés értékelésekor annak tendenciáját is figyelembe kell venni.

Jelen esetben a piaci részesedést a Tanács számozási körzetenként vizsgálta meg, illetve a földrajzi piacoknak megfelelő három érintett piacon egyenként elemezte. Az árbevétel vizsgálatánál a bekapcsolási díjakat, valamint az előfizetési díjakat vette figyelembe.

A Tanács megállapította, hogy mindegyik érintett piacon létezik egy–egy szolgáltató, amelyik 100%-hoz közeli piaci részesedéssel rendelkezik (lásd a 3…5. sz. és az alábbi táblázatot).

9. sz. táblázat: Részesedés a hozzáférési földrajzi piacokon 2008-ban

Érintett piac	Volt koncessziós szolgáltató	Lakossági hozzáférés, db			Üzleti hozzáférés, db		
		saját	idegen	saját%	saját	idegen	saját%
1.	Magyar Telekom Nyrt.			86,78			88,57
2.	Invitel Távközlési Zrt.			81,91			93,44
3.	UPC Magyarország Kft.			96,06			96,00

Forrás: a szolgáltatók adatszolgáltatása

A kitakart rész üzleti titkot tartalmaz

A Tanács megállapította azt is, hogy a piaci részesedés több évre visszatekintve is majdnem azonos, nagyon kis mértékben csökkenő tendenciát mutat.

Ilyen nagyon magas piaci részesedések mellett a többi figyelembe veendő szempont (szolgáltatások innovációs igénye és differenciáltsága stb.) már marginálisnak minősül, így a Tanács döntő kritériumnak tekinti a piaci részesedést.

II.2.2. A vállalkozások mérete

A vállalkozások méretének vizsgálata során – tekintetbe véve a helyhez kötött telefon szolgáltatások kiskereskedelmi piacainak évi 200 Mrd Ft feletti árbevételét – a Tanács elegendőnek tartotta csupán a 100 M Ft feletti nettó árbevételt elért cégeket figyelembe venni, mivel a többi vállalkozás az erőfölény meghatározását nem befolyásolja. A következő, 10. táblázat bemutatja az érintett piacokon működő cégek közül azon cégek méretének és pénzügyi helyzetének néhány jellemző adatát, amelyek összes nettó árbevétele a 2008. évben 100 millió Ft-nál nagyobb volt.

10. sz. táblázat: Az érintett piacokon működő vállalkozások méretének és pénzügyi helyzetének néhány jellemző mutatója 2008-ban

Szolgáltató	Összes eszköz (millió Ft)	Tárgyi eszközök aránya (%)	Tőke-ellátottság (%)	Likviditási mutató (%)	Esedékességi mutató (%)	Adósság-fedezeti mutató (%)
BT Limited Magyarországi Fióktelepe	6 437,0	20,13	-57,57	115,03	43,94	77,05
GTS Datanet Távközlési Kft.	16 976,0	49,2	55,9	59,7	58,0	330,1
Invitel Távközlési Szolgáltató Rt.	166 134,0	169,7	13,3	148,4	20,1	130,6
Magyar Telekom Nyrt.	965 252,0	43,7	37,1	39,4	51,1	174,4
UPC Magyarország Telekommunikációs Kft.	250 650,6	23,1	22,9	43,5	3,4	148,8

10. számú táblázat folytatása

Szolgáltató	Összes bevétel (millió Ft)	Üzemi tev. eredménye (millió Ft)	Adózott eredmény (millió Ft)	Befektetett eszközök beszerzése (mFt)	Befektetett eszközök eladása (mFt)
BT Limited Magyarországi Fióktelepe	10 595,0	-478	-701	131,0	0,0
GTS Datanet Távközlési Kft.	17 153,0	-403	181,0	1 539,0	1 400,0
Invitel Távközlési Szolgáltató Rt.	63 920,0	10 429	-745	-17 449,0	12 515,0
Magyar Telekom Nyrt.	527 502,0	93 679	98 625	-85 589	5 972,0
UPC Magyarország Telekommunikációs Kft.	64 390,9	12 877,1	1 725,1	17 744,5	38,0

Forrás: szolgáltatók adatközlése, ill. cégbírósági nyilvántartás[53]

A Tanács megállapította, hogy a vállalkozások méretét tekintve (az „összes eszköz", valamint az „összes bevétel" dimenzió tekintetében) egyetlen szolgáltató sem veszi fel a versenyt a 3 inkumbenssel.

A vállalkozás mérete bár önmagában nem releváns kritérium, de a piaci részesedési kritérium hatását tovább erősíti.

II.2.3. A nehezen megkettőzhető infrastruktúra feletti ellenőrzés

A nehezen megkettőzhető infrastruktúra feletti ellenőrzés, azaz a hálózat tulajdonlása, ellenőrzési joga egyrészt a földrajzi piacokat is alapvetően meghatározza, másrészt az ex-ante szabályozás szükségességének vizsgálata során is jelentős piacra lépési korlátot jelent.

[53] A határozat kiadásakor a 2008. évi auditált adatok még nem álltak mindegyik szolgáltatónál rendelkezésre.

Fontos piacra lépési korlátot jelentenek az esetleges piacra lépés azon költségei, amelyeket a piacra lépőnek be kell fektetnie a szolgáltatás infrastrukturális feltételeinek biztosítása érdekében, de ezek a piac elhagyásakor nem térülnek meg. A potenciális piacra lépő csak akkor vállalja ezeket a beruházási költségeket, ha kilátása van arra, hogy mind a beruházás költségei, mind a szolgáltatás elkerülhető költségei megtérülnek az árbevételből.

A nehezen megkettőzhető infrastruktúra feletti ellenőrzés fennállása döntően műszaki-technológiai illetve gazdasági elemzés alapján dönthető el. A tárgyalt érintett piacok esetében a meglévő infrastruktúra duplikálása elsősorban gazdaságilag indokolatlan (adott esetben műszaki szempontból lehetetlen), különösen, ha az alternatív megoldások (pl. hurokátengedés) gazdaságosabbak és kisebb tőkeigényűek.

Nincs tehát olyan potenciális szolgáltató, aki, ha az érintett piacok esetében a piacra lépés abszolút műszaki és gazdasági korlátjai nem állnának fenn a megtérülés reményében képes lenne vállalkozni egy-egy területen belül egy teljes nyilvánosan elérhető helyhez kötött hálózat kiépítésére.

A Tanács megállapította, hogy az érintett piacokon a nehezen megkettőzhető infrastruktúra fölötti ellenőrzést ugyanazok a szolgáltatók gyakorolják, amelyek egyébként is döntő piaci részesedéssel bírnak.

II.2.4. A technológiai előny vagy fölény

Az adott piacokon működő szolgáltatók részben hasonló infrastruktúrával rendelkeznek. Az újabb technológiák alkalmazására (pl. digitális előfizetői hozzáférések) lényegében mindegyik piaci szereplőnek van lehetősége. A hozzáférés vonatkozásában új technológiát vezettek be a kábeles műsorelosztó szolgáltatók, azzal, hogy a beszéd és a jelzések átvitelét IP protokoll szerint működő hálózati és adatátviteli eszközökkel valósítják meg. Ez azonban sem a szolgáltatások minőségében, sem a választékában még nem jelent versenyelőnyt, mivel – amint ez az I.3.7. pontban is kifejtésre került – a telefon szolgáltatások teljes körű nyújtása is csak bizonyos engedményekkel lehetséges.

A kutatás-fejlesztési ráfordítások tekintetében a Tanács megállapította, hogy ilyen tevékenységet a piaci szereplők csak marketing vonatkozásában végeznek, műszaki-technológiai fejlesztés terén – eltekintve egyes egyetemi, főiskolai projektek támogatásától – a gyártók kínálatára támaszkodnak.

A Tanács megállapította, hogy a technológiai előny szempontjának az erőfölény megállapításakor nincsen relevanciája.

II.2.5. Kiegyenlítő vásárlóerő hiánya

Az Iránymutatás[54] nagy súlyt helyez a kiegyenlítő vásárlóerő szerepének vizsgálatára. A Bizottság iránymutatása szerint kiegyenlítő vásárlóerő alatt a nagy vevők azon képességét kell érteni, hogy ésszerű időn belül megfelelő alternatív megoldásra (hatékony megtorlás vagy más cég szolgáltatásainak igénybe vétele) képesek átállni, ha szállító árat emel, vagy hátrányosan módosítja a szállítási feltételeket.

Általános érvénnyel megállapítható, hogy a hírközlési szolgáltatásokat igénybe vevők alkupozícióját javítja, a szolgáltatók piaci erőfölényének érvényesítési lehetőségeit pedig korlátozza, ha:

- nagyfokú vevő-koncentráció áll fenn, vagyis a nagy vevők részaránya magas a szolgáltatók teljes árbevételében,
- a szolgáltató-váltás költsége alacsony,
- a fogyasztók jól informáltak, a piacon az elérhető szolgáltatások köre és azok ára a fogyasztók számára ismert és könnyen összehasonlítható.

A Tanács a rendelkezésre álló adatok alapján megállapította, hogy a *„Nyilvános telefonhálózathoz helyhez kötött hozzáférés lakossági és nem lakossági felhasználók számára”* magyarországi piacán nem áll fenn nagyfokú vevő-koncentráció. A 2008. évben a 10 legnagyobb vevő kumulált részaránya elhanyagolható nagyságrendet képviselt a magyarországi helyhez kötött vezetékes telefonszolgáltatók teljes árbevételében.

[54] Az Európai Bizottság 2002/C 165/03. számú Iránymutatása a piacelemzésről és a jelentős piaci erő értékeléséről az elektronikus hírközlő hálózatok és elektronikus hírközlési szolgáltatások közösségi szabályozási keretében

11. sz. táblázat: A 10 legnagyobb nem lakossági ügyféltől eredő árbevétel (2008,millió Ft)

Szolgáltató	10 legnagyobb ügyféltől eredő bevétel	Teljes árbevétel	Részarány, %
INVITEL			
Magyar Telekom			
UPC			

Forrás: szolgáltatók által beadott kérdőívek alapján

A kitakart rész üzleti titkot tartalmaz

A lakossági ügyfélkört általában az jellemzi, hogy sok, kis bevételt hozó ügyfélből áll. Ezen ügyfelek egyike sem kerülhet alkupozícióba, egyikük elvesztése sem veszélyeztetné a cég létét, talpon maradását. Ezért ilyenek nem kerültek a 10 legnagyobb bevételt hozó ügyfelek közé.

Tekintettel arra, hogy a fővonalak száma a 2006-2008. években csökkent és az alternatív szolgáltatók elsősorban a nagy bevételt hozó nem lakossági előfizetőket célozták meg, a Tanács arra az álláspontra jutott, hogy a kiegyenlítő vásárlóerő ezekben az években sem ért el jelentős nagyságot.

A Tanács megállapította, hogy a tárgyalt piacokon a kiegyenlítő vásárlóerő a jelentős piaci erő megállapítását nem módosítja.

II.2.6. A könnyű, vagy privilegizált hozzáférés a tőkéhez

A tőkepiacokhoz és pénzügyi forrásokhoz való könnyebb hozzáférést nagymértékben meghatározza az adott szolgáltató piaci részesedése, vagyoni, pénzügyi helyzete és jövedelmezősége, tulajdonosi háttere, stratégiája, valamint az ügyvezetés stabilitása és reputációja. Amennyiben valamely vállalkozás a fenti szempontok alapján jobb megítélésnek örvend, könnyebben juthat pénzügyi forrásokhoz és ebből piaci előnye származhat.

A Tanács a 10. táblázat adatai alapján megállapította, hogy az érintett vállalkozások gazdasági mutatói jelentős szórást mutatnak. A tárgyalt piacokon döntő piaci részesedésű szolgáltatók helyzete és tulajdonosi háttere inkább biztosítja számukra a tőkepiacokhoz való könnyebb hozzáférést, mint más, a piacon lévő telefon szolgáltatók esetében.

A Tanács megállapította, hogy az egyes földrajzi piacokon a legnagyobb árbevétellel rendelkező szolgáltatók gazdasági mutatói jelentős szórást mutatnak és ezek alapján a piacra egységes megállapítás nem tehető. Ugyanakkor a volt koncessziós szolgáltatók helyzete és tulajdonosi háttere biztosíthatja számukra a tőkepiacokhoz való könnyebb hozzáférést.

II.2.7. A szolgáltatások diverzifikációja

A Tanács megállapította, hogy az adott piachoz tartozó szolgáltatások diverzifikációja (azaz ezen szolgáltatások csomagban, más szolgáltatásokkal együtt való nyújtása) **nem releváns szempont**, mivel a piacon lévő szolgáltatók csaknem mindegyike közel azonos műszaki képességekkel rendelkező hálózati elemeket és eszközöket használ.

II.2.8. Méretgazdaságosság

A méretgazdaságosság azt jelenti, hogy egy adott szolgáltatás kibocsátásának növekedésével a termelés átlagköltsége (egységnyi outputra jutó input) csökken. Ez a jelenség a fix költségek jelenlétének köszönhető. Minél nagyobb kezdeti beruházást igényel egy iparág, annál jelentősebb méretgazdaságossági hatások jelentkezhetnek. **A Tanács megállapította,**

hogy az érintett hozzáférési piacokon a méretgazdaságosság előnyeit elsősorban a volt koncessziós szolgáltatók élvezik.

II.2.9. Választékgazdaságosság

Választékgazdaságosság megvalósulása esetén több terméket/szolgáltatást közös termelési folyamatban állítanak elő. Az érintett hozzáférési piacokon például a fémes helyi hurok megléte esetén azon a legtöbb esetben az adatátviteli hálózathoz való hozzáférés is nyújtható. A nagyobb választékgazdaságosság alkalmas piaci előny szerzésére.

Az érintett hozzáférési piacokon döntő piaci részesedéssel bíró szolgáltatók szolgáltatási portfoliója nagymértékben hasonló.

A Tanács megállapította, hogy az érintett hozzáférési piacokon a választék-gazdaságosság csak a hálózattal rendelkező piaci szereplők esetében érvényesülhet, ezért azokon a piacokon, ahol a versenytársak hálózatai között nagyságrendi különbség van a földrajzi piacokon belül, a választékgazdaságosság hatása csak igen korlátozottan jelenik meg.

II.2.10. Vertikálisan integrált vállalkozás, vállalkozás csoport

A vertikális integráció megvalósulása esetén egy vállalkozás (esetleg több azonos érdekkörbe tartozó vállalkozás) az értéklánc különböző szintjein elhelyezkedő piacokon egyaránt jelen van. Az ilyen szolgáltató a termelési folyamat különböző szintjeinek egy vállalkozáson belüli integrálása miatt képes a jobb árak elérésére (pl. eltérő belső és külső árak meghatározásával) és ebből fakadóan a piaci előnyszerzésre.

A Tanács megállapította, hogy ez a tényező releváns, amennyiben az előfizetőkkel rendelkező piaci szereplő vertikálisan integráltnak tekinthető, hiszen az R. melléklete szerinti 1. piachoz tartozó szolgáltatás nyújtása szorosan kapcsolódik egyrészt a lakossági és nem lakossági forgalmi piacokhoz, másrészt a végződtetési, híváskezdeményezési és tranzit nagykereskedelmi piacokhoz**.** Ugyanakkor a Magyar Telekom szolgáltatási portfóliójának része a volt T-Mobile mobil rádiótelefon és a T-Online Internet szolgáltatása is, az Invitel szolgáltatásai pedig integráltan tartalmazzák a Pantel Kft. és az Euroweb Kft. szolgáltatásait. A UPC Magyarország egyesíti a korábbi UPC műsorelosztó és a Monor Telefon Kft. helyhez kötött nyilvános telefon szolgáltatásait.

A vállalkozás **csoportok** tekintetében az is megállapítható, hogy a Magyar Telekom Nyrt. által képviselt csoporthoz tartozik a T-Kábel Zrt. műsorelosztó vállalkozás is, amely 2004 végén lépett piacra kábeltelefon szolgáltatásával és amely ehhez a szolgáltatásához igénybe veszi a Magyar Telekom infrastrukturális és szellemi adottságait. Hasonlóan, az Invitel tulajdonosa, a HTCC, megvásárolta a korábbi Tele2 telefon közvetítő szolgáltatót, melyet Invitel Telecom Kft. néven működtet tovább, míg az ugyanehhez a vállalat-csoporthoz tartozó Invitel Technocom Kft. bérelt vonali szolgáltatásokat végez.

II.2.11. A magasan fejlett elosztó és értékesítő hálózat

A Tanács megállapította, hogy a magasan fejlett elosztó és értékesítő hálózat mindhárom inkumbens pozícióját erősítő tényező, amennyiben mindegyik szolgáltató ügyfélszolgálata rendelkezik ingyen vagy helyi tarifával hívható számokkal, mely utóbbiak az ország egész területéről elérhetőek, ezen kívül mindegyik cég rendelkezik személyes ügyfélszolgálati pontokkal és személyes értékesítési csapatokkal is, melyek képesek megkeresni az ügyfeleket bárhol az országban.

II.2.12. A potenciális verseny hiánya, piacra lépés vagy a piaci terjeszkedés akadályai

A piacon a verseny hatékonyabb irányba fejlődhet, ha a piacra lépés és a piac növekedési korlátai alacsonyak, illetve fennáll a potenciális versenyhelyzet. Ezen kritériumok relevanciáját a Tanács az I.5.3. fejezetben található tényezők (a piacra lépés korlátainak vizsgálata, a jogi és strukturális korlátok megléte) elemzésével vizsgálta. A potenciális versenyt illetően meg kell említeni az e fejezetben vizsgált kínálati helyettesítőket. Ezek közül a korábban piacra még nem lépett, kétirányú csillagpontos

hálózattal rendelkező vezetékes műsorelosztó szolgáltatók, valamint az áramszolgáltató vállalatok, vagy azokkal szövetkező PLC vállalatok potenciális versenyt támaszthatnak.

További szempontként szükséges a piacon működő szolgáltatókhoz, illetve viselkedésükhöz kötődő **stratégiai korlátok** vizsgálata. A piacon bent lévő vállalatok stratégiai eszközökkel tarthatják távol vetélytársaikat. Ilyen, árazással kapcsolatos eszköz lehet az árdiszkrimináció, árprés, keresztfinanszírozás, illetve árazással nem összefüggő eszközök, mint reklámháború, kutatás-fejlesztési befektetés.

A Tanács a felsorolt kritériumok mindegyikéről megállapította, hogy azok a vizsgált inkumbens szolgáltatók piaci helyzetét erősítik.

II.3. Közös erőfölény vizsgálata

A Tanács megvizsgálta a lehetőséget közös erőfölény kialakulására és a következőket állapította meg:

A közös erőfölény lényege az, hogy elsősorban a piaci szerkezetből következően a kisszámú (domináns) szereplő magatartása megállapodás vagy tudatos összejátszás hiányában is hasonlóan fog alakulni.

A meghatározott három érintett piac mindegyikén egy-egy, 2008 végén közel 100% piaci részesedéssel rendelkező szolgáltató tevékenykedik. E szolgáltatóknak elvileg nincs szükségük másokkal közös erőfölény kialakítására, a többi kis részesedéssel bíró cég pedig még együttesen is olyan csekély erővel bír ezen a piacon, hogy azok együttesen sem kerülhetnek közös erőfölényes helyzetbe.

A közös erőfölény lehetőségét egyébként eleve is kizárja az a tény, hogy az említett szolgáltatók elkülönült földrajzi piacokon tevékenykednek.

Mindezek alapján a Tanács megállapította, hogy közös erőfölény kialakulása az érintett piacokon fogalmilag kizárt, további vizsgálata indokolatlan.

II.4. Piaci erő átvitelének vizsgálata

Az Eht. 53. § (2) bekezdése előírja annak vizsgálatát, hogy van-e olyan, szomszédos piacon jelentős piaci erővel rendelkező szolgáltató, amely gazdasági erejét átviheti egyik piacról a másikra.

Tárgyi piacok a következő piacokkal lehetnek szomszédos kapcsolatban:

- Vertikális szomszédság: A helyhez kötött telefon kiskereskedelmi forgalmi piacaival lehetséges, hiszen a hozzáférés és a belföldi forgalom díjai általában együtt szoktak értékesítésre kerülni, csomagban, mivel, hogy a belföldi hívások indításához szükség van valamilyen hozzáférésre. A piaci erő – bár korlátozottan – átvihető a nemzetközi hívások forgalmi piacára is. Ez mindhárom inkumbens szolgáltatóra érvényes.
- Horizontális szomszédság: Az R. melléklete szerinti 1. számú piacok között is lehetséges, hiszen nagymértékben azonosak a szolgáltatások, így az azok nyújtásához igénybe vett bemenő termékek is. A legtöbb szolgáltató mindegyik piacon jelen van és képes erejét az egyikről a másikra átvinni.

Tekintettel arra, hogy az adott földrajzi piacokon az inkumbens szolgáltatók hozzáféréseik számaik tekintetében döntő fölényt mutatnak, várható, hogy ez valamely mértékben tükröződni fog ezen földrajzi piacok forgalmi helyzetében is. Emiatt fennáll annak a lehetősége, hogy a kiskereskedelmi forgalmi piacokon megmutatkozó piaci erejüket ezen vállalkozások bizonyos mértékben át tudják vinni a vizsgált hozzáférési piacokra is.

II.5. Jelentős piaci erejűvé (JPE) történő minősítés

A piaci részesedés és a többi kritérium együttes vizsgálata alapján a Tanács megállapította, hogy az érintett piacokon a verseny nem eléggé hatékony és a következő vállalkozások jelentős piaci erővel rendelkeznek mind a lakossági, mind a nem lakossági piacokon:

1. számú érintett piacon: **Magyar Telekom Távközlési Nyrt.**
2. számú érintett piacon: **Invitel Távközlési Zrt.**
3. számú érintett piacon: **UPC Magyarország Kft.**

III. Kötelezettségek megállapítása

Az Eht. 52. § (1) bekezdése előírja, hogy a Tanácsnak az érintett piacokon azonosított, JPE-vel rendelkező szolgáltató(k)ra a piacelemzés által feltárt versenyt korlátozó akadályok által indokolt, azokkal arányos, legalább egy kötelezettséget meg kell állapítania, vagy a korábban jogszabályban, vagy a hatóság határozatában megállapított legalább egy kötelezettséget fenn kell tartania, vagy módosítania. A kiskereskedelmi piacokon a Tanács által megállapítható kötelezettségeket a XIII. Fejezet tartalmazza.

Tekintettel arra, hogy a vizsgált érintett piacokon az említett JPE-vel rendelkező szolgáltatók piaci ereje várhatóan tartós marad, az *ex ante* szabályozásnak azt kell biztosítania, hogy a JPE-vel rendelkező szolgáltatók sem árazási eszközökkel, sem nem-árazási diszkriminatív módszerek alkalmazásával ne élhessenek vissza gazdasági erőfölényükkel.

A kötelezettségek kiszabása folyamán a Tanács először megvizsgálta azokat a kötelezettségeket, amelyeket a hatóság már a vizsgált múltbeli időszakban érvényesített a vizsgált érintett piacokon és az ahhoz kapcsolódó nagykereskedelmi piacokon.

Ezt követően megvizsgálta, hogy a vizsgált piacokon bekövetkeztek-e olyan lényeges változások, amelyek befolyásolhatták a kötelezettségek fenntartását, esetleges megszűntetését, vagy új kötelezettség kirovását.

A Tanács megállapította továbbá, hogy a vizsgált időszakban a helyhez kötött telefon szolgáltatáson belül, az egyetemes szolgáltatás kiskereskedelmi hozzáférési árait jogszabály[55] korlátozza, amely jogszabály azonban csak az árindex mértékére vonatkozik[56]. A Tanács a piacelemzés lefolytatását követően megállapította, hogy a jelen gazdasági környezetben, ahol még nem kellően hatékony a verseny, továbbra is szükség van kiskereskedelmi árszabályozásra, amely nemcsak az egyetemes szolgáltatást igénybe vevő előfizetőket érinti.

Az Eht. a nemzeti szabályozó hatóságot, az NHH-t jogosítja fel arra, hogy amennyiben az általa lefolytatott piacelemzési eljárás során megállapítja, hogy az adott kiskereskedelmi piac fejlődéséhez nem elegendők a jelentős piaci erővel rendelkező szolgáltatókra kirótt nagykereskedelmi kötelezettségek, a kiskereskedelmi szolgáltatási piacon a törvényben meghatározott körben kötelezettséget szabjon ki. Tehát árszabályozást a vonatkozó szolgáltatás díja tekintetében az Eht. nem állapít meg; hanem a Tanács által elvégzett piacelemzési eljárás eredményeképpen az NHH-ra, mint szabályozó hatóságra bízza annak megítélését, hogy a feltárt piaci probléma orvoslása milyen indokolt és arányos kötelezettség kiszabásával történhet meg.

Ha azonban a Tanács úgy véli, hogy a kiskereskedelmi piacok szabályozási céljai csak hatósági árszabályozással érhetők el, az Eht. 109. § (4) bekezdése értelmében javaslatot tehet miniszteri rendelet útján történő ármegállapításra is. Ezt a lehetőséget azonban a Tanács eleve elvetette, mert megítélése szerint egy ilyen rendelet kizárná a verseny egy lényeges területét, az árversenyt.

[55] A távbeszélő szolgáltatási piacon jelentős piaci erővel rendelkező távközlési szolgáltató által nyújtott távbeszélő-szolgáltatás díjairól, valamint az egyetemes távközlési szolgáltatással kapcsolatos díjcsomagokról szóló 3/2002. (I.21.) MeHVM rendelet

[56] A Tanács információja szerint a MEH Infokommunikációért és E-közigazgatásért Felelős Szakállamtitkársága aktualizálja az egyetemes szabályozás rendeletét

III.1. Általános célok

A Tanács a kötelezettségek meghatározása során messzemenőkig szem előtt tartotta a az Eht. által a Hatóság számára az Eht 9. § (2)-ban meghatározott feladatokat, továbbá az Eht.-ban lefektetett általános célokat[57]. A kötelezettségek kirovása során törekedett arra, hogy biztosítsa az elektronikus hírközlési piac zavartalan, eredményes működését és fejlődését, az elektronikus hírközlési tevékenységet végzők és a felhasználók érdekeinek védelmét, továbbá a tisztességes, hatékony verseny kialakulásának és fenntartásának elősegítését.

III.2. Kötelezettségek meghatározásakor alkalmazott elvek

A kötelezettségek meghatározása során a Tanács az általános célokon kívül a következő elveket vette figyelembe:

- A kötelezettségeknek a helyhez kötött hozzáférések piacán uralkodó versenyhiány következményeinek orvoslására kell irányulniuk.
- A kiszabott kötelezettségeknek a feltárt versenyt korlátozó akadályok által indokoltaknak és azokkal arányosaknak kell lenniük.[58]
- A kirótt kötelezettségek nem okozhatnak aránytalan terheket a szolgáltatók számára.
- A kötelezettségek hatásaként az áraknak hosszú távon kompetitív szintre kell beállniuk.
- A kötelezettségeknek a lehető legteljesebb mértékben alkalmazkodniuk kell a meghatározott piacok sajátosságaihoz.

III.3. A hatóság által a vizsgált időszakra korábban kiszabott kötelezettségek

III.3.1. A vizsgált piacot közvetlenül érintő nagykereskedelmi kötelezettség

A Tanács megállapította, hogy a helyhez kötött telefon hozzáférési piacokra közvetlenül a helyi hurkok átengedésére vonatkozó nagykereskedelmi piacon (11/2003. sz. piac) kirótt kötelezettség lehetett hatással. Amennyiben ennek a kötelezettségnek az eredményeképpen az adott földrajzi területre újonnan belépő szolgáltatók részére a kötelezett jelentős piaci erejű szolgáltató saját fémes érpárjainak egy részét teljes használatra átengedi, ez versenyt hoz létre nemcsak a forgalmi, hanem a hozzáférési piacon is.

Ez utóbbi piacnak az elemzése során azonban megállapításra került, hogy annak hatása elhanyagolható, mivel a létrejött teljes hurokátengedések száma 2008 végére országosan nem érte el a hozzáférések számának fél százalékát (lásd a 12. táblázatot).

A Tanács ugyanakkor azt is megállapította, hogy a híváskezdeményezési szolgáltatás nagykereskedelmi piacán (8/2003. sz. piac) kiszabott kötelezettség a költségalapúság és a díjak ellenőrizhetősége, valamint az átláthatóság vonatkozásában közvetve hatással volt a hozzáférési piac áraira. A szolgáltatók ugyanis olyan díjcsomagokat vezettek be, amelyeknél az előfizetési díj részben vagy egészben „lebeszélhető".

III.4. A hatóság által kiszabható kötelezettségek

A fenti III.1. és III.2. pontokban leírt célok elérése érdekében és alapelveknek megfelelően a Tanács általános és egyedi kötelezettségeket ír elő, az alábbiak szerint.

[57] Eht. 2. §
[58] Eht. 52. § (1)

III.4.1. Általános kötelezettségek

Az Eht. 111.-115. §-ai olyan általános kötelezettségeket határoznak meg, amelyek alkalmazása a jelentős piaci erejű szolgáltatóra nézve kötelező. Az Eht. 111. § előírja, hogy az a szolgáltató, melyet a Tanács határozatával a helyhez kötött telefonhálózathoz történő előfizetői hozzáféréssel és használattal kapcsolatos, a Tanács által érintett piacként meghatározott bármely piacon jelentős piaci erejűnek nyilvánított, köteles előfizetője számára lehetővé tenni a közvetítőválasztást.

Az Eht. 56 §.-a lehetővé teszi továbbá a Tanács számára a fentiektől eltérő kötelezettségek előírását is, kivételes és indokolt esetben.

A nagykereskedelmi kötelezettségek közül a hozzáférési kiskereskedelmi piacokra leginkább *„A fémes hurkok és alhurkok nagykereskedelmi átengedése (beleértve a részleges átengedést is) szélessávú és beszédcélú szolgáltatások nyújtása céljából"* elnevezésű nagykereskedelmi (11/2003.) piacon kiszabott kötelezettségek voltak hatással. Az előző piacelemzés határozatának folyományaként a jelentős piaci erejűnek minősített szolgáltatók referencia-ajánlatokat adtak be, amelyeknek a jóváhagyását a Tanács 2008 nyarán végezte el. Referencia-ajánlatok ezt megelőzően is voltak hatályban, azonban azok még nem teremtették meg a hatékony üzleti feltételeket ahhoz, hogy az alternatív szolgáltatók nagyobb számban éljenek a hurokátengedés kötelezettségével és így csökkentsék a jelentős piaci erejű szolgáltatók területi erőfölényét. Ennek megfelelően, a vizsgált időszakban, beleértve az adatszolgáltatás óta eltelt időt is, a hurokátengedések száma nem volt jelentős a teljes vonalszámokhoz képest és emiatt kimondható, hogy a **nagykereskedelmi szabályozás nem bizonyult elegendőnek** ahhoz, hogy a kötelezett szolgáltatók piaci ereje észlelhető mértékben lecsökkenjen. E tekintetben ezen határozat által érintett időszakban sem várható ugrásszerű változás, egyrészről a belépések nagyvárosi koncentrált jellege és a beruházások miatt értelemszerűen csak fokozatosan lehetséges megvalósítása következtében, másrészt pedig azért, mert a hurokátengedéses ajánlatok az alternatív szolgáltatóknál jellemzően vezetékes telefon és szélessávú Internet szolgáltatás (esetleg csak Internet szolgáltatás) igénybevételét teszik lehetővé, a csak vezetékes telefon hozzáférés nyújtása nem jellemző, vélhetően gazdaságilag nem vonzó megoldás.

12. sz. táblázat: A hurokátengedések száma 2009 végéig

Szolgáltató	Év	Invitel	UPC	Magyar Telekom	Összesen
A teljesen átengedett helyi hurkok száma	2008.12.31				
	2009.12.31				
A helyi hurokátengedésére vonatkozó azon igények száma, amelyeket még nem teljesített a szolgáltató	2008.12.31				
	2009.12.31				
Azon szolgáltatók száma, amelyekkel helyi hurok átengedésével kapcsolatos megállapodást kötöttek	2008.12.31				
	2009.12.31				

Forrás: 2008. és 2009. évi OSAP adatok

A kitakart rész üzleti titkot tartalmaz

III.4.2. Egyedi kötelezettségek

Az Eht. 109. § (1) bekezdése szerint, amennyiben a hatóság a piacelemzés alapján megállapítja, hogy egy általa meghatározott kiskereskedelmi szolgáltatási piacon a verseny nem kellően hatékony és a 102–108. §, illetve a 111. § szerinti kötelezettségek előírásával e törvény céljai nem lennének megvalósíthatók, az adott kiskereskedelmi szolgáltatási piacon az előfizetői szolgáltatások díjával kapcsolatos kötelezettségeket írhat elő.

A kiskereskedelmi szolgáltatási piacokon az Eht. a következő kötelezettségek előírását teszi lehetővé[59]:

a) indokolatlanul magas díjak alkalmazásának megtiltása,
b) a piacra lépést vagy a versenyt akadályozó, indokolatlanul alacsony árak alkalmazásának megtiltása,
c) egyes fogyasztók indokolatlan megkülönböztetésének tiltása,
d) indokolatlan árukapcsolás tiltása,

továbbá előírhatja (Eht. 109. § (3) bek.)

e) a kiskereskedelmi díjakkal kapcsolatos kötelezettségek teljesítésének ellenőrzéséhez szükséges költségszámítási kimutatás vezetését,

végül a törvény kötelezően írja elő az adott piacon (Eht. 111. §)

f) a közvetítőválasztást.

Az Eht. alapján, amennyiben a Tanács a piacelemzés során egy vállalkozást jelentős piaci erejűként azonosít, akkor a rendelkezésre álló „kötelezettségek közül a piacelemzés során feltárt versenyt korlátozó akadályok által indokolt, azokkal arányos, legalább egy kötelezettséget ír elő…[60]". Ez a gyakorlatban a következő feladatok elvégzését teszi szükségessé:

- A versenyprobléma azonosítása
- A kötelezettségek értékelése
- Arányos és indokolt kötelezettségek meghatározása

III.4.3. Versenyprobléma azonosítása

a) Döntő erőfölény a helyhez kötött telefon hozzáférések piacán

A Tanács elvégezte a szolgáltatási piac meghatározását, melynek során nem talált olyan keresleti és kínálati helyettesítőket, amelyek nyomást gyakorolhattak volna a szolgáltatókra lakossági vagy nem lakossági hozzáférési díjaik meghatározása során. A piacmeghatározás révén azonosított piacokon történő piacelemzés során a Tanács nem talált olyan kiegyenlítő vásárlóerőt, ami nyomást gyakorolhatott volna a hozzáférések díjaira.

A Tanács megállapította, hogy a lakossági hozzáférések érintett piacain a jelentős piaci erejű szolgáltatók döntő, 2008 végén 81,9 - 96,1%-os piaci részesedéssel bírtak. A nem lakossági hozzáférési piacokon ez az arány ugyanekkor 88,5 - 96,0% volt. (Lásd a 9.sz. táblát) A döntő piaci részesedésből fakadó erőfölényüket csak tovább erősítik a nehezen megkettőzhető infrastruktúra birtoklása és a vertikális integráció által biztosított előnyök.

Mindezek hátterében az előző időszak (1993-2002) jogszabályi környezetének megfelelően megkötött koncessziós szerződéseiben meghatározott területi kizárólagosság áll. **Az érintett piacokon a jelentős piaci erejű szolgáltatók versenytársai még nem rendelkeznek számottevő részesedéssel. A jelentős piaci erejű szolgáltatók lényegében a fogyasztóktól függetlenül (csak a teljes fogyasztói kereslet által korlátozva) folytathatják gazdasági tevékenységüket. Ez a különösen döntő erőfölény önmagában elegendő indok a lehetséges kötelezettségek kirovására.**

b) Az árak szintje

A fent ismertetett döntő erőfölény miatt a volt koncessziós szolgáltatókon nincs olyan nyomás a hozzáférési díjaik meghatározása során, amely a díjak kompetitív szint fölött tartását gazdaságtalanná tenné, ahol a kompetitív díjszint a tökéletes verseny következtében kialakuló árat jelenti. Az eddigi időszakban valamilyen formában mindig érvényesült az érintett piacokon a kiskereskedelmi szolgáltatási árak jogszabályi-hatósági szabályozása. Ez a szabályozás a Díjrendelet értelmében 2004. április 1-től csak az érintett piacok egy szeletére, az egyetemes szolgáltatási körbe tartozó hozzáférésekre és hívásokra korlátozódik, melynek következtében az árszabályozás már csak közvetetten hat az árak szintjére. Továbbá az un. átalánydíjas díjcsomagok „hűségszerződései" megakadályozhatják az előfizetőket az egyetemes díjcsomagra való váltásban.

A Tanács felhívja a figyelmet arra, hogy az ársapka kötelezettség tekintetében a 2007. évre vonatkozóan átmeneti szabályozás érvényesült. Ennek megfelelően 2007 január elsejétől a határozat kézbesítését követő hónapig az árváltozás hatását a Tanács

[59] Eht. XIII. Fejezet 109. §
[60] Eht. 52. § (1)

nem vette figyelembe, azaz a 2006-os átlagos árszinttel számolt. Ez azt jelenti, hogy a 2007-es árszintre vonatkozó megállapítások gyakorlatilag a fennmaradó időre (utolsó negyedévre) tapasztalt árváltozást tükrözik.

A Tanács megvizsgálta az érintett piacokat és megállapította, hogy a jelentős piaci erejű szolgáltatók olyan gazdasági erőfölényes helyzetben vannak, amely lehetővé teszi a számukra, hogy díjaik szintjét a kompetitív szint felett határozzák meg, ezért szükség van szabályozói intézkedésekre, amelyek elősegítik az ismertetett piaci probléma kedvezőtlen hatásainak csökkentését és a döntő piaci erőfölénnyel való visszaélés megelőzését, ezzel elősegítve a hatékony verseny kialakulását és a fogyasztók érdekeinek jobb érvényesülését.

c) Az előfizetők megtartása a hozzáférés és a díjcsomagok igénybevételi feltételeinek indokolatlan meghatározásával

A III.4.3. a) pontban ismertetett, a lakossági hozzáférések érintett piacain fennálló döntő erőfölény miatt a volt koncessziós szolgáltatók képesek lehetnek arra, hogy a hozzáférésen keresztül az egyes, kizárólag határozott idejű szerződéssel igénybe vehető díjcsomagok határozott idő eltelte előtti megszüntetését (ideértve a rendes és rendkívüli felmondást) illetve az előfizetőnek ezen díjcsomagokról történő más díjcsomagra való váltását olyan indokolatlan feltételek támasztásával akadályozzák meg, amelyekkel elérhető, hogy a hozzáférést döntő többségben csak tőlük igénybe venni tudó előfizetők a hosszabb távú előfizetési jogviszonyból még lényegesen jobb ajánlat esetén sem tudnak szabadulni, megakadályozva ezzel egyrészt az új szolgáltatók hozzáférési piacra történő belépését, másrészt a közvetítőválasztás igénybevételét is. (A szabályozásnál el kell különíteni azon eseteket, melyek a normál üzleti életben általánosak lehetnek, mint pl. fogyasztói szegmensek képzése, nagyfogyasztóknak árengedmények adása, amikor is a fogyasztók egyes csoportjai közötti megkülönböztetés indokolható és arányban áll a nyújtott kedvezménnyel. Ezen üzleti magatartás ugyanis nem tiltható meg.*)*

A fentiekben a Tanács megállapította, hogy az előfizetők döntő többségének a kötelezett szolgáltatók teszik lehetővé nyilvános helyhez kötött telefonhálózathoz való hozzáférést. A hozzáférési piacra új szolgáltatók egyrészt hurokátengedés útján tudnak belépni, másrészt a saját hálózattal rendelkező kábeltelevíziós szolgáltatók (a továbbiakban: **KTV szolgáltatók**) ezen saját hálózat igénybevételével tudnak hozzáférést is biztosítani az előfizetőnek. A kötelezett szolgáltatók viszont – éppen azért, mert piaci erőfölényük alapján jelenleg a kiskereskedelmi hozzáférési piacokon döntő többségben csak ők nyújtanak hozzáférést – képesek lehetnek arra, hogy az előfizetőknek olyan módon kínálják a telefonhálózathoz hozzáférést, és ezen keresztül a díjcsomagokat, hogy az kötelezően együtt jár az előfizető határozott idejű előfizetői szerződésben vállalt, a szolgáltató melletti hosszú távú elkötelezettséggel is, és ezen hosszú távú elkötelezettség előfizető általi megszakításához (akár a szerződés felmondása, akár díjcsomag-váltás miatt) indokolatlan és aránytalan feltételek járuljanak. A kötelezett szolgáltatók szabályozás hiányában a hozzáférési piacokon fennálló erőfölényük miatt a fentebb említett feltételeket akár úgy is meghatározhatják, hogy a határozott idejű előfizetői szerződésben vállalt, a szolgáltató melletti hosszú távú elkötelezettség idő előtti megszüntetésével járó indokolatlan feltételek alkalmazása az előfizetőre nézve olyan mértékű terhet jelent, amellyel szemben a versenytársak gyakorlatilag nem képesek olyan versenyképes ajánlatot kínálni az előfizetőnek, amely esetében az előfizető reálisan a szolgáltató-váltás mellett dönthet.

A fenti piaci magatartás továbbá képes lehet a forgalmi piacokon a közvetítőválasztás által generált versenyt csökkenteni vagy ellehetetleníteni akkor, ha a hosszú távú elkötelezettség megszüntetéséhez járuló fent említett indokolatlan és aránytalan feltétel olyan (gyakran bizonyos ingyenes lebeszélhetőséget tartalmazó) magas havi előfizetési díjú díjcsomagokhoz járul, ahol az előfizető eleve nem érdekelt a közvetítőválasztás szolgáltatás igénybevételére. Ebben az esetben ugyanis a közvetítőszolgáltatás igénybevétele elsősorban úgy lenne racionális választás az előfizető részéről, ha előtte áttérne egy alacsonyabb előfizetési díjú díjcsomagra, de a hosszú távú elkötelezettség megszüntetéséhez járuló fent említett indokolatlan és aránytalan feltétel miatt az előfizető ezzel nyilvánvalóan nem fog élni.

A Tanács e kötelezettséget továbbra is fenntartja azzal, hogy a jövőben a Hatóság a hűségszerződést az előfizetői szerződés részének tekinti.

A Tanács megvizsgálta az érintett piacokat és megállapította, hogy a jelentős piaci erejű szolgáltatók továbbra is olyan gazdasági erőfölényes helyzetben vannak, amely lehetővé teszi a számukra, hogy a hozzáférésen keresztül az egyes, kizárólag határozott idejű szerződéssel igénybe vehető díjcsomagok határozott idő eltelte előtti megszüntetését illetve az előfizetőnek ezen díjcsomagokról történő más díjcsomagra való váltását olyan indokolatlan és aránytalan feltételek

támasztásával akadályozzák meg, hogy ezzel egyben közvetett módon megnehezítsék vagy ellehetetlenítsék egyrészt új szolgáltatók hozzáférési piacra történő belépését, másrészt a közvetítőválasztás igénybevételét is.

III.5. A 2008-ban elvégzett hatásvizsgálat eredményei az adott piacon

A helyhez kötött nyilvános telefon piaccsoportra vonatkozó első, utólagos hatásvizsgálat

- az 1/2003-as, „Nyilvános telefonhálózathoz helyhez kötött hozzáférés lakossági felhasználók számára" és
- a 2/2003-as, „Nyilvános telefonhálózathoz helyhez kötött hozzáférés nem lakossági felhasználók számára"

elnevezésű piacok I. körös piacelemzési határozataiban hozott szabályozói döntések hatásainak vizsgálatára terjedt ki. A határozatok hatályba lépésének dátumából adódóan a hatásvizsgálat 2005-2007-es piacelemzési adatokra koncentrálva készült el, amelyek közül a 2007-es adatok féléves bontásban álltak rendelkezésre.

A vizsgált időszakban hatályos piacelemzési határozatok a következő kötelezettségeket írták elő a jelentős piaci erejű szolgáltatókra[61]:

- hozzáférési árindex korlátozása és
- közvetítő-választás az Eht. 111. § (1) bek. értelmében.

Ezek közül az első követelmény hatásvizsgálatának eredménye csak korlátozottan volt figyelembe vehető a piac definíciójának megváltozása miatt[62].

A hozzáférési piac ráépül az infrastruktúra átengedés nagykereskedelmi piacára, mert az előfizetőhöz menő hozzáférési hálózat egyedi, előfizetői ágainak az átengedése az a mód, ahogyan az alternatív szolgáltatók hozzájuthatnak a kiépített előfizetői hozzáféréshez.

III.5.1. A hatásvizsgálat általános céljai

A szabályozás célja az Eht. 2. § szerint az, hogy biztosítsa „az elektronikus hírközlési piac zavartalan, eredményes működését és fejlődését, az elektronikus hírközlési tevékenységet végzők és a felhasználók érdekeinek védelmét, továbbá a tisztességes, hatékony verseny kialakulásának és fenntartásának elősegítését". Ennek teljes mértékben megfelel az NHH stratégiájának hármas szabályozói célrendszere: a fogyasztói jólét, a verseny és az iparág stabilitásának növelése illetve biztosítása.

A helyhez kötött telefon piacok szabályozási hatásainak a vizsgálata során a következők vizsgálata jöhet szóba:

a) a fogyasztókra gyakorolt hatások,
b) a verseny és az ezzel járó választék-változás alakulása,
c) a piaci szereplők jövedelmi pozíciója,
d) s társadalmi jólét változása,
e) a szabályozás közvetlen vagy közvetett költségei,
f) piaci dinamika (növekedés, választék, minőség és innováció alakulása),
g) beruházásokra gyakorolt hatás,
h) kockázat (nem kívánt hatások),
i) teljes költség/haszon elemzés.

A célok közül a jelen hatáselemzés során a következőket kezeljük kiemelten:

- a társadalmi jólét növekedése,
- a verseny és az ezzel járó választékbővülés erősödése,
- a vállalkozások gazdasági stabilitása.

[61] A vizsgált időszakban még 5 JPE szolgáltató volt, amelyek közül az Emitel a Magyar Telekom Nyrt.-be, a Hungarotel pedig az Invitel Zrt.-be olvadt be. A Monor Telefon Társaság a UPC Magyarországgal egyesült és azóta az utóbbi nevet viseli.

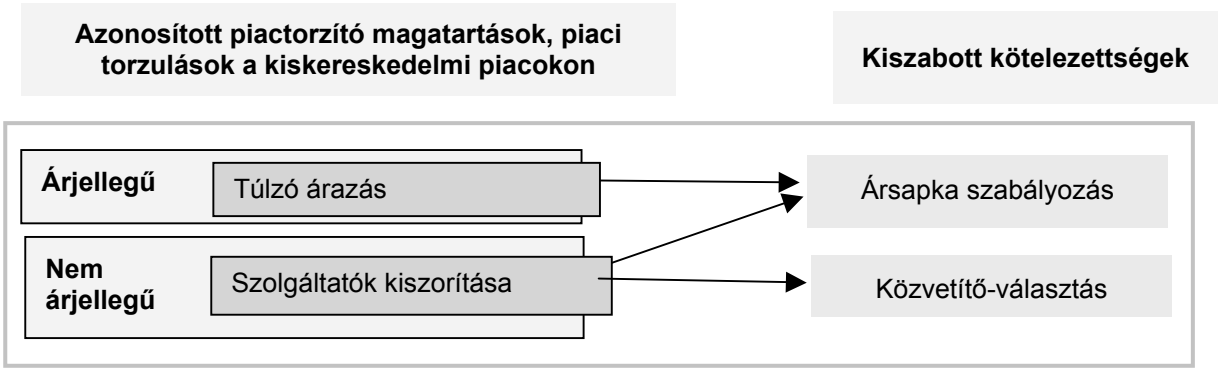
[62] Az első körben hozzáférési díjnak a hatóság még az előfizetési díjnak csak azt a részét tekintette, amelyben forgalmi díj vagy díjátalány nem foglaltatik benne. Ezt követően hozzáférési díjnak a hatóság a teljes előfizetési díjat (vagy a prepaid kártya teljes árát) tekinti.

III.5.2. Piac-specifikus szabályozási célok

Az azonosított piaci probléma és a probléma következményeiként feltételezett piactorzító hatások csökkentése vagy megszűntetése érdekében, az általános célok alapján, a helyhez kötött nyilvános telefon piaci szabályozásnak azt kell elérnie, hogy

a) a kötelezett szolgáltató ne legyen képes élni a piaci erejéből adódó lehetőséggel, hogy kiskereskedelmi díjait a versenytársaktól, a vevőktől és végső soron a fogyasztóktól nagymértékben függetlenül, túlzó módon határozza meg, vagy árpréses helyzetet alakítson ki;
b) a helyhez kötött nyilvános kiskereskedelmi telefonszolgáltatásokhoz a fogyasztók megfelelő kínálatban és minőségben hozzájuthassanak.

Az alábbi vázlat mutatja a kiszabott kötelezettségek és a piaci torzulások összefüggéseit.



8. sz. ábra

III.5.3. A hatásvizsgálat által érintettként azonosított csoportok bemutatása

Fogyasztók

A kiskereskedelmi piacokon a fogyasztók egyrészt abból a szempontból csoportosíthatók, hogy lakossági ügyfelekről, vagy nem lakossági (üzleti, intézményi) ügyfelekről van szó.

A másik szempont lehet a fogyasztás relatív mennyisége, azaz a kis- vagy a nagyfogyasztók vannak a vizsgálat középpontjában.

Szolgáltatók

Itt ezzel a névvel az elektronikus hírközlési szolgáltatókat jelöljük, mégpedig a szolgáltatás nyújtóját, valamint a versenytárs szolgáltatót az adott piacon, amely a kötelezett szolgáltatóval azonos szolgáltatást, vagy annak helyettesítő szolgáltatását nyújtja.

Földrajzi elkülönülés

A hatásvizsgálatokat a kötelezettségek érvényességi területén, azaz azon a földrajzi területen végzi a Tanács, ahol a szolgáltatót JPE-ként azonosította az adott évekre vonatkozólag.

III.5.4. Az árszabályozás hatásának vizsgálata a helyhez kötött hozzáférési piacokon

A **potenciális versenyprobléma** a **túlzó árazás**, az NHH célja pedig a fogyasztó védelme az inkumbensek erőfölényével szemben, a monopol ár és az ezzel járó fogyasztói és társadalmi többlet csökkenésének megakadályozása.

Az előfizetések szabályozásával kapcsolatban a következő hatásvizsgálati kérdések merülhetnek fel:

- *Effektív-e az árszabályozás*? Azaz valóban ez korlátozza-e a szolgáltatók árképzését, vagy a helyettesítési (mobil, VoIP) hatások, illetve a megindult verseny (LLU-n alapuló, illetve kábel tv szolgáltatók) miatt a szolgáltatók egyébként sem lennének képesek az áremelés megvalósítására.

A kérdés megválaszolása a szolgáltatók tényleges előfizetési díjemelésének a maximálisan engedélyezett díjemeléshez viszonyított mértékének a vizsgálatával lehetséges.

A vizsgálat eredménye mindenképpen fontos visszacsatolást jelent az 1. piac jövőbeli szabályozására. Amennyiben a szolgáltatók hosszabb időszakon keresztül jelentős mértékben nem használják ki a rendelkezésükre álló díjemelési lehetőséget, ez komoly érv lehetne akár az árszabályozás megszüntetése mellett is, de a Tanács álláspontja szerint csak abban az esetben, ha a piacon nem érvényesülne gazdasági erőfölény. A megengedett díjemelési mérték túllépése esetén viszont az árszabályozás fenntartása indokolt a jövőben, hiszen a díjemelési lehetőség (közel) teljes mértékű kihasználását látva okkal következtethet a szabályozó arra, hogy a nagyobb mértékű áremelést az árszabályozás akadályozta meg.

Amennyiben az alapvető versenyprobléma, a magas piaci részesedésen alapuló döntő erőfölény fennáll, a JPE szolgáltatók elvileg élhetnek a túlzott díjemelés eszközével. Ezt a lehetőséget szándékozza ex ante megakadályozni az indokolatlanul magas díjak alkalmazásának tilalma.

- *Az inkumbensek jövedelmezőségének vizsgálata,* annak megítélését segíti, hogy nem túl szigorú, vagy nem túl laza-e a szabályozás. A szükséges adatok az inkumbensek számviteli szétválasztásából nyerhetők ki, tekintettel arra, hogy a lakossági és az üzleti hozzáférésre vonatkozóan a kimutatások külön-külön is rendelkezésre állnak.

  Amennyiben a tevékenység jövedelmezőségi mutatója (tőkearányos nyereség, ROCE) magasabb a Hatóság által meghatározott tőkeköltség szorzó (WACC) értékénél, az inkumbens a piacon extraprofitot ér el. Ekkor felmerülhet, hogy a szabályozás túl laza, ami az árszabályozás szigorítását indokolhatja a következő piacelemzés során.

  Ha azonban a ROCE a WACC értéke alatt van, akkor elvileg a túl szigorú szabályozás veszélye merülhet fel. Ez esetben azonban figyelembe kell venni, hogy a hozzáféréshez számos olyan termék kapcsolódik, amely értékesítéséből az inkumbens a hozzáférésen jelentkező veszteségét (kereszt) finanszírozhatja. E szolgáltatások egy részénél, például a forgalmi szolgáltatásoknál erős verseny van, ami a költségalapú szintre szoríthatja le az árakat, más termékek esetében azonban (ilyenek a különböző értéknövelt, és kényelmi szolgáltatások) a verseny hiánya miatt a szolgáltató képes a költségek felett árazni. Mindezek miatt célszerű a hozzáférés jövedelmezőséget az egyéb kényelmi, illetve a forgalmi szolgáltatások eredményével együtt is megvizsgálni. Erre vonatkozóan vannak adatok a kötelezett szolgáltatók nagykereskedelmi piaci kötelezettségként kiszabott számviteli szétválasztásának a hatósághoz benyújtott anyagában.

III.5.5. A szabályozás eredményei

III.5.5.1 Hatósági ellenőrzések tapasztalatai

III.5.5.1.1 A 2005. évi árindex ellenőrzés eredménye

A 2005. évre vonatkozó ellenőrzés során megállapításra került, hogy a szolgáltatók csak részben teljesítették a tanácsi határozatokban foglalt kötelezettségeiket. A lakossági előfizetői hozzáférési szolgáltatás árának (aggregált árindex) a 2005-ös fogyasztói árindex mértékén felüli növelésével minden vizsgált Szolgáltató megszegte ezen kötelezettségét, míg az üzleti felhasználók piacán nem történt meg ezen kötelezettség megszegése.

2005. évben az egyetemes szolgáltatások árindexének a fogyasztói árindexhez viszonyított túllépése és az előfizetők részére visszajuttatandó jogosulatlan szolgáltatói többletbevétel a következő volt:

13. számú táblázat: 2005. évi árindex vizsgálat eredménye

Szolgáltató	CPI túllépés	Jogosulatlan bevétel
1. Hungarotel Zrt		
2. Emitel Zrt		
3. Invitel Zrt		
4.Magyar Telekom Nyrt		
5. Monor Telefon Társaság Kft		

A kitakart rész üzleti titkot tartalmaz

Az ellenőrzést követően a Tanács Felhívást bocsátott ki arra nézve, hogy a Szolgáltatók tegyenek javaslatot a feltárt jogsértés mielőbbi megszüntetésére, és megadta az ennek során kívánatosnak tartott alapelveket is. A szolgáltatók erre reagálva vállalták, hogy az indokolatlanul megszerzett jogosulatlan bevételtöbbletet a legrövidebb időn belül, de legkésőbb 2009. év végéig – a szolgáltatás árának a fogyasztói árindexnél kisebb mértékben történő emelése formájában – visszajuttatják a lakossági előfizetői szolgáltatást igénybe vevők részére

III.5.5.1.2 A 2007. évi árindex ellenőrzés eredménye

A 2007. évre vonatkozó ársapka kötelezettség ellenőrzésére vonatkozó vizsgálat eredményei azt mutatják, hogy egyik érintett szolgáltató sem szegte meg a túlzott árazás tilalmát. 2007-ben az áremelések mértéke nem haladta meg a megengedett 8 %-os értéket.

14. sz. táblázat: Az összesített árindex növekedésének mértéke 2007-ben az előző évhez viszonyítva (%)

Szolgáltató	Lakossági részpiac	Nem lakossági részpiac
Magyar Telekom		
Invitel		
Hungarotel		
Monor Telefon Társaság		

Forrás: Szolgáltatók adatközlése

A kitakart rész üzleti titkot tartalmaz

Míg a korábbi árvizsgálatok eredményei azt mutatták, hogy mindegyik szolgáltató megsértette az ársapka kötelezettséget, a jelenlegi ellenőrzés azzal a megállapítással zárult, hogy az inkumbens szolgáltatók hozzáférési díjaikat csak mérsékelten, a megengedett mértéken belül emelték, illetve minimális árcsökkenés is előfordult. Fontos megjegyezni azonban, hogy a 2007. évre előírt átmeneti szabályozásnak megfelelően az árindex változás kiszámítása során 2007. január elsejétől a határozat kézbesítését követő hónapig a 2006-os átlagos árszinttel számolt a Tanács. Tehát a 2007-re vonatkozó megállapítások a fennmaradó időszak (2007. október 1. és december 31-e közötti három hónap) azaz nem teljes év árváltozását tükrözik. (Lásd a DH-16173-40/2007 számú határozat, „B" fejezet 6. pontja).

Az eddigi árindex-ellenőrzések eredményei és ennek megfelelően a hatásvizsgálatok megállapításai alapján a Tanács úgy döntött, hogy a Magyar Telekom és az Invitel esetében az indokolatlanul magas díjak tiltásának tilalmát továbbra is fenn kell tartani, a UPC esetében a Monor Telefon Társaság jogutódjaként pedig elő kell írni.

III.5.5.1.3 Az előfizetők (fogyasztók) indokolatlan megkülönböztetése kötelezettség teljesítésének ellenőrzése

A kötelezettség kiszabása a következő versenyprobléma kezelésére történt: „az előfizetők megtartása a hozzáférés és a díjcsomagok igénybevételi feltételeinek indokolatlan meghatározásával". A JPE-k a kötelezettség be nem tartásával a piacon megtarthatják vagy tovább erősíthetik jelentős piaci erejüket, megakadályozhatják az előfizetők díjcsomag és szolgáltató váltását, illetve más szolgáltatók piacra lépését, azaz magatartásuk a versenyprobléma fokozódása irányába, a hatékony verseny ellen hat.

A 2008. szeptember 30-i állapotra vonatkozó hatósági ellenőrzési eljárás tapasztalatai a következők voltak:

- Pozitív változások figyelhetők meg a piacon: a hűségidőszakok lerövidültek, azok automatikus meghosszabbodását megszüntették, megjelent a HÉT-ajánlás[63].
- A határozott idejű szerződések aránya egyetlen szolgáltatónál sem érte el az előfizetések számának 1/3-át.
- A szolgáltatók egy része határozott idejű szerződéseit átalakította határozatlan idejűvé, ez utóbbiakhoz ugyanakkor jogkövetkezményekkel járó hűségnyilatkozatot kapcsolt, amivel az Eht. 134. §-át sérti meg.

[63] Hírközlési Érdekegyeztető Tanács ajánlása a hírközlési szolgáltatók részére az előfizetőkkel kötött „hűségszerződés" egyes feltételeinek meghatározására.

- A határozott idejű szerződések letelte előtti kilépés szankciójaként a szolgáltatók alapvetően kétféle elven kalkulált kötbért állapítanak meg:
  - a szerződésből hátralévő időszakkal arányos előfizetői díj, illetve egy fix összeg megfizettetése,
  - a szerződésből már eltelt időszakkal arányosan az igénybevett kedvezmények visszafizettetése.
- Az első módszer a kötelezettség szerint nem megengedett, hiszen sem a költségekkel, sem a kedvezményekkel nem indokolható és nem arányos. Egyes szolgáltatók költségeikkel nem tudták elfogadhatóan indokolni a kötbér mértékét Mások konzultációt kezdeményeztek a Hivatallal, melynek eredményeképpen kidolgozták a költség-alapú kötbér kiszámításának módszerét.
- Az elektronikus hírközlésre vonatkozó szabály jogsértése súlyosan hat a piaci versenyre vonatkozóan, mert nagyszámú tényleges és potenciális előfizetőt érint sértettként, komoly kárt okoz nekik, továbbá a jogsértéssel elért vagyoni előny mértéke jelentős.

A fenti tapasztalatokat összefoglalva a kötelezettséghez a szolgáltatók különbözőképpen viszonyultak: volt olyan szolgáltató, amely betartotta a kötelezettséget, más cég egyes díjcsomagjai igénybevételi feltételeivel, kötbérszámítási módszerével megszegte a kötelezettséget, továbbá a szolgáltatók egy része átalakította határozott idejű szerződéseit határozatlan idejűvé.

A kötelezettség ellenőrzésének jogkövetkezményei az alábbiak voltak:
- hatósági jogalkalmazói eljárás, bírság kiszabása a kötelezettség megszegéséért,
- piacfelügyeleti eljárás az Eht. megsértéséért, felhívás az ÁSZF módosítására.

Miután a kiinduló piaci probléma fennáll, a kötelezettség fenntartása továbbra is indokolt.

III.5.5.2 Piaci részesedések alakulása a hozzáférési piacon

Az együttes hozzáférési bevételt a lakossági és nem lakossági piacon az alábbi táblázat mutatja.

15. sz. táblázat: Lakossági hozzáférési részesedések 2001-2008 között

Földrajzi piacok	Nagy piaci részesedéssel bíró szolgáltató neve	A lakossági hozzáférés piaci részesedésének mértéke, %							
		2001-ben	2002-ben	2003-ban	2004-ben	2005-ben	2006-ban	2007-ben	2008-ban
1. sz.	Magyar Telekom	100,00	99,99	99,96	99,60	98,02	95,80	93,59	86,78
2. sz.	Invitel	100,00	99,97	99,97	99,95	98,97	93,48	89.98	81,91
3. sz.	Hungarotel	100,00	100,00	100,00	100,00	92,89	86,05	72,49	-
4. sz.	Emitel	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	99,13	-	-
5. sz.	Monor Telefon/UPC	100,00	100,00	100,00	100,00	99,99	98,66	98,57	96,06

Forrás: szolgáltatók adatszolgáltatása

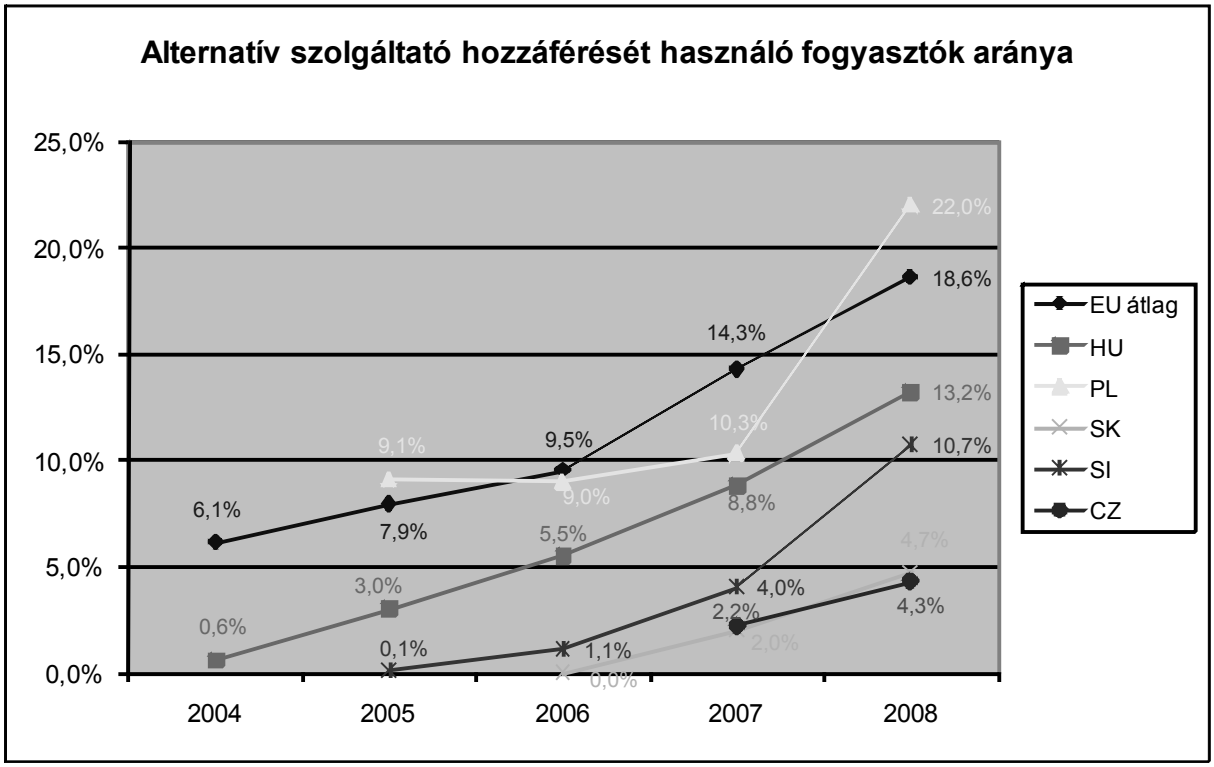
16. . sz. táblázat: Nem lakossági hozzáférési részesedések 2001-2008 között

Földrajzi piacok	Nagy piaci részesedéssel bíró szolgáltató neve	A nem lakossági hozzáférés piaci részesedésének mértéke, %							
		2001-ben	2002-ben	2003-ban	2004-ben	2005-ben	2006-ban	2007-ben	2008-ban
1. sz.	Magyar Telekom	99,99	99,70	99,15	98,54	93,70	92,46	90,06	88,57
2. sz.	Invitel	99,92	99,99	99,51	98,79	96,49	95,16	93,99	93,44
3. sz.	Hungarotel	100,00	100,00	99,51	99,63	97,75	93,38	92,71	-
4. sz.	Emitel	100,00	100,00	100,00	100,00	99,90	99,89	-	-
5. sz.	Monor Telefon/UPC	100,00	100,00	99,60	99,46	98,14	93,46	92,62	96,00

Forrás: szolgáltatók adatszolgáltatása

A táblázatokból egyértelműen látható, hogy mind a lakossági, mind az üzleti hozzáférési piacon a verseny alacsony intenzitású, hiszen az inkumbens szolgáltatók részesedést tekintve döntő fölényben vannak. (Az Emitelre vonatkozóan 2007-től, a Hungarotelre 2008-tól nem rendelkezünk adatokkal.) A kábelszolgáltatók belépése nagyobbrészt a lakossági piacon érzékelhető, de az üzleti piacon is csökkenő tendenciát mutatnak az inkumbens szolgáltatók piaci részesedései.

A nemzetközi összehasonlítás azt mutatja, hogy a hozzáférési piaci verseny az országban elmarad az európai átlagtól, bár meghaladja a közép-európai új EU tagokét.(Lásd 9. ábra)



9. ábra

Alternatív szolgáltatók piaci részesedésesnek alakulása a hozzáférési piacokon

A Tanács megállapította, hogy a hatásvizsgálatok is a kötelezettségek fenntartását (és előírását) indokolják.

III.6. Az egyedi kötelezettségek célja

Minden, a Tanács által kirótt kötelezettségnek az Eht.-ban és a Keretirányelvben lefektetett általános célokat kell szolgálnia. Ezen felül a kötelezettségeknek a piacelemzés alapján feltárt versenyt korlátozó akadályok által indokoltaknak, azokkal arányosaknak kell lenniük[64]. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy a kötelezettségek:

- Indokoltak, tehát megfelelnek a probléma természetének.
- Arányosak, tehát megfelelnek a probléma súlyának.

A Tanács által kirótt kötelezettségeknek végső célként azt kell szolgálniuk, hogy a szolgáltató ne élhessen vissza azzal az erőfölényes helyzetével, amely lehetővé teszi számára, hogy díjait a kompetitív szint felett határozza meg. A belföldi díjak szabályozása összhangban van az Eht. céljaival, alapelveivel és azzal a követelménnyel, mely szerint a versenyproblémákat elsősorban nagykereskedelmi, másodsorban kiskereskedelmi szabályozással kell megoldani.

[64] Eht. 52. §. (1), Hozzáférési irányelv 8. cikk (4)

A Tanács megállapította, hogy a kötelezettségek arányossága érdekében a tervezett intézkedéseknek csak a szükséges mértékűnek és a legkevésbé megterhelőnek (tehát a cél teljesüléséhez minimálisan szükségesnek) kell lenniük.

III.7. Kiskereskedelmi kötelezettségek

III.7.1. Indokolatlanul magas díjak alkalmazásának megtiltása (Eht. 109. § (1) bekezdés a) pont)

Abban az esetben, ha a hatóság megalapozottan gyanítja, hogy a kiskereskedelmi piacon indokolatlanul magas díjakat alkalmaznak, megtilthatja azt, ami együtt jár e kötelezés betartásának kikényszerítése, illetve be nem tartásának szankcionálása során önálló eljárás lefolytatásával. Az erőfölényes helyzet lehetőséget teremt arra, hogy egyes szolgáltatók az előfizetési díjakat a kompetitív szint felett állapítsák meg. A Tanács megállapította, hogy a kapcsolódó nagykereskedelmi piacokon kirótt kötelezettségek önmagukban nem képesek kezelni a jelen határozatban azonosított versenyproblémát (árak szintje). A Tanács úgy ítéli meg, hogy a fejezetben vizsgált kötelezettség kirovása, valamint ezen kötelezettség rendszeres ellenőrzése együttesen éri el azt a szabályozói célt, hogy ex ante módon megakadályozza a JPE szolgáltatók erőfölényes helyzetükkel visszaélő magatartását, azaz visszatartsa a JPE szolgáltatókat az indokolatlanul magas árak alkalmazásától.

A vizsgált kiskereskedelmi piac lakossági szegmensén a kábeltelefon-szolgáltatók, a nem lakossági szegmensén pedig az alternatív szolgáltatók által gyakorolt verseny-nyomás még nem elegendő azon tényezők megváltoztatására, hogy még a hurokátengedések folyamatosan növekvő volumene mellett is az azonosított szolgáltatók bizonyos időtávra továbbra is jelentős piaci erővel fognak rendelkezni az érintett piacokon, azaz a piacra lépő versenytársak által támasztott verseny ellenére sem lesznek azonnal arra kényszerítve, hogy az előfizetői díjakat ne a kompetitív szint felett állapítsák meg.

A versenyhelyzet torzulásának a lehetősége tehát fennáll, mely mindenképpen szükségessé teszi arányos és indokolt kiskereskedelmi kötelezettség kirovását. A határozat III.4. fejezete tartalmazza a hatóság által kiszabható kötelezettségeket. Ezek közül a Tanács az indokolatlanul magas díjak alkalmazásának megtiltását tartja arányos és indokolt kötelezettségnek. A Tanács arányosnak tartja e kötelezettséget, hiszen egyrészt az abból fakadó adminisztrációs terhek egy korábbi jogszabályi kötelezettségből[65] keletkeztek, másrészt a kötelezettség csupán akkor áll fenn, ha maga a versenysértő magatartás (az indokolatlanul magas áremelés) megvalósul. A Tanács indokoltnak tartja e kötelezettséget, hiszen a versenykorlátokon túlmenő lehetőségek kiküszöbölése történik meg azzal, hogy az érintett szolgáltatók számára tiltott az indokolatlanul magas hozzáférési (bekapcsolási és előfizetési) díjak alkalmazása kiskereskedelmi díjcsomagjaikban. Amellett, hogy várhatóan az említett kapcsolódó nagykereskedelmi piacokon kiszabott kötelezettségek is közvetve a fogyasztói árak indokolatlan emelésének korlátozását eredményezik (főként a helyi hurkok átengedése nyomán), jelen kötelezettség közvetlenül is segít orvosolni az azonosított versenyproblémát (árak szintje).
A Tanács megállapítása szerint indokolatlanul magas árnak kell tekinteni azt, ha az árak növekedése a korábbi időszak áraihoz viszonyítva a fogyasztói infláció mértékét meghaladja, tekintettel arra, hogy:

- a távközlési technológia már kialakult, régóta ismert; ezen technológiában olyan lényeges változás nem várható, mely hirtelen megnövelné az indokolható, ezáltal az árban megjeleníthető költségek szintjét;
- a normál körülmények között várható költségemelkedés a bérköltség ágán jelentkezhet, amit jól kezel a fogyasztói árindex;
- azoknál a szolgáltatóknál, ahol esetleg még van díj-kiegyenlítetlenség, úgy ennek megszüntetési forrása a hatékonyságnövelés, aminek a díjakban való érvényesítését az elfogadható legmagasabb díjemelkedés ilyen meghatározásával a hatóság nem várja el a szolgáltatóktól.

Az árindex szabályozás javasolt gyakorlatával kapcsolatosan a Tanács megállapította, hogy a mindenkori költségvetésről szóló törvény tervezetéhez kapcsolódó általános indokolás tartalmazza az előremutató fogyasztói árszintemelkedés várt mértékét, továbbá a KSH havi gyakorisággal előrejelzi a fogyasztói árindex értékét, amely a tárgyév előrehaladtával egyre nagyobb biztonsággal valószínűsíti a fogyasztói árindex tényleges értékét. Ezért a szolgáltatók képesek teljesíteni a rájuk kirótt kötelezettséget, a szolgáltatókkal szemben nem aránytalan és nem indokolatlan az az elvárás, hogy folyamatosan figyeljék a

[65] 3/2002. (I. 21.) MeHVM rendelet a távbeszélő-szolgáltatási piacon jelentős piaci erővel rendelkező távközlési szolgáltató által nyújtott távbeszélő-szolgáltatás díjairól, valamint az egyetemes távközlési szolgáltatással kapcsolatos díjcsomagokról

fogyasztói árindex és a gazdaság helyzetének alakulását, és folyamatosan elemezzék és ellenőrizzék a ténylegesen végrehajtott és a tervezett árintézkedések várható teljes évi hatását, mint ahogy (üzleti terveikben) ellenőrzik és elemzik ezek hatását a fogyasztók viselkedésére.
Tekintettel arra, hogy a piacelemzést kétévente kell elvégezni, a kötelezés a következő Eht. 52-57. §-a szerinti eljárásban hozott határozatban meghatározott időpontig érvényes azzal kiegészítve, hogy a hatóság a kötelezettség teljesítését évente ellenőrzi, és a kötelezettséget is éves viszonylatban kell teljesíteni.

A UPC Magyarország Telekommunikációs Kft. esetében ezen kötelezettség újonnan előírt kötelezettség, mivel a UPC (a Monor Telefon Társaság jogutódja) korábban nem volt jelentős piaci erővel rendelkező szolgáltató jelen határozatban meghatározott piacon. A Monor Telefon Társaság azonban jelentős piaci erejűként azonosított volt a korábbi DH-16173–40/2007. számú határozatban és terhelte a jelen pontban meghatározott kötelezettség, így mint a Monor Telefon Társaság jogutódját a UPC-t is terheli a határozat közlését követő naptól az ezen kötelezettségnek történő megfelelés.

A Tanács a rendelkező rész a) pontjában kirótt kötelezettség betartását hatósági felügyeleti ellenőrzési eljárás keretében fogja vizsgálni, és annak nem vagy nem megfelelő teljesítése esetén az Eht. és a Ket. szerinti szankciókat alkalmazhatja. Az ellenőrzés módszerét, illetve az abban foglalt egyes részletszabályok indokolását jelen határozat indokoló részének Függeléke tartalmazza.

III.7.2. A fogyasztók indokolatlan megkülönböztetésének tilalma (Eht. 109. § (1) bekezdés c) pont)

A Tanács a III.4..3. c) pontban versenyproblémaként azonosította, hogy a kötelezett szolgáltatók a kiskereskedelmi hozzáférési piacokon gazdasági erőfölényes helyzetben vannak, és ezáltal képesek lehetnek arra, hogy a hozzáférésen keresztül az egyes, kizárólag határozott idejű szerződéssel igénybe vehető díjcsomagok határozott idő eltelte előtti megszüntetését (ideértve a rendes és rendkívüli felmondást) illetve az előfizetőnek ezen díjcsomagokról történő más díjcsomagra való váltását olyan indokolatlan feltételek támasztásával akadályozzák meg, amelyekkel elérhető, hogy a hozzáférést döntő többségben csak tőlük igénybe venni tudó előfizetők a hosszabb távú előfizetési jogviszonyból még lényegesen jobb ajánlat esetén sem tudnak szabadulni, megakadályozva ezzel egyrészt az új szolgáltatók hozzáférési piacra történő belépését, másrészt a közvetítőválasztás igénybevételét is.

A Tanács az azonosított versenyproblémával indokolt és arányos kötelezettségként határozta meg az Eht. 109. § (1) bekezdés c) pontja szerinti egyes felhasználók, előfizetők indokolatlan megkülönböztetésének tilalmát a rendelkező rész b) pontja szerinti tartalommal.

Az Eht. 109. § (1) bekezdés szerint:
„Amennyiben a hatóság a piacelemzés alapján megállapítja, hogy egy általa meghatározott kiskereskedelmi szolgáltatási piacon a verseny nem kellően hatékony, és a 102-108. §, illetve a 111. § szerinti kötelezettségek előírásával e törvény céljai nem lennének megvalósíthatók, az adott kiskereskedelmi szolgáltatási piacon jelentős piaci erővel rendelkező szolgáltatóra a fogyasztók érdekeinek védelme és a hatékony verseny elősegítése érdekében határozatában megtilthatja ...,
c) az egyes felhasználók, előfizetők indokolatlan megkülönböztetését...”

A felhasználók, előfizetők indokolatlan megkülönböztetése több szinten is megvalósulhat:

a) A felhasználók, előfizetők indokolatlan megkülönbözetését jelentheti egyes felhasználók, előfizetők választási lehetőségének, választási szabadságának korlátozza. Tipikusan ilyen korlátozásnak minősülhet például, ha egy szolgáltató valamely díjcsomag igénybevételét csak az előfizetők meghatározott csoportja számára tenné lehetővé. Tekintettel arra, hogy a Tanács ilyen jellegű versenyproblémát nem azonosított, a fenti magatartás megtiltására irányuló kötelezettséget nem írt elő.

b) A felhasználók, előfizetők indokolatlan megkülönböztetésének további szintjét jelentheti azonban az, ha a szolgáltató a különböző díjcsomagokat igénybevevő felhasználók, előfizetők között úgy tesz indokolatlan különbségeket, hogy ezen indokolatlan különbségek a díjcsomagok igénybevételi feltételeiben érhetőek tetten.
Ez utóbbi esetben az előfizető ugyan szabadon választhat az egyes díjcsomagok között, de a választását követően indokolatlanul megkülönböztetett helyzetbe kerül. Az egyes felhasználók, előfizetők indokolatlan megkülönböztetésének ezen további szintjén tehát nem az előfizetői szerződés megkötésének pillanatában, hanem utóbb, a szerződés

megszüntetésével összefüggésben, a szerződés fenntartása érdekében történik az előfizető indokolatlan megkülönböztetése.

A fenti b) esetben tehát a kötelezett szolgáltatók a III.4.3. c) pontban részletezett indokok alapján képesek lehetnek arra, hogy az előfizető egyes díjcsomagról másik díjcsomagra történő váltásához, illetve a kötelezett szolgáltató melletti hosszú távú elkötelezettséggel járó határozott előfizetői szerződések határozott idő lejárta előtti megszüntetéséhez (felmondásához) olyan indokolatlan és/vagy aránytalan feltételeket társítsanak, amelyek a kötelezett szolgáltató más díjcsomagjait igénybe vevő előfizetőket illetve a kötelezett szolgáltatótól eltérő szolgáltatót választó szolgáltató előfizetőit nem terhelik. Hangsúlyozandó tehát, hogy az egyes felhasználók, előfizetők indokolatlan megkülönböztetésének ezen a szintjén az előfizető a kérdéses szerződés megkötésekor mérlegelhet ugyan, de nem lehet tudomása arról, hogy a határozott időtartam alatt nem bukkan-e fel egy számára még kedvezőbb ajánlat akár egy új szolgáltató ajánlataként, akár egy meglévő szolgáltató új díjcsomagja formájában. A kötelezett szolgáltatók ezen magatartása pedig – még akkor is, ha azt szándékoltan nem célozza – hatásában a kötelezett szolgáltatók hozzáférési piacon fennálló piaci erőfölényük fenntartását illetve erősödését okozhatja.

Az Eht. 52-57. §-a szerint lefolytatott eljárás lényege abban áll, hogy a Tanács az ex-ante szabályozás részeként folyamatos piacelemzési tevékenységet végez, amelynek során vizsgálja, hogy lát-e lehetőséget a versenyhelyzet romlására. Amennyiben a Tanács a versenyhelyzet romlásának lehetőségét észleli, akkor az azt okozó lehetséges versenyproblémával arányos és indokolt kötelezettséget kell kiszabnia. A III.4.3. c) pontban részletezett versenyproblémával összefüggő indokolt és arányos kötelezettség kiszabásának azonban előfeltétele, hogy a fenti b) pontban foglalt egyes felhasználók, előfizetők indokolatlan megkülönböztetésének „típusától" elkülönítse azt a magatartást, amikor a felhasználók, előfizetők egyes csoportjai ugyan előre definiált módon nem ugyanahhoz a szolgáltatási feltétel-halmazhoz jutnak hozzá, mint más felhasználók, előfizetők, de ez a megkülönböztetés indokolható és arányban áll azzal a kedvezménnyel, amit az előfizetőnek az eltérő szolgáltatás feltétel-halmaz keretében kínál, illetve indokolható és arányban áll azzal a költséggel amelyet a szolgáltató más előfizeti szerződéshez képest ezen szerződés teljesítésére fordított. A kötelezettség ilyen jellegű megkülönböztetés megtiltására nem irányulhat, hiszen a normál üzleti életben általában bevett szokás, pl. fogyasztói szegmensek képzése, nagyfogyasztóknak árengedmények stb. Az tehát, hogy különféle szolgáltatási feltételhalmazok (díjcsomagok) léteznek, hogy egyes felhasználók, előfizetők különböző szolgáltatási feltételekkel "fogyasztanak", mint mások, az még önmagában nem jelenti az egyes felhasználók, előfizetők indokolatlan megkülönböztetését.

Ezzel szemben az egyes felhasználók, előfizetők indokolatlan megkülönböztetése történik akkor, ha valamely díjcsomagban foglalt szolgáltatási feltétel-halmazt választó előfizető azért nem juthat hozzá olyan más szolgáltatási feltétel-halmazhoz, mint más előfizetők, mert választási szabadságában korlátozva van azáltal hogy, szerződés megszüntetésével összefüggésben a szerződés teljesítésére fordított költségével vagy az általa a teljesítés során nyújtott kedvezménnyel nem indokolható és azokkal nem arányos feltételeket kell teljesítenie. A választási szabadságnak viszont folyamatosan kell érvényesülni, tehát ha van olyan időszak (pl. a hűségszerződés megkötése után), amikor nem érvényesül, a felhasználók, előfizetők indokolatlan megkülönböztetése fölvethető.

A III.4.3. c) pontban részletezett versenyproblémával összefüggésben ez konkrétan azt jelentheti, hogy az előfizető (azzal, hogy a díjcsomag igénybevételével együtt a jövőre nézve hosszú távon kötelezően el kell, hogy kötelezze magát a volt koncessziós szolgáltató mellett) a határozott idő fennállta alatt akkor kerülhet indokolatlanul megkülönböztetett helyzetbe a hosszú távú elkötelezettséggel nem járó díjcsomagot választó előfizetővel szemben, ha a korábban választott díjcsomagjáról a nem várt jövőbeni események bekövetkezése esetén csak olyan jelentős hátrányt jelentő feltételek teljesítése útján tud „szabadulni", amely meggátolja, hogy az előfizető racionálisan a szerződés határozott idő előtti megszüntetése mellett döntsön. Ez a jövőbeni nem várt esemény kötődhet az előfizető egyéni magatartásához is (például elköltözik), de kötődhet a piaci viszonyok gyors változásához is (így ahhoz, hogy akár a kötelezett szolgáltató, akár más alternatív szolgáltató a hűségszerződés hatálya alatt kedvezőbb díjcsomagot kínál fel számára). Ilyen esetekben a korábban ilyen típusú díjcsomagot választó előfizető indokolatlanul kerül hátrányba például azzal az előfizetővel szemben, amelyik eredetileg olyan díjcsomagot választott, amely nem járt a kötelezett szolgáltató melletti hosszú távú elkötelezettséggel, és a szerződés megszüntetéséhez egyéb feltétel teljesítését nem kívánta meg a szolgáltató.

A feltételek indokolatlansága akkor valószínűsíthető a leginkább, ha a kötelezett szolgáltató valamely határozott idejű szerződés keretében igénybe vehető díjcsomagját kizárólag azért kínálja olyan feltételekkel, amely gyakorlatban meggátolja, hogy az

előfizető racionálisan valóban a szerződés határozott idő előtti felmondása mellett döntsön, mert tapasztalata szerint a fogyasztói szokások alapján ezt a díjcsomagot választják legtöbben, vagy mert a fogyasztókat kifejezetten ebbe a típusú díjcsomagba próbálja terelni és tartani. Ebben az esetben a szolgáltató valószínűsíthetően szándékoltan törekszik piaci erejének fenntartására vagy megerősítésére.

A díjcsomaghoz kapcsolódó feltételek egyben a felhasználók, előfizetők indokolatlan megkülönbözetését is jelentő indokolatlansága és/vagy aránytalansága tehát a fentiek alapján akkor állapítható meg:

a) Ha ezek a feltételek a kizárólag határozott idejű szerződés keretében igénybe vehető díjcsomagokhoz kötődnek, a szolgáltató a díjcsomag igénybevételét az Eht. 134. § (1) bekezdés szerint bármikor további jogkövetkezmények nélkül megszüntethető határozatlan idejű szerződés keretében nem biztosítja, és;

b) a feltételek a határozott idejű előfizetői szerződésnek az előfizető által a határozott idő letelte előtt való megszüntetéséhez vagy az előfizetőnek a határozott idejű előfizetői szerződés keretében igénybe vett díjcsomagról a határozott idő letelte előtti más díjcsomagra történő váltásához kötődnek; és

c) ezen feltételek előfizető általi teljesítése nincs arányban a szerződés keretében a szerződés (akár díjcsomag-váltás akár felmondás útján) megszűnéséig teljesített szolgáltatással, ebből következően a szolgáltató esetleges ráfordításaival vagy elmaradt hasznával, esetleg azzal éppen ellentétesek; vagy ezen feltételek teljesítése az előfizető részéről a szolgáltató által a szerződés teljesítése során a szerződés (akár díjcsomag-váltás akár felmondás útján) megszűnéséig nyújtott kedvezménnyel nem indokolható és azokkal nem arányos.

Jól látható tehát, hogy a rendelkező rész b) pontjában kiszabott kötelezettség tekintetében valamely díjcsomag feltételei indokoltságának és/vagy arányosságának vizsgálata két objektív és egy hatóság általi mérlegelési szempont mentén végezhető el.

Tekintettel arra, hogy jogszabályi megkötés hiányában mind a határozott idejű szerződés keretében igénybe vehető díjcsomagról másik díjcsomagra történő váltáshoz illetve a szerződés megszüntetéséhez fűződő feltételek (általában kötbérfizetési kötelezettség, de elképzelhető egyéb más feltétel is), mind pedig a szerződés teljesítése során nyújtott kedvezmények rendkívül változatosak és eltérőek lehetnek (ide számítva azt is, hogy a szolgáltatók a piacon a felhasználók, előfizetők „megszerzése és megtartása" érdekében újabb és újabb díjcsomagokat és ezen belül kedvezményeket alakítanak ki), ezért a Hatóság mindig egyedi esetekben tudja a feltételek indokoltságát és arányosságát hatósági ellenőrzés keretében vizsgálni.

A Tanács hangsúlyozza, hogy amikor a kötelezett szolgáltató a hozzáférésen keresztül az egyes, kizárólag határozott idejű szerződéssel igénybe vehető díjcsomagok határozott idő eltelte előtti megszüntetését illetve az előfizetőnek ezen díjcsomagokról történő más díjcsomagra való váltását olyan indokolatlan feltételek támasztásával akadályozza meg, amelyekkel elérhető, hogy a hozzáférést döntő többségben csak tőlük igénybe venni tudó előfizetők a hosszabb távú előfizetési jogviszonyból még lényegesen jobb ajánlat esetén sem tudnak „szabadulni", és ezáltal az ezen díjcsomagot igénybe vevő előfizetőit indokolatlanul megkülönbözteti más előfizetőktől, akkor ez a különbségtétel alkalmas lehet arra, hogy a kötelezett szolgáltató a hozzáférési piacon fennálló jelentős piaci erejét továbbra is fenntartsa, mivel új szolgáltatónak gazdaságilag, pénzügyileg nem racionális a piacra lépés. Ha egy szolgáltató új belépőként a hozzáférések piacán kíván versenyezni, akkor – tekintettel helyhez kötött telefon penetrációja évek óta tartó fokozatos csökkenésére – előfizetőinek jelentős részét értelemszerűen a hozzáférések 81.9 - 96,1%-át nyújtó kötelezett szolgáltató előfizetőiből tudja „elcsábítani". Ez független attól, hogy az új belépő hurokátengedéssel vagy saját hálózattal kíván a piacon megjelenni. Ezen megkülönböztetés közvetett hatása tehát nagy valószínűséggel az lesz, hogy az előfizetők ezen csoportja egy piacra lépő új szolgáltató látszólag nagyon kedvező ajánlata esetén sem választja ezen új szolgáltatót, hiszen a határozott idejű szerződés megszüntetéséhez vagy a díjcsomag-váltáshoz kötődő (általában pénzügyi) feltételek teljesítése hátrányosabb az előfizetőre nézve, mint a szolgáltatóváltás hatásaként jelentkező pénzügyi megtakarítás. A kötelezett szolgáltatók jelen határozatot megelőzően nem voltak korlátozva abban, hogy mely díjcsomagok tekintetében kötik ki a határozott idejű szerződések keretében történő kötelező igénybevételt és abban sem, hogy a határozott időtartam „előfizető általi megszegését" milyen feltételek teljesítésével kapcsolják össze. Azaz elvileg megtehették, hogy a legnagyobb előfizetői kört érintő díjcsomagok esetében éltek ezzel a lehetőséggel, és ezáltal maximálni tudták azon előfizetők számát, amelyeknek racionálisan „nem éri meg" a díjcsomag igénybevételét követően új hozzáférést nyújtó szolgáltatót választani.

A díjcsomagok feltételeiben – és ezáltal az előfizetők körében – történő fentebb részletezett indokolatlan különbségtétel közvetett hatása –a határozat rendelkező részének b) pontja szerinti szabályozás hiányában – a fentiekből következően szintén nagy valószínűséggel az lehet, hogy

- a piacra belépni kívánó szolgáltató a kötelezett szolgáltatónak fenti módon elkötelezett előfizetők számának felmérése alapján eleve úgy ítéli meg, hogy a piacon a beruházása nem térül meg, ezért nem jelenik meg a piacon, vagy
- a piacon már jelen lévő szolgáltató kénytelen a piacról kivonulni, mert a kötelezett szolgáltató hosszú távon minél több előfizetőt próbál a határozott idejű szerződés lejárta előtti megszűnéshez indokolatlan és/vagy aránytalan feltételeket kapcsoló díjcsomagok felé „terelni".

Mint ahogyan a Tanács a III.4.3. c) pontban jelezte, a fenti indokolatlan megkülönböztetés további lehetséges közvetett hatásaként jelentkezhet, hogy a közvetítő szolgáltató sem tud olyan forgalmi díjakat kialakítani, amely kedvezőbb az előfizetőnek, mint a határozott idejű szerződés határozott idő előtti megszüntetésével járó feltétel teljesítése miatt jelentkező hátrány. A fenti versenyprobléma elsősorban akkor jelentkezhet, ha a határozott idejű szerződés határozott idő előtti megszüntetéséhez kapcsolt, fent említett indokolatlan és aránytalan feltétel olyan (gyakran bizonyos ingyenes lebeszélhetőséget tartalmazó) magas havi előfizetési díjú díjcsomagokhoz járul, ahol az előfizető eleve nem érdekelt a közvetítőválasztás szolgáltatás igénybevételére. Ebben az esetben ugyanis a közvetítőszolgáltatás igénybevétele elsősorban úgy lenne racionális választás az előfizető részéről, ha előtte áttérne egy alacsonyabb előfizetési díjú díjcsomagra, de a hosszú távú elkötelezettség megszüntetéséhez járuló fent említett indokolatlan és aránytalan feltétel miatt az előfizető ezzel nyilvánvalóan nem fog élni.

Tekintettel arra, hogy a díjcsomagok meghatározott feltételeinek indokolatlan és/vagy aránytalan módon történő meghatározása a fentiekben részletezett indokok alapján egyben az előfizetők indokolatlan megkülönböztetését is eredményezi, ezért a Tanács a III.4.3. c) pontban feltárt versenyproblémával arányos kötelezettséget az Eht. 109. § (1) bekezdés c) pontja alapján szabta ki.

A Tanács megállapítása szerint az Eht. 109. § (1) bekezdés c) pontja szerinti kötelezettség jelen határozat rendelkező részének b) pontja szerinti tartalommal történő előírása az azonosított versenyprobléma kezelésére alkalmas, azzal indokolt és arányos:

1. egyrészt elősegíti a hozzáférési piacon a hatékony verseny kialakulását; lehetővé teszi az alternatív szolgáltatók számára, hogy akár hurokátengedéssel, akár saját hálózatukon igénybevételével kedvezőbb hozzáférési feltételeket kínáljanak az előfizetők számára, úgy hogy az előfizető nincs akadályozva a határozott idejű szerződés megszüntetéséhez járuló indokolatlan és/vagy aránytalan feltételek teljesítése révén a szolgáltatóváltásban;
2. másrészt elősegíti az előfizetők Eht. 2. § bd) és be) szerinti alapelvi szinten biztosított jogait, azáltal, hogy az előfizető a fenti indokolatlan és/vagy aránytalan feltételek megszűnésével szabadon választhat a hozzáférést nyújtó szolgáltatók és a legalacsonyabb árú szolgáltatások igénybevétele között;
3. harmadrészt figyelembe veszi, hogy a kötelezett szolgáltatóknak nyilvánvalóan méltányolandó – a Tanács által is elismert – érdeke fűződik azon előfizetők megtartásához, amelyekkel kötött határozott idejű szerződések a szerződés megszűnését nem indokolatlan és nem aránytalan feltételekhez kötik (tehát a Tanács a határozott idejű szerződések megszüntetésének feltételekhez kötését nem tiltja meg generálisan);
4. negyedrészt a kötelezettség kirovásával a kötelezett szolgáltatókat terhelő hátrány nem haladja meg a kötelezettség kirovásával elérhető előnyöket, mivel a kötelezett szolgáltatók továbbra is kínálhatnak olyan megfelelő díjcsomagokat, ahol az előfizetőnek „nem éri meg" szolgáltatót váltani, de a kötelezettség kirovása az alternatív szolgáltatóknak is lehetőséget ad kedvező díjcsomagok felkínálására azáltal, hogy az előfizetők a határozott idejű szerződések határozott idő eltelte előtti megszüntetése esetén nincsenek korlátozva a szolgáltatóváltásban, amiatt mert az indokolatlan és/vagy aránytalan feltételek teljesítésével járó hátrányokat racionálisan nem képesek kompenzálni a szolgáltatóváltással nyerhető előnyök.

A Tanács a korábbi DH-16173–40/2007. számú határozatához képest pontosította a rendelkező rész b) pontjában foglalt kötelezettség szóhasználatát és egyértelműen meghatározta, hogy az előfizetői szerződés felmondása (ezen határozatban:megszüntetése) alatt rendes és rendkívüli felmondást is ért.

A korábbi DH-16173–40/2007. számú határozat ellen indított perben a Fővárosi Bíróság úgy értelmezte a vonatkozó korábbi megfogalmazást, hogy a határozat előírása csak a rendes felmondás esetére vonatkozik, a Fővárosi Ítélőtábla 2.Kf.27.309/2008/4. számú ítélete azonban kimondta, hogy nem olvasható ki a Tanács döntéséből az, hogy a rendelkező rész b) pontjában használt „felmondás" szó csak a rendes felmondást jelentené.

A határozat egyértelművé tétele érdekében azonban a Tanács pontosította a rendelkező rész b) pont szóhasználatát az ott leírtak szerint.

Tekintettel arra, hogy ezen kötelezettség már a korábbi, DH-16173–40/2007. számú határozatban is előírt kötelezettség volt és a kötelezetteket ennek teljesítése jelen határozat meghozataláig terhelte, a jelen határozatban továbbra is fenntartott kötelezettségnek megfelelő magatartás a kötelezetteket a jelen határozat közlését követő naptól továbbra is terheli. A UPC Magyarország Telekommunikációs Kft. esetében ezen kötelezettség újonnan előírt kötelezettség, mivel a UPC (a Monor Telefon Társaság jogutódja) korábban nem volt jelentős piaci erővel rendelkező szolgáltató jelen határozatban meghatározott piacon. A Monor Telefon Társaság azonban jelentős piaci erejűként azonosított volt a korábbi DH-16173–40/2007. számú határozatban és terhelte a jelen pontban meghatározott kötelezettség, így mint a Monor Telefon Társaság jogutódját a UPC-t is a határozat közlését követő naptól terheli az ezen kötelezettségnek történő megfelelés.

III.7.3. A közvetítőválasztás (Eht. 111. §)

Az Eht. 111. § (1) bekezdése szerint:
„A helyhez kötött telefonhálózathoz történő előfizetői hozzáféréssel és használattal kapcsolatos, a Tanács által érintett piacként meghatározott bármely piacon jelentős piaci erővel rendelkező szolgáltató köteles az előfizetője számára külön jogszabályban meghatározott módon lehetővé tenni a közvetítőválasztást - előválasztás, illetve hívásonkénti közvetítőválasztás útján - a helyhez kötött telefonhálózat valamennyi hívásviszonylatában, beleértve az internet hívásviszonylatot is."
A Tanács a rendelkező rész c) pontjában –tekintettel az Eht. 111. § (1) bekezdésére – a *„„Hozzáférés nyilvános helyhez kötött telefonhálózathoz lakossági és nem lakossági felhasználók számára"* elnevezésű kiskereskedelmi piacokon továbbra is érvényesnek tekinti a közvetítőválasztás kötelezettségét a kötelezett szolgáltatók számára.

III.7.4. Arányos és indokolt kötelezettségek meghatározása

A Tanács megvizsgálta a három érintett piacon érvényesülő erőfölény hatásait, azonosította a versenyproblémát, értékelte a rendelkezésre álló szabályozói eszközöket és kiválasztotta a feltárt versenyproblémának megfelelő, indokolt és arányos kötelezettséget.

a) A fentiek eredményeként a Tanács a három magyarországi volt koncessziós szolgáltatóra az előfizetői szolgáltatások díjával kapcsolatos kötelezettségek körében az indokolatlanul magas díjak alkalmazásának tilalmát oly módon határozta meg, hogy megállapítja, hogy amennyiben az előfizetői hozzáférési szolgáltatás árának (előfizetési díj) emelkedése (aggregált árindex) 2009-ben ill. a rákövetkező években a fogyasztói árindex mértékét évente meghaladja, az indokolatlanul magas árat jelent, ezért a Tanács a fogyasztói árindex mértékét meghaladó díjnövelést megtiltja. A Tanács a kötelezettség betartásának ellenőrzése során a fogyasztói árindex mértékét tekintve a KSH által a 2008, ill. a rákövetkező évekre egyenként ténylegesen meghatározott (mért) fogyasztói árindex értéket fogja figyelembe venni.

A fenti kötelezettség betartásának kikényszerítése, be nem tartásának szankcionálása a Tanács önálló eljárásának (mely hatósági piacfelügyeleti ellenőrzésnek minősül) keretében történik meg.

b) A Tanács indokolt és arányos kötelezettségként írta elő az egyes felhasználók, előfizetők indokolatlan megkülönböztetésének tilalmát. Ennek keretében a kötelezettség pontos tartalmát pontosan meghatározta az alábbi módon:

Ha a Szolgáltató valamely határozott idejű előfizetői szerződésnek az előfizető által a határozott idő letelte előtt való megszüntetését (ideértve a rendes és rendkívüli felmondást is) vagy az előfizetőnek a határozott idejű előfizetői szerződés keretében igénybe vett díjcsomagról a határozott idő letelte előtti más díjcsomagra történő váltást olyan egyoldalúan kikötött jogi feltételhez, vagy olyan gazdasági feltételhez köti, amely a Szolgáltató ezen

szerződés teljesítésére fordított költségével vagy az általa a teljesítés során nyújtott kedvezménnyel nem indokolható és azokkal nem arányos.

c) **A Tanács a rendelkező rész c) pontjában –tekintettel az Eht. 111. § (1) bekezdésére – a** *„Hozzáférés nyilvános helyhez kötött telefonhálózathoz lakossági és nem lakossági felhasználók számára""* **elnevezésű 1. számú kiskereskedelmi piacokon továbbra is előírta a közvetítőválasztás kötelezettségét a kötelezett szolgáltatók számára.**

III.7.5. Jogutódlás esetén alkalmazandó szabályok

A Tanács jelen eljárását a közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól szóló 2004. évi CXL. törvény (a továbbiakban: **Ket.**) hatálybalépését követően indította meg hivatalból.
Az Eht. 23. §-a szerint a hatóság a piaci felügyelettel és piaci szabályozással kapcsolatos eljárásokban az e törvényben foglalt eltérésekkel a közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól szóló törvény (Ket.) rendelkezései szerint jár el. Tekintettel arra, hogy a Ket. 16. §-a – a korábban hatályban volt államigazgatási eljárás általános szabályiról szóló 1957. évi IV. törvénnyel szemben – már mind az eljárás során, mind a határozat jogerőre emelkedését követő jogutódlással kapcsolatban tartalmaz előírásokat, a Tanács jelen határozat rendelkező részében szintén rögzítette a határozatban előírt illetve módosított kötelezettségek jogutódlása esetén a kötelezett szolgáltató(k) illetve jogutója(ik) által alkalmazandó szabályokat.

<u>A rendelkező részben foglalt szabályok előírására az alábbi okok miatt volt szükség:</u>

- Bár a Ket. 16. §-a értelmében a kötelezett szolgáltató jogutódja nem mentesülhet a kötelezett szolgáltatót korábban jelen határozat alapján terhelő kötelezettségek alól, de az Eht. 52-57. §-a szerinti eljárás olyan speciális, általában kötelezettségek kiszabásával is együtt járó államigazgatási eljárás, amelyben a kötelezettségek jogutódlásáról célszerű speciálisan is rendelkezni.
- A jelen határozatban azonosított kötelezett szolgáltató körében bekövetkező jogutódlás valószínűsíthetően olyan jelentős körülmény, amely rendkívüli piacelemzési eljárásban az Eht. 57. § (3) bekezdés c) és/vagy d) pontja szerinti tartalmú határozat meghozatalát igényli. Bár az Eht. 57. §-ában foglalt rendkívüli piacelemzés esetén a Tanács haladéktalanul hoz határozatot, az Eht. 36. §-a szerinti egyeztetés, illetve az Európai Bizottság Eht. 65. §-a szerinti notifikációs eljárása ezekben az esetekben sem nélkülözhető, ezért a rendkívüli piacelemzési eljárás befejezéséig – figyelemmel a Ket. 16. §-ára szükséges rögzíteni, hogy az új határozat hatályba lépéséig a kötelezettségek jogutódlása miképp alakul.

A határozat rendelkező része –figyelemmel az eltérő jogi jellegre – külön szabályt tartalmaz egyetemes (általános) és az egyedi (ügyleti) jogutódlás esetére.

- Egyedi (ügyleti) jogutódlás esetén – figyelemmel a Ket. 16. §-ában foglalt rendelkezésre – az ügyleti jogutódo(ka)t terheli a jogelőd jelentős piaci erejű szolgáltatót terhelő valamennyi kötelezettség, az azt kirovó határozatban meghatározott tartalommal. Az ügyleti jogutódlás esetén tehát a jogutód valamennyi – jelen határozatban kiszabott, kötelezett szolgáltatót terhelő – kötelezettséget a határozatban foglaltak szerinti tartalommal köteles továbbra is jogfolytonosan teljesíteni.
- Egyetemes (általános) jogutódlás eseteit a gazdasági társaságokról szóló 2006. évi IV. törvény (a továbbiakban: **Gt.**) határozza meg. Tekintettel arra, hogy a Tanácsnak a felek magánjogi viszonyaiba történő beavatkozásra – így a Gt. szerinti jogutódlási formák (társasági formaváltás, egyesülés, szétválás) eseteinek külön vizsgálatára – nincs hatásköre, ezért a Tanács csak a Ket. 16. §-a által is szabályozott általános jogutódlás esetére általánosságban és csak a határozattal érintett kötelezettségekre vonatkozóan rendezte a jogutódlás kérdését. Az Eht.-ben szabályozott, a Tanács által kiszabható kötelezettségek egyrészt önmagukban is változatos képet mutatnak aszerint, hogy azok miképpen terhelik a kötelezett szolgáltatókat, másrészt az Eht. hatálybalépését követően már a Tanács határozza meg a jelentős piaci erejű szolgáltatókat terhelő kötelezettségek pontos tartalmát, ezért az általános jogutódlás esetére előírt rendelkezés szerint a jelentős piaci erejű szolgáltatót jelen határozat alapján terhelő kötelezettség annak határozatban meghatározott céljához, jellegéhez és tartalmához igazodva fogja terhelni a jogutódlással létrejött szolgáltató(ka)t. Ebből következően mindig a jogutódlás konkrét esetében állapítható meg az, hogy a jogutódot miképpen terhelik a korábbi kötelezettségek, figyelembe véve azt, hogy a Ket. 16. §-a értelmében a kötelezett szolgáltató jogutódja nem mentesülhet a kötelezett szolgáltatót korábban jelen határozat alapján terhelő kötelezettségek alól.

Függelék

A Tanács határozatában fenntartott indokolatlanul magas díjak alkalmazásának tilalma kötelezettség ellenőrzésére vonatkozó módszertan

A rendelkező rész a) pontjában meghatározott kötelezettség ellenőrzése a gazdaságstatisztikában általánosan ismert és használt árindexszámítás módszerével történik. A módszer az ellenőrzésre kijelölt időszakban (tárgyidőszak) megfigyelt átlagos árszintet hasonlítja össze az ellenőrzés alapját képező időszakban (bázisidőszak) megfigyelt átlagos árszinttel. A bázisidőszak és a tárgyidőszak általában célszerűen egy teljes naptári év, de szükség esetén ettől eltérő időszak is használható.
A kötelezett szolgáltató egyes díjcsomagjaiban szereplő díjelemek (egyedi szolgáltatások) tárgyévi/bázisévi átlagárainak hányadosai képezik az egyedi árindexeket, amelyek valamilyen fajta súlyozott átlagából áll elő a kötelezett szolgáltató ún. aggregált árindexe. Az ellenőrzés során az aggregált árindexet kell összevetni a KSH által megadott árindexszel.
A Tanács által lefolytatandó ellenőrzési eljárás módszertanának részleteit a következők foglalják össze.

1. Az indexképzésben szerepet játszó díjelemek

A hozzáférési piacokon megfigyelhető díjelemek – az Indokolás A. fejezet I.3. c) és e) pontjában foglalt definíciónak megfelelően – az egyszeri (bekapcsolási/belépési, illetve egyéb egyszeri hozzáférési díj) és a havi előfizetési díj.

A hozzáférési díj azon összeg, aminek megfizetése nélkül az igénybevevő nem képes a nyilvános távbeszélő forgalmi szolgáltatáshoz való hozzáférésre, azaz a forgalmi szolgáltatások igénybevételére, hívások indítására és fogadására. A hozzáférési díj fogalma tehát független attól, hogy milyen egyéb (esetleg forgalmi) kedvezmények kapcsolódnak hozzá.

A határozatlan időre szóló, előfizetői szerződések alapján fizetett előfizetési díjak hozzáférési díjnak minősülnek, függetlenül a helyi hurok megvalósításának technológiai módjától.

Az utóbbi években megjelenő, több szolgáltatást egy csomagban kínáló komplex díjcsomagok kezelése árindex-számítási szempontból nem okoz módszertani változást, amennyiben a JPE cégek az árellenőrzéshez kért adatokban a hangszolgáltatásra eső hozzáférési díjelemet elfogadhatóan elkülönítik. A hozzáférési bevétel megosztásának elfogadható módszere:

- az adott csomag bevételének megosztása a csomagot alkotó szolgáltatások önálló árainak arányában, illetve
- önálló árak hiányában a szolgáltatáselemek értékének meghatározására szakértői becslés, számítás használható fel, melyet a szolgáltatótól kell bekérni. A becsült értékek a Hatóság rendelkezésére álló információk alapján ellenőrizhetők, indokolt esetben módosíthatók.

2. A törtidőszaki díjcsomagok kezelése

Olyan díjelem egyedi árindexének megállapítása, amely nem létezett folyamatosan a bázisidőszak elejétől a tárgyidőszak végéig (tehát a bázisidőszak kezdete után keletkezett vagy a tárgyidőszak vége előtt megszűnt), speciális eljárást igényel. Az árindex számításához ugyanis szükség van arra, hogy a bázis- és a tárgyidőszak megfeleltethetők legyenek egymással.

Ennek egyik megoldása a tört időszak mennyiségi adatainak kipótlása a teljes időszaknak megfelelően, ún. helyettesítés révén, feltételezett helyettesítő mennyiségek számításával. Helyettesítő szolgáltatásként minden olyan díjcsomagot használni kell, amely a helyettesítés időszakában egyáltalán létezett, mégpedig azoknak a helyettesítés időszakában igénybe vett tényleges arányában. Ha azonban valamely törtidőszaki díjcsomag esetében egyértelmű információ van egy másik díjcsomaggal való összefüggésre, amely bizonyítható módon dokumentált és a tényadatokkal is alátámasztott, akkor a helyettesítő mennyiség becslése során ezt az összefüggést figyelembe kell venni.

3. Árindex-formula

A Tanács az egyedi árindexek aggregálása, súlyozása során az alábbi Törnquist árindex formulát használja:

$$\hat{p}_S = \exp[\sum_{i=1}^{n} (\bar{r}_i * \ln \hat{p}_i)]$$

ahol:

$\hat{p}_S$ az összesített árindex,
$\hat{p}_i$ az egyes összetevő sorok elemi árindexe,
n az összetevő sorok száma,
$\bar{r}_i$ az egyes összetevő sorokhoz tartozó relatív bevételek számtani átlaga, azaz:

$$\hat{r}_i = \frac{1}{2}\left(\frac{B0i}{\sum_{i=1}^{n} B0i} + \frac{B1i}{\sum_{i=1}^{n} B1i} \right)$$

ahol:

$B0i$ az i-edik sorhoz tartozó bevétel a bázis-, illetve
$B1i$ a tárgyidőszakban

4. A figyelembe vett díjcsomagok számának korlátozása

Az 1. piac számos díjcsomagjának, előfizetés típusának (hozzáférési díjelemeknek) ellenőrzése az árindex számításokat igen terjedelmessé teheti, amihez hozzájárul a helyettesítés számításának összetettsége is. Emiatt a Tanács a vizsgálatba az aggregálás során csak addig vonja be a különböző díjcsomagokat, előfizetés típusokat, ameddig bevételnagyság szerinti csökkenő sorrendben összegezve az összes bevétel meghatározó hányadát el nem érik; azaz addig a szintig, hogy az ezt követő kisebb díjcsomagok árváltozása az összesített (aggregált) árindexet érdemben ne befolyásolja.

Tájékoztató az Országos Érdekegyeztető Tanács 2010. március 5-ei üléséről

1. Napirend előtt a munkavállalói oldal kért szót két témában.

1.1. A munkavállalói oldal tiltakozott az ellen, hogy a T/11552. sz. törvényjavaslatot a szövetkezetekről szóló 2006. évi X. törvény módosításáról, valamint a T/11749. sz. törvényjavaslatot a rendezett munkaügyi kapcsolatokkal kapcsolatos egyes törvények módosításáról a szociális partnerekkel történt egyeztetés nélkül fogadta el az Országgyűlés. Az oldal felhívta a figyelmet arra, hogy nem először fordult elő az, hogy munkajogi tárgyú törvénymódosításokat országgyűlési bizottságok vagy képviselők az OÉT keretében történt konzultáció nélkül terjesztettek be. A munkavállalói oldal álláspontja szerint az OÉT konzultatív jogosítványait nem kellene ilyen módon korlátozni.
A kormányzati oldal reagálásában ismertette, hogy a szövetkezeti törvény módosítására vonatkozó javaslat négypárti javaslat volt, s időközben az országgyűlés elfogadta a benyújtott előterjesztésben foglaltakat. Ugyanakkor emlékeztetett arra, hogy a Magyar Köztársaság Alkotmánya szabályozza a képviselők, bizottságok jogállását. Az alkotmány sem a bizottságok esetében, sem a képviselőkre vonatkozóan nem tartalmazza, hogy javaslataikat előzetesen véleményeztetni kell az Országos Érdekegyeztető Tanáccsal. A Kormánynak ebben nincs hatásköre intézkedni.
A munkavállalói oldal kezdeményezésére a témát a soros elnöki ülés keretében megvitatták.

1.2. A munkavállalói oldal tiltakozott az ellen, hogy a Kormány elodázta a korkedvezményes nyugdíjrendszerrel kapcsolatos teendőket. Az oldal véleménye szerint a magyar munkaerő-piaci helyzettel indokolva a témát nem lehet levenni a napirendről.
A kormányzati oldal tájékoztatta a szociális partnereket, hogy a korkedvezményes nyugdíj szabályozását tartalmazó koncepció elkészült. Jövő héten várható a dokumentum belső egyeztetése, s március végén tervezik átadni a szociális partnereknek a koncepciót.

2. Az Országos Érdekegyeztető Tanács megvitatta a Kormány tájékoztatóját a 2011. évi magyar EU-elnökséggel összefüggő felkészülési folyamatról.
A kormányzati oldal előterjesztésében kiegészítette az írásban megküldött tájékoztatót.
Ismertette, hogy a magyar elnökség programja kialakulóban van. Az első verziót már május körül prezentálni kell, de a végleges variációnak novemberre kell elkészülnie.
A válság kezelése továbbra is kulcskérdés marad. Külpolitikai, külkapcsolati vonalon is várhatók feladatok. Hangsúlyozta, hogy az OÉT-ben összpontosuló szakértelemre és tudásra igényt tart a Kormány és a Külügyminisztérium.
Elmondta, hogy lehetőséget, ugyanakkor sok korlátot is jelent az elnökség. Tájékoztatta a szociális partnereket a Kormány és a Gazdasági és Szociális Tanács megállapodást írt alá, mely jó keret a további felkészülést illető együttműködésre.
(A Kormány nyitott az OÉT-ben való megállapodáskötésre is, amennyiben a szociális partnerek ezt szükségesnek vélik.)
A kormányzati oldal javaslatot tett egy, az OÉT keretében működő ad hoc bizottság megalakítására, mely az elnökséggel kapcsolatos ügyekkel foglalkozna.
A munkavállalói oldal álláspontja szerint a magyar EU-elnökség lényegét a gazdasági világválság utóhatásaihoz kapcsolódó intézkedések fogják jelenteni. Az oldal hangsúlyozta a kormány és a szociális partnerek kölcsönös érdekeltségét az elnökség sikerében. Az oldal hangsúlyozta a munka világához kapcsolódó rendezvények elsődlegességét, valamint igényelte, hogy az eddigiekhez képest sokkal nagyobb mélységben és megfelelő időben vonják be a felkészülési folyamatba. Álláspontja szerint a kormány által javasolt munkamódszernek nincs akadálya.
A munkáltatói oldal véleménye szerint az EU országaiban nagy várakozással tekintenek a magyar elnökség időszaka elé. A különböző munkáltatói érdekképviseletek a saját európai szervezeteiken keresztül is megteszik a szükséges lépéseket a felkészülés zökkenőmentes előkészítése érdekében.
Az oldal, a válságból való kilábalás érdekében is különösen fontosnak tartja a gazdaság szereplőinek az előkészítésbe történő bevonását. Hangsúlyozta, hogy támogatja a Kormány által meghatározott, ismertetett prioritásokat, valamint egyetért a javasolt ad hoc bizottság létrehozásával.

3.1. A kormányzati oldal napirend utáni hozzászólásában kérte a szociális partnereket, hogy a lehetséges legkorábbi időben tegyék meg a jelöléseket az EGSZB-be. Nem lenne kedvező az országra nézve azt a látszatot kelteni, hogy Magyarország akadályozza az EGSZB munkáját. Bízik abban, hogy a munkavállalói oldal még ebben a hónapban megnevezi jelöltjeit.

3.2. A kormányzati oldal javasolta az OÉT-nek, hogy fontolja meg alapszabálya mielőbbi megalkotását, elfogadását.

Országos Érdekegyeztető Tanács
Titkársága

IX. Hirdetmények

A Magyar Nemzeti Párt (MNP) 2009. évi beszámolója

Bevételek:
1. Tagdíjak: 36 400 Ft
2. Állami költségvetésből származó támogatás: –
3. Képviselői csoportnak nyújtott állami támogatás: –
4. Egyéb hozzájárulások, adományok: –
4.1. Jogi személyektől: –
4.1.1. Belföldiektől (az 500 000 forint feletti hozzájárulás nevesítve): –
4.1.2. Külföldiektől (a 100 000 forint feletti hozzájárulás nevesítve): –
4.2. Jogi személynek nem minősülő gazdasági társaságtól: –
4.2.2. Külföldiektől (a 100 000 forint feletti hozzájárulás nevesítve): –
4.3. Magánszemélyektől: –
4.3.1. Belföldiektől (az 500 000 forint feletti hozzájárulás nevesítve): –
4.3.2. Külföldiektől (a 100 000 forint feletti hozzájárulás nevesítve): –
5. A párt által alapított vállalat és korlátolt felelősségű társaság nyereségéből származó bevétel: –
6. Egyéb bevétel: –
Összes bevétel a gazdasági évben: 36 400 Ft
Kiadások:
1. Támogatás a párt országgyűlési csoportja számára: –
2. Támogatás egyéb szervezeteknek: –
3. Vállalkozások alapítására fordított összegek: –
4. Működési kiadások: –
5. Eszközbeszerzés: –
6. Politikai tevékenység kiadása: –
7. Egyéb kiadások: 2700 Ft
Összes kiadás a gazdasági évben: 2700 Ft

Kelt: Székesfehérvár, 2010. április 7.

Németh Tamás s. k.,
az MNP elnöke

A Szabadságharcosokért Közalapítvány 2009. évi pénzügyi beszámolója

A 2009. I–XII. havi támogatás felhasználása

Adatok forintban

	2009. terv	2009. tény
BEVÉTELEK		
Nyitó pénzkészlet	19 488 893	19 488 893
Tárgyévi kormánytámogatás	150 000 000	146 200 000
– ebből zárolt	–3 800 000	–
Többlettámogatás	55 000 000	55 000 000
Segélyek vissza + telefonköltség-átszámlázás	–	778 337
ÖSSZESEN	220 688 893	221 467 230
KIADÁSOK		
Társadalmi szervezeteknek cél szerinti támogatások	120 000 000	116 845 290
Szociális segélyek és politikai elítéltek segélyezése	15 000 000	17 322 400
Temetési segélyek	15 000 000	13 452 185
Kisfogház emlékhely üzemeltetési költségei	500 000	500 000
Kisfogház emlékhely működési költségei	500 000	177 986
Kisfogház emlékhely – alkalmazotti bér és járulékai	4 584 000	4 394 000
Bajtársak Otthona – fenntartási költség	80 000	210 000
Bajtársak Otthona – alkalmazotti bér és járulékai	3 825 000	2 424 002
Bajtársak Otthona – orvosi rendelő	1 320 000	1 320 000
Koszorúzás és megemlékezés költségei	2 000 000	1 488 820
298-as parcella, műemléktábla felállítása	–	907 680
ÖSSZESEN	162 809 000	159 046 363
KÖZALAPÍTVÁNY MŰKÖDÉSI KÖLTSÉGEI		
Alkalmazotti bérköltség	4 030 000	4 030 000
Tiszteletdíjak	16 200 000	16 200 000
Megbízási díjak	960 000	1 353 000
Járulékok	6 636 000	6 327 580
Bankköltség	300 000	291 477
Ügyviteli szolgáltatások	4 342 000	4 434 195
Egyéb anyag, anyag jellegű költségek és személyi jellegű ráfordítások	3 000 000	1 635 646
ÖSSZESEN	35 468 000	34 271 898
Összes kiadások	198 277 000	193 318 261
Átmenő tételek	–	338 346
Záró pénzkészlet	22 411 893	27 810 623

Budapest, 2010. március 26.

Fürcht Klára s. k.,
kuratóriumi titkár

Bélyegzők érvénytelenítése

A Budapest VIII. ker., Rákóczi út 11. 3/1. székhelyű Biczi és Tuzson Ügyvédi Iroda alábbi szövegű, I. sorszámú bélyegzője elveszett.
A bélyegző lenyomata:

BICZI ÉS TUZSON ÜGYVÉDI IRODA
Dr. Biczi Tamás ügyvéd
1088 Budapest, Rákóczi út 11. III. em. 1.
I.

A bélyegző használata 2009. július 15-ei hatállyal érvénytelen.

A Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ anyagbeszerzési célra használt 3. számú bélyegzőjét 2010. március 31-én ismeretlen tettesek eltulajdonították.
A bélyegző lenyomatának szövege a következő:

Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai
Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ
1076 Budapest, Péterfy Sándor u. 8-20.
KVI elsz. számla: 11784009-15492320
Adóig.szám:15492320-2-42
Szállítás 3.

A bélyegző használata 2010. április 1-jétől érvénytelen.

Számlatömb érvénytelenítése

A RETRO-HÁZ Kft. egyszerűsített számla- (készpénzfizetési) tömbje elveszett.

Típus	Számlatömb sorszámtartománya	Utolsó felhasznált sorszám, a felhasználás dátuma	Érvénytelen, fel nem használt sorszámtartomány
B 13-373/A/V	AG7E-T 885951–886000	AG7E-T 885970 2010. 03. 03.	AG7E-T 885971–886000

A fenti sorszámtartományból a fel nem használt példányok 2010. március 30-ától érvénytelenek.

Ügyészségi szolgálati igazolvány érvénytelenítése

Dr. Szedlák Zsuzsanna címzetes főügyészségi ügyész, budapesti XX., XXI. és XXIII. kerületi ügyészségi vezető ügyész 012399, valamint dr. Villányi György, a Fejér Megyei Főügyészség magán- és közigazgatási jogi főügyészhelyettese 010172 sorszámú szolgálati igazolványát a Legfőbb Ügyészség Személyügyi, Továbbképzési és Igazgatási Főosztálya érvénytelenítette.

A Hivatalos Értesítőt a Szerkesztőbizottság közreműködésével a Miniszterelnöki Hivatal szerkeszti.
A szerkesztésért felelős: dr. Latkóczy Antal. A szerkesztőség címe: Budapest V., Kossuth tér 1–3.
A Hivatalos Értesítő hiteles tartalma elektronikus dokumentumként a http://kozlony.magyarorszag.hu honlapon érhető el. Felelős kiadó: dr. Tordai Csaba.
A Hivatalos Értesítő oldalhű másolatát papíron kiadja a Magyar Közlöny Lap- és Könyvkiadó.
Felelős kiadó: dr. Kodela László elnök-vezérigazgató.