



EMBERI ERŐFORRÁSOK MINISZTERIUMA

„Egészséges Magyarország 2014-2020”

Egészségügyi Ágazati Stratégia

Budapest, 2015. január

Készítette az Emberi Erőforrások Minisztériumának
Egészségügyért Felelős Államtitkársága

2015

Tartalomjegyzék

1. BEVEZETÉS	4
1.1. A STRATÉGIA KÉSZÍTÉSÉNEK CÉLJA, INDOKOLTSÁGA, A STRATÉGIA ELHELYEZKEDÉSE A PROGRAMOZÁSI HIERARCHIÁBAN, A STRATÉGIÁHOZ KAPCSOLÓDÓ DOKUMENTUMOK BEMUTATÁSA.....	6
1.2. TERVEZÉSI KONTEXTUS MEGHATÁROZÁSA: TERVEZÉSI MÓDSZERTAN BEMUTATÁSA, LEHATÁROLÁS MÁS HATÁRTERÜLETEKTŐL, SZÜKSÉGES DEFINÍCIÓK MEGADÁSA.....	8
1.3. IDŐHORIZONT MEGHATÁROZÁSA.....	9
1.4. A STRATÉGIA ÁLTAL TÁRGYALT SZAKMAI TERÜLETEK MEGHATÁROZÁSA, LEHATÁROLÁSA.....	9
2. A STRATÉGIA MEGALAPOZÁSA: HELYZETÉRTÉKELÉS	10
2.1. A HELYZETÉRTÉKELÉS MÓDSZERTANÁNAK, INFORMÁCIÓBÁZISÁNAK BEMUTATÁSA.....	10
2.2. A SEMMELWEIS TERV MEGVALÓSÍTÁSA.....	11
2.3. A 2007-2013. ÉVEK KÖZÖTTI UNIÓS FEJLESZTÉSEK EREDMÉNYEI ÉS TAPASZTALATAI.....	18
2.4. AZ ÁGAZATI KULCSINDIKÁTOROK BEMUTATÁSA NEMZETKÖZI ÖSSZEVETÉSBEN.....	24
2.5. AZ ELLÁTÓRENDSZER ÁTTEKINTÉSE.....	31
2.6. HORIZONTÁLIS ÁGAZATI TERÜLETEK ELEMZÉSE.....	46
2.7. A SZAKTERÜLETEK GAZDÁLKODÁSÁNAK JELLEGZETESSÉGEI.....	61
3. CÉLRENDSZER	64
3.1. JÖVŐKÉP, ÁLTALÁNOS CÉL.....	64
3.2. SPECIFIKUS CÉLOK.....	66
3.3. A RÉSZLETES CÉLKITŰZÉSEKHEZ MÉRHETŐ OUTPUT ÉS EREDMÉNYMUTATÓK HOZZÁRENDELÉSE, CÉLÉRTÉKEK MEGHATÁROZÁSA.....	84
3.4. A CÉLOK ÉS ÁLTALÁBAN A STRATÉGIA ILLESZKEDÉSE A KORMÁNYZATI STRATÉGIÁKHOZ, A KAPCSOLÓDÓ STRATÉGIAI KÖRNYEZET BEMUTATÁSA, KÜLÖNÖS TEKINTETTEL AZ EMMI MÁS ÁGAZATI STRATÉGIÁJÁVAL VALÓ KAPCSOLATRA.....	98
4. TÁRSADALMI PARTNERSÉG	99
5. MEGVALÓSÍTÁS	101
5.1. ÜTEMTERV.....	101
5.2. A MEGVALÓSÍTÁS SZEREPLŐI.....	103
5.3. NYOMON KÖVETÉS ÉS ÉRTÉKELÉS.....	104

1. Bevezetés

Magyarország Kormánya elkötelezett az ország egészségügyi helyzetének további javítása mellett; egyik legfontosabb célkitűzése, hogy folyamatosan javuljon a magyar lakosság egészségi állapota. A megelőzés mellett fontos kormányzati cél a betegek gyógyulási esélyeinek javítása. Ezért vette a Kormány állami fenntartásba az eladósodott egészségügyi intézmények többségét, ami garanciát jelent a hatékonyabb, hosszú távon is biztonságos működésre.

A 2010 – 2014 közötti időszak alapvetően orvosolta a korábbi kormányzat gondatlan tevékenysége következtében kialakult torzulásokat. Sikerült rendezni a jogviszonyokat, melynek alapján az irányítórendszer koncepcionális fejlesztésének alapjait lehet létrehozni. A Kormány választ adott a legégetőbb kérdésekre: a nemzetközi válság ellenére mindent megtett annak érdekében, hogy javítsa a kórházi infrastruktúrát és növelje az egészségügyi dolgozók fizetését. Világosan látjuk, hogy nincs jól működő egészségügy a magyar orvosok és egészségügyi dolgozók nélkül. A Kormány ezért lépésről-lépésre halad azon az úton, amely egy stabil, kiszámítható életpályát fog eredményezni az orvosok és szakdolgozók számára.

A most záruló fejlesztési periódusban Magyarország a rendelkezésére álló fejlesztési forrásokból jelentős összeget fordított, illetve fordít egészségügyi fejlesztések végrehajtására. Az egészségügyi infrastruktúra korábban nem látott mértékű fejlesztésen megy keresztül, közel 400 milliárd forint értékben történt és még történik egészségügyi fejlesztés. Az időszak alapvető célkitűzése az egészségügy infrastrukturális hátterének megerősítése és szerkezeti átalakítása, valamint a népegészségügyi szolgáltató rendszer alkalmassá tétele arra, hogy a napjaink legfontosabb népegészségügyi kihívásaira adekvát válaszokat tudjon adni az európai uniós támogatások hatékony felhasználásával.

A 2014-20-as fejlesztési ciklusra olyan jövőkép fogalmazódott meg, amely a társadalom és az ágazat számára is egyértelművé teszi az egészségügyi rendszer megújításának irányát. A cél a magyar állampolgárok egészségi állapotának javítása, az egészségben eltöltött életek 2 évvel történő növelése, a fizikai és mentális egészség egyéni és társadalmi értékének növelése, az egészségtudatos magatartás elősegítése, a területi egészség-egyenlőtlenségek csökkentése valamint a társadalmi kockázatközösségen alapuló egészségügyi ellátó rendszerhez való hozzáférés lehetőségeinek javítása. Minden kormányzati döntést és változtatást népegészségügyi szempontból meghatározott prioritások mentén szükséges megtenni.

A kormányzat egyik fő politikai és társadalmi célja a munkalapú társadalom kialakítása. Ennek megteremtésében az egészségügyi ágazat részvétele is nélkülözhetetlen, hiszen a társadalombiztosítás finanszírozási és teherbíró képességére elsősorban a foglalkoztatottak számának növekedése, valamint a foglalkoztatottak egészségi állapotának javulása van pozitív hatással. Az előbbi a munkáltatók által befizetett szociális hozzájárulási adóból származó bevételeken és a bruttó béreket terhelő járulékokon keresztül az E-Alap forrásait

növeli, az utóbbi pedig az E-Alap kiadásainak csökkenését eredményezi. Minden olyan, az ágazatban tervezett intézkedés (prevenció, a háziorvosi rendszer erősítése, egynapos ellátások ösztönzése, jól szervezett rehabilitáció stb.), melynek révén az aktív kórházban töltött idő csökkenthető és amellyel az állampolgárok mielőbbi, kevesebb szövődéssel járó gyógyulását és mielőbbi munkába állását elő lehet segíteni, hozzájárul az E-Alap egyensúlyának fenntartásához, valamint a Kormány céljához, a teljes foglalkoztatottság eléréséhez, melyhez nemcsak jól képzett, hanem nagy számú egészséges munkaerő is szükséges.

A jövőkép egyértelműen jelzi az állampolgárok egészségtudatosságának, előrelátóan cselekvő hozzáállásának fontosságát, az ágazaton és kormányzaton belüli, egészséges társadalom központú, szolgáltatási szemléletű összefogás szükségességét annak érdekében, hogy az ország egészségesebben és egészségtudatosabban éljen. Népegészségügyi mérőszámokként tekinthető a nemdohányzók védelméről szóló törvény szigorítása, a dohányzás közforgalmú, zárt légtérű helyekről, közösségi terekről történő kiszorítása és a népegészségügyi termékadó bevezetése.

Az elvégzett átfogó elemzések pontosan kijelölik az ágazat számára a további irányokat. A következő tervezési időszakban az elsődleges szempontok között szerepel az egészségügy működési hatékonyságának növelése, a felszabaduló források pedig átcsoportosíthatóak a prevenció és az az ellátás fejlesztésére, így a meglévő források felhasználásával a legtöbb egészségérték megőrzése és fejlesztése valósul meg. Kormányzati prioritás az egészségügyi alapellátás új alapokra helyezése, prevenciós tevékenységének erősítése a járóbeteg-szakellátás megerősítése, egy fenntartható, jól működő intézményrendszer kialakítása. Előttünk álló fontos feladat a közfinanszírozott- és magánellátások szétválasztása, a társadalombiztosítási rendszerben jelenleg meglévő káros, a rendszert torzító, az egészségügyi ellátásokhoz való egyenlő hozzáférést gátló „hálapénz” gyakorlatának a felszámolása, ezzel párhuzamosan pedig az ellátórendszert megnövekedett igényekkel felkeresők egészségmegőrzésre, gyógykezelésre szánt kiadásainak transzparens becsatornázása a közfinanszírozott egészségügyi ellátástól elkülönülő magánellátásba. Ezen felül kiemelt fontosságú az ágazati informatikai fejlesztések kiaknázása, és az informatikai, technikai újítások, elérhetővé tétele a lakosság számára (eRecept, telehealth, telemedicina, stb.).

A társágazatokkal együttműködve törekszünk továbbá az egészségturizmusban rejlő lehetőségek összehangolt kihasználására gazdasági és társadalmi-jóléti szempontból.

Az *"Egészséges Magyarország 2014-2020"* stratégia bemutatja azokat a prioritásokat, fejlesztési területeket, intézkedéseket, amelyek az elkövetkező kormányzati döntések alapját jelenthetik, egyben az uniós fejlesztési források lehívásának megalapozásául szolgálhatnak.

Az Emberi Erőforrások Minisztériumának Egészségügyért Felelős Államtitkársága ezúton is köszönetét fejezi ki a *WHO Magyarországi és Európai Regionális Irodájának* a dokumentum néhány fejezetéhez nyújtott szakmai közreműködéséért.

1.1. A stratégia készítésének célja, indokoltsága, a stratégia elhelyezkedése a programozási hierarchiában, a stratégiához kapcsolódó dokumentumok bemutatása

Magyarország Kormánya elkötelezett állampolgárai egészségügyi állapotának javításában, az egészségügyi ellátórendszer népegészségügyi szempontok szerinti átalakításában, a szolidaritás alapú nemzeti kockázatközösség fenntartásában. Ennek biztosítéka a megalkotott Alaptörvény (2011. április 25.), mely szerint *XX. cikk* „**(1) Mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez.** (2) Az (1) bekezdés szerinti jog érvényesülését Magyarország genetikailag módosított élőlényektől mentes mezőgazdasággal, az egészséges élelmiszerekhez és az ivóvízhez való hozzáférés biztosításával, a munkavédelem és az egészségügyi ellátás megszervezésével, a sportolás és a rendszeres testedzés támogatásával, valamint a környezet védelmének biztosításával segíti elő. *XXI. cikk* (1) Magyarország elismeri és érvényesíti mindenki jogát az egészséges környezethez.”

A fenti célok érdekében az Egészségügyért Felelős Államtitkárság 2011-ben megalkotta a Semmelweis Tervet.

A Semmelweis Terv egy olyan koncepcionális dokumentum, mely azonosította az egészségügyi ágazat strukturális és funkcionális problémáit, felvázolta a kitörési pontokat, prioritási sorrendet alkotott a fejlesztési irányok között, melyek közül a fontosabb elemek az alábbiak voltak:

- azonosította az egészségügy egyes szakpolitikai területeihez köthető legfontosabb, kormányzati lépéseket igénylő problémákat;
- bemutatta az adott szakpolitikai területen elérendő rövid- vagy középtávú célkitűzéseket és
- konkrét problémákkal kapcsolatban megoldási lehetőségeket vázolt fel.

A **Semmelweis Tervben** megfogalmazott egészségügyi rendszer átalakítási koncepció szervesen kapcsolódik a kormányprogramot jelentő „**Nemzeti Együttműködés Programja**”-hoz, továbbá a 2014 októberében meghatározott **kormányzati stratégiai célkitűzésekhez**, mely a fenntartható nemzeti egészségügyi ellátórendszer kialakításának célrendszerét határozza meg és az **Új Széchenyi Tervhez**. A kormányprogram az egészségügy megmentése és újjáépítése érdekében szükségesnek tartja mind az ágazatba történő forrásbevonást, mind pedig a nagyobb állami felelősségvállalást. Mindkét elem hangsúlyosan jelenik meg a Semmelweis Tervben és ennek megfelelően jelen stratégiai tervdokumentumban is. Az állami egészségügyi szervezési intézményrendszer kiépítése a betegút-szervezésen és a funkcionális integráción keresztül alapvető szerepet játszott az ágazat hatékonyságának erőforrás reallokáción keresztüli javításában. Az egészségügyi közkiadások reálértékének fokozatos növelése, valamint annak egészség-gazdaságtani és népegészségügyi evidenciák mentén átdolgozott algoritmusok szerint történő alkalmazása szükséges a rendszer hatékonyságára negatívan ható finanszírozási ösztönzők kiiktatására, a szakképzett munkaerő megtartására és a transzparens működés megalapozására.

Ez utóbbi elem kulcsfontosságú szerepet tölt az ÚSzT keretében megfogalmazott gazdaságfejlesztési stratégia megvalósíthatóságában. **A Semmelweis Terv és az Új Széchenyi Terv közös kiindulópontja, hogy az egészségügyi ágazatra, mint a magyar gazdaság egy fontos potenciális húzóágazatára tekint.** A magyarországi egészségügyi emberi tőke minőségét és gazdaságfejlesztési potenciálját az egészségügyi szakemberképzés, ezen belül is különösen az orvosképzés nemzetközi elismertsége jelzi, amit a magyar egyetemek angol illetve német nyelvű orvos-, és gyógyszerészképzési programjaiba felvett hallgatók nagy száma és annak dinamikus növekedése jól jellemez. Az ÚSzT keretében rendelkezésre álló fejlesztési források három egymással szoros összefüggésben lévő beruházási célt támogatnak: (1) az egészségügyi felsőoktatás, továbbképzés és szakképzés fejlesztése, (2) az ellátórendszer struktúra-átalakításának támogatása, és (3) az egészségiparhoz és egészségturizmushoz kötődő kiegészítő intézményrendszer, a természetes gyógytényezőkkel való gazdálkodás fejlesztése. Az egészségpolitika folyamatos törekvése, hogy mindezen fejlesztési források célba jutását elősegítve a legnagyobb össztársadalmi haszon keletkezzen mind az ÚSzT, mind a Semmelweis Terv célkitűzéseivel egységben.

Mindezek alapján a 2014 – 2020 időszakra kialakított stratégiának alapvetően a Semmelweis Terv volt a kiindulási alapja, az ebben felvázolt célkitűzések megvalósulásának elemzése, értékelése történt meg a célok időszerűségének felülvizsgálatával és azoknak a prioritási területeknek a kialakításával, melyre a 2014 -2020 időszakban az egészségügyi ágazatnak koncentrálnia kell.

Fontos tapasztalatként kell megfogalmazni, hogy a hálózatszerű, komplex rendszerek bonyolult és komplex célrendszerek kialakítására ösztönöznek, melyek megvalósíthatósági szempontból nem ideálisak. Alapozva erre a tapasztalatra, a stratégia megalkotása során a komplexitás egyszerűsítésére és megvalósíthatóság maximalizálására fókuszálva történt a stratégiai prioritások kialakítása.

Jelen ágazati stratégia megalkotását az alábbi célrendszer motiválta:

1. Helyzetelemzés és a végrehajtott intézkedések monitorozása szükséges ahhoz, hogy értékelhető legyen a Semmelweis Terv által meghatározott cél- és eszközrendszer, és ezek a felülvizsgálat alapján megerősíthetők/újrafogalmazhatók legyenek, valamint megtörténhessen az eszközrendszer „finomra hangolása”.
2. A Semmelweis Terv megalkotását követően lépett hatályba *a kormányzati stratégiai irányításról* szóló 38/2012. (III. 12.) Korm. rendelet, amely meghatározta a kormányzati stratégiai dokumentumok kötelező formai és tartalmi elemeit. A Semmelweis Tervben foglaltakat figyelembe véve, *a kormányzati stratégiai dokumentumok felülvizsgálatával kapcsolatos feladatokról* szóló 1657/2012. (XII.20.) Korm. határozat 12. pontja ugyanakkor – más ágazati stratégiák körében - az emberi erőforrások minisztere felelősségi körében elrendelte az egészségügy fejlesztési stratégiájának kidolgozását és Kormány elé terjesztését.

3. Az Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív Program (EFOP) ex-ante kritériumainak teljesítéséhez – szintén más ágazati stratégiák között - szükséges a Kormány által elfogadott egészségügyi ágazati stratégia.

Jelen ágazati stratégia a Semmelweis Terv által felvetett és aktualizált beavatkozási területekre fókuszálva jött létre a célból, hogy végrehajtsa a terv koncepcionális célkitűzéseit, melyek végrehajtására eddig nem, vagy nem teljes mértékben került sor, megerősítve és kiterjesztve a dokumentum által megfogalmazott népegészségügyi célokat.

1.2. Tervezési kontextus meghatározása: tervezési módszertan bemutatása, lehatárolás más határterületektől, szükséges definíciók megadása

A dokumentum tervezése és megalapozása több, független szakértői csoport és az ágazatirányításban aktív szerepet játszó szakmai műhely munkájára támaszkodik. Ezek a független szakértői, belső szakmai csoportok párhuzamosan dolgoztak a Semmelweis Tervben megfogalmazott célok teljesítésének, a 2010-2013 közötti időszakban megvalósított elképzelések, stratégiai célkitűzések értékelésén. Elemezték az ágazat kulcsindikátorait a nemzetközi adatok tükrében, feldolgozták a vonatkozó nemzetközi irodalmat, programokat, majd ezek alapján az elvégzett helyzetértékelésre támaszkodva alakították ki a kulcs stratégiai koncepciókat és akció terveket. A folyamat kialakítása a **Magyar Zoltán Közigazgatás-fejlesztési Program** módszertani javaslataira építve a kormányzati stratégia tervezés általánosan elterjedt metódus követésével történt.

A helyzetértékelés a Semmelweis Terv koncepcionális keretrendszerének megvalósulását elemzi, valamint nemzetközi összefüggésekben vizsgálja a magyar egészségügy állapotát, bemutatja a stratégiai szempontból fontos fejlesztendő területeket, mérlegelendő szempontokat:

- Semmelweis Terv prioritásainak megvalósítása a 2013 –ig terjedő időszakban,
- 2007 – 2013 Uniós programok tapasztalatai és eredményei,
- ágazati kulcsindikátorok vizsgálata a nemzetközi mutatók tükrében,
- az ellátórendszer elemzése,
- horizontális, az ágazat egészét befolyásoló területek rendszerszemléletű áttekintése
 - humán erőforrás helyzet értékelése,
 - a nemzetközi mutatók következtetései alapján az egészségi állapot egyenlőtlenségének vizsgálata, népegészségügyi elemzés,

- o infrastruktúra energia-felhasználás helyzete, szükségletek,
- gazdasági mutatók vizsgálata,
- A hosszú távú stratégiai célkitűzések alapján kialakult stratégiai prioritásokhoz igazítva jöttek létre azok a részstratégiák, melyek a 2014-20 tervezési időszak stratégiai tervét teljessé tették.
- Az Egészséges Magyarország stratégiát 2014-ben aktualizálták a népegészségügyi fókuszú, fenntartható nemzeti egészségügyi ellátórendszer kialakításának célrendszere alapján.

1.3. Időhorizont meghatározása

Jelen stratégia a 2014-2020/2022 időszakot kívánja felölelni, tekintettel arra, hogy jelentős mértékben kapcsolódik az EU makroszintű átfogó és szakpolitikai stratégiáihoz, valamint forrásteremtési lehetőségeihez.

2014-2020 között el kell indítani azokat a beavatkozási folyamatokat, amelyekkel a feltárt problémák megoldásához vagy kezeléséhez szükséges eredményeket és hatásokat ütemezetten el lehet érni. Első ütemben 2016-ig, majd a második ütemben a ciklus végéig, azaz 2017-2020 között megvalósítandó eredményekre lehet koncentrálni.

1.4. A stratégia által tárgyalt szakmai területek meghatározása, lehatárolása

1.4.1. Jelen stratégia az egészségügyi ágazatnak a Semmelweis Terv elemzésén alapuló és a hazai társadalmi-gazdasági folyamatok fényében kialakított célkitűzéseit és prioritásait kívánja lefedni. Ezen célok meghatározása során figyelemmel kell lenni mindazon indikátorokból, mutatókból és adatokból levonható következtetésekre, amelyek a hazai egészségügyi ellátórendszer jellemzőivel, struktúrájával, illetve a lakosság egészségi állapotára gyakorolt hatásaival vannak összefüggésben. A népegészségügyi célok csak más ágazatokkal együttműködésben valósíthatók meg. A dokumentumban megfogalmazott ágazati célkitűzések hatással lehetnek más ágazatok folyamataira is: a TB rendszerek finanszírozása, a foglalkoztatás érintése a közösségi ellátás koncepciójával kapcsolódnak az oktatás, a szociális ellátás és a társadalmi felzárkóztatás területeihez.

1.4.2. Nem tartalmaz részletes elemzéseket a felsőoktatás, a köznevelés, a sport, a szociális terület és társadalmi felzárkóztatás területén tett, az egészségügyet is érintő intézkedésekről, a helyzetelemzésben és a célok meghatározásában viszont épít a makrogazdasági és demográfiai adatokra, felhasználja a rendelkezésre álló prognózisokat.

2. A stratégia megalapozása: helyzetértékelés

2.1. A helyzetértékelés módszertanának, információbázisának bemutatása

2.1.1. A lakosság egészségi állapotával valamint az egészségügy eredményességével és hatékonyságával kapcsolatos helyzetértékelés a nemzetközi adatok és a hazai statisztikai források felhasználásával történt. A stratégia adatelemzést tartalmazó része az - EU-s forrásfelhasználást előre meghatározott feltételek (ex-ante kondicionalitások) teljesítéséhez kötő - uniós célkitűzéseket figyelembe véve készült el. A statisztikai adatok körének kiválasztása mindehhez oly módon járul hozzá, hogy a közös európai egészségügyi indikátorok (European Core Health Indicators, ECHI) listáját alapul véve azonosítja, hogy mely indikátorok alkalmazhatóak a tervezett hazai EU-s forrásból történő fejlesztések monitoring rendszerében. A rendszer társadalmi-gazdasági változókra, a lakosság egészségi állapotára, az egészségi állapotot befolyásoló, egészség-magatartást leíró determinánsokra, az egészségügyi szolgáltatásokra és az egészségfejlesztésre vonatkozó indikátor kategóriákból áll össze. Az ECHI alapvetően egy népegészségügyi orientációjú indikátorrendszer: az összesen 88 indikátorból (amelyekről több esetben alábontások is rendelkezésre állnak, így összességében több részindikátorról beszélhetünk) kb. 20 vonatkozik az egészségügyi ellátórendszer népegészségügyi rendszeren túli működési szintjeinek (pl. alapellátás, kórházi ellátás) leírására. Néhány esetben ezért az EUROSTAT, valamint a WHO Health for All, (WHO-HFA) illetve az OECD Health Data (OECD-HD) adatbázisokból is választunk indikátort, illetve az e-egészségügy esetében szakirodalmi forrásokra, továbbá hazai (KSH, OEP és GYEMSZI) adatokra is támaszkodtunk. A stratégiában a hazánkban 2014-2020 között – a helyzetelemzés során feltárt szükségletekhez igazodó - tervezett fejlesztések monitorozása szempontjából kiemelt fontosságú mutatók kerültek kiválasztásra.

2.1.2. Az adat- és indikátorkör véglegesítése során támaszkodtunk a Bellresearch Kutatási és Tanácsadó Kft. és Hétfa Kutatóintézet Kft., „Egészségügy” Zárójelentésben („A 2014-2020-as programozási időszak fejlesztési támogatásainak felhasználását megalapozó egészségügyi stratégia elkészítéséhez ágazati makro elemzés elvégzése” című tanulmányában) megfogalmazott szakértői javaslatokra (készült: ÁROP-1.1.19/2012-2012-0005 projekt keretében, Budapest, 2013. augusztus 31., továbbiakban: Bellresearch-Hétfa Zárójelentés).

2.1.3. Az Európai Unió intézményei (Európai Tanács, Európai Parlament és Európai Bizottság), valamint a WHO és az OECD által megfogalmazott - az ellátórendszer szereplőinek, szintjeinek, funkcióinak újragondolására (integrált megközelítési mód, 4P, szubszidiaritás) vonatkozó - javaslatokat is figyelembe vettük.

2.2. A Semmelweis Terv megvalósítása

2.2.1. A Semmelweis terv prioritásai és azok teljesülése

Prioritás	Teljesülés
<p>Az ágazat rövid-, és hosszú-távú pénzügyi, gazdasági és szervezeti konszolidációját lehetővé tevő forrásjuttatás és a rendelkezésre álló fejlesztési források új prioritások mentén történő átcsoportosítása</p>	<p>A rendelkezésre álló források prioritások mentén zajló átcsoportosítása részben megvalósult. A gyógyszer finanszírozás átgondolt és sikeres, eredményes racionalizálása nyomán felszabaduló eszközök átcsoportosításra kerültek. A népegészségügyi termékadó rendszerének kialakítása az elmúlt három évben 55 Mrd Ft forrásbevonást eredményezett, melyet az ágazat bérfejlesztésére fordítottunk. Az Európai Unió és a nemzeti költségvetés forrásainak felhasználásával több, mint 400 Mrd Ft értékű beruházás, fejlesztés van jelenleg folyamatban. A működésre fordítható források felhasználásának optimalizálása jelenleg is zajlik.</p> <p>2015. január 1-jétől lépett hatályba a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 9/B. §-a, melyre a közfinanszírozott és a magánszolgáltatás keretében nyújtott egészségügyi ellátások egymástól való elkülönítése érdekében volt szükség. Fenti változás következtében immár jogszabály rögzíti, hogy finanszírozási szerződéssel rendelkező egészségügyi szolgáltató a kötelező egészségbiztosítás keretében az Egészségbiztosítási Alap terhére igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásért – ide nem értve az Ebtv. 23. § szerinti részleges térítési díjat és az Ebtv. 23/A. § szerinti kiegészítő térítési díjat – a biztosítottól nem kérhet térítési díjat.</p>
<p>A nagyobb állami felelősségvállalást jelentő, az intézmények közötti együttműködést, a struktúraátalakítást és a betegút-szervezést (BÚSz) támogató, új állami egészségügyi szervezési intézményrendszer kialakítása, és ennek segítségével a szükséges strukturális átalakítások megvalósítása</p>	<p>Az állami szerepvállalás erősítéséhez egy többlépcsős - 2011-2013-ban végbement - jogalkotási és végrehajtási folyamat vezetett. Ennek első lépéseként került sor a szakellátási felelősségi rendszer újragondolására, az állam és a megyei, fővárosi, települési önkormányzatok egészségügyi feladatainak újraszabályozására. A felelősségi rendszer átalakítása mellett folyamatosan zajlott a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó önkormányzati intézmények állam általi átvétele.</p> <p>A főváros és vonzáskörzete egészségügyi ellátásának átalakítása keretében a budapesti sürgősségi centrumok rendszerének kialakítása megkezdődött. Megvalósult a Honvédkórház egységes sürgősségi, illetve tervezett ellátást végző hálózatba történő integrálása. Létrejött az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet, a megszüntetett OPNI funkcióinak ellátása érdekében.</p> <p>Létrejött a módszertani és fenntartói működtetés komplex intézménye. Kialakultak a tényleges beteg-utak rendszeréhez igazodó térség-határok. A központi intézmény szervezetén belül kialakultak a térségi igazgatóságok, melyek az ellátásszervezés szintjét közelebb viszik a területi ellátási problémákhoz. Ezek megerősítése, fejlesztése az elkövetkező időszak egyik legfontosabb feladata.</p>
<p>A struktúraátalakítás keretében az egészségügyi és a szociális ágazatban tervezett fejlesztések összehangolása, az alapellátás és a járóbeteg-szakellátás megerősítésének illetve</p>	<p>Koncepcionális viták lezajlottak, alapellátás és járóbeteg-ellátás megerősítésére, kompetenciáinak emelésére konkrét stratégiai koncepció született, mely része jelen anyagnak is.</p>

kompetenciák tisztázása, valamint a sürgősségi ellátás újjászervezése	
<p>A népegészségügyi program megújítása és az egészségügyi ellátórendszerhez, valamint az egészségügyi ellátórendszer népegészségügyi szempontokhoz való hatékony illesztése</p>	<p>Az új Népegészségügyi Program megalkotása jelen stratégiával összhangban van és előkészítés alatt áll. Cél, hogy minden, az ellátórendszerben történő változtatást népegészségügyi kontrollnak kell alávetni. Nagyon komoly eredmény a nem fertőző, krónikus betegségek megelőzése terén a dohányzás zárt térbeli korlátozása, a lakossági transz-szirsav bevitel korlátozását, valamint nyomon követését szolgáló jogszabály megalkotása, a népegészségügyi termékadó bevezetése és a gyakorlati alkalmazása során szerzett tapasztalatoknak megfelelő módosításai, az egészséges ivóvíz biztosítására tett eddigi intézkedések. A fertőző betegségek elleni védekezés terén jelentős eredmény a kötelező védőoltási rend fenntartása és további kiterjesztése, a tbc szűrési rend megváltoztatása, a kezeléssel való együttműködés garanciáját adó jogszabályi háttér megteremtése, valamint a nosocomiális betegségek megelőzése terén a fertőző betegségek felügyeleti rendszerének megerősítését szolgáló jogszabály-módosítások. Az alapellátás prevenciók kapacitásainak javítására új programok indultak (Alapellátás-fejlesztési Modellprogram, Egészségfejlesztési Irodák) Elindult a védőnői méhnyak-szűrés országos kiterjesztése. 2014. év szeptemberétől az iskolákban Human papilloma vírus (HPV) elleni védőoltás zajlik a 12-13 éves leányok körében (szülői jóváhagyással). Az átoltottságuk mértéke jelenleg 80%. Létrejött az Egészségkommunikációs Központ és az Országos Dohányzás Leszokást Támogató Módszertani Központ. A tüdőgondozókban elindult az egyéni, valamint csoportos dohányzásról leszokás támogatás. Ezen kívül bevonásra kerültek a gyógyszerészek az egészségfejlesztési tevékenységekbe.</p> <p>Az Országgyűlés 2011. április 26-i ülésén döntött a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvény módosításáról, melynek értelmében 2012. január 1-jétől fő szabály szerint tilos a közforgalmú zárt légterű helyeken, közösségi terekben a dohányzás. 2013. január 1-jétől a dohánytermékek túlnyomó része (kivétel: tüsszentésre szolgáló dohánytermékek, „burnót”) csak képekkel és illusztrációkkal kombinált egészségvédelmi figyelmeztetésekkel ellátott csomagolással hozható forgalomba. A módosításokhoz kapcsolódó végrehajtási rendelet a dohánytermékek előállításáról, forgalomba hozataláról és ellenőrzéséről, a kombinált figyelmeztetésekről, valamint az egészségvédelmi bírság alkalmazásának részletes szabályairól szóló 39/2013. (II. 14.) Korm. rendelet. A dohányzási korlátozással érintett, valamint a dohányzásra kijelölt helyeket, helyiségeket, valamint közterületeket 2014. március 1-jétől egységes, meghatározott tartalmú és formájú felirat és jelzés alkalmazásával szembeűnő módon kell megjelölni.</p> <p>A lakossági célzott szűrővizsgálatokra és a népegészségügyi szűrővizsgálatokra az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény (Egészségügyi adatkezelési törvény, Eüak.) 16/A §-a vonatkozik, amely eddig a már elvégzett szűrővizsgálatok eredményeinek értékelése és monitorozása kapcsán tartalmazott adatkezelési felhatalmazást. Gyakorlatban felmerült igény, hogy a szűrési tevékenység előkészítése érdekében is sor kerülhessen a szükséges adatok kezelésére. Annak érdekében, hogy a védőnő eleget tehessen a lakossági célzott szűrővizsgálatok szervezésével kapcsolatos kötelezettségének, rendelkeznie kell adatkezelési jogosultsággal. Erre tekintettel módosult az Eüak. a szűrővizsgálat szervezése érdekében történő adatkezelési felhatalmazással.</p>

	<p>A 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet módosítása által 2013-ban megtörtént a népegészségügyi célú szervezett védőnői méhnyakszűrés jogszabályban történő rögzítése (2015. októbertől lép hatályba).</p> <p>Az Egészségügyi gondozás és prevenció alapképzési szak – védőnői képzés kiegészítéseként a méhnyak szűrésre vonatkozó képzési és kimeneti követelmények bekerültek a 15/2006. (IV. 3.) OM rendeletbe, amelyek mentén a képzőintézmények már módosították a képzési kerettantervüket és a képzési programjaikat (2014. 06. 01. hatállyal).</p> <p>Széleskörű szakmai és társadalmi egyeztetést követően 2015. január 1-jén hatályba lépett a <i>közétkeztetésre vonatkozó táplálkozás-egészségügyi előírásokról</i> szóló 37/2014. (IV. 30.) EMMI rendelet, melynek rendelkezéseit 2015. szeptember 1-jétől kell alkalmazni. A rendelet megalkotásának célja a közétkeztetés egészségessé tétele, azaz a közétkeztetés keretében szolgáltatott élelmiszerekre vonatkozó táplálkozás-egészségügyi előírások jogszabályban történő meghatározása volt, amellyel a táplálkozási eredetű betegségek, kiemelten a gyermek- és serdülőkori elhízás, valamint az ezzel kapcsolatos krónikus betegségek előfordulásának csökkentése válik lehetővé.</p> <p>A szív-érrendszeri betegségek prevenciójának elemeként megalkotásra került az <i>élelmiszerekben lévő transz-zsírsavak megengedhető legnagyobb mennyiségéről, a transz-zsírav tartalmú élelmiszerek forgalmazásának feltételeiről és hatósági ellenőrzéséről, valamint a lakosság transz-zsírav bevitelének nyomon követésére vonatkozó szabályokról</i> szóló 71/2013. (XI. 20.) EMMI rendelet.</p> <p>A jogszabály megalkotásának célja a táplálkozással is összefüggő szív-érrendszeri betegségek (ischaemiás szívbetegségek, stroke), valamint a daganatos betegségek megelőzése érdekében az élelmiszerekben táplálkozási kockázatot jelentő mesterséges (ipari eredetű, a technológia során képződő) transz-zsírsavak csökkentése, illetve megszüntetése.</p>
<p>A betegek jogainak hatékonyabb érvényesítése és a nemkívánatos események, műhibák megelőzése, számuk minél alacsonyabbra szorítása, korai felismerése, illetve az ezekkel kapcsolatos károk ellentételezését és a rendszerszint minőségjavulást lehetővé tevő új intézményrendszer kialakítása</p>	<p>2011-ben fogadta el a Kabinet a Minőségügyi és Betegbiztonsági Stratégiát (MIBES 2011) (EU elvárás), amely önálló pontokban fogalmazza meg a betegbiztonság fejlesztését, az egészségügyi szolgáltatók szervezeti, valamint a szakmai tevékenység fejlesztését és a betegellátás koordinációjának javítását. A MIBES céljainak támogatására a következő akciótervek valósultak már meg, vagy vannak megvalósítási folyamatban:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. nemkívánatos események jelentési és tanuló rendszerének működtetése a WHO ajánlásai mentén (EU elvárás) (NEVES program) (www.nevesforum.hu), cél a nemkívánatos események mögötti okok megismerése és a mögöttes működési gyengeségek feltárása és kezelése 2. betegbiztonság oktatási programjának kialakítása gyakorló szakemberek számára (EU elvárás) – szabadon elérhető e-learning képzési program működik (www.nevesforum.hu) 3. a súlyos nemkívánatos események utáni teendők irányelve a betegek és hozzátartozóik, illetve az ellátók támogatására (NEKED) (www.nevesforum.hu) 4. elindult az egészségügyi szolgáltatók akkreditációs rendszerének kidolgozása, amelyben a készülő működési standardok a betegbiztonságot célozzák (TÁMOP 6.2.5/A) 5. a szakmai munka fejlesztését célozza a szakmai irányelvek fejlesztési módszertanának és szakmai tartalmának meghatározása (18/2013. (III. 5.) EMMI rendelet) 6. létrejött a minőségügyi szakfőorvosi és szakterületi vezetői rendszer, a működés célja a szakmai munka minőségének fejlesztése, a

	<p>betegbiztonság javítása és támogatása (33/2013. (V. 10.) EMMI rendelet)</p> <p>7. oktatási programsorozat zajlott betegbiztonsági témakörben a GYEMSZI valamennyi intézménye számára szakdolgozók részvételével</p> <p>8. a rezidensképzés szakmai tematikájába önálló pontként bekerült a betegbiztonsági témakör</p> <p>9. a legjobb betegbiztonsági gyakorlatok megismerését és megvalósítását célzó EU Patient Safety and Quality Joint Action project aktív résztvevőiként nemzetközi kapcsolatokat építünk és a megismert gyakorlatokat hazai kórházakban teszteljük (PaSQ Joint Action) és később terjesztjük az akkreditációs standardokon keresztül</p> <p>10. a nyilvános várólisták elősegítik a betegjogok és esélyegyenlőség érvényesülését</p> <p>11. elkészült és tesztelés alatt áll egy standardizált betegelégedettségi vizsgálat</p> <p>2012. szeptember 1-jével jött létre az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ. A létrejött intézmény kialakította a betegjogok, az egészségügyi, a szociális, valamint a gyermekvédelmi-gyermekjóléti területen működő jogvédelmi feladatok integrációját.</p> <p>Az OBDK feladatai öt fő cél köré szerveződtek, melyek a következők:</p> <ul style="list-style-type: none"> - konkrét jogvédelmi feladatok ellátása az egészségügyi-, a szociális- és a gyermekvédelmi-gyermekjóléti ellátások területén, - jogvédelmi képviseleti munka szakmai-módszertani háttérének kidolgozása, - jogvédelmi képviselői munka adminisztratív háttérének biztosítása, - határon átnyúló betegjogok érvényesítésével összefüggő egyes feladatok ellátása, végül - az egészségügyi dokumentáció kezelésével összefüggő szakmafejlesztési feladatok ellátása.
<p>Az egészségügyi dolgozók számára reális és kiszámítható perspektívát jelentő, az egyes homogén foglalkozási csoportokra kidolgozott egészségügyi életpályamodellek a szakképzési rendszer átalakítása</p>	<p>2012-ben és 2013-ban több mint 90 ezer egészségügyi dolgozó béremelésben részesült. A rezidensek helyzetének javítására több intézkedés (egyszerűbb belépés a képzésbe, hiányszakmák támogatás, ösztöndíj-program) irányult, ennek eredményeként a fiatal orvosok körében 2012-ben először csökkent az orvos-elvándorlás. A szakorvosképzés részletes követelményei átdolgozásra kerültek, a szakképzési rendszer átalakítása az új Országos Képzési Jegyzék bevezetésével megtörtént. Az orvosok és az egészségügyi szakdolgozók számára egy kötelező továbbképzés államilag támogatottá vált. A humán erőforrás monitoring rendszer kiépítése folyamatban van.</p> <p>A szakorvos képzés új koncepciójának szabályai felmenő rendszerben 2015. július 1-jétől kerülnek alkalmazásra. A részletes szabályokat Kormányrendelet és miniszteri rendelet tartalmazza majd, amelyek jelenleg előkészítés alatt állnak.</p> <p>A koncepció legfontosabb eleme, hogy az államilag támogatott szakképzés központosított rendszerben kerül megszervezésre, a szakorvos képzésért felelős egészségügyi államigazgatási szervként az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal (a továbbiakban: EEKH) kerül kijelölésre. Az EEKH a támogatott szakképzésben részt vevő rezidenseket közalkalmazotti jogviszony keretében foglalkoztatja, azzal, hogy felettük csak az alapvető munkáltatói jogköröket gyakorolja majd, míg a rezidens beosztására az elsődleges képzőhelyként kijelölt egészségügyi szolgáltató</p>

	<p>jogosult. Ily módon valamennyi rezidens illetménye (és annak jogszabály szerinti járuléka) központi költségvetési forrásból kerül biztosításra, a képzés és az annak részét képező munkavégzés azonban a gyakorlatban az egészségügyi szolgáltatóknál történik. A képzés szakmai irányítása a korábbi rendszerhez hasonlóan az egyetemek hatáskörében marad. Az elsődleges képzőhelynek vállalnia kell a képzés leteltét követően a szakvizsgázott rezidens foglalkoztatását legalább annyi időre, mint amennyi ideig a jelölt a képzését ott töltötte.</p> <p>A koncepció a rezidensek mellett nagy hangsúlyt fektet a rezidenseket a képzés során segítő, oktató tutorok szerepére, díjazására, a tutori rendszer működtetésének minőségbiztosítására.</p> <p>A szakorvos képzésbe lépés keretszámok alapján kerül meghatározásra, a keretszámok megyénként és szakterületenként a humán erőforrás-szükséglethez igazítottan kerülnek kialakításra. A koncepció másik érdemi eleme, hogy a 2011 óta sikeresen működő szakorvos jelölti ösztöndíj rendszer az ún. Rezidens Támogatási Program ösztöndíjai 2015. július 1-jétől jogszabályi szinten rögzítésre kerülnek.</p>
<p>Az ágazati informatika újragondolásának, új alapokra helyezésének (adatstruktúrák átalakítása, közhiteles nyilvántartások megújítása, egységes kezelése, adatok elérhetővé tétele) és rendszerszintű fejlesztése</p>	<p>Az e-Egészség programok kivitelezése összehangoltan zajlik. A legfontosabb fejlesztések egy átfogó elektronikus egészségügyi platform (EESZT) létrehozása, és arra épülően a közhiteles adatbázis megteremtése, az intézményközi információáramlás megteremtése, az elektronikus recept és az elektronikus beutaló lehetővé tétele, továbbá az ágazati elemző és döntéshozatal támogató adatközpont létrehozatala, a védőnői tevékenységek népegészségügyi integrációját lehetővé tevő IKT és szemléletbeli fejlesztése, a sürgősségi ellátás IKT fejlesztése, a szakképzés rendszerének fejlesztése és a humán erőforrás monitoring kiépítése.</p>
<p>A gyógyszerpolitikában új prioritások kijelölése, a hatékonyság növelése, a befogadási rendszer transzparenciájának és rugalmasságának javítása, a gyógyszerbiztonság növelése és a gyógyszertárak egészségügyi ellátói szerepének visszaállítása, erősítése</p>	<p>A Kormányzat 2011. január 1-től a gyógyszerárak létesítést és működtetést szükséglet alapúvá tette. 2011. január 1-jével új gyógyszerárakat csak gyógyszerész többségi tulajdonnal lehet alapítani. A már meglévő gyógyszerárláncok nem növekedhetnek, illetve maximum négy gyógyszerár tartozhat azonos tulajdonosi körbe. A gyógyszerár tulajdonlásból az off-shore cégek kizárása 2011. május 1-jével megtörtént. 2014. január 1-jétől a gyógyszerészi tulajdonnak meg kell haladnia a 25%-ot, 2017. január 1-jétől az 50%-ot. További elem, hogy a 2014. január 1-től bevezetett szindikálás tilalma a valós gyógyszerészi tulajdont segíti elő. A gyógyszerészi tulajdonosi programot támogatja a patikaalap. Ezen államilag támogatott konstrukció a Patika Hitelprogramon, illetve a Patika Tőkeprogramon keresztül valósul meg.</p> <p>Új gyógyszerárak létesítése meghatározott demográfiai és geográfiai feltételekhez kötött. A helyi önkormányzat kezdeményezésére, illetve hivatalból országos pályázat kerül kiírásra az OTH által, amely során a lakosság számára az ellátás színvonalát emelő objektív szempontok alapján születik döntés.</p> <p>Számos intézkedés történt, mely a gyógyszer és betegbiztonság javítását, a vidéki folyamatos gyógyszerellátás biztosítását segítette elő. Ilyenek voltak a kisforgalmú, egy települést egyedül ellátó gyógyszertárak részére nyújtott működési célú támogatás kiszélesítése évi 700 M Ft-ra. A kedvezőbb árú gyógyszer-helyettesítést ösztönző generikus kompenzáció (évi 3,6 Mrd Ft), illetve az alapszintű gyógyszerészi gondozást támogató</p>

	<p>gyógyszertári szolgáltatási díj elindítása (évi 4,5 Mrd Ft).</p> <p>A „Szervezeti hatékonyság fejlesztése a struktúraváltásban érintett intézményeknél - Egységes külső felülvizsgálati rendszer kialakítása a járó- és fekvőbeteg szakellátásban, valamint a gyógyszertári ellátásban” című TÁMOP 6.2.5/A kiemelt projekt keretében sor került a közvetlen lakossági gyógyszerellátás standardjainak, illetve 16 gyógyszerészi gondozási irányelvnek a kialakítására.</p> <p>A kórházi gyógyszerellátásban a Kormányzat megszüntette a kiszervezett, pénzügyi befektetők által működtetett gyógyszerellátást, elindította az egységes országos gyógyszer-közbeszerzési rendszert, melynek első eredményes eljárásai közel 3 Mrd Ft megtakarítást jelentettek a Kórházaknak. Továbbá kialakította az egységes kórházi gyógyszerfelhasználás adatgyűjtési rendszerét.</p> <p>A gyógyszer-támogatási rendszer hatékonyságának javításának köszönhetően megteremtődött a gyógyszertámogatások rövid-középtávú egyensúlya. A rendelkezésre álló források hatékonyabb felhasználását biztosító bevételi és kiadási oldalt érintő intézkedések véghezvitele valósult meg, oly módon, hogy a gyógyszerellátás folyamatossága és a betegek szakmailag elvárt szintű gyógyszerekhez való hozzáférése zavartalanul biztosítható volt. Így a gyógyszerkiadásokat úgy sikerült jelentős mértékben csökkenteni (közel 100 Mrd Ft-tal), hogy 2011-2013 között a lakossági terhek 10 Mrd Ft-tal mérséklődtek a közfinanszírozott gyógyszerek vonatkozásában. 2014-ben további, közel 2 Mrd Ft-os térítési díj csökkenés várható. Mindezek mellett a gyógyszerellátás hozzáférhetősége is bővült, hiszen 2014 során 12 új, jelentős terápiás előrelépést biztosító készítmény befogadása valósult meg.</p>
<p>A gazdasági fejlődés szempontjából is kitörési pontot jelenít meg az egészségügyi fejlesztés, az egészségügyi képzésbe, illetve az egészségiparba történő beruházások rendszerszerű támogatása</p>	<p>Ezen a téren szükséges további stratégiai célok meghatározása, a vizsgált időszakban elsősorban intézményi szintű projektek és fejlesztések valósultak meg, melyek tapasztalatainak felhasználásával alakítható ki egységes ágazati szintű stratégia. Ezen programok összehangolása és a közös logisztikai, kommunikációs és jogszabályi alapok megteremtése folyamatban van.</p>

2.2.2. A Semmelweis terv prioritásaihoz igazodó stratégiai fontosságú területek

- az alapellátás és járóbeteg-szakellátás megerősítése, a humán erőforrás veszélyek kezelése, a kompetenciaszint növelése, a kapuőri rendszert biztosító finanszírozási és motivációs rendszer kiépítése,
- a népegészségügy fejlesztése,

- az állami tulajdon biztosította szakmai és gazdasági standardizálási lehetőségek maximális kiaknázása a hatékonyságnövelés és ellátás minőségnyövelés érdekében,
- a meglévö források kihasználásának optimalizálása a betegút szervezés az alapellátás szerepének növelése, a finanszírozási módszertanfejlesztése, a magán források strukturálásán és a kapacitástervezésen keresztül,
- az egészségturizmus összehangolt kihasználása, jogszabályi formák kialakítása, lehetőségek optimalizálása az ellátórendszer számára,
- az egészségbeli egyenlötlen ségek csökkentése, az állampolgári felelősség érvényesítésének megteremtése az egészségfejlesztés folyamatában,
- az ágazati informatikai fejlesztések kiaknázása az egészségügyi adatok komplex kezelése, és a hatékonyság növelést biztosító szabályozott átláthatóság megteremtése, a telehealth és telecare módszerekben rejlő minőség és hatékonyság növelési lehetőségek kiaknázása.

2.3. A 2007-2013 évek közötti uniós fejlesztések eredményei és tapasztalatai

A 2007-2013 közötti időszak alapvető célkitűzése az egészségügy infrastrukturális hátterének megerősítése és strukturális átalakítása, valamint a népegészségügyi rendszer revitalizációja, alkalmassá tétele arra, hogy a napjaink legfontosabb népegészségügyi kihívásainak adekvát válaszokat tudjon adni európai uniós támogatások hatékony felhasználásával.

Az egészségügy infrastrukturális fejlesztései területileg döntően a vidéki, nagy részben hátrányos helyzetű területekre koncentrálódnak, kiegyenlítve a meglévő területi egyenlőtlenségeket az ellátó rendszerben.

Ezek a fejlesztések az ellátást az alacsonyabb ellátási szintek felé tolták el (járóbeteg fejlesztések), illetve az átlagnál nagyobb arányban kerültek támogatásra a rosszabb egészségi állapotú lakosok lakta kistérségek. Az alapellátás esetén lakosság közeli, integrált szolgáltatásnyújtás a cél. Miként az a „**Magyarország Partnerségi Megállapodása a 2014–2020-as fejlesztési időszakra**” c. dokumentumban szerepel, a 2007-2013-as fejlesztésekkel az ellátás-szervezési struktúraváltás már megindult, ez érzékelhető abban is, hogy 2012. május óta az ehhez köthető kifizetések és lekötések jelentősen felgyorsultak. (http://ec.europa.eu/hungary/news/2014/20140904_hu.htm)

2014-től előtérbe került a minőség- és hatékonyságfejlesztés, a humán erőforrás minőségi és mennyiségi fejlesztése, továbbá az egészségügyi ellátórendszer prevenció fókuszú áthangolása, az egészségfejlesztés és betegségmegelőzés.

A fejlesztési beavatkozásokat négy átfogó terület köré lehet csoportosítani: az egészségügyi ellátórendszer hatékonyságának növelése a struktúra átalakításának támogatásával, e-egészségügy, az emberi erőforrások fejlesztése, és népegészségügyi fejlesztések.

Az *ellátórendszer hatékonyságának növelését* (a rendszerszintű struktúraátalakítást és az intézményi működést) az alábbi fejlesztési beavatkozások szolgálták, illetve szolgálják:

- *Alapellátás*: az alapellátás keretében elsősorban a házi orvosok kapuőri szerepének növelése, preventív szolgáltatásaiknak fejlesztése, a házi orvosok által nyújtott definitív ellátások arányának a növelése jelennek meg célként.
- *Járóbeteg-szakellátás (egynapos ellátással együtt)*: a járóbeteg-szakellátás a folyó finanszírozási arányához (19,0%) képest több fejlesztési forráshoz jutott (27,5%), világosan megjelenítve az erre vonatkozó prioritást.
- *Aktív fekvőbeteg-ellátás koncentrálása, az intézményrendszeren belüli specializáció növelése (pl. a magas progresszivitási szintű ellátások kisebb számú intézménybe való koncentrálásával), a struktúraváltás támogatása*: 2012-től – amellett, hogy a korábban már támogatást elnyert projektek megvalósítása és a kifizetések üteme felgyorsult -, még hangsúlyosabban jelennek meg az intézményrendszer egészének a szintjén értelmezhető

hatékonyságjavító fejlesztések támogatása (pl. intézményi funkcióváltás, párhuzamos kapacitások megszüntetése, ennek keretében pavilonok kiváltása, központi műtőblokk, korszerű digitális diagnosztikai eszközök). Ezek hatása csak a progresszivitási szintek betegeket is átrajzoló megváltoztatásának a kontextusában és csak a beruházások elkészülte és működésbe lépése után lesz értékelhető. Az egészségpólusok és az onkológiai centrumok fejlesztése szintén a magas szintű ellátások koncentrálódását segítheti, de ennek szükséges feltétele a betegút-szervezés, illetve az alacsonyabb progresszivitási szintű intézmények által nyújtott ellátások körének szükséglet alapú további optimalizálása, a 2007-2013-as fejlesztési időszakban elindult struktúra-váltást, funkcionális integrációt támogató intézkedések továbbvitele.

- *Rehabilitációs ellátás fejlesztése:* A 2007-es kórházi struktúraátalakítás jelentős számú krónikus és rehabilitációs ágyat hozott létre az aktív ágyak helyett, a rehabilitációs ellátás minőségi fejlesztése azonban elmaradt. Jelentős késés után ezeknek a fejlesztéseknek a végrehajtása is felgyorsult 2012-től.
- *Az egészségügyi ellátórendszer hatékonyságának javítása a rendszerirányítási funkció területi együttműködésre építő fejlesztésével:* A TÁMOP egyik legnagyobb, a 2014 utáni egészségügyi ágazati stratégia végrehajtását is megalapozó, sőt döntően befolyásoló projektjét jelentő fejlesztési beavatkozás előkészítése befejeződött, és a programozási időszak végéig valósul meg.
- *Az egészségügyi intézmények energia hatékonyságát javító projektek:* jó példa a fejlesztéspolitikai források legnagyobb hatékonyságot eredményező integrált felhasználására, mivel a projektek az egészségügy mellett fontos környezetvédelmi-energetikai célkitűzéseket is szolgálnak.
- *A rendszer és az intézményi szintű hatékonyság javításához járulnak hozzá mindazon egészségügyi projektek is,* amelyek a gazdaságfejlesztési ágazati és regionális, valamint transznacionális programok keretében – a társadalombiztosítás, illetve a központi költségvetés forrásait kiegészítő – jövedelemtermelő beruházások révén járultak hozzá az intézmények pénzügyi- és kapacitás-helyzetének, valamint eredményességének javításához.

Az egészségügyi fejlesztéseket területi szempontból vizsgálva megállapítható, hogy a kistérségi szinten mért egészségügyi szükségletet (elkerülhető halálozási indikátort) összevetve az adott kistérségek lakosságának ellátását végző szolgáltatókra jutó fejlesztési forrásokkal a következő megállapítások tehetők:

Az alapellátási fejlesztések esetében a kistérségek legrosszabb helyzetű 50%-ába irányult a fejlesztési források 79,2%-a, és ettől nem sokkal marad el a járóbeteg-szakellátási fejlesztések célzása (74,4%).

A fekvőbeteg-ellátás esetében is érzékelhető kisebb mértékű területi célzás: itt a források 56,5%-a jutott a kistérségek rosszabb helyzetű felének (ez a hatás alapvetően a KMR-ban megvalósítható fejlesztések korlátozottságának köszönhető).

Mivel a 2014-2020-as időszak egyik fontos egészségügyi célkitűzése az egészséggyenlőtlenségek csökkentése, a fejlesztések területi célzása még nagyobb szerephez fog jutni. Emellett azonban a KMR-ről szóló részben leírtakat is figyelembe véve a pest megyei és a budapesti – részben több régióra is kiterjedő és/vagy országos ellátási jelentőséggel is bíró – ellátó hálózat fejlesztésére is koncentrálni kell.

Az *e-egészségügyi fejlesztések* a programozási időszak végéig valósulnak meg, beleértve azokat a monitoring és tervezéstámogató eszközöket is, amelyek a megalapozottabb rendszertervezéshez lennének szükségesek. Mivel ez a jövőben is fontos fejlesztési irány marad, a tanulságok beépítése a következő időszak tervezési folyamatába alapvető fontosságú (egységes stratégia szükségessége, a koncepcionális kérdések korai eldöntése, stb).

Az ágazat *humán erőforrás-megtartási képességének* hiánya jelentős problémává nőtt az utóbbi évek során, amiben komoly szerepet játszik a nyugat-európai országok felé megvalósuló migráció. Az EU-s fejlesztések habár e területen is beavatkoztak (képzések támogatása, ehhez kapcsolódóan motivációs ösztöndíjak, foglalkoztatás támogatása hiányszakmákban), az erre fordított összegeket a jövőben emelni kell, annak ellenére, hogy az elmúlt két évben jelentős bérrendezés indult el. A fiatal orvosok megtartása kiemelt cél, ennek érdekében minden végzett orvos számára biztosítani kell az állami rezidens ösztöndíjat. Az e-egészségügyi fejlesztéseknél említett monitoring rendszer olyan eredmény lesz, amely az emberi erőforrás tervezéshez EU-támogatás felhasználás szükségességét is igazolja és hatékonyságát javítja.

A *népegészségügy* fontosságát stratégiai szinten mindig elismerte az egészségpolitika az elmúlt több mint egy évtizedben, azonban a források a szükségletekhez képest jellemzően korlátozottak maradtak, és csak az időszak második felében – a 2007-2013 programozási időszakban megnyíló számot tevő uniós forrással együtt – kezdenek közelíteni a szükséges mértékhez. 2010-től tervezett szakmai koncepció mentén elindult a hosszú távú, szisztematikus népegészségügyi cselekvés feltételrendszerének kialakítása, emellett pedig azonnali hatásos és költség-hatékony beavatkozások is megkezdődtek, melyeket tovább kell folytatni a 2014-2020-as időszakban is. Számos helyi népegészségügyi kapacitásfejlesztés elindult, amely jórészt biztosítani tudja a 2014-2020-as fejlesztések magas szakmai színvonalon történő megvalósítását. Ugyanezt erősítik a már elindult módszertani fejlesztések is, amelyek hatékonyabb forrásfelhasználást fognak eredményezni a jövőben. Azonban a kapacitásfejlesztést mind országos, mind pedig helyi szinten tovább kell folytatni, ki kell alakítani az egységes népegészségügyi szervezet struktúráját. Kidolgozásra kerül az új Népegészségügyi Program, mely a népegészségügyi stratégiai célok és az eléréséhez szükséges cselekvések és erőforrások kereteit fogja megadni.

Összességében megállapítható, hogy a 2007-13-as fejlesztési periódusban Magyarország a rendelkezésére álló fejlesztési forrásokból jelentős összeget fordít egészségügyi fejlesztések végrehajtására.

(Az egészségügyi ellátórendszer modernizációját, az újonnan létrejövő struktúra kialakítását, fejlesztését, illetve a lakosság egészségi állapotának javítását az Új Magyarország Fejlesztési Terv, valamint az Új Széchenyi Terv a 2007-2013. közötti időszakban összességében több mint 470 milliárd Ft-tal támogatja. Egészségügyre vonatkozó intézkedések alapvetően a Társadalmi Megújulás Operatív Programból (TÁMOP foglalkoztatási, oktatási, szociális és egészségügyi programok és fejlesztések, TÁMOP 6 prioritás kerete: 70,7 Mrd Ft) részesülhetnek támogatásban, míg a fizikai beruházásokat a Társadalmi Infrastruktúra Operatív Program (TIOP 2 prioritás kerete: 316 Mrd Ft), valamint a Regionális Operatív Programok (ROP-ok) támogatják.)

Az átlagnál nagyobb arányban részesültek uniós támogatásban a rosszabb egészségi állapotban lévő lakosok által lakott kistérségek, amelyek egyébként „normál helyzetben” az átlagnál kisebb arányban kerülnek az egészségügyi folyó finanszírozásból. „Mivel az egészségügyi beruházásokról okkal feltételezhető, hogy szükségesek, de nem elégségesek az egészségi állapot javulásához, a megvalósult fejlesztések nagy valószínűséggel képesek hozzájárulni az egészségügyenélőtlenségek csökkentéséhez is.”(HÉTFÁ jelentés)

Az infrastrukturális (főleg TIOP) támogatásban részesülő pályázók kb. 25%-ban jutottak TÁMOP forráshoz is. Ezt célszerű lenne bővíteni, mert az intézmények működési költségeinek igen magas hányadát – gyakran 80-90%-át - a humán kapacitás biztosítására fordított összegek teszik ki. Ezen költségek optimalizálhatók lennének a TÁMOP típusú támogatások eredményes felhasználásával, akár azonos teljesítmény melletti csökkenés, akár nagyobb teljesítmény melletti szinten tartás révén. A humán erőforrás jellegű felhasználás mellett a megelőzés-centrikus, lakosság közeli, integrált szolgáltatásnyújtásban is érdekeltté kell tenni nemcsak a járó-, hanem a fekvőbeteg ellátást végző intézményeket is. Ezt igazolja, hogy az TÁMOP-6.1.2/11/3, és TÁMOP 6.1.2/11/LHH/B kódszámú „Egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramok a kistérségekben, illetve a leghátrányosabb helyzetű kistérségekben” című pályázat eredményeképpen sok járóbeteg szakellátó és kórház juthatott támogatáshoz egészségfejlesztési iroda létrehozására, amit kifejezetten pozitív eredménynek lehet tekinteni. TÁMOP forrás felhasználásával jön létre az egészségügyi ágazati humán erőforrás monitoring rendszer, a rendszerhez kapcsolódó adattárház és az üres álláshelyek betöltését is segítő HR-portál. Az egészségügyi intézményeket képzést és foglalkoztatást támogató pályázatok segíthetik, a konstrukció keretében a ráépített szakképzésben résztvevők motivációs ösztöndíjban részesülhetnek.

A következő táblázat adatai és információtartalma alapján látható, hogy az egészségügyi kórházi ingatlanvagyon felújításához, átépítéséhez és bővítéséhez számot tevő mértékben hozzájárult, illetve hozzá fog járulni az uniós alapok felhasználása, ugyanakkor még jelentős további beruházásra lesz szükség:

2007-2013 fejlesztések utáni kórházi készültség		Konvergencia		
EÜ. Térség		KMR	Konvergencia	Végösszeg
01	Észak-Dunántúl		55,32	55,32
02	Dél-Dunántúl		53,62	53,62
03	Nyugat- Közép-Magyarország	68,75	57,14	63,33
04	Dél- Közép-Magyarország	73,33	94,50	78,63
05	Észak- Közép-Magyarország	72,22	70,75	71,53
06	Észak-Magyarország		73,13	73,13
07	Észak-Alföld		70,50	70,50
08	Dél-Alföld	100,00	58,59	62,63
Végösszeg		72,62	62,92	65,60

A készültségi fok az egyes egészségügyi térségekbe tartozó kórházak ellátási feladatai teljesítéséhez szükséges infrastrukturális és orvos-technikai feltételeknek való megfelelés szintjét mutatja, ahol:

- a kórházak feladatai a struktúra- és funkcióváltásnak, az újonnan kialakított progresszivitási szintek szerinti betegút-szervezési elveknek megfelelő kötelezettség alapján kerültek meghatározásra;
- a megfelelés szintje az adott feladat ellátásával szemben meghatározott 2030-ig elérendő általános követelményszint alapján került meghatározásra.

A szociális és az egészségügy határterületén működő krónikus intézményi férőhelyek kiváltása a közösségi ellátással a jelenlegi tervezési időszakban már elindult.

Budapest, illetve KMR speciális tapasztalatai:

A 2007-2013 közötti időszak tapasztalatai alapján elmondható, hogy Budapestnek és az egész Közép-magyarországi régióknak a 2014-2020 közötti időszakban is lehetőséget kell adni fejlesztésekre.

Ez nem a felzárkózási és esélyegyenlőségi célkitűzések elsődlegességének megkérdőjelezését jelenti, hanem egy valós, nem negligálható szükségletet. Budapest és a központi egészségügyi régiók betegmigrációját azért kell kiemelten kezelni, mert az itt megvalósítandó - 4,5 millió lakos ellátásának a központját jelentő – fejlesztéseket nem lehet az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő, bejáró népességet, a „beküldő” megyék szolgáltató kapacitásainak fejlesztésétől függetlenül kezelni, tervezni.

Az egy kórházi ágyra, illetve egy fekvőbetegre jutó megyei fajlagos támogatás-allokációs adatok fényében, valamint a migrációs százalékos adatok tükrében megállapítható, hogy Budapest lényegesen alacsonyabb arányban részesült a támogatásokban, mint amilyen mértékben a folyó finanszírozási forrásokból való részesülésének (18,6%) és az elkerülhető halálozás mértékének (16,7%) összevetése alapján indokolható lenne. Az egy ágyra vetített

támogatás alapján ugyanis átlag mintegy 1/3, az egy fekvőbetegre eső támogatás alapján átlag kb. 1/4 arányban marad el az országos átlagtól.

A migrációs adatokban visszaköszön az ágy, - illetve a fekvőbeteg alapú fajlagos támogatási eltérés közötti hozzávetőlegesen átlag 3/4 arány, azaz a környező megyékből az ellátásra szorulóknak 25-33%-a Budapestre jár be a szolgáltatást igénybe venni. Ez nemcsak a helyi kapacitások elégtelenségével, illetve a magasabb ellátási progresszivitási szintek esetében természetesen jelentkező koncentrált infrastruktúrával magyarázható, hanem azzal is, hogy a foglalkoztatási képesség tekintetében is kialakultak az állandó lakhely és a munkahely közötti migrációs útvonalak. Ez arra a szükségszerűsége hívja fel a figyelmet, hogy a „beküldő” megyék esetében az egészségügyi ellátó infrastruktúrát a foglalkoztatási, oktatási, szociális stb. struktúrákkal együtt, és a KMR-beli rendszerekkel integráltan kell fejleszteni.

A tágabban értelmezett integrált – a KMR-t és a környező megyéket közösen érintő – további beavatkozások tervezésekor figyelembe kell lenni arra is, hogy 2007-2013 folyamán a legnagyobb KMR irányú migrációt produkáló két megye (Nógrád és Komárom-Esztergom) kapta a KMR után a legkevesebb, és ugyancsak az országos átlag alatti fajlagos támogatásokat.

(Jelen 2.3 fejezetben figyelembe vettük az „Egészségügyi tárgyú NSRK-fejlesztések értékelése” c. dokumentumban (HÉTFA Kutatóintézet, Budapest Intézet és Revita Alapítvány, 2013. március 31., http://palyazat.gov.hu/egeszsegugyi_fejlesztések_ertekelese) leírtakat.)

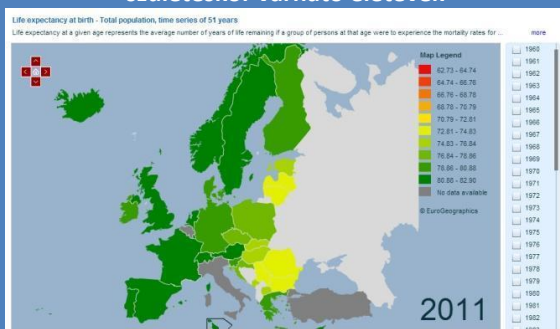
2.4. Az ágazati kulcsindikátorok bemutatása nemzetközi összevetésben

2.4.1. Születéskor várható élettartam

Az EU-n belüli legmagasabb születéskor várható életkor értéktől (82,8 év 2011-ben) 7,7 évvel maradt el a magyarországi adat (75,1). 1990-ben a maximumtól (78,1) való eltérés 9,7 év volt, míg 2005-ben a 81,5 éves legmagasabb értékhez képest 8,5 év volt. A lemaradás hosszú távon tehát csökken, de jelentős ingadozással. Érdeemes a 2009-es adatot is szemügyre venni, amikor a 82,3 éves maximumhoz képest a magyar érték 74,4 volt (eltérés: 7,9). Bulgária és Románia csatlakozását megelőzően Litvániával és Lettországgal együtt Magyarország a legalacsonyabb mutatóval rendelkezett az Unión belül. Az alábbi ábrák alapján összességében megállapítható, hogy a magyar adatok leszakadása – a trendet tekintve – mind a maximum, mind az uniós átlagtól (még az EU27-től is) némileg csökkenni mutatkozik, ami elsősorban a férfiak mutatójának esetében bekövetkezett változással magyarázható.

A születéskor várható életevek száma a férfiak és a nők körében

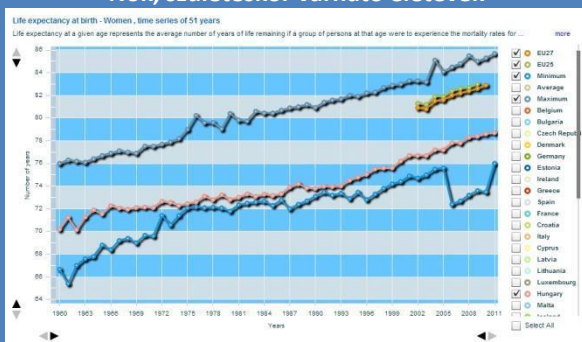
Nők és férfiak összesen, születéskor várható életevek



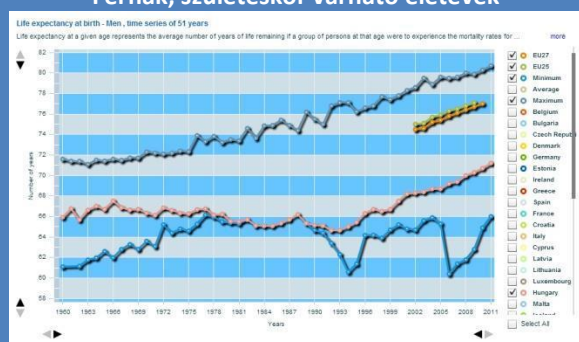
Nők és férfiak összesen, születéskor várható életevek



Nők, születéskor várható életevek



Férfiak, születéskor várható életevek

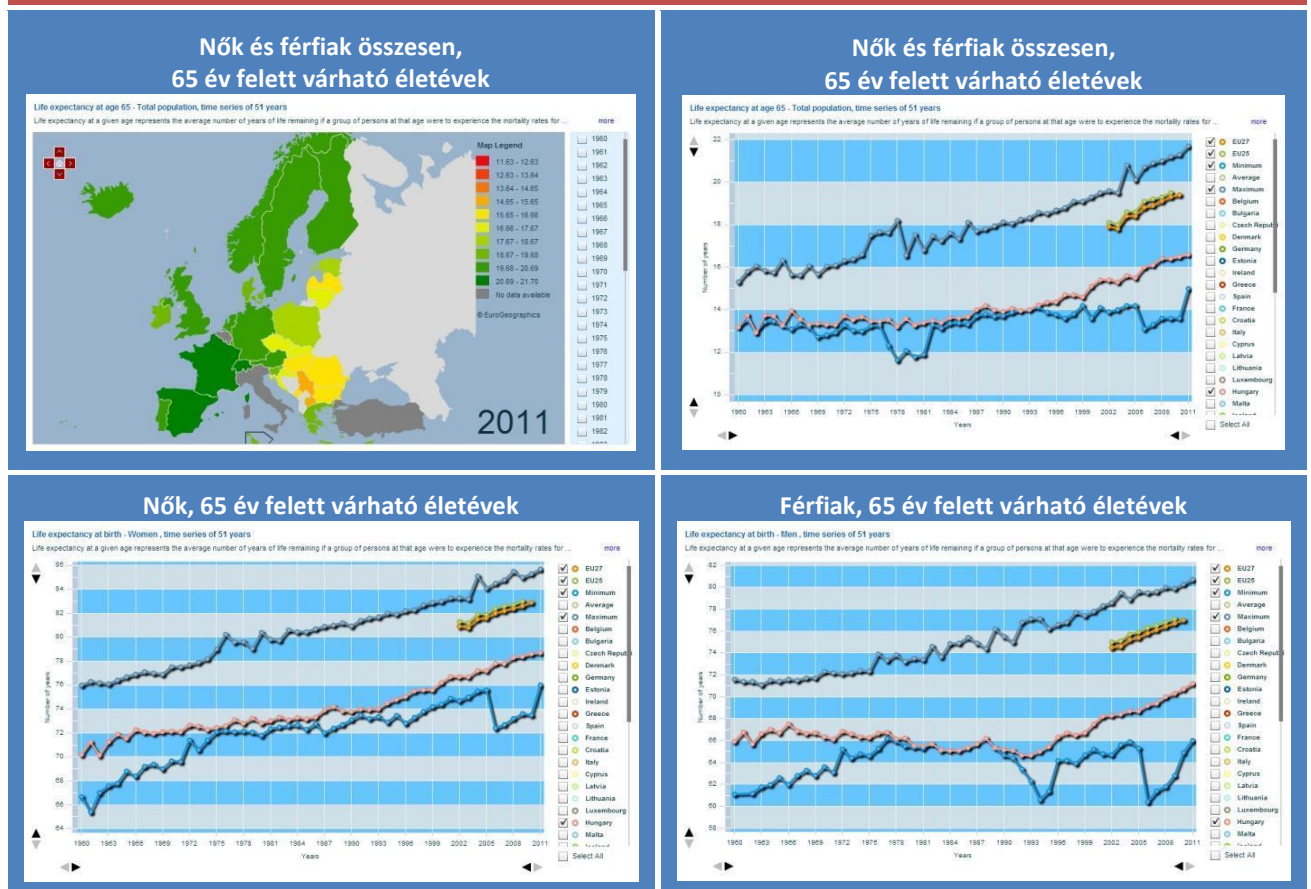


Forrás: <http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/>

A társadalom előregedése és az életkor miatt a születéskor várható életevek száma mellett az idősebb, pl. 65 éves kor feletti életevek vizsgálata is szükséges. A 65 év feletti lakosság

várható életéveinek száma a magyar és az uniós átlag érték vonatkozásában jelentős eltérést mutat.

A 65 év felett várható életévek száma a férfiak és a nők körében



Forrás: <http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/>

2.4.2. Születéskor várható egészséges életévek száma

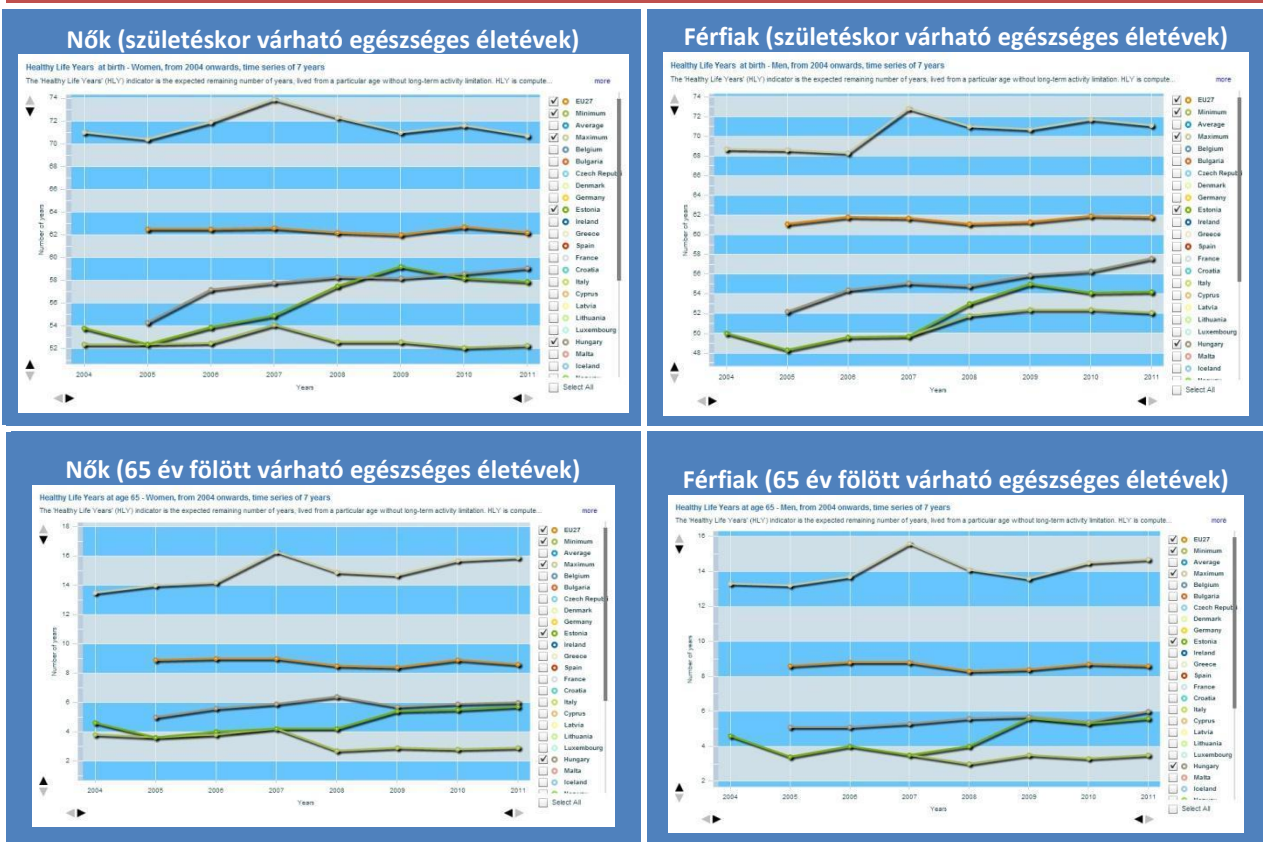
A Lisszaboni Stratégia egyik kulcsindikátora, a születéskor várható egészséges életévek száma, egyben a „Szociális védelem és társadalmi befogadás” uniós stratégia egyik átfogó mutatója is. Egészségesnek azok az életévek tekinthetők, amelyek során a hosszú távú aktivitást nem korlátozza az egészségi állapot. A mutató értékének változását befolyásoló tényezők egyrészt jelentős mértékben képesek befolyásolni a szegénységre, a társadalmi kirekesztettségre és a foglalkoztatottságra ható folyamatokat, ugyanakkor ezek alakulása vissza is hat az egészségben eltölthető életévek számára.

Az Európa 2020 stratégia (http://ec.europa.eu/europe2020/index_hu.htm) alapvető célkitűzései között szerepel a szegénység és a társadalmi kirekesztettség problémájának kezelése, illetve hogy a 20–64 év közöttiek foglalkoztatottságát 75%-ra növelje. Figyelemmel arra, hogy a születéskor várható összes életévek száma Európában átlagosan mintegy 20 évvel haladja meg az egészségben eltölthető éveket, alapvető cél ennek az

egészséges/összes életév arányának a javítása. A társadalom előregedése és az életkor miatt a születéskor várható érték mellett fontos mutató az idősebb, pl. 65 éves kor feletti egészséges életévek száma is.

A mutató értékének magyarországi alakulását az uniós maximumhoz, minimumhoz és átlaghoz viszonyítva megállapítható, hogy 2004-2011 között csökkent a legjobb és az EU27 értékhez képest mért lemaradásunk mind a nők, mind a férfiak születéskor várható egészséges életéveinek számát tekintve. A 65 év feletti lakosság körében is az EU27 átlaghoz képest javulás figyelhető meg, bár az EU maximumhoz képest némileg romlott a magyar mutató alakulása a születéskor várható egészséges életévek számát tekintve.

65 év felett várható egészséges életévek száma a férfiak és a nők körében



Forrás: <http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/>

2.4.3. Standardizált halálozási ráta

Az indikátor 65 nem fertőző betegségekre visszavezethető, kor szerint standardizált, 100 000 lakosra jutó teljes halálozást mutatja. Bár a magyar adatok nagyjából kétszeresei az Európai Unióban mérhető legalacsonyabb standardizált halálozási értékeknek, 16 év alatt az unió legjobb értékeihez képest mért elmaradás mértéke csökkent, azaz a helyzet relatíve javult. A visegrádi országokkal való összehasonlítást tekintve a Csehországhoz és a Lengyelországhoz képest mért elmaradás nem változott, míg Szlovákiához képest az elmaradás csökkent.

Standardizált halálzási ráta	ECHI: Mortalitás/100000 lakos (nők + férfiak összesen)						A magyar és a többi adat aránya					
	1994	1999	2004	2010	változás	változás %	1994	1999	2004	2010	változás	változás %
EU minimum	624,7	556,8	519,9	467,2	157,5	133,7%	2,2	2,1	2,1	2,1	-0,1	94,2%
EU 15	726,2	674,4	608,2	529,2	197,0	137,2%	1,9	1,8	1,8	1,8	-0,1	96,6%
EU 27			680,4	587,7	-587,7	0,0%						
EST	1377,7	1125,7	1028,5	799,7	578,0	172,3%	1,0	1,1	1,1	1,2	0,2	121,3%
CZR	1033,7	912,2	851,7	724,1	309,6	142,8%	1,3	1,3	1,3	1,3	0,0	100,5%
POL	1074,5	990,1	870,7	775,6	298,9	138,5%	1,3	1,2	1,3	1,3	0,0	97,6%
SLK*	1017,5	1001,2	945,6	855,0	162,5	119,0%	1,4	1,2	1,2	1,1	-0,2	83,8%
HUN	1256,2	1191,5	1009,5	898,0	358,2	139,9%	1,1	1,0	1,1	1,1	0,0	98,5%
EU maximum	1377,7	1191,5	1091,1	970,2	407,5	142,0%	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	100,0%

Az eddigi nemzetközi kitekintésre, illetve a hazai adatokra támaszkodó elemzések legfontosabb eredményei az alábbiakban összegezhetők az egészségi állapotra vonatkozóan:

Az indikátorok alapján megállapítható, hogy a magyar lakosság egészségi állapota eltér az európai uniós átlagtól: a születéskor várható élettartam 5, az egészségben töltött életek száma több, mint 3 évvel marad el az Unióban várhatótól.

Az élettartam meghosszabbodása hosszú távú trend, az elmúlt évtizedek során a várható élettartam folyamatosan emelkedett, és a következő évtizedekben is ez a trend várható. Az Európai Bizottság előrejelzése szerint a javulás a férfiak esetében 2011-ben várható 71,2-hez képest 1,8 évnyi, a nők esetében várható 78,7 évhez képest szintén 1,8 évnyi mértéket tesz ki 2020-ig Magyarországon. Egy, a Bizottság támogatásával működő munkacsoport az egészségben töltött életek számának változására készített előrejelzést: a 2009 és 2020 közötti időszakra szóló előrejelzés a magyar férfiak esetében +1,6 évnyi, a nők esetében +2,1 évnyi javulást vetít előre.”

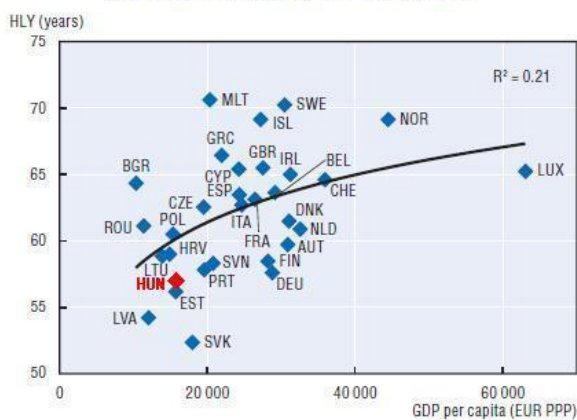
2.4.4. A magyar egészségügy hatékonyságának vizsgálata nemzetközi mutatók tükrében

A nemzetközi adatok és trendek vizsgálata alapján megállapítható, hogy az egészségügyben a kulcsindikátorok esetében ritkán figyelhető meg lineáris változás. Jellegzetesen elmaradott egészségi állapotú, relatív kisebb közösségek esetén fordul elő rövidebb, 2-4 éves időtávokon belüli lineáris javulás. Az egészségügy belső hálózatrendszere és összefüggései alapján minden változás multi-faktoriális tényezők együttes hatása nyomán jön létre.

A kulcsindikátorok - mint például a várható élettartam, vagy az egészségben töltött évek száma - nagyban függenek a társadalom és részcsoportjai szociális állapotától, egészségmagatartásától és a vélt körülményváltozásoktól, ennek következtében az ellátórendszer hatékonyságnövekedése mellett is tapasztalhatunk stagnáló adatokat, illetve akár hatékonyságromlás mellett is láthatunk javuló adatokat. A prognózisok kialakításánál ezért támaszkodni szükséges a nemzetközi trendekre is, valamint különböző matematikai modellek alkalmazása révén figyelembe kell venni a beavatkozási pontok és a külső körülmények becsült változásait.

Az OECD [2011. és 2012.] vizsgálta az (vásárlóerő-paritáson számított) egy főre jutó egészségügyi kiadások, illetve az egy főre eső bruttó nemzeti jövedelem (GDP/fő) nagysága és a várható élettartam közötti összefüggést. A megfigyelésekre legjobban illeszkedő függvények felett elhelyezkedő országok lakossága tovább él annál, mint amennyire az egészségügyi kiadások, illetve a GDP/fő nagysága alapján számíthatnánk. Ilyen helyzetben egyébként sokat és keveset költő (fejlett és kevésbé fejlett) országok is vannak. Ezzel ellentétben, a görbék alatt elhelyezkedő országok esetében a lakosság rövidebb ideig él, mint ami potenciálisan elérhető lenne, ha az adott ország legalább „átlagosan” (a várható értéknek megfelelően) teljesítene (lásd alábbi ábrában).

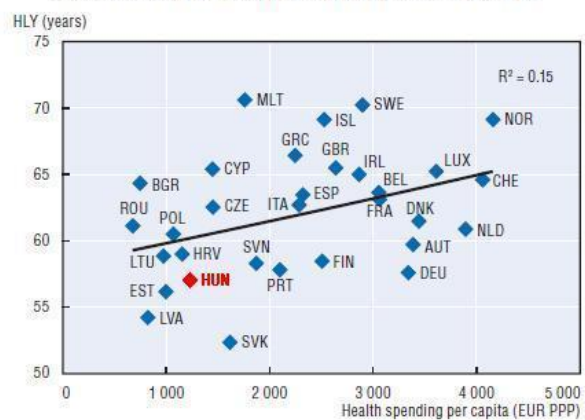
1.1.2. Healthy life years (HLY) at birth and GDP per capita, 2008-10 average



Source: Eurostat Statistics Database; OECD Health Data 2012; WHO Global Health Expenditure Database.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932702898>

1.1.3. Healthy life years (HLY) at birth and health spending per capita, 2008-10 average



Source: Eurostat Statistics Database; OECD Health Data 2012; WHO Global Health Expenditure Database.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932702917>

A két ábra alapján megállapítható, hogy a GDP-hez és a magán kiadásokat is tartalmazó teljes egészségügyi kiadásokhoz mérten a várható egészséges életéveinek (HLY) száma alacsony, amely társadalmi szinten hatékonysági veszteségre utal. Tekintettel arra, hogy az egészségi állapot az egészségügyi ellátásokon túlmenően számos más gazdasági-társadalmi, illetve környezeti hatás következménye, a fenti megállapításokból nem lehet levonni azt a következtetést a közfinanszírozott ellátórendszerre vonatkozóan, hogy annak hatékonysága általában alacsony. A megtermelt GDP-hez képest a foglalkoztatási ráta, amely alapvető

meghatározója az egyéni jövedelmi és egészségi állapotnak, jelenleg az EU27 között 58,3%-on áll. (2013, EUROSTAT). Ez az érték alacsonyabb, mint a Visegrádi országokban. Az is egyértelmű, hogy az életmódbeli szokások is jelentős befolyásoló tényezők az egészségi állapotban.

Az Országgyűlés 2011. április 26-i ülésén döntött a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvény módosításáról, melynek értelmében 2012. január 1-jétől fő szabály szerint tilos a közforgalmú zárt légtérű helyeken, közösségi terekben a dohányzás. A naponta dohányzók aránya a 15 éven felülieknél a legmagasabb mutatók között volt 2012-ben Magyarországon (26,5%) a WHO és az OECD adatai szerint, ami lényegesen magasabb érték, mint az EU28 átlaga (22,8%) vagy Csehországban (22,9%) vagy Szlovákiában (19,5%).¹ Az Országos Egészségfejlesztési Intézet (OEFI) Dohányzás Fókuszpont 2012. évi és 2013. évi Felőtt Dohányzás Felmérései alapján a dohányzás gyakorisága a felnőtt lakosság körében összességében csökkenő tendenciát mutat. 2012-ben a dohányzók aránya 29%, a naponta dohányzók aránya 28% volt, míg 2013-ban a dohányzók aránya 20,5%-ra, a naponta dohányzók aránya pedig 18,5%-ra csökkent.

A csecsemőhalálozási arányszám mindkét nem esetében folyamatosan javul, az elmúlt húsz évet tekintve a fiúknál jelentősebb mértékben, mint a leányoknál (KSH). A csecsemőhalandóság tekintetében Magyarország a közép mezőnyben helyezkedik el az Európai országok körében (OGYEI).

Összességében elmondható, hogy a nemzetközi összehasonlító elemzések alapján önmagában nem állapítható meg, hogy milyen tényezőknek van jelentősebb szerepe az egészségi állapot és ráfordítás közötti hatékonysági veszteséggel kapcsolatban: a kedvezőtlen társadalmi-gazdasági tényezőknek vagy az ellátó rendszer hatékonysági problémáinak.

Az, hogy növekedett a technikai hatékonyság, több egyszerűbb indikátor alapján is feltételezhető². A technikai hatékonyság növekedésére utal többek között, hogy az egészségügyi közkiadások mellett a születéskor várható élettartam jelentősen nőtt 1993 és 2012 között. A KSH adatok szerint a növekedés 6,92 év volt a férfiak és 4,57 év a nők esetében, amely mindkét nem esetében kb. 3-4 hónap átlagos növekedést jelentett évente. Ez ugyanakkor nem csökkenti az egészségügyi rendszernek az allokációs hatékonysági tartalékok és gazdálkodási veszteségek feltárására irányuló felelősségét, hiszen ez önmagában is jelentős forrásátcsoportosításra adhat lehetőséget. Ilyen volt például az elmúlt években a generikus verseny növelésével elért hatékonysági tartalék felhasználása az egészségügyi dolgozók béremelésére.

¹ Forrás: OECD Health Statistics 2014, [http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en-completed-with-Eurostat-Database-\(EHIS\)-and-WHO-Europe-Health-for-All-Database](http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en-completed-with-Eurostat-Database-(EHIS)-and-WHO-Europe-Health-for-All-Database).

² Gaál P, Szigeti S, Csere M, Gaskins M, Panteli D. Hungary: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2011; 13(5):1–266, http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0019/155044/e96034.pdf.

A várható élettartam mértékére nagy a befolyása az egészségbeli egyenlőtlenségeknek is. Az ELEF2009 adatainak elemzése alapján megállapítható, hogy az egészségi állapotban talált nagy egyenlőtlenségek visszavezethetők az egyén társadalmi helyzetében, lakóhelyi környezetében kimutatható különbségekre. Az egyenlőtlenségek háttérben álló tényezők nemcsak az ellátási szükségleteket, hanem az egészségügyi szolgáltatások igénybevételét is hátrányosan befolyásolják.

A legjelentősebb kockázati tényezőkben az egészségi állapothoz hasonlóan kimutathatók társadalmi egyenlőtlenségek, azok mértéke azonban egy nagyságrenddel kisebb. Ennek alapján fontos kiemelni, hogy az egészségi állapotban talált nagy egyenlőtlenségek felszámolása kritikus fontosságú a hatékonysági tartalékok kihasználása szempontjából.

2.5. Az ellátórendszer áttekintése

2.5.1. Az alapellátás helyzetének értékelése

Az alapellátás megerősítésére és integrált működésére vonatkozóan részletes stratégiai terv készült. Ennek terjedelmére tekintettel jelen ágazati stratégiai dokumentumban csak a legfontosabb üzenetek szerepelnek az alapellátás helyzetértékelésére vonatkozóan.

A magyar alapellátás fő tevékenységi területei:

- háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátás
- védőnői ellátás
- iskola-egészségügyi ellátás
- fogorvosi alapellátás,
- alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátás,

Mindezen tevékenységek éves szinten az alábbi költségvetési keretből valósulnak meg a tevékenységek szerinti bontásban:

Az alapellátási tevékenységek 2013-as finanszírozása		
Megnevezés		2013. évi előirányzat (millió forint)
Háziorvosi, háziorvosi ügyeleti ellátás	Praxisfinanszírozás	76 646,6
	Eseti ellátás díjazása	649,3
	Ügyeleti szolgálat	9 647,4
	Háziorvosi, háziorvosi ügyeleti ellátás összesen	86 943,3
Védőnői szolgáltatás, anya-, gyermek- és ifjúságvédelem	Iskolaegészségügyi ellátás	2 116,4
	Védőnői ellátás	16 972,6
	Anya-, gyermek- és csecsemővédelem	461,5
	MSZSZ: gyermekgyógyászat	121,6
	MSZSZ: nőgyógyászat	96,3
	Védőnői szolgáltatás, anya-, gyermek- és ifjúságvédelem összesen	19 768,4
Fogászati ellátás	Fogászati ellátás összesen	23 336,9

Megjegyzés: 2013. évi összes keret: 130,0486 milliárd forint

Forrás: A 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet alapján az alapellátási tevékenységek 2013-as finanszírozása, 5. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez. Alapellátás kassza alakulása 2010-2013.

1 szolgálatra jutó átlagos havi bevétel 2013. júniusban

Kassza	Típus	Átlagos bevétel (eFt)	Átlagos havi bevétel (Ft)
Háziorvosi szolgálat (eszköz- és ingatlantámogatás nélkül)	Felnőtt*	954,8	954 800,0
	Gyermek	916,7	916 700,0
	Vegyes*	1 053,2	1 053 200,0
Háziorvosi ügyeleti szolgálat	-	2 266,2	2 266 200,0
Iskolaorvosi szolgálat	Teljes állású	521,8	521800,0
	Részállású	16,7	16700,0
Védőnői szolgálat	Iskolavédőnő	274,8	274800,0
	Területi védőnő	281,8	281800,0
Anya-gyermek- és csecsemővédelmi szolgálat	Anyatejgyűjtő állomás	1 336,8	
	Speciális gyerekeü.	13 120,8	
MSZSZ : gyermekgyógyászat	-	195,2	
MSZSZ : nőgyógyászat	-	206,0	
Fogászati szolgálat	Gyermek	628,1	628 100,0
	Iskolai, ifjúsági	707,0	707 000,0
	Felnőtt	722,3	722 300,0
	Vegyes	737,0	737 000,0
	Ügyelet	659,4	659 400,0
	Egyetemi alapellátás	724,3	724 300,0

Megjegyzés: * A 2013 április és május havi gyógyszerindikátorok is ebben a hónapban kerültek kifizetésre

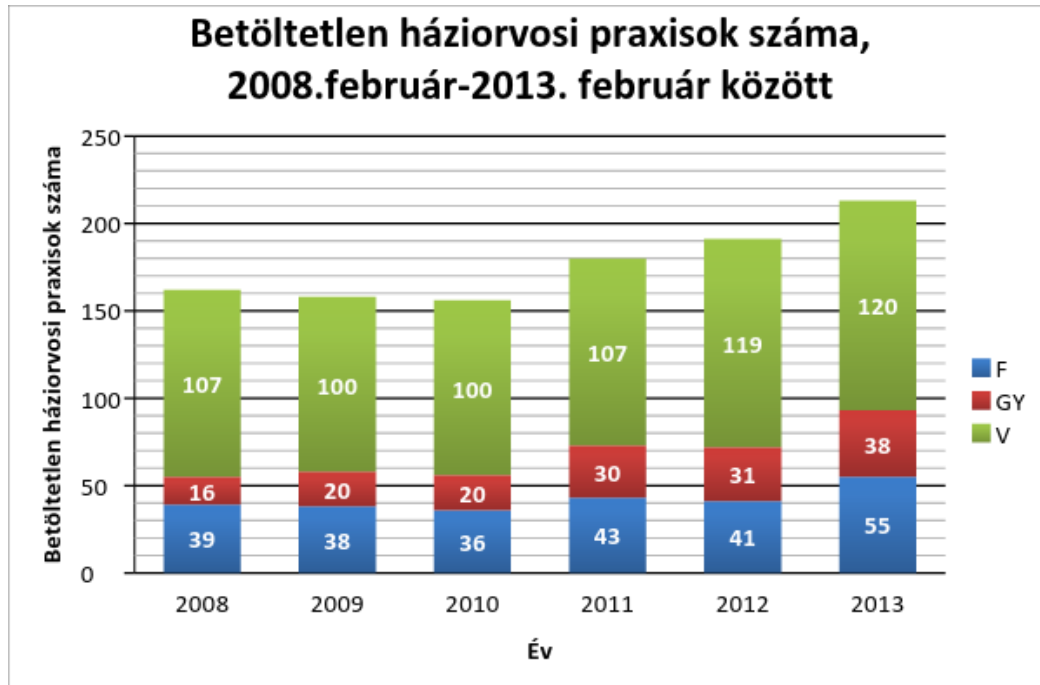
Mindezen költségvetési keretből az alábbi számú szolgáltató, szolgálat és szakember lát el alapellátó tevékenységet:

Alapellátási tevékenységben szolgáltatók száma

Alapellátási tevékenység	Szolgálatok, szakrendelések száma	Szolgáltatók száma	Alapellátó tevékenységben foglalkoztatott orvosok száma	Alapellátó tevékenységben foglalkoztatott szakdolgozók száma
Háziorvosi ellátás	6654	6355	6425	8010
Háziorvosi ügyeleti ellátás	355	262	n.a.	n.a.
Iskolaorvosi ellátás - teljes állású	234	2313	193	0
Iskolaorvosi ellátás – részállású	3060		2934	0
Iskolai védőnői ellátás	1041	1777	0	1007
Területi védőnői ellátás	4015		0	3727
Anya- gyermek és csecsemővédelem/anyatejgyűjtő állomások	19	19	n.a.	n.a.
Anya- gyermek és csecsemővédelem/ speciális gyermek-egészségügyi intézmények	28		n.a.	n.a.
Fogászati ellátás	3385	2381	2910	3190
Összesen	18791	13107	12462	15934

Forrás: OEP, 2013

A betöltetlen háziiorvosi, védőnői és fogorvosi praxisok számára vonatkozó adatok az alábbiakban szerepelnek. Mindezt a korfával, migrációs adatokkal összevetve, a háziiorvosi és fogorvosi ellátás terén ugrásszerű szakemberhiány kialakulása várható már rövidtávon. Mindehhez további adalékot az utánpótlási, képzési, szakképzési adatok szolgáltatnak.



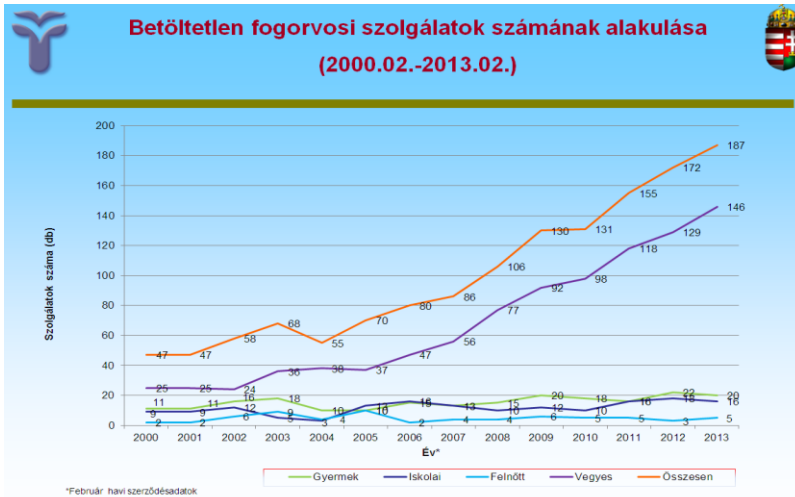
Betöltetlen háziiorvosi praxisok számának alakulása, praxis típusonként 2008-2013 között
V: vegyes praxis, GY: gyermek praxis F: felnőtt praxis
Forrás: OEP, 2013. február

Védőnői szolgálatok száma	Betöltetlen körzetek száma	Ebből tartós helyettesítéssel ellátott betöltetlen körzetek száma
5065	301	129

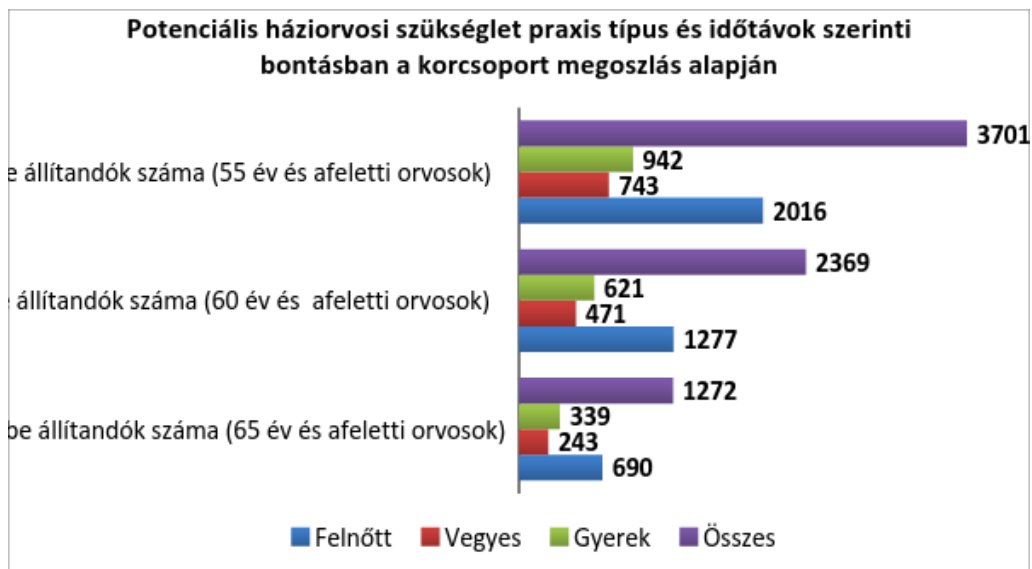
Védőnői ellátás alapadatai, 2013
Forrás: OEP, 2013

Alapellátó fogorvosi szolgálatok száma	Fogorvosok* száma	Szakasszisztensek száma	Betöltetlen fogorvosi szolgálatok száma
2 812	2 489	2 558	212

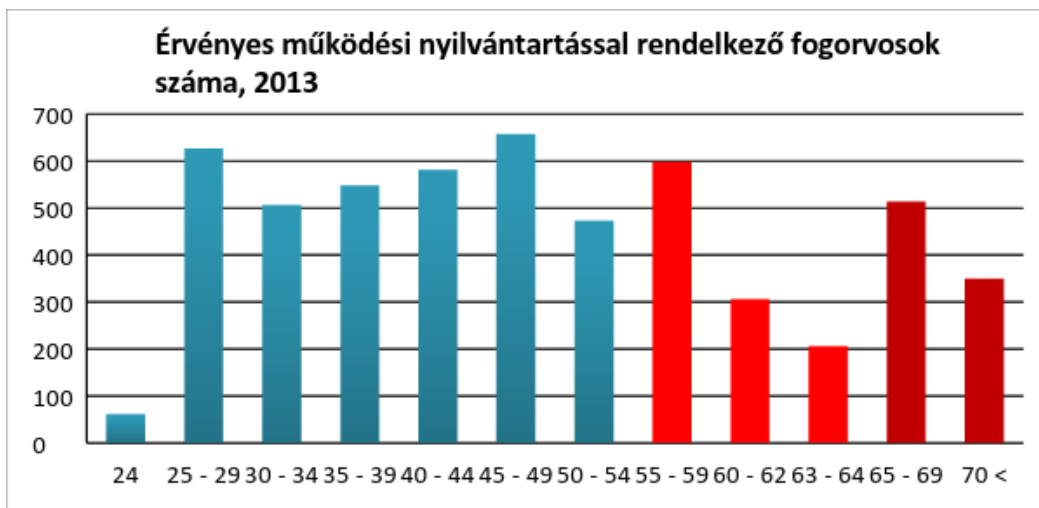
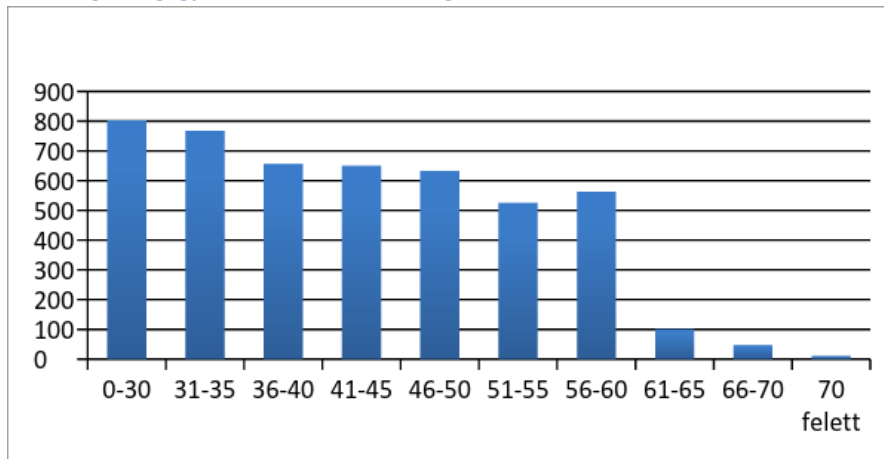
Fogászati ellátás alapadatai, 2013
Forrás: OEP, 2013



Betöltetlen fogorvosi szolgálatok számának alakulása, 2000.február és 2013.február között
Forrás: OEP, 2013

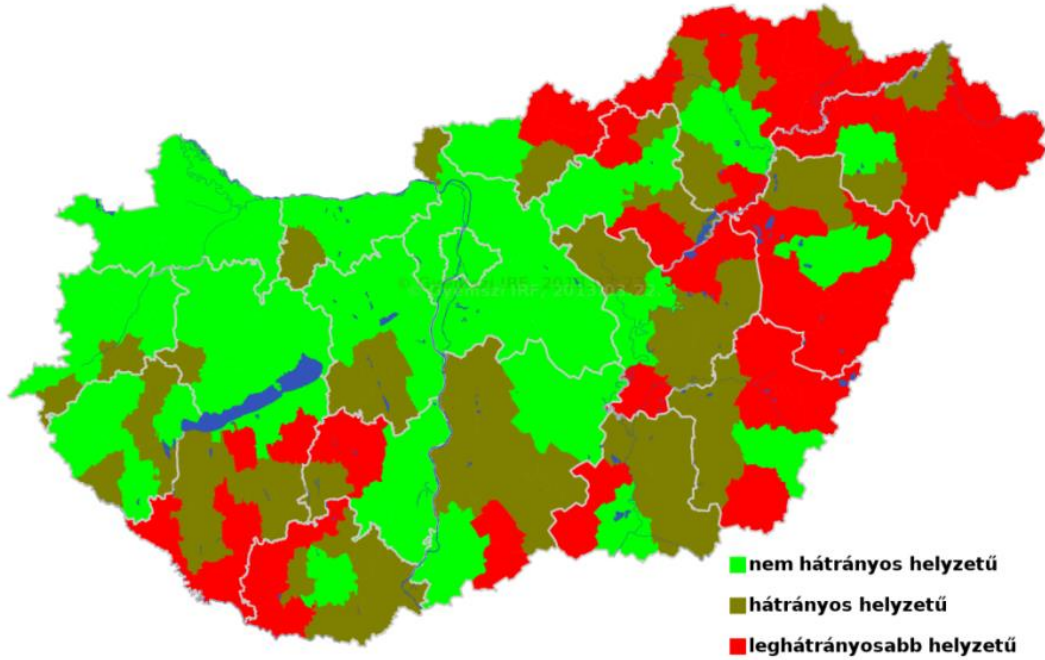


Potenciális háziiorvosi szükséglet előrevetítése, praxis típus és időtávok szerinti bontásban
 forrás: Egészségügyért Felelős Államtitkárság, 2013. februári OEP adatok felhasználásával



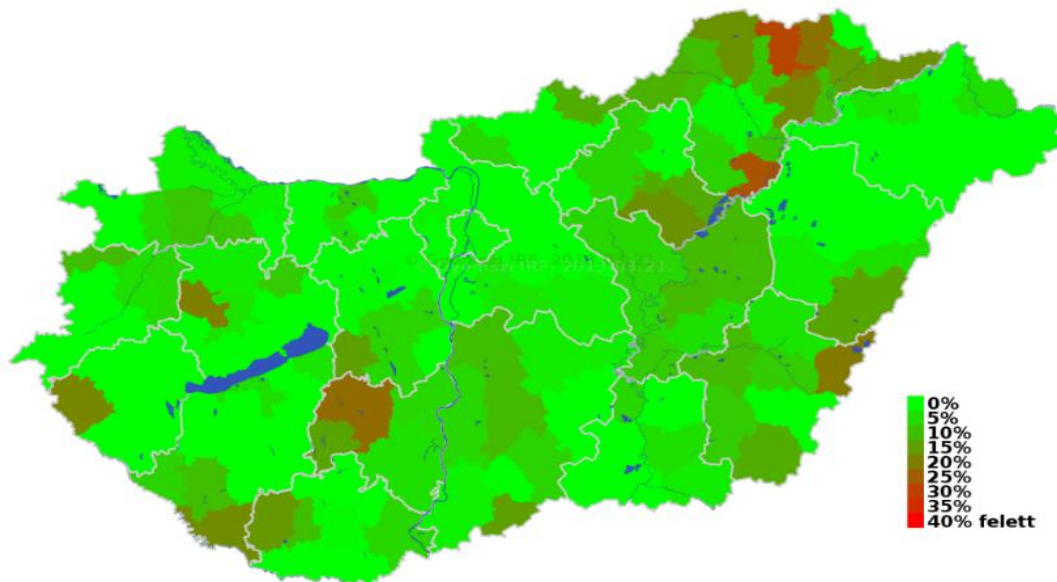
Hátrányos és leghátrányosabb helyzetű térségek háziorvos és védőnő utánpótlási problémáinak megjelenítése hő térképen

Nem hátrányos, hátrányos és leghátrányosabb helyzetű kistérségek, 2013



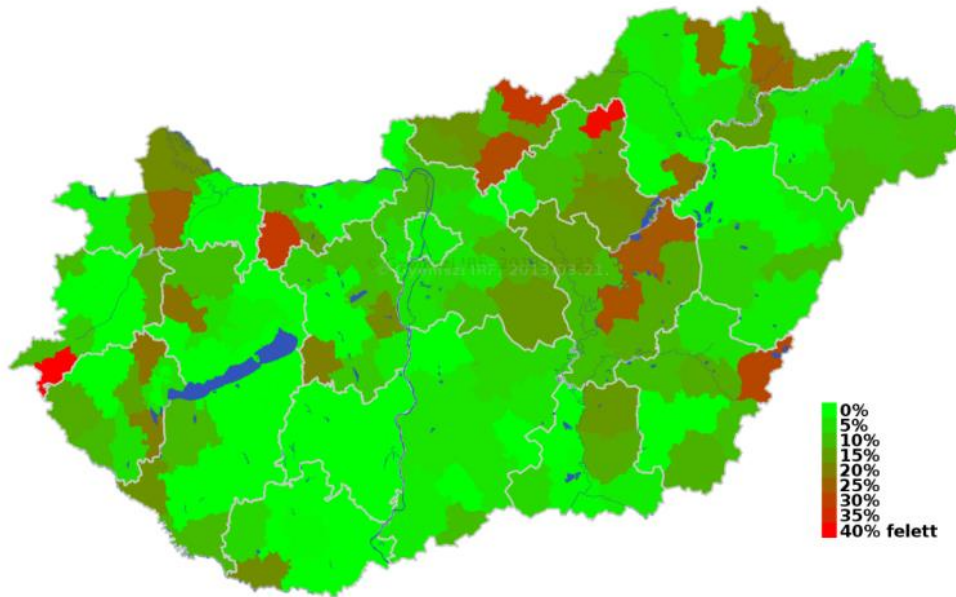
Forrás: 2013 februári OEP adatok alapján GYEMSZI IRF

Üres orvosi praxisok aránya, 2013



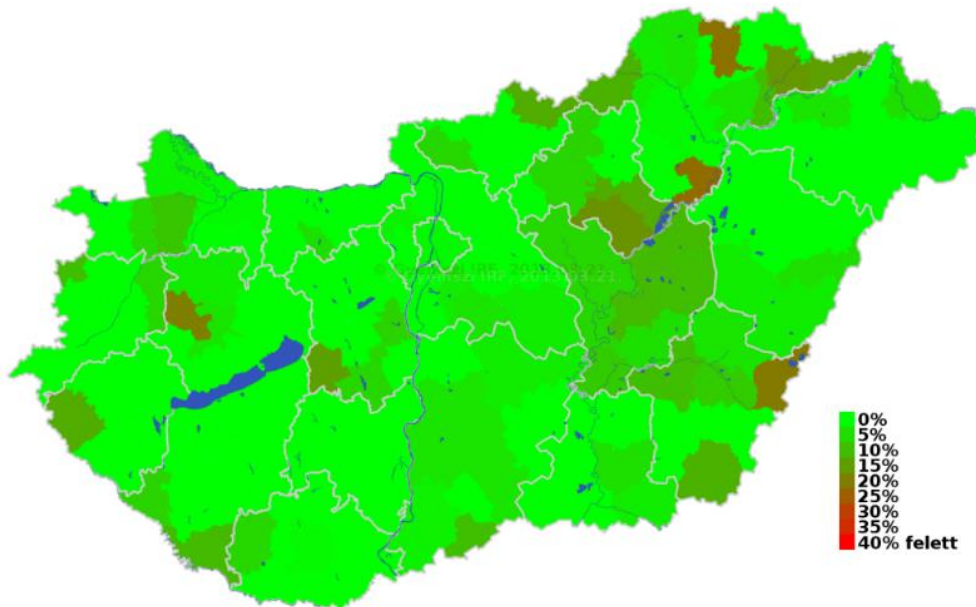
Forrás: 2013. februári OEP adatok alapján GYEMSZI IRF

Üres védőnői szolgálatok aránya, 2013



Forrás: 2013. februári OEP adatok alapján GYEMSZI IRF

Háziorvosi és védőnői együttes hiány, 2013



Forrás: 2013. februári OEP adatok alapján GYEMSZI IRF

A magyar alapellátás jelenleg legjobban fenyegetett, kiüresedő szakmái a háziorvosi és fogászati szakterület. Az ország hátrányos és leghátrányosabb régióinak megfelelően kimutatható, hogy a háziorvos és védőnőhiány e területeken magasabb arányú, mint az ország más területein.

Az alapellátás általános és legfontosabb kihívásai:

- Területi egyenlőtlenségek a hozzáférésben (szakemberhiány összehasonlításban nagyobb a hátrányos helyzetű és leghátrányosabb helyzetű országrészekben)
- Várható természetes fogyás a házi orvosoknál 10 éven belül mintegy 4000 fő
- Kapuóri szerephez szükséges kiegészítő szakmák és források hiánya
- Az épület és eszközállomány területenként változó (az önkormányzat gazdálkodási lehetőségein nagyban múlik)

2.5.2. A szakellátás helyzete

Az egészségügyi ellátórendszer működése, belső struktúrája, az ellátást biztosító intézmények lehetőségeit meghatározó kapacitások, valamint az ehhez kapcsolódó finanszírozás átalakítása a Semmelweis Terv kiemelt célkitűzései közé tartozott. Az ellátórendszer szerkezetének korszerűsítése érdekében számtalan intézkedés megvalósítására került sor, melyeknek célja volt, hogy a strukturális változások a betegellátás minőségének és hatékonyságának, valamint a szolgáltatásokhoz való hozzáférésnek a lehetőségeit javítsák. A szakellátási rendszer magában foglalja a járóbeteg-szakellátást és a fekvőbeteg-szakellátást, ideértve az aktív, a rehabilitációs és a krónikus jellegű ellátásokat is. Ezen a területen a Semmelweis Tervben megfogalmazott célok elérése érdekében az alábbi fontos változások történtek.

A szakellátásokért való felelősség átalakulása: a szakellátási felelősségi rendszer egyes elemei, az állami szerepvállalás növelése

A Semmelweis Terv a fekvőbeteg-szakellátórendszer átalakításával kapcsolatban célként fogalmazta meg az állami szerepvállalás erősítését. A kórházakat fenntartó önkormányzatoknak az egészségügyi feladataik ellátásából eredő adósságállománya ugyanis 2010-ben olyan mértékű volt, ami már veszélyeztette a szakellátórendszer működésének biztonságát.

Az állami szerepvállalás erősítéséhez egy többlépcsős - 2011-2013 között végbement - jogalkotási és végrehajtási folyamat vezetett. Ennek első lépéseként került sor a szakellátási felelősségi rendszer újragondolására, az állam és a megyei, fővárosi, települési önkormányzatok egészségügyi feladatainak újraszabályozására. A Magyarország helyi önkormányzatairól szóló törvény változásából adódóan 2012. január 1-jétől csak az egészségügyi alapellátás vált a helyi önkormányzatok kötelező feladatává, azzal, hogy a törvény megadta a lehetőséget arra, hogy más törvényben előírható legyen az önkormányzatok által kötelezően ellátandó feladat. Ez alapján került sor az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény módosítására, amely jelenleg a következő módon rendezi a szakellátásért való felelősséget:

A) az állam kötelezettségét képezi :

a) a fekvőbeteg-szakellátás és a járóbeteg-szakellátás feltételrendszerének meghatározása (az állam szabályozási feladata),

b) az egészségügyi szakellátási felelőssége alapján a fekvőbeteg-szakellátásról és a járóbeteg-szakellátásról való gondoskodás (az állam mögöttes felelőssége a szakellátásokért),

c) az egészségügyi szakellátási intézményműködtetési kötelezettsége alapján az önkormányzat által és a közfinanszírozott szakellátási feladattal rendelkező nem állami, illetve nem önkormányzati tulajdonban lévő egészségügyi szolgáltatók által el nem látott fekvőbeteg- és járóbeteg-szakellátási feladatok ellátásának biztosítása (az állam tényleges szakellátási kötelezettsége).

B) A helyi önkormányzat az egészségügyi szakellátási intézményműködtetési kötelezettségének részeként gondoskodni köteles:

a) a tulajdonában, illetve fenntartásában lévő, közfinanszírozott egészségügyi szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató működtetéséről,

b) a 2013. április 28-án tulajdonában, illetve fenntartásában lévő egészségügyi szolgáltató számára megállapított közfinanszírozott szakellátási feladatok ellátásáról,

c) a tulajdonában lévő, közfinanszírozott egészségügyi szakellátási feladat ellátására szolgáló vagyonhoz kapcsolódó – a helyi önkormányzat rendelkezési joga alá tartozó szakellátási kapacitással ellátandó – közfinanszírozott egészségügyi szakellátási feladatok ellátásáról.

C) A nem állami és nem helyi önkormányzati tulajdonban, illetve fenntartásban lévő egészségügyi szolgáltató tulajdonosának, illetve fenntartójának (például ide tartoznak az egyházi fenntartók) felelőssége pedig az egészségügyi szolgáltató számára megállapított közfinanszírozott szakellátási feladat ellátásáról való gondoskodásra terjed ki.

A felelősségi rendszer átalakítása mellett folyamatosan zajlott *a fekvőbeteg-szakellátást* nyújtó önkormányzati intézmények állam általi átvétele, amely több lépcsőben valósult meg 2012. január 1. és 2012. május 1. közötti időszakban.

A törvények által szabályozott folyamat eredményeként összességében 98 fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmény került az állam tulajdonába és fenntartásába. Ezen túl 2012. május 1-jén állami tulajdonba kerültek azok az átvételt megelőzően önkormányzati tulajdonban lévő vagyonelemek, amelyeket nem önkormányzati tulajdonban, illetve fenntartásban lévő egészségügyi szolgáltatók használtak az állam által átvett fekvőbeteg-szakellátási feladat ellátásához. Szintén 2012. május 1-jén kerültek állami tulajdonba azok a települési önkormányzati tulajdonban lévő vagyontárgyak, amelyek a 2012. január 1-jén már állami tulajdonba került egészségügyi intézményekhez tartoztak.

A megyei kórházak állami általi átvételéhez kapcsolódott a megyei önkormányzatok 2011. december 30-án fennálló adósságának és járulékainak, valamint a Fővárosi Önkormányzatnál az átvett intézményekhez és az általuk ellátott feladatokhoz kapcsolódóan keletkezett és 2011. december 30-án fennálló tartozásoknak és járulékainak az állam általi átvállalása. A városi kórházak esetében pedig még folyamatban van a városi kórházakat az átvételt megelőzően tulajdonló, fenntartó települési önkormányzatoknál az átvett vagyon (kórház) működtetésével, illetve fejlesztésével kapcsolatban keletkezett és 2012. december 31-én fennálló adósságállománynak az állam általi átvállalása.

A kórházak állam általi átvételét követően sor került a korábban gazdasági társasági formában működő kórházak költségvetési szervvé történő átalakítására, melynek eredményeként 2013. április 1-jével 20 új költségvetési szerv vette át az állami tulajdonban lévő 28 gazdasági társaság feladatait. Az átalakítás során a gazdasági társaságok azon adósságait, adósságot keletkeztető ügyleteit, amelyek a feladattal együtt nem kerülhettek át az új költségvetési szervekhez, az állam kiegyenlítette és megszüntette.

Mindezek alapján megállapítható, hogy a megyei és települési önkormányzatoknak a fekvőbeteg-szakellátáshoz kapcsolódó kötelező feladatai megszűntek. Arra azonban mind a Magyarország helyi önkormányzatairól szóló 2011. évi CLXXXIX. törvény, mind az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény lehetőséget ad, hogy az önkormányzatok megállapodással az államtól átvállaljanak fekvőbeteg-szakellátási feladatot.

A járóbeteg-szakellátások vonatkozásában nem fogalmazott meg a Semmelweis Terv az állami szerepvállalás erősítésével kapcsolatos célokat. Az állami átvétel során azonban a fekvőbeteg intézményekkel együtt *az integrált járóbeteg-szakellátók is állami tulajdonba és fenntartásba kerültek.*

Tekintettel arra, hogy az *önálló járóbeteg-szakrendelőket* nem vette át az állam, ezek fenntartása, illetve működtetése – az egészségügyi szakellátási intézményműködtetési kötelezettségük részeként – továbbra is a tulajdonos/fenntartó önkormányzatokat terheli.

A szakellátás földrajzi vetülete: az egészségügyi térségek rendszere

A Semmelweis Terv deklarálta, hogy az egészségügyi ellátásokat a megyénél nagyobb, de az EU statisztikai régióktól eltérő, a lakosság szám szempontjából kiegyenlítettebb és a természetes betegmozgásokat is figyelembe vevő területi egységekben, ún. *egészségügyi térségekben* célszerű megszervezni.

2012. január 1-jén bevezetésre került az egészségügyi térségi rendszer. Az egészségügyi térség megközelítőleg 0,9–1,6 millió biztosított ellátásáért felelős olyan térség, amelyhez tartozó egészségügyi intézményekben a finanszírozható szakmák többségében a progresszivitás minden szintjén ellátás nyújtható. A nyolc egészségügyi térség megyékből felépülő „térképét” 2012. január 1. óta jogszabály határozza meg, azzal, hogy a betegek

érdekeit szolgáló hatékonyabb betegút-szervezés érdekében a földrajzi, közlekedési adottságok és a helyi ellátás-igénybevételi szokások figyelembevételével számos település a megyéje szerinti besorolástól eltérő térséghez lett hozzárendelve.

Az ellátórendszer átalakításának fontos eleme volt a fekvőbeteg-szakellátási kapacitások és ellátási területek 2012-es újraosztása, amikor már az új térségi rendszer figyelembevételével került sor a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó közfinanszírozott szolgáltatók ellátási területeinek megállapítása.

Az összes fekvőbeteg-szakellátási kapacitás térségenkénti megoszlása	
Egészségügyi térség	Kapacitás (%)
Dél-Alföld	12,4
Dél-Dunántúl	10,2
Dél-közép Magyarország	16,5
Észak-Alföld	11,0
Észak-közép Magyarország	15,1
Észak-Magyarország	8,7
Nyugat-Dunántúl	13,8
Nyugat-közép Magyarország	12,2

A járóbeteg-szakellátások tekintetében azonban a törvény lehetőséget ad arra, hogy az ellátási területek 2014. december 31-ig eltérjenek a térséghatároktól. 2013. július 1-től azonban a kapacitás-nyilvántartásban szereplő járóbeteg-szakellátási ellátási terület módosítása, illetve új járóbeteg-szakellátási ellátási terület megállapítása során – a jogszabályban meghatározott esetek kivételével – a térséghatártól eltekinteni nem lehet.

A térséghatároknak jelenleg tehát csak a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltatók ellátási területénél van szerepe, a területi ellátási kötelezettségen keresztül így módon tud hatást kifejteni a beutalási rendre.

A szakellátási feladat meghatározása: a progresszivitási szintek, valamint a személyi és tárgyi minimumfeltételek

A Semmelweis Terv célul tűzte ki a szakmai minimumfeltételeknek újraértékelését, továbbá a fekvőbeteg-szakellátás progresszív, hierarchikus rendszerének újjászervezését, valamint a kórházi rendszer átalakítása során a szakmai progresszivitás elvének maradéktalan érvényesítését. A Semmelweis Terv szerint további cél volt a progresszivitás elvének megvalósítása a járóbeteg-szakellátásban is.

A fekvőbeteg intézmények kapacitásai és ellátási területeinek újraosztása miatt szükséges új működési engedélyek kiadását megelőzően sor került – a 2011 májusában létrejött új

kollégiumi rendszer szakmai tagozatainak és tanácsainak közreműködésével – az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételek minden szakmát érintő felülvizsgálatára, aktualizálására.

A megállapított új minimumfeltételeknek való megfelelést a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatóknak 2012 júliusáig, a közfinanszírozott járóbeteg-szakellátást és diagnosztikai szolgáltatást nyújtó egészségügyi szolgáltatóknak pedig 2012. december végéig kellett bejelenteniük.

A 2012. július 1-jével megvalósult fekvőbeteg-szakellátási kapacitás felosztás és ellátási terület meghatározás a jogszabályban előírt progresszivitási szinteknek megfelelően történt meg.

A szakellátási feladat meghatározása: a szakellátási kapacitások és ellátási területek

A kapacitások és ellátási területek felosztása

A Semmelweis Terv célul tűzte ki a szükséglet alapú kapacitás-tervezés megvalósítását, és a területi aránytalanságok korrigálását az ellátórendszer fokozatos, a helyi szükségletekhez igazodó átalakításával, megújításával. A Semmelweis Tervben megfogalmazott cél elérése érdekében és az egészségügyi szakellátási kötelezettség állam általi átvételére tekintettel 2012. július 1-vel megvalósult a fekvőbeteg-szakellátási kapacitások és a hozzá tartozó ellátási területeknek a törvény által előírt újraosztása.

A kapacitás-felosztásra és ellátási terület megállapításra irányuló eljárások sikeres lefolytatását követően a kapacitások jelenlegi megoszlása fekvőbeteg szakellátások tekintetében a következőképpen alakul:

Az országos összes kapacitás, aktív, rehabilitációs és krónikus ellátás szerinti			
Összes	aktív	krónikus	rehabilitációs
69 246	42 225	12 016	15 005
100 %	61 %	17,4%	21,7 %

Forrás: OTH

Az aktív, krónikus, rehabilitációs ellátás szerinti megoszlás térségenként, %-os arányban			
Egészségügyi térség	aktív (%)	krónikus (%)	rehab. (%)
Dél-Alföld	66,1	18,0	15,9
Dél-Dunántúl	57,6	18,6	23,9
Dél-közép Magyarország	66,8	16,6	16,5
Észak-Alföld	68,1	15,2	16,7
Észak-közép Magyarország	55,2	19,3	25,5
Észak-Magyarország	61,5	16,3	22,2
Nyugat-Dunántúl	52,1	18,7	29,3
Nyugat-közép Magyarország	61,2	15,4	23,4

Forrás: OTH

Az összes kapacitás tekintetében 10.000 lakosra jutó kapacitás mértéke térségenkénti megoszlásban, továbbá a térségek országos átlagtól való eltérése:

Az összes kapacitás tekintetében 10.000 lakosra jutó kapacitás mértéke térségenkénti megoszlásban, továbbá a térségek országos átlagtól való eltérése		
Egészségügyi térség	10.000 lakosra jutó kapacitás mértéke	országos átlaghoz viszonyított %-os érték
Dél-Alföld	62,6	107,8
Dél-Dunántúl	72,5	124,7
Dél-közép Magyarország	50,1	86,3
Észak-Alföld	60,2	103,7
Észak-közép Magyarország	46,9	80,7
Észak-Magyarország	70,2	120,8
Nyugat-Dunántúl	68,9	118,5
Nyugat-közép Magyarország	54,4	93,7

Forrás: OTH

A fentiek alapján megállapítható, hogy a fekvőbeteg-szakellátások tekintetében ugyan megvalósult a kapacitásoknak a helyi szükségletekhez igazodó felosztása, de a területi aránytalanságok csökkentése érdekében további intézkedésekre van szükség.

A rehabilitációs szolgáltatások és krónikus ellátások esetében különösen nagy hangsúlyt kell helyezni a szociális területtel közös ellátás szervezési és kapacitás-alakítási feladatok ellátására, tekintettel arra, hogy az ellátandó feladatok között szoros kapcsolat áll fenn. Emellett a struktúraváltással érintett egyes intézmények esetében alternatív megoldást jelenthet a szakmai profil bővítése, a határterületi feladatok közös ellátása, ezáltal az erőforrásokkal való gazdálkodás (mind infrastrukturális, mind humánerőforrás esetében) hatékonyságának növelése.

A járóbeteg-szakellátási kapacitások megoszlását az alábbi táblázatok mutatják be:

Az országos, összes kapacitás térségenkénti megoszlása, szakorvosi és nem szakorvosi óraszám szerinti bontásban %-os arányban		
Egészségügyi térség	szakorvosi kapacitás (%)	nem szakorvosi kapacitás (%)
Dél-Alföld	12,3	12,6
Dél-Dunántúl	10,0	6,9
Dél-közép Magyarország	22,1	21,8
Észak-Alföld	10,6	9,9
Észak-közép Magyarország	15,7	16,0
Észak-Magyarország	7,0	8,6
Nyugat-Dunántúl	9,5	10,1
Nyugat-közép Magyarország	12,7	14,1

Forrás: OTH

A 10000 lakosra jutó országos összes szakorvosi óra és ennek térségenkénti megoszlása és az egyes térségeknek az országos átlagtól való eltérése		
Egészségügyi térség	10.000 lakosra jutó szakorvosi kapacitás mértéke	országos átlaghoz viszonyított %-os érték
Dél-Alföld	259,8	107,5
Dél-Dunántúl	298,2	123,4
Dél-közép Magyarország	280,2	115,9
Észak-Alföld	241,2	99,8
Észak-közép Magyarország	201,9	83,5
Észak-Magyarország	235,2	97,3
Nyugat-Dunántúl	196,6	81,3
Nyugat-közép Magyarország	235,6	97,5
10.000 lakosra jutó szakorvosi kapacitás országosan	241,7	100%

A fentiek alapján megállapítható, hogy a – fekvőbeteg-szakellátások esetében tapasztaltakhoz hasonlóan – a járóbeteg-szakellátásokra is jellemző a területi aránytalanság.

További problémát jelent, hogy a járóbeteg-szakellátási kapacitások legutóbbi felosztása óta számos feladat-ellátási szerződés született, ami által a ténylegesen feladatot ellátók köre mára már jelentősen eltér a közfeladat ellátásáért felelősek körétől.

Az ellátási területek és a beutalási rend szempontjából megoldandó problémát jelent, hogy a járóbeteg-szakellátási kapacitásoknál nincsenek progresszivitási szintek megkülönböztetve, ezért indokolt lehet a progresszivitási szintek szétválasztása.

A szakellátási intézményrendszer: a szakellátást nyújtó szolgáltatók fenntartása

(fenntartói jogok szabályozása, változások a fenntartó szerepkörében és hatásköreiben)

A GYEMSZI feladatainak egyik legfontosabb, központi eleme az állam tulajdonában és fenntartásában levő intézményeivel kapcsolatos fenntartói jogok gyakorlása. Ugyanakkor a Semmelweis Terv végrehajtása során a fenntartói jogokkal kapcsolatos stratégiai változások nemcsak szorosan a GYEMSZI feladatkörét érintették.

A fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmények állam általi átvétele igényelte, hogy áttekintésre kerüljön a fenntartó feladatainak összessége, hiszen a korábbi, önkormányzati fenntartás-centrikus rendszerben ezen feladat ellátása jelentős heterogenitást mutatott. A korábban érvényesülő, jelentős eltéréseket mutató fenntartói magatartás mögött több ok is megjelent:

- az önkormányzatok jelentősen eltérő pénzügyi lehetőségei,
- az önkormányzatok szervezeti struktúrája, illetve a felügyeletet tipikusan ellátó önkormányzati struktúrák különbözőségei,

- a szakmai irányítás, felügyelet, fenntartás fogalom használatából adódó eltérések alapján eltérő operatív irányítási felfogások érvényesülése,
- az önkormányzatok stratégiai szemléletéből adódó eltérések,
- az önkormányzatok településen túlmutató szerepköréből adódó társulási, kistérségi, vagy akár regionális szerepfelfogásából adódó lehetőségek közötti eltérések.

A fekvőbeteg-szakellátás tekintetében az állami tulajdonba és fenntartásba vétel komoly lehetőséget jelentett a fenntartó szerepkörének tisztázása irányába teendő lépések felé. Az állami fenntartói jogkör gyakorlása azonban az egyes szereplők között hatáskörmegosztást is szükségessé tett, így az állami fenntartói jogok gyakorlásában speciális helyzetek is szabályozásra kerültek a Semmelweis Terv elfogadását követően. Az állami felelősségvállalásból fakadóan a fenntartói jogok megosztása a GYEMSZI és az ágazati irányítást végző miniszter között indokolttá vált, valamint az egészségügyi felsőoktatási intézmények esetében az ellátórendszer irányába történő közelítése ezeknek a szolgáltatóknak szükségessé tette, hogy a miniszteri jogkörök bővüljenek. Ezek a szabályok az egészségügyi törvény vonatkozó részének jelentős átalakításával elfogadásra kerültek.

A szakellátási intézményrendszer: a szakellátást nyújtó szolgáltatók működési formája és gazdálkodása

A 2012. év során állami tulajdonba, illetve fenntartásba került kórházak egy része az átvétel időpontjában gazdasági társasági formában működött. A fenntartói jogkör minél hatékonyabb gyakorlását szolgálja, hogy az állami fenntartásban lévő fekvőbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltatók azonos szabályok alapján, azonos szervezeti formában működjenek.

Az egészségügy speciális igényeit figyelembevevő jogszabályi és finanszírozás környezet kialakítása megkezdődött.

Betegek a szakellátó rendszerben: a betegpanaszok kezelése

2012. szeptember 1-vel jött létre az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ (a továbbiakban: OBDK), amelynek létrehozása szintén a Semmelweis Terv egyik fontos, kitűzött céljaként jelent meg. Korábban több szervezet keretei között működött a jogvédelem, majd igazgatási átszervezés eredményeképpen jött létre az integrált szervezet, amely megtartotta az egészségügyi, a szociális, valamint a gyermekvédelmi-gyermekjóléti területen működő jogvédelmi feladatok integrációját, megtartva egyben ennek a szervezési formának az előnyeit. Ugyanakkor az OBDK működése szempontjából meghatározó betegjogok érvényesítése ebben a szervezeti formában még hatékonyabban valósítható meg.

A Semmelweis Terv egy olyan, elsősorban nem a normatív jellegre építő betegjogi elvet fogalmazott meg, amely elsősorban a kommunikációs határok lebontását, a közvetítői tevékenységet, a rendelkezésre álló erőforrások figyelembevételével történő megoldását preferálja.

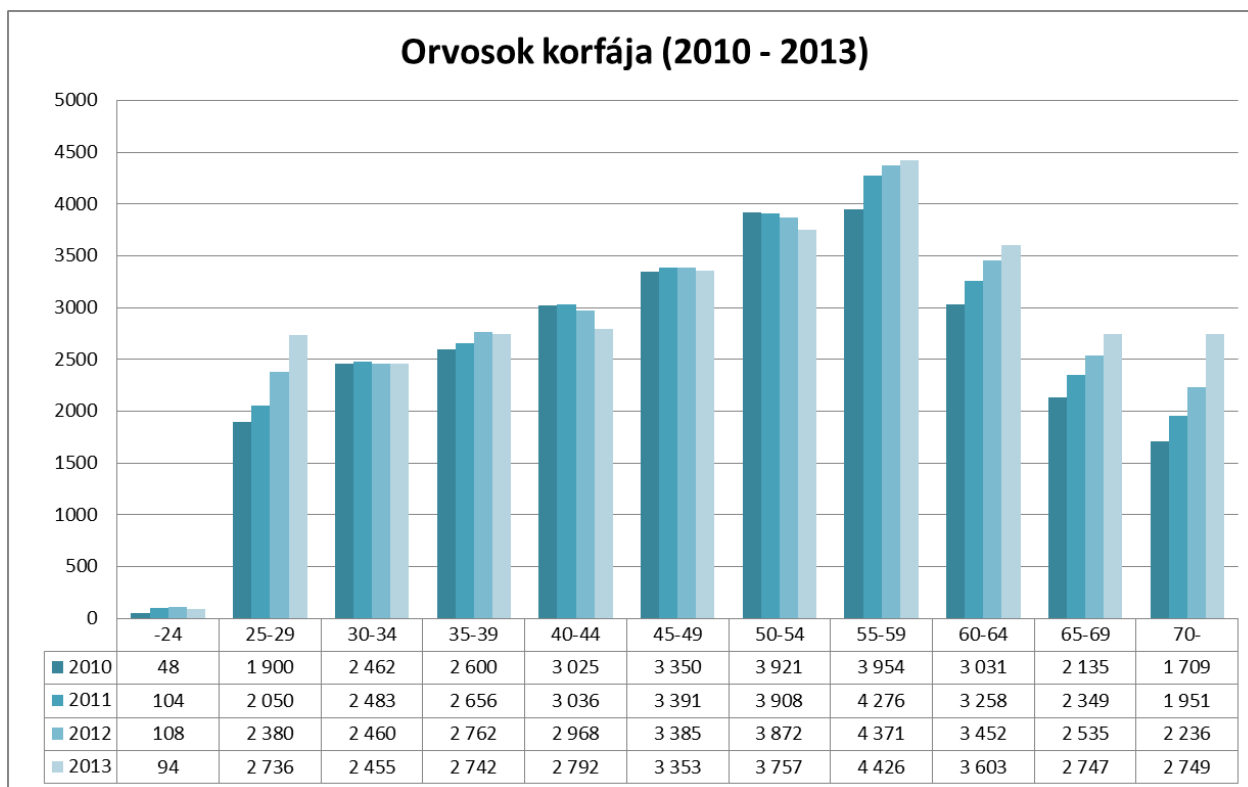
Az OBDK tevékenysége és szervezetének létrehozása áttörést jelent a jogvédelmi tevékenység új irányainak meghatározása szempontjából, hiszen nemcsak a tényleges jogvédelmi és dokumentációs feladatok ellátását biztosítja a szervezet, hanem jelentős szerepe van új módszertani fejlesztési feladatok ellátása révén a nemzetközi tendenciák figyelembevételével ezeknek a tevékenységeknek a jelentős fejlesztésében.

2.6. Horizontális ágazati területek elemzése

2.6.1. Az egészségügy emberi erőforrás helyzetének értékelése

Az egészségügyi emberi erőforrás hiánya nemcsak Magyarországon, hanem az Európai Unióban és világszerte is aktuális problémát jelent. Az Egészségügyi Világszervezet 2006. évi globális helyzetjelentése szerint világviszonylatban több, mint 4,3 millió, az Európai Unióban 970 ezer egészségügyi dolgozó (a szükséges emberi erőforrás létszám 14%-a) hiányzik 2020-ra az egészségügyi ellátórendszerekből. Az Európai Unión belüli szabad munkaerő-áramlás, a diplomák kölcsönös elismerése és az egyes tagállamokban elérhető jelentős jövedelmi különbségek egy fokozott, kelet-nyugati irányú mobilitást eredményeznek. Az orvosok és az egészségügyi szakdolgozók külföldi munkavállalása szempontjából Magyarország fokozottan érintett, így az elmúlt időszakban megtett intézkedések kiemelten irányultak a munkaerő megtartására.

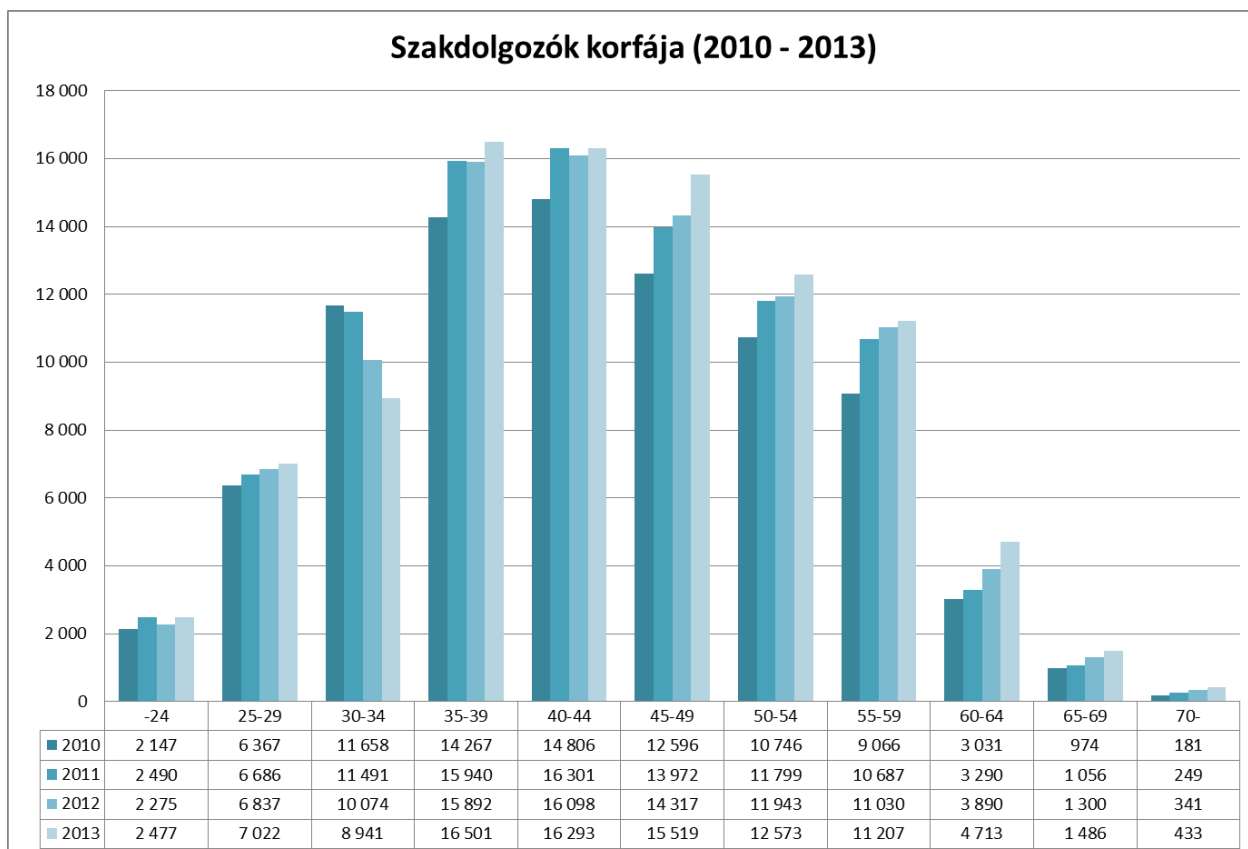
Az orvosok esetében az előregedő korfa a jövőre nézve is előrevetíti a létszám csökkenését. Az érvényes működési nyilvántartással rendelkező orvosok esetében a legtöbben az 55-59 éves korosztályból kerülnek ki, emellett egy részük az öregségi nyugdíjkorhatár betöltését követően is praktizál, az alapellátásban dolgozó orvosok közel egyharmada töltötte már be a nyugdíjkorhatárt.



Érvényes működési nyilvántartással rendelkező orvosok korfája

Forrás: EEKH

Az érvényes működési nyilvántartással rendelkező egészségügyi szakdolgozók korfája egyenletesebb eloszlást mutat, a legtöbben a 35-44 éves korosztályból kerülnek ki. A 60 éves kor felettek kisebb létszáma azt jelzi, hogy a szakdolgozók többsége az öregségi nyugdíjkorhatár (vagy nők esetében a 40 év munkaviszony) elérését követően a nyugdíjat választja. Emellett a szakdolgozók körében jelentősebb mértékben fordul elő, hogy a szakemberek az egészségügyi ágazatot hagyják el és más, akár egészségügyi képzésükhöz nem kapcsolódó munkát választanak.



Érvényes működési nyilvántartással rendelkező egészségügyi szakdolgozók korfája

Forrás: EEKH

A külföldi munkavállalási tendencia viszont elsősorban a fiatalabb (35 év alatti, valamint 35-44 éves) korosztályban jelentős, az emberi erőforrás létszámának csökkenése tehát a korfa mindkét végén megindult. A fiatal orvosok hazai ellátórendszerben tartását szolgálják a Rezidens Támogatási Program keretében meghirdetett ösztöndíjak, amelyek eredményeként 2012-ben már csökkenésnek indult a szakvizsga nélkül külföldi munkavállaláshoz hatósági bizonyítványt kérők száma.

Külföldi munkavállaláshoz hatósági bizonyítványt kérők számának alakulása					
Szakterület	2009	2010	2011	2012	2013
orvos	756	867	938	934	718
fogorvos	115	132	149	188	173
gyógyszerész	34	37	34	47	67
egészségügyi szakdolgozó	489	388	416	626	638
szakdolgozón belül: ápoló	382	282	303	515	533
szakdolgozón belül: gyógytornász	72	63	47	52	42

klinikai szakpszichológus	3	2	1	2	3
Összesen	1397	1426	1538	1797	1599

Megjegyzés: egy éven belül diplomát szerzett külföldi állampolgárok nélkül, 2009-2012

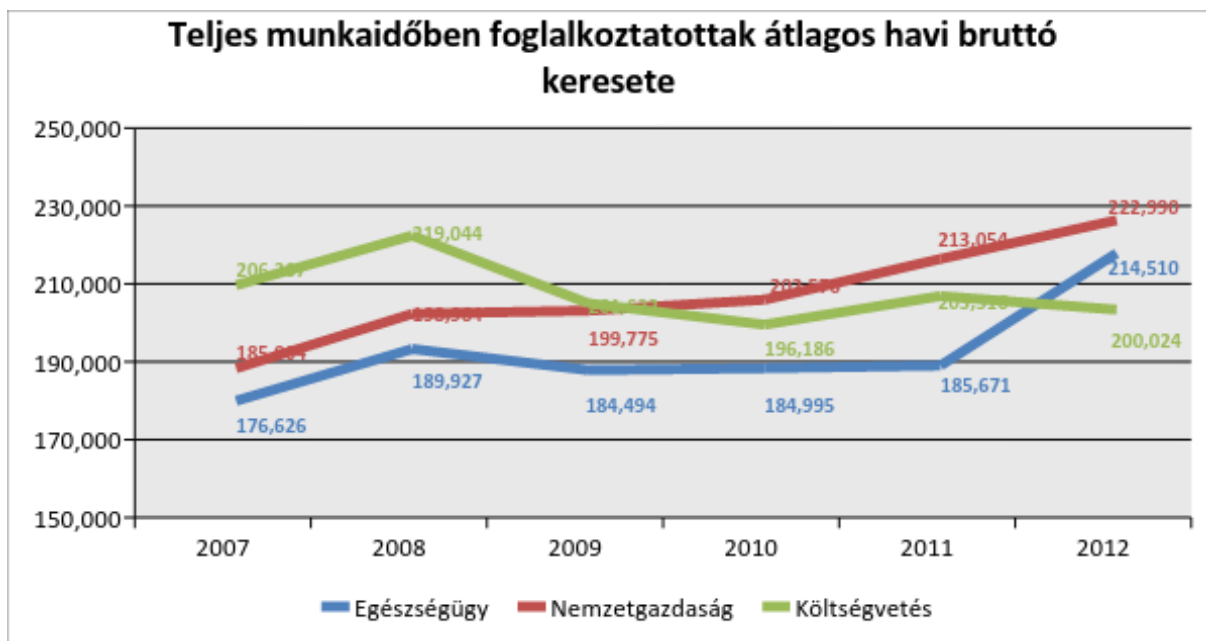
Forrás: EEKH

Az egészségügyi ágazat jelentős foglalkoztató, különösen a fekvő- és járóbeteg ellátás területén. A munkaerő-felvevő képesség nemcsak az egészségügyi dolgozók, hanem a gazdasági-műszaki területen dolgozók esetében is számottevő, az éves trendek összehasonlíthatóságát ezen a területen torzítják a kiszervezések, mert az alvállalkozók által foglalkoztatott dolgozók nem jelennek meg az ágazati statisztikában.

Kórházakban és szakrendelő intézetekben foglalkoztatottak statisztikai létszáma							
Fő foglalkozási csoportok	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Orvosok	19 850	19 398	18 050	17 360	16 451	16 327	16 943
Egészségügyi szakdolgozók	58 680	55 979	52 702	51 961	52 282	54 777	57 327
Egyéb egészségügyi és egészségügyben dolgozók	47 274	44 160	39 681	39 196	38 484	35 541	34 785
Összesen	125	119	110	108	107	106	109
	805	537	434	517	218	645	056

Forrás: Ágazati létszám és bérstatisztika (GYEMSZI-IRF, 2012.)

A jelenlegi magyar egészségügyben az emberi erőforrás-gazdálkodás terén a központi állami irányítás és a piaci mechanizmusok egyaránt érvényesülnek. Az egységes szabályozás irányába hat a 2012-ben bevezetett, az állami, önkormányzati, egyházi és felsőoktatási fenntartású, közfinanszírozott járó- és fekvőbeteg ellátásra vonatkozó egészségügyi ágazati előmeneteli rendszer, amelyhez kapcsolódóan az alkalmazottként dolgozók 2012-ben és 2013-ban is bérfejlesztésben részesültek. Az egészségügyi dolgozók átlagkeresete az elmúlt években folyamatosan alacsonyabb volt a közsféra átlagához viszonyítva, 2012-ben viszont az ágazati béremelésnek köszönhetően meghaladta azt, a nemzetgazdasági átlagot viszont továbbra sem éri el. Az egészségügyi ágazatban a nominál-keresetek tekintetében 2007. és 2012. között közel 18%-os emelkedés figyelhető meg, reálértékben a 2012. évi ágazati átlagkereset a 2007. évi átlagkereset 95%-a.



A Teljes munkaidőben foglalkoztatottak átlagos havi bruttó keresete 2007 és 2012 között (kereset/fő/év)

Forrás: OSAP 1626 Bérstatisztika

Az egészségügyi szolgáltatók kiadásainak jelentős részét teszik ki a személyi kiadások, a kórházak és szakrendelő-intézetek összesített bértömege 2012-ben 352 Mrd Ft-ra tehető, ezen belül az összes bértömeg 75%-át egészségügyi tevékenységhez kapcsolódó kiadások képezik (OSAP 1626 Ágazati létszám és bérstatisztika). Az alkalmazotti jogviszonyban dolgozók keresetéről rendszeres kimutatások készülnek, az egészségügyi tevékenységhez kapcsolódó valós kiadások monitorozása és tervezése viszont nehezített, mert az egészségügyi tevékenység végzésére különböző jogviszonyokban van lehetőség, a közreműködői díjak pedig a szolgáltatók dologi kiadásait a terhelik. A jogviszony-formák jellemzően függenek a szakmától, az egészségügyi tevékenység végzésével töltött időtől, emellett megállapítható, hogy a jogviszony-struktúra ellátási szintenként is jellemző mintázatot mutat.

Az alapellátásban a foglalkoztatási jogviszonyokat az egészségügyi szolgáltató működtetőjének intézményi formája jelentősen meghatározza.

Alapellátás megoszlása működtető típusa szerint				
Alapellátás	Háziorvosi ellátás	Fogorvosi ellátás	Védőnői ellátás	Iskola-egészségügy
Működtető típusa				
önkormányzat intézménye	0,5%	1,8%	6,2%	3,8%
önkormányzat központi intézmény	4,3%	7,3%	82,3%	44,9%
egyetem	0,02%	0,2%	0,1%	0,1%
vállalkozás	94,6%	89,4%	8,5%	48,2%
egyházi intézmény	0%	0%	1,1%	1,5%
egyéb (kht., alapítvány, egyesület)	0,1%	0,4%	1,1%	1,0%
Százalékos arány összesen	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Szolgáltatók száma összesen	6351	2268	1776	2315

Megjegyzés: (összes praxis, betöltetleneket is tartalmazza)

Forrás: Országos Egészségpénztár

Mindegyik alapellátási formára jellemző, hogy különböző intézményi formájú szolgálatok működnek párhuzamosan, ezáltal az alapellátás (és a benne dolgozók) többletforráshoz juttatása a finanszírozási díjak változtatása mellett, a díjakat terhelő költségeknek részben, vagy egészben az alapellátási feladat kötelezettjére terhelésével valósítható meg. Az alapellátás finanszírozásában meghatározóak az – elsősorban az ellátandók számához kötődő - teljesítményhez kapcsolódó elemek, ezáltal a vállalkozóként dolgozó háziorvosok, fogorvosok és iskolaorvosok jövedelme függ a teljesítmény-finanszírozástól.

A háziorvosi tevékenységet az orvosok döntő többségben vállalkozóként látják el, a betöltött felnőtt és gyermek praxisokban 98% feletti a vállalkozók aránya. Az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal foglalkoztatási adatai alapján a többi ellátási formához hasonlóan az egészségügyi szakdolgozók jelentős része a háziorvosi alapellátásban is alkalmazottként (munkaviszonyban) dolgozik, a vállalkozó praxisokban a szakdolgozók javadalmazását a háziorvos határozza meg. A védőnői szolgálatok túlnyomó többségét az önkormányzatok működtetik, a védőnők több mint 80 százaléka közalkalmazott.

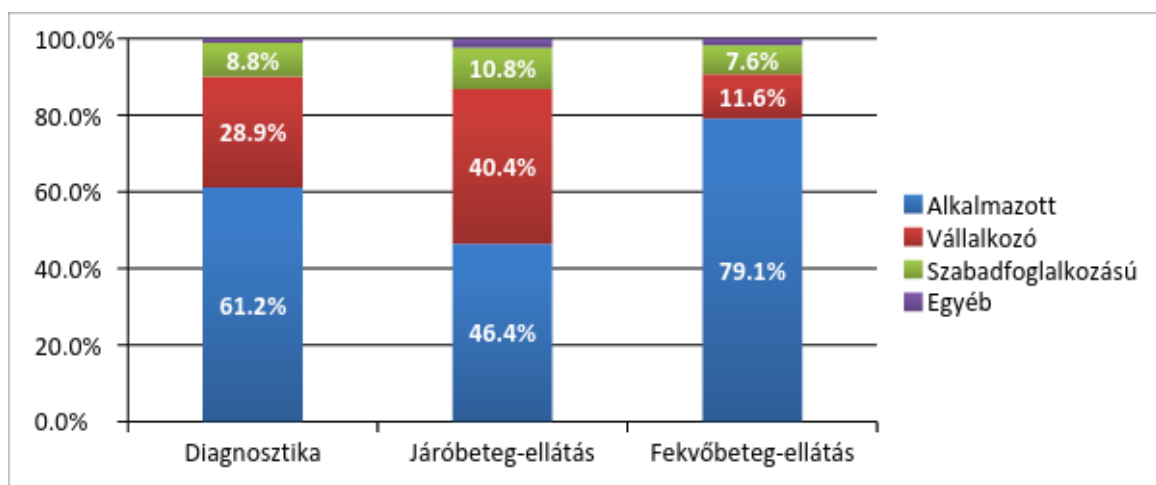
A fekvő- és járóbeteg-ellátásban az alkalmazotti jogviszonyok mellett elterjedt foglalkoztatási forma a szabadfoglalkozás és az egyéni vállalkozóként vagy társas vállalkozás keretében kötött közreműködői szerződés. A különböző, számos esetben párhuzamos jogviszonyok az egészségügyi emberi erőforrás monitorozását jelentősen megnehezítik. A valid, munkavégzéssel kapcsolatos rendszeres adatok biztosításához olyan egységes ágazati szolgáltatói jelentés szükséges, amely – a jelenlegi kötelezettségek kiváltása mellett - informatikai támogatással és a szankcionálás lehetőségével biztosítja az egészségügyi szolgáltatók együttműködését és az egyes dolgozókra vonatkozó munkáltatói adatok összevezethetőségét.

A közfinanszírozott járó- és fekvőbeteg ellátásban dolgozó humán erőforrás felmérése és az egységes ágazati szolgáltatói jelentés megalapozása érdekében 2013 márciusában egyszeri ágazati felmérés történt, melynek keretében a közfinanszírozott fekvő- és járóbeteg-ellátást nyújtó szolgáltatók 88%-a szolgáltatott adatokat, a foglalkoztatási szerkezetre vonatkozó következtetések ezen a mintán alapulnak.

Az orvosi és az egészségügyi szakdolgozói foglalkoztatási szerkezete között jelentős eltérés mutatkozik. Az egészségügyi szakdolgozók túlnyomó többsége egy jogviszonyban, alkalmazottként dolgozik, a jelentett szakdolgozók 98%-ának egy jogviszonya van, a jogviszonyok 97%-a alkalmazotti jogviszony.

Az orvosok esetében ezzel szemben gyakoribb a több jogviszony, valamint a vállalkozói formában való egészségügyi tevékenység végzés. A munkáltatói adatszolgáltatás során jelentett orvosok 80%-a dolgozik egy jogviszonyban. A több jogviszonyban dolgozó, vállalkozói formában is egészségügyi tevékenységet végző orvosok kétharmada alkalmazotti jogviszonnyal is rendelkezik, az a gyakorlat, hogy egy orvos kizárólag vállalkozóként/szabadfoglalkozású orvosként dolgozik, jellemzően nem valósul meg.

Az orvosi tevékenység szerepének megfelelően a vállalkozói formában dolgozó orvosok aránya is eltérő az egyes ellátási formákban. A fekvőbeteg-ellátásban az orvosi jogviszonyok közel 80%-a alkalmazotti jogviszony, ezzel szemben a járóbeteg-ellátásban a jelentett jogviszonyok több, mint fele vállalkozói vagy szabadfoglalkozású jogviszony. A járóbeteg-rendelések a legtöbb esetben nem töltenek meg egy teljes munkaidőt, ilyen esetekben a szolgáltatók gyakrabban kötnek vállalkozással szerződést. Ezt a megoldást gazdaságossági és hatékonysági szempontok alapján választják a munkáltatók, ezáltal rugalmasabban tudják a kisebb óraszámú szolgáltatást biztosítani és kezelni a változásokat. Gyakoribb a vállalkozói forma ott, ahol az egyes szakterületeken és régiókban jelentkező emberi erőforrás-hiány a piaci mechanizmusok erősödését eredményezi, elsősorban a szakmai minimumfeltételek biztosításához szerződtetett szakorvosok, a többi szakterület ellátást megalapozó kiszolgáltató szakmák (aneszteziológia, képalkotó diagnosztika), a sürgősségi és ügyeleti ellátás esetében.



A különböző ellátási szintekhez kapcsolódó eltérő humán erőforrás felhasználás miatt az egységes ágazati jogviszony-rendszer megalkotása rendkívüli kihívás, egy áttekinthető foglalkoztatási struktúra kialakítása és a munkavégzéssel kapcsolatos adatok naprakész nyilvántartása szükséges az emberi erőforrást érintő célzott beavatkozásokhoz.

Az egészségügyi képzés és a dolgozók képzettsége a magyar egészségügy egyik erőssége, azzal együtt, hogy az elméleti képzés magas színvonala mellett a gyakorlati készség egy részét csak a képzést követően, az egészségügyi tevékenység során sajátítják el a dolgozók. Az egyetemi képzéseken a külföldi hallgatók száma folyamatosan emelkedik, a magyar szakemberek nemzetközi téren is keresettek. A Semmelweis Tervben foglaltaknak megfelelően az egészségügyi ágazati képzési szabályok felülvizsgálata és módosítása megtörtént. Az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzés (szakorvos-, szakfogorvos-, szakgyógyszerész és klinikai szakpszichológus képzés) tekintetében aktualizálásra kerültek a részletes képzési követelmények, emellett számos további intézkedés („röghöz kötés” eltörlése, egyszerűbb belépési szabályok, hiányszakmák támogatás és ösztöndíjprogram bevezetése) irányult a rezidensek helyzetének javítására. A középfokú szakképzés rendszere az új Országos Képzési Jegyzék bevezetésével került átalakításra, az egészségügyi szakképzések tekintetében jelentős változás az ápoló képzések kizárólag iskolarendszerben történő indíthatósága, valamint a kötelező felnőttképzési óraszámok megjelenése. Mind a szakorvosok, mind az egészségügyi szakdolgozók esetében egy kötelező továbbképzésen való részvétel államilag támogatottá vált, ezzel együtt további intézkedések szükségesek a képzés gyakorlatiasságának erősítése és a minőségbiztosítás szempontjából. Az egyes képzettségekhez kapcsolódó kompetenciák jelenleg nem szabályozottak, a kompetenciák meghatározása szükséges az optimális skill-mix kialakítása, a szaktudás maximális kihasználása és a hatékony munkamegosztás szempontjából.

2.6.2. Az egészség társadalmi egyenlőtlenségei

A hátrányos helyzetűnek minősülő térségek összes területe az ország területének 28,3%-a, népessége 1,4 millió fő volt 2011-ben. A munkanélküliségi ráta (17,2%) több mint kétszeresen, a szociális segélyezettek ezer lakosra jutó száma (12,2) majdnem háromszorosan haladta meg az ország többi részének átlagát 2011-ben. A foglalkoztathatóság és a vállalkozói aktivitás fokozása érdekében fejleszteni kell a humán tőkét (készségfejlesztéssel, képzéssel, az egészségmegőrzéssel és betegség megelőzéssel). Az LHH-k problémája jelentős részben a mélyszegénységben élőkkel kapcsolatos, így nem csak gazdasági, hanem egészségügyi és szociális természetű is. Ezért a programokban meg kell jelennie a hátrányos helyzetű társadalmi csoportok, kiemelten a romák helyzetét javító elemeknek is. Javítandó az egészségügyi ellátás, korai fejlesztés, oktatás és szociális ellátás elérhetősége és színvonala, és szükséges a közösségfejlesztés, a bizalmi tőke növelése, a lakhatási szegregáció oldása. Az ellátás HR kapacitásainak megteremtésébe be kell vonni a munkát keresőket és a vállalkozni kívánókat, így az érintett ágazatok maguk is munkahelyteremtő és vállalkozásserkentő szerepet töltenek be. Az egészségügy HR

krízisének kínálati oldalát érintő rendezés lehetővé teszi, hogy azt a potenciált ki lehessen aknázni, miszerint az ágazat – különösen a népegészségügyi programokkal együtt – az ország egyik legfontosabb közvetlen munkáltatójává váljon.

Az egészség-egyenlőtlenségek a társadalom egészét érintik: a társadalmi létra mentén lefelé haladva egyre rosszabb az egészségi állapota, életkilátásai az alacsonyabb iskolai végzettségű, jövedelmi- és foglalkozási státuszú csoportoknak. **A magyar társadalom alapvető érdeke az egyenlőtlenségek – és ennek részeként az egészség-egyenlőtlenségek – csökkentése.**

Az egészségi állapot egyenlőtlenségeit a következő – egymással összefüggő – tényezők alakítják:

- a gazdasági, társadalmi folyamatok, a társadalom hétköznapi kultúrája, normarendszere, pszicho-szociális közege;
- az egyéneknek a társadalomban elfoglalt (jövedelmi, foglalkozási, iskolázottsági, stb.) helyzetének egyenlőtlenségei;
- az egészséget veszélyeztető kockázati tényezők (anyaghiány, pszicho-szociális tényezők egészség-károsító magatartási minták, stb.);
- az egészségügyi rendszer jellemzői;
- az egyéni felelősségvállalás különböző mértéke.

Mára az egyént érő pszicho-szociális hatásokat közvetítő kulturális-társadalmi közeg úgy alakult, hogy – számos tudományosan igazolt mechanizmuson keresztül (pl. stressz, kilátástalanság, kirekesztés, a szolidaritás hiánya, stb.) – súlyos fenyegetést jelent leginkább a társadalom gyengébb pozíciójú tagjainak egészségi állapotára.³

Az egészségkárosító szokások mértéke a magyar népesség egészét tekintve is kiemelkedően magas. Az egyének társadalmi státuszuktól függően eltérő mértékben vannak kitéve az egészséget veszélyeztető legfontosabb kockázati tényezőknek: minél iskolázottabb, illetve a magasabb jövedelmű valaki, annál kevésbé jellemző az egészségkárosító magatartási minták előfordulása. A társadalmi létrán lefelé haladva a depresszió kockázata is növekszik.

Az egészségügyi ellátás igénybevételében is nagyok a társadalmi különbségek. Például az aktív fekvőbeteg- és az egy napos ellátás kistérségei közötti különbségei csak megközelítően felerészben magyarázhatók az ott lakók eltérő szükségleteivel. A fennmaradó rész egyrészt az ellátások hozzáférhetőségében, másrészt a lakosok – társadalmi jellemzői által befolyásolt – igénybevételi hajlandóságában mutatkozó egyenlőtlenségeknek a következménye.

Az egészség-egyenlőtlenségek csökkentése érdekében fontosnak tartjuk:

- a közfinanszírozású egészségügyben a forrásoknak a szükségletekhez minél inkább igazodó elosztását;

³ Kopp – Skrabski 2009; Wilkinson and Pickett, 2009

- a hozzáférésben és a szolgáltatások minőségében meglévő különbségek csökkentését;
- az alapellátás új integrált működési módját, amely kiemelt figyelmet fordít a hátrányos és a leghátrányosabb helyzetű térségek speciális hozzáférési és betegút-szervezési problémáinak kezelésére;
- a hátrányos, valamint a leghátrányosabb helyzetű térségekben a betöltetlen háziorvosi és védőnői körzetek betöltését;
- a társadalom minden rétegét elérő népegészségügyet;
- a kormányzati tevékenységek összehangolását az egészséget befolyásoló tényezőkre vonatkozóan (foglalkoztatottság, oktatás, szociális ellátás).

Az egészség-egyenlőtlenségek csökkentése komplex, egymást erősítő beavatkozásokat, konkrét programokat, megfelelő erőforrásokat és hosszabb időtávot igényel. Ennek megfelelően jelen stratégia minden célját, eszközét horizontálisan átfogja az egészségügyi egyenlőtlenségek javításának szemlélete.

2.6.3. Az egészségügyi ellátó rendszer épített és orvostechnológiai infrastruktúrájának állapota, helyzete

2.6.3.1. Épített infrastruktúra

Az épület- és eszközállomány teljes tételes felmérése, a felmérés eredményeinek validálása és kataszterbe rendezése folyamatban van. Az épületállomány 16,0%-ára kiterjedő reprezentatív minta szerint (amely a hasznos alapterület [m²] 19,8%-át fedi le) a legnagyobb hasznos alapterületet az épületállománynak a fekvőbeteg ellátáshoz kapcsolódó egységei teszik ki (53,72%), ezt követi a járóbeteg-szakellátás (9,81%) és a diagnosztikai központok (6,77%) csoportja.

Az eddigi fejlesztések eredményeképpen a felújítandó és a rekonstruálandó épületek között kevésbé kiemelkedő a diagnosztikai központok aránya (1,66%, illetve 0,00%), viszont továbbra is első helyen van a fekvőbeteg ellátás, sőt itt a részarány magasabb is, mint az összes épület átlaga (58,17%, illetve 57,11%). Hasonlóan második helyen van a járóbeteg-szakellátás (13,57%, illetve 6,87%).

A fekvőbeteg ellátáson belül az épített infrastruktúra 29%-a szorul felújításra, rekonstrukcióra vagy szanálásra. A hasznos alapterületnél ez az arány mindössze 39%. A járóbeteg-szakellátás esetében az összes egység 36%-a esik ebbe a kategóriába, ami a hasznos alapterület 39%-a (akárcsak a fekvőbeteg ellátásnál). A diagnosztikai központokon belül ezek az arányok 19%, illetve 5% körüli értéket mutatnak.

Ki kell emelni, hogy a „központi steril” részlegek kétharmada, amelyek az állomány elenyésző hányadát teszik ki, szorul felújításra, ráadásul ezen felújítandó egységek teszik ki a csoport hasznos alapterületének 80%-át.

Nem ilyen mértékű az alapellátáson belül, de hasonlóan jelentős a felújításra, rekonstrukcióra vagy szanálásra szoruló egységek aránya (a teljes állomány 25%-a, illetve a hasznos alapterület 53%-a).

Infrastruktúra állomány műszaki-állapotok szerinti megoszlása					
RENDELTETÉS	MŰSZAKI ÁLLAPOT				
	JÓ	FELÚJÍTANDÓ	REKONSTRUÁLANDÓ	SZANÁLANDÓ	VÉGÖSSZEG
Diagnosztikai Központ	10,37%	1,66%	0,00%	0,00%	6,77%
Egészségügyi Alapellátás	1,46%	0,19%	6,34%	0,52%	1,90%
Egyéb	4,56%	1,81%	3,59%	4,81%	3,83%
Fekvőbeteg ellátás	52,8%	58,17%	57,11%	6,87%	53,72%
Fenntartást segítő részleg	10,32%	7,84%	8,31%	23,31%	9,74%
Garázs	0,50%	0,00%	0,10%	0,37%	0,34%
Haemodialízis állomás	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Járóbeteg szakellátás	9,62%	13,57%	6,33%	1,10%	9,81%
Kazánház	1,44%	1,85%	1,48%	0,00%	1,50%
Központi orvosi gázellátó	0,05%	0,00%	0,00%	0,00%	0,03%
Központi steril	0,03%	0,35%	0,00%	0,00%	0,09%
Laboratórium	0,62%	0,48%	1,23%	0,00%	0,67%
Lakás	1,45%	3,19%	4,48%	0,00%	2,25%
Orvos-nővérszálló	1,32%	3,96%	5,05%	0,98%	2,43%
Összekötő folyosó	0,09%	0,37%	0,00%	0,00%	0,13%
Porta	0,28%	0,65%	0,00%	0,00%	0,31%
Proszektúra	0,86%	0,21%	0,00%	0,25%	0,58%
Raktár	2,06%	0,54%	2,21%	7,98%	1,87%
Szakambulancia	0,18%	0,45%	0,00%	0,00%	0,21%
Transzformátorház	0,31%	0,09%	0,00%	0,00%	0,21%
Üdülő	0,02%	0,00%	0,00%	0,00%	0,01%
Üres	1,28%	4,03%	3,79%	50,70%	3,18%
Véradó	0,29%	0,43%	0,00%	0,00%	0,27%
Veszélyes anyag tároló	0,00%	0,12%	0,00%	0,00%	0,02%
Virágház	0,06%	0,00%	0,00%	3,12%	0,10%
VÉGÖSSZEG	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Összes építmény	63,58%	20,623%	8,73%	7,45%	100,00%
Összes hasznos alapterület (m²)	61,82%	21,31%	14,96%	1,90%	100,00%

Ezzel lényegében egybeesik a 2007-2013 időszak tapasztalatait bemutató részben táblázatba foglalt kórházi készültségi adatok alapján kirajzolódó kép. A funkciók megfelelősége országos átlagban mintegy kétharmadosnak tekinthető. Bár a KMR (73%) első látásra kedvezőbb helyzetben van, mint a konvergencia régiók átlaga (63%), ezúton is fel kell hívni a figyelmet arra, hogy a budapesti és a pest megyei intézmények látják el több környező megye

lakosságának nagy részét is nemcsak a progresszivitás magasabb szintjein, hanem az alacsonyabbakon is. Emellett a magasabb szinteken jelentős országos ellátási kötelezettsége is van a KMR intézményeinek. Mindez – az alap- és járóbeteg ellátásnak az érintett konvergencia régiókon belüli kiemelt fejlesztésével együtt - az egész ellátórendszer hatékonyságának fenntartását és javítását szolgálja. A KMR migrációs jelentőségét, azaz annak mértékét, hogy a környező megyékből a lakosság hány százaléka jár a KMR-be kórházi ellátást igénybe venni, az alábbi táblázat szemlélteti:

A KMR ellátási igénybevétele					
Megye	helyben	KMR-ben	egyéb	egyéb bő a legtöb b	
KMR (Budapest + Pest megye)	96,73		3,27		
Fejér megye	71,38	22,75	5,87		
Komárom-Esztergom megye	66,21	26,97	6,82		
Nógrád megye	65,81	30,93	3,26		
Heves megye	58,63	24,61	16,76	14,60	BAZ+HB
Jász-Nagykun-Szolnok Megye	68,15	13,33	18,52	11,06	HB

2.6.3.2. Az orvostechnikai eszközök

Az ellátórendszer eszközeinek zöme (75,83%) 5 évnél idősebb, de 25 évnél fiatalabb. Az eszközpark 7,88%-a 5 évnél nem idősebb, de ez a technológiai elévülés miatt meglehetősen alacsony szám. A legtöbb eszköz a kórházi ellátást szolgálja (62,89%), és ezeknek a legmagasabb az 5 évnél fiatalabb állományon belüli aránya is (79,55%).

Az intézmények eszközeinek korcsoport szerinti megoszlása intézménytípusok szerint				
TÍPUS	ESZKÖZ KORA			
	>25	0-5	5-25	VÉGÖSSZEG
Alapellátás	0,16%	0,46%	0,23%	0,24%
Ápolási Intézet	0,00%	0,00%	0,01%	0,01%
Diagnosztikai terápiás állomás / központ	0,00%	2,49%	1,01%	0,96%
Diagnosztikai központ	0,00%	0,00%	0,01%	0,01%
Egyetemi klinika	12,68%	1,60%	17,18%	15,22%
Fővárosi	2,98%	3,49%	4,45%	4,13%
Gondozó	0,01%	0,00%	0,00%	0,01%
Gyermekekórház	0,57%	0,97%	0,87%	0,83%
Kórház – megyei szint	31,35%	57,13%	35,92%	36,85%
Kórház- városi szint	25,46%	16,34%	20,84%	21,24%
Krónikusórház	1,70%	0,32%	0,72%	0,85%
Máshova nem sorolható szervezet	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Mátrix kórház	2,07%	1,14%	0,88%	1,09%
Mentés és őrzött betegszállítás	0,34%	2,11%	2,02%	1,75%
Nappali kórház	0,01%	0,15%	0,19%	0,16%
Népegészségügyi intézet	0,17%	0,02%	0,34%	0,29%

Országos intézet	13,78%	2,78%	6,26%	7,21%
Rendelőintézeti szakrendelés	5,69%	6,36%	5,45%	5,56%
Szakkórház	0,99%	3,49%	1,90%	1,88%
Szakrendelő / szakrendelés	0,26%	0,58%	0,48%	0,45%
Városi	0,57%	0,03%	0,39%	0,39%
Vérellátó szolgálat	1,20%	0,48%	0,84%	0,87%
VÉGÖSSZEG	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Az intézményi eszközök megoszlása intézménytípuson belül, korcsoportok szerint				
TÍPUS	ESZKÖZ KORA			VÉGÖSSZEG
	>25	0-5	5-25	
Alapellátás	11,8%	15,13%	73,68%	100,00%
Ápolási Intézet	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
Diagnosztikai terápiás állomás /központ	0,00%	20,77%	79,23%	100,00%
Diagnosztikai központ	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
Egyetemi klinika	13,57%	0,83%	85,61%	100,00%
Fővárosi	11,74%	6,65%	81,61%	100,00%
Gondozó	42,86%	0,00%	57,14%	100,00%
Gyermekórház	11,20%	9,28%	79,52%	100,00%
Kórház – megyei szint	13,86%	12,21%	73,93%	100,00%
Kórház- városi szint	19,54%	6,06%	74,40%	100,00%
Krónikusórház	32,65%	2,98%	64,37%	100,00%
Máshova nem sorolható szervezet	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
Mátrix kórház	30,80%	8,24%	60,95%	100,00%
Mentés és őrzött betegszállítás	3,15%	9,46%	87,38%	100,00%
Nappali kórház	1,49%	7,43%	91,09%	100,00%
Népegészségügyi intézet	9,59%	0,55%	89,86%	100,00%
Országos intézet	31,14%	3,04%		100,00%
Rendelőintézeti szakrendelés	16,67%	9,01%	74,31%	100,00%
Szakkórház	8,63%	14,65%	76,72%	100,00%
Szakrendelő / szakrendelés	9,28%	10,16%	80,56%	100,00%
Városi	23,54%	0,60%	75,86%	100,00%
Vérellátó szolgálat	22,44%	4,34%	73,21%	100,00%
VÉGÖSSZEG	16,29%	7,88%	75,83%	100,00%

2.6.3.3. Energetikai hatékonyság

Mind az épületek, mind az orvostechnikai eszközök esetében elmondható, hogy az infrastruktúra jelentős hányada korszerűsítésre szorul energetikai szempontból. Ez az épület-szigetelés, a nyílászárók és a berendezések energia felhasználási jellemzőivel, állagával magyarázható. A kórházi épületek 4%-a, ami a hasznos alapterület 10%-át teszi ki, szorul energetikai korszerűsítésre, ami a teljes építési fejlesztésre szoruló infrastruktúra (új építés, illetve felújítás, átépítés stb.) 25%-át teszi ki, ami a hasznos alapterület-fejlesztés 50%-át adja.

2.6.3.4 Infokommunikáció, e-egészségügy

Az egészségügyi ellátórendszer informatikai fejlesztése az 1990-es évek óta folyik. Mára azt lehet mondani, hogy a hazai egészségügyben nincs olyan intézmény, amely nem használ infokommunikációs eszközöket működése során, ugyanakkor, figyelemmel a jelenleg futó e-Egészségügyi fejlesztésekre is, még mindig kevés az olyan ellátási folyamat, amely legalább részben informatizálva lenne és egyelőre még nem történt meg a gyógyítás során keletkező adatok megfelelő hasznosítása, az egészségügyi ellátórendszer adatokon alapuló szisztematikus minőségvizsgálata, illetve a minőségvizsgálat eredményeink hasznosítása a jobb gyakorlat érdekében.

Az egyes egészségügyi intézmények infokommunikációs eszközökkel és megoldásokkal való ellátottsága eltérő képet mutat. Általánosan megállapítható, hogy az intézmények informatikai eszközparkja országosan elavult (számítógépek és nyomtatók átlagéletkora több mint 5 év). A közfinanszírozott egészségügyi fekvő és járóbetegellátók csaknem teljes körére jellemző az intranetes hálózatban való működés, azok csaknem mindegyike működtet valamiféle betegelőjegyzési rendszert, a szélessávú hálózati elérés szintje eltérő az egységeknél (általánosan inkább jónak mondható). Az ágazatban használt medikai-informatikai rendszerek tekintetében nagyfokú a heterogenitás: országosan mintegy 25 féle medikai rendszer van használatban (ezek jobbára szigetszerű megoldások). Az intézmények 80%-ára jellemző IT működési szabályozás megléte. Az intézményközi integráltság és együttműködés egyelőre alacsony fokú (pl. a betegadatok elérése tekintetében), akárcsak a magasabb szintű e-Egészségügyi alkalmazások (pl.: telekonzílium, telepatológia, teleradiológia, telemedicina, stb.) használata.

Elmaradás tapasztalható a hazai ellátórendszerben a beteg-intézmény közötti kapcsolatok informatizálása viszonylatában, kevés olyan e-Health alkalmazás van használatban, amelyet nagyobb volumenben használnak a gyógyítók és páciensek.

Megállapítható, hogy mind az egészségügyi informatikai alap infrastruktúra fejlesztése (eszközpark, hálózat), mind az egészségügyi ellátás, működés és a népegészségügy IT alkalmazásokkal való támogatása iránt valós igény mutatkozik.

Fenti fejlesztési szükségletek és hiányosságok feloldása megkezdődött az elmúlt években: az egészségügyi ágazati központi informatikai fejlesztések, programok megvalósítására a hazai kormányzat EU Strukturális Alap forrásokat használ fel. A Nemzeti Egészségügyi Informatikai (e-Health) Rendszer kiépítése a Társadalmi Infrastruktúra Operatív Program (TIOP), Társadalmi Megújulás Operatív Program (TÁMOP) és Elektronikus Közigazgatás Operatív Program (EKOP) 2011-2013-as konstrukciók keretében jelenleg megvalósítás alatt áll.

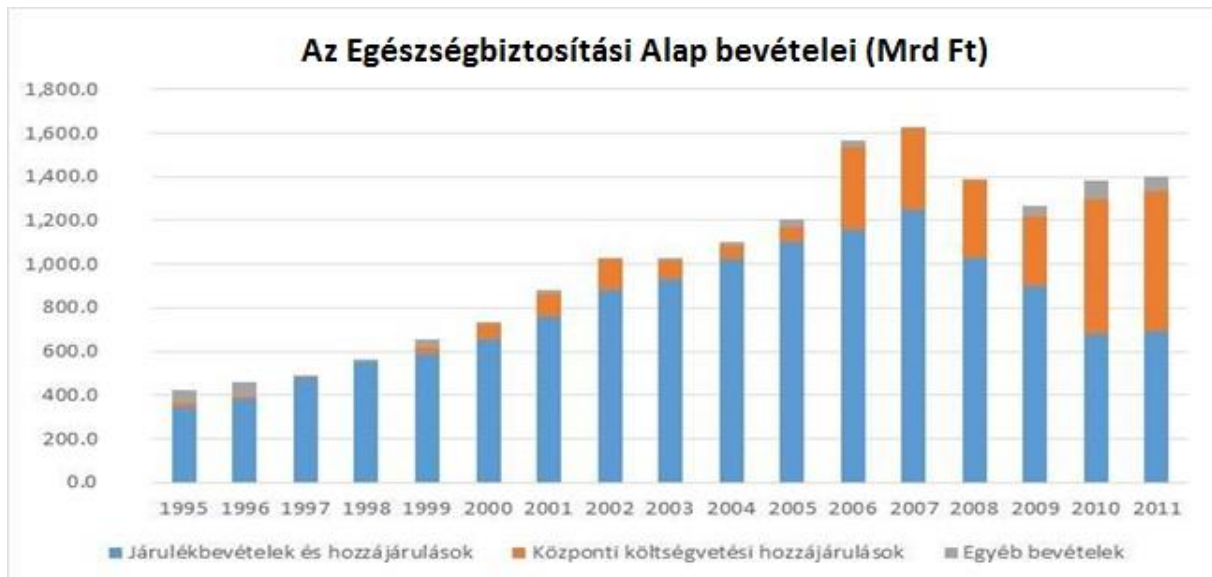
2.6.3.5. A fejlesztendő területek meghatározása

A 2007-2013 időszak infrastuktúra fejlesztési programjainak alapjaira támaszkodva a fő cél a komplex betegellátás XXI. századi kubaturális és eszközrendszerének megteremtése 2030-ig. Ezen időhorizonton belül – az intézmények 2014-2020/22 időszakra vonatkozó fejlesztési terveiben megfogalmazottak alapján – a szükségessé vált fejlesztések (új építés, átépítés és felújítás, illetve korszerűsítés) és bontások prioritizálása az alábbi szempontok mentén történhet:

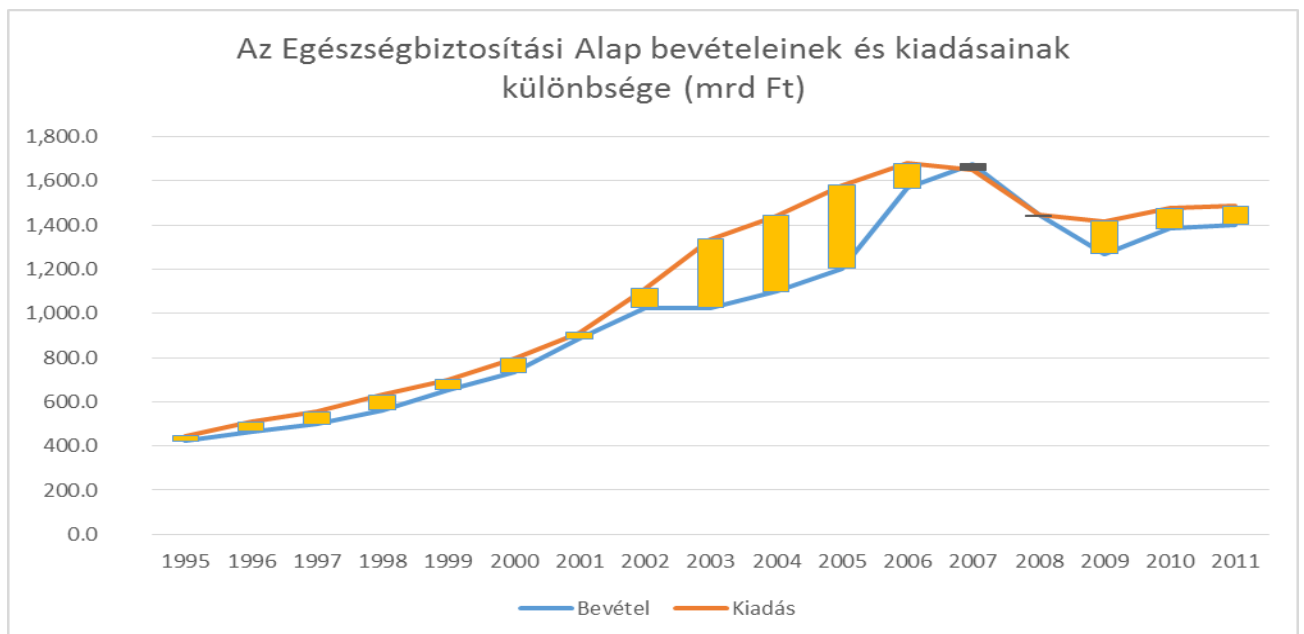
- Az alapvető prioritizálási szempont a jelenlegi szerepek megtartása mellett a járóbeteg szakellátás fejlesztése, a meglévő épületek felújítása, a telephelyek számának lehetőség szerinti csökkentése, valamint orvostechnológiai fejlesztések támogatása, továbbá a beteg ellátás biztonsága (eredményessége) és a beteg ellátáshoz való hozzáférés azonos szintre hozása;
- Az intézmények jövőbeni szerepének figyelembe vétele (közösségi kórház, közösségi többprofilú kórház és térségi-központi kórház) beleértve az egynapos ellátás szakmai profiljának bővítését, a szűkített alapszakmás közösségi kórházak esetében a járóbeteg ellátással összefüggő orvostechnológiai fejlesztést és az épület felújítást is;
- Az intézmények jelenlegi készülségi állapota a fejlesztések sikeres befejezését követően regionális szinten közelítsen egymáshoz, szem előtt tartva a progresszivitási szinteknek megfelelő ellátási kötelezettségekből adódó – a KMR szerepével összefüggő – különbségeket;
- Az intézmény aktuális gazdasági mutatóit, pénzügyi helyzetét, hatékonyságát és eredményességét javítsa a tervezett fejlesztés várható hatása;
- A térség ellátási autonómiája ne sérüljön;
- Az ellátások során prioritizált a profiltisztítás és a párhuzamosságok megszüntetése,
- Járóbeteg szakellátás korszerűsítése;
- Tisztán energetikai fejlesztések különválasztása;
- Betegellátás jelenlegi színvonalát befolyásoló fejlesztések prioritizálása;
- Sürgősségi betegellátás feltételeinek megteremtése, megerősítése, ahol még szükséges;
- A korábbi infrastrukturális és eszközrendszer biztosító pályázatokból nem megvalósult, de telephely megszüntetést, illetve kubatúrális koncentrációt eredményező fejlesztések továbbvitele (pl: integrációban érintett intézmények). A megkezdett, de az intézmény teljes rehabilitációját nem biztosító európai uniós projektek következő üteme forrásszükségletének biztosítása;
- Az ellátási színvonal térségen belüli aránytalanságainak kiküszöbölése. A népegészségügyi szempontból vezető kóroki tényezők ellátását biztosító klinikai területek kialakítása;
- A szakmai minimum feltételek biztosítása érdekében szükséges technikai feltételek (gép-műszer ellátottság) biztosítása;
- A pavilonrendszerű intézmények tömbösítése szakmai szempontból indokolt.
- Az egészségügyi ellátási folyamatok javítása érdekében az intézményi belső és külső folyamatok, illetve a népegészségügyi adatgyűjtés és feldolgozás informatizáltságának további növelése szükséges.

2.7. A szakterületek gazdálkodásának jellegzetességei

Az Egészségbiztosítási Alap bevételi szerkezete jelentős átalakuláson ment keresztül az elmúlt időszakban. A finanszírozás alapját dominánsan a járulékok biztosították, melyet központi költségvetési hozzájárulás egészített ki. A bevételek tervezésében ezek az arányok egészen 2006-ig fennmaradtak, amikor is már a tervezési folyamat során látványosan megemelkedett a központi költségvetési hozzájárulás aránya.



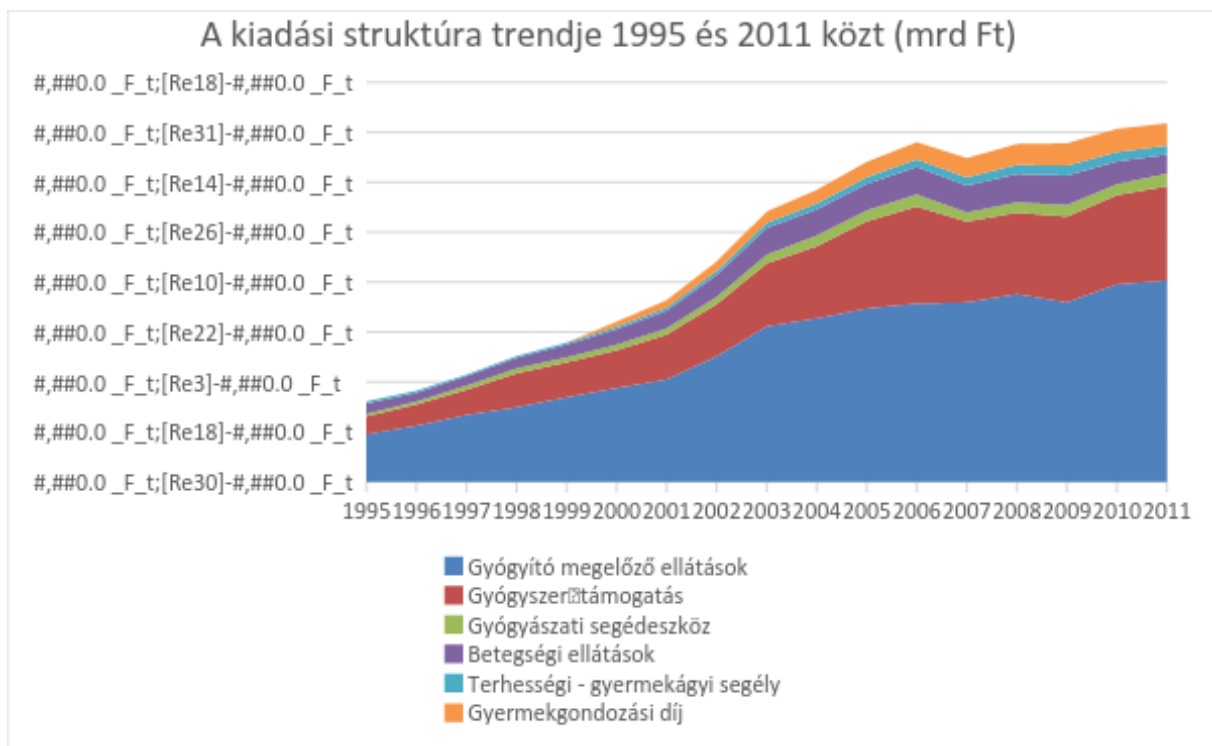
A folyamat, amely a járulékbételek részesedésének 50% alá esését eredményezte az állami kiadások és bevételek összevetése nyomán válik értelmezhetővé.



A járulékbételek aránya az állami kiadások tekintetében 2002 után 70% körüli szintre csökkent. A munkáltató által fizetett egészségügyi járulékok csökkentése, majd kivezetése alapvetően változtatta meg az egészségügyi finanszírozás helyzetét, és mozdította el a biztosítói szemléletű finanszírozási szerkezetet egy központi, adóalapú finanszírozási

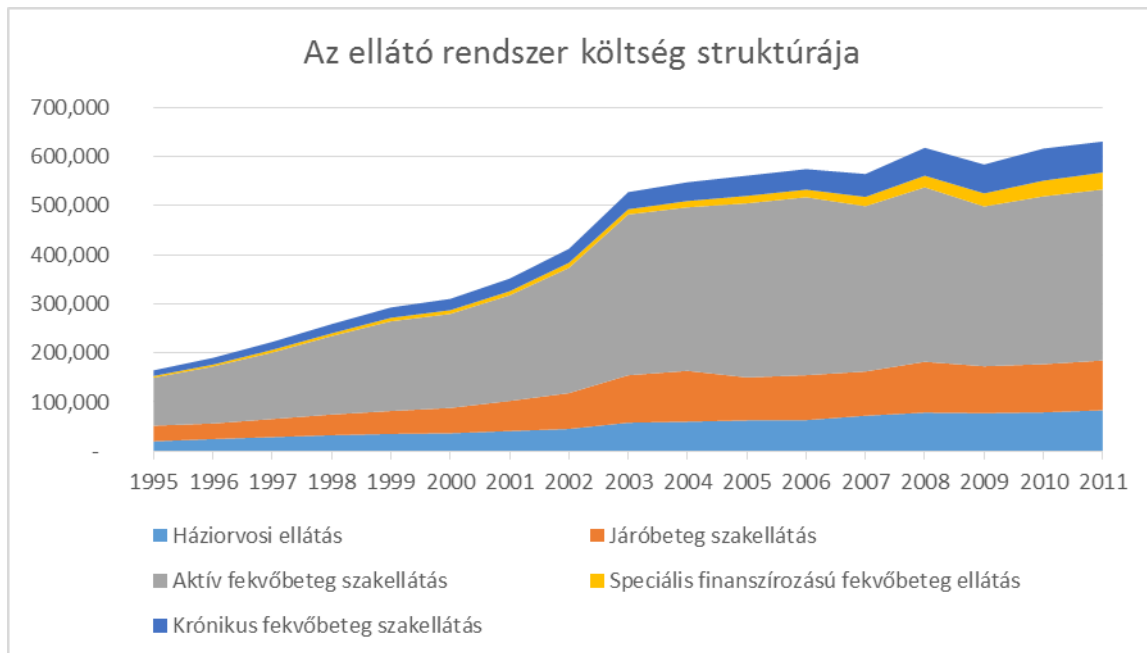
szerkezet irányába. Ebben a szerkezetben az állam a „nemzeti kockázatközösség” elve alapján „járulékot” fizet meghatározott társadalmi csoportok számára, fenntartva ilyen módon a járulék alapú finanszírozási szemléletet.

Az Egészségbiztosítási Alap kiadási struktúrája alapvetően nem változott 1995 és 2011 között. A kiadások szintje reálértékben (megtisztítva a nyugellátás torzító hatásaitól) ebben az időszakban 22,4% - kal növekedett. A gyógyszeripari befizetésekkel nem korrigált adatsor nem mutatja be pontosan a 2011 folyamán bekövetkezett jelentős belső forráselosztási konszolidációt, amely 2012 során vált teljessé és a gyógyszerkiadások csökkenéséhez vezetett. A gyártó visszafizetésekkel nem korrigált gyógyszer ráfordítások mértéke azonos időszakon belül reálértékben 46,4 %-kal növekedett, tehát a kiadási szerkezeten belül a legerőteljesebb növekedést érte el.



A gyógyító-megelőző ellátások kiadási struktúrája viszonylag állandó volt, nagyobb ingadozások nélkül az alapellátás és a szakellátás egészének részesedése állandónak tekinthető: 15 éves távlatban mintegy 3 százalékpontnyit emelkedett az alapellátás finanszírozási részesedése. Ez nem tükröz valós kiadási struktúraváltást, pusztán az alapellátásra fordított volumen növekedés haladta meg valamelyest a szakellátás volumen

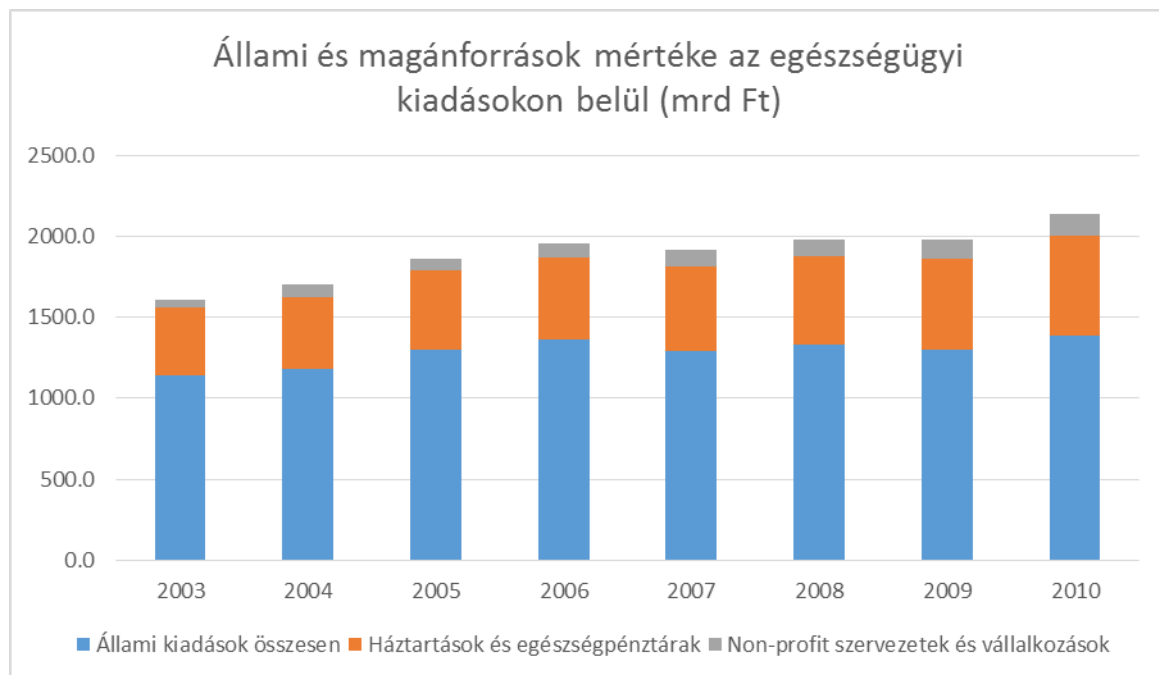
növekedését. Amennyiben a konszolidációra fordított egyéb kiadásokban megjelenő összegeket a szakellátás finanszírozáshoz hozzáadjuk, az eltérés marginálissá válik.



A kiemelt költségkategóriák egymáshoz viszonyított aránya szintén nem mutat változást. Amennyiben az ellátás szintjeit járóbeteg és fekvőbeteg-ellátási szinteken integráljuk, a magas kiadású fekvőbeteg szakellátás magas aránya a kiadásokon belül szembetűnő. Fontos szempont a kiadási dinamika vizsgálata során, hogy az elmúlt években jelentős mértékben csökkent a kórházi ágyak száma. Két lépcsőben, 1990-től mintegy 34 000-rel csökkent a kórházi ágyak száma, az első tíz évben mintegy 21 500 ágygal, majd a következő 10 évben további 12 500 ágy került leépítésre. A növekvő kiadási volumen mellett az elmúlt 15 évben az egy kórházi ágyra eső éves kiadás 1,2 millió Ft-ról 6,2 millió Ft-ra növekedett. Ez egy ágyra eső kezelési költség, tehát minden más terület növekedési ütemét messze meghaladta. Ezen számok tükrében nyilvánvalóan adódik, hogy finanszírozási szempontból az alapellátás kapuőri funkciójának megerősítése hatékonyságnövelési lehetőséget nyithat meg a rendszer számára. A finanszírozási feszültségek, melyek a kórházi kiadási volumen állandó problematikus kezelésében is megjelennek, ezen az úton ugyan meg nem oldhatók, azonban az egészségügyi rendszerbe befektetett tőke hatékonyságát jelentősen növelhetjük, ha az ellátást a legeredményesebben a kiadási szempontból legalacsonyabb költséggel igyekszünk megoldani. Konceptcionálisan tehát az eredményes kezelés eléréséhez szükséges legalacsonyabb kiadási szintre érdemes optimalizálni az ellátórendszer működését, ezen keresztül emelve a költséghatékonyságot. Nemzetközi kutatások eredményei is alátámasztják, hogy a népegészségügyi prevenció fókuszú aktivitás erősítése, az egészségügyenlőtlenségek csökkentése és belső, strukturális hatékonyságnövelése hosszú távon segítik az egészségügyi ellátórendszer költséghatékony működését.

A finanszírozás szempontjából összetett kérdés az állampolgári magánkiadások formája és megjelenése az egészségügyben. A gyógyszer-finanszírozás területe az egyetlen, ahol a

szolidaritási elveken túl minden állampolgár magánforrásokból átlátható rendszerben finanszírozza gyógyítását.



A magánkiadások aránya eléri a GDP2,3%-át. Ezen belül a gyógyszerre fordított kiadások aránya a legmagasabb. A fekvő- és járóbeteg ellátási kiadások aránya összességében csaknem eléri a gyógyszerre fordított összegek mértékét, 2010-ben 26 100 Ft/fő kiadást jelentettek. Mindezek alapján megállapítható, hogy egy, a GDP 1%-t kitevő magán egészségpiac működik Magyarországon, mely egészségügyi ellátásvásárlás formájában jelenik meg. Emellett létezik az egészségügyi bevételeket kiegészítő hálapénz rendszer is, mely strukturálatlan és átláthatatlan formában van jelen. A társadalom tehát hajlandó egészségértékének megtartása, kényelmének és idejének megóvása érdekében befektetni az egészségébe. Láthatóan teljes szolgáltatási területek működnek gyakorlatilag magán piacként, melyhez való hozzáférés lehetősége a szociális körülmények következtében erősen egyenlőtlen. A kormány fenntartva a szolidaritáson alapuló kockázat közösség alapelvét, a közfinanszírozott egészségügyi intézményekben szét kívánja választani a köz- és magánellátást. Ennek értelmében olyan ellátásért, melyet az egészségbiztosítás finanszíroz, térítési díj nem kérhető az ellátásra jogosulttól.

3. Célszisztem

3.1. Jövőkép, általános cél

- A 2010 – 2014 közötti időszak alapvetően orvosolta a korábbi kormányzatok általi gondatlan kezelés következtében kialakult torzulásokat. Rendezte a jogviszonyokat, melynek alapján az irányítórendszer koncepcionális fejlesztésének alapjait hozta létre. Választ adott a legégetőbb kérdésekre, elérte az egészségügyi dolgozók jövedelmi helyzetének javulását.

Népegészségügyi mérőföldkőnek tekinthető a dohányzás kiszorítása és a népegészségügyi termékadó bevezetése.

- Az időszak sikerei mellett az erősen restriktív globális környezet szűk mozgásteret biztosít a hazai egészségügy számára, az ágazat alulfinanszírozott. Tovább nehezíti a helyzetet a betegek egészség-magatartása, mely további fontos feladatot jelent az ágazatnak.
- Az átfogó elemzések pontosan kijelölik az ágazat számára a stratégiai irányokat. Fontos a népegészségügy megerősítése és az egészségügyben is szükséges az ügyfélorientált szemléletmód erősítése a stratégiai irányokkal összhangban. A jövőkép megfogalmazása során alapvető célunk volt, hogy az állampolgárokhoz közel hozzuk az ágazat törekvéseit és közvetlenül megszólítsuk őket. Ezért egy inspiráló, az állampolgárokat érzelmileg megszólító és az ágazaton belül is pozitív a szemléletet tükröző jövőképet fogalmaztunk meg:

Összhangban az egészségért!

- A jövőkép ezen megfogalmazásban nemcsak a társadalmat szólítja meg, hanem az ágazat számára is egyértelművé teszi az egészségügyi rendszer megújításának irányát. A jövőkép egyértelműen jelzi az állampolgári együttműködés szükségességét.
- A fenti gondolatmenetet fogalmaztuk meg az ágazat küldetésében. Az ágazat küldetése rövid, jövőbe mutató konkrét meghatározás, mely lefesti, hogy a szervezet miért jött létre, mit ad a társadalomnak:
 - ✓ **Ösztönözzük az egészség fejlesztésében, az egészséges életmód választásában, és ha szükséges, a gyógyításában, valamint a gyógyulásában a felelős és együttműködő állampolgári részvételt.**
 - ✓ **Biztosítjuk az egészséggel kapcsolatos széles körű ismeretek és készségek elsajátítását.**
 - ✓ **Célkitűzésünk a betegek időben és megfelelő helyen történő minőségi ellátása.**
- A jövőkép eléréséhez megfogalmaztuk a következő időszak általános ágazati célkitűzéseit, melyek tükrözik az ágazat hatékonyságának növekedését:
 - **a születéskor várható, egészségben eltöltött életek növelése 2 évvel 2020-ra (EU-átlag elérése 2022-re),**
 - **a születéskor várható élettartamot nők esetében 78,3 évről 80 évre és férfiak esetében 70,3 évről 72 évre emeljük,**
 - **10%-al csökkentjük a standardizált halálozási arány (per 100 000 lakos) mértékét,**
 - **a fizikai és mentális egészség egyéni és társadalmi értékét növeljük,**
 - **elősegítjük az egészségtudatos magatartást, ösztönözzük az egyéni felelősségvállalást,**
 - **a területi egészség-egyenlőtlenségeket, illetve a születéskor várható élettartamban mutatkozó különbségeket csökkentjük.**

A célkitűzések statisztikai alapját az Eurostat és az ECHI idősoros adatai biztosították. A célkitűzéseket az OECD éves elemzéseire az Advanced Research of European Health

Expectancies elemzéseire, illetve matematikai trend analízisekre támaszkodva alakítottuk ki, melyek már tükrözik az ágazat elkötelezettségét a következő időszakban elérendő minőségi és hatékonysági javulás iránt.

3.2. Specifikus célok

Az elvégzett részletes elemző munka alapján alakítottuk ki a stratégiai prioritásokat, melyekhez rendeltük hozzá időszakos célkitűzéseinket. A prioritások véglegesítése során elsődleges szempontjaik közt szerepelt az egészségügy működési hatékonyságának növelése, az így felszabaduló források átcsoportosítása az ellátás fejlesztésére. Fontosnak tartottuk a megvalósíthatóságot, a prioritások kapcsolati szerkezetét valamint a prioritások kapcsán kialakítandó támogató részstratégiák felépíthetőségét. A céljaink elérése, a küldetésünk és jövőképünk megvalósítása érdekében a következő kulcsprioritásokat határoztuk meg.

3.2.1. Stratégiai prioritások a 2014 -2020 közötti időszakban

3.2.1.1. Ágazati gazdálkodási prioritások

Az egészségügy, mint a helyzetértékelésben bemutatásra került jelenleg is jelentős mértékben támaszkodik magánkiadásokra, nagy részben strukturálatlan formában. Ez egyben azt is jelenti, hogy az ellátásra költött magánkiadások jelentős része nem járul hozzá az egészségügy közfinanszírozott ellátásának fejlesztéséhez. Nem pontosan kimutatható, hogy a magánkiadások hány százaléka tehermentesíti valójában az ellátórendszert továbbá nem határozható meg pontosan, hogy a betegek által az ellátásra fordított ezen kiadások milyen mértékben jelennek meg az adó- és járulékfizetési rendszer bevételi oldalán, amelyből – többek között - az ellátások nyújtásának finanszírozása valósul meg.

A következő tervezési időszak fontos feladata a közfinanszírozott- és magánellátások szétválasztása, ezzel párhuzamosan pedig az ellátórendszert megnövekedett igényekkel felkeresők egészségmegőrzésre, gyógykezelésre szánt kiadásainak transzparens becsatornázása a közfinanszírozott egészségügyi ellátástól elkülönülő magánellátásba.

Nagyon fontos, hogy a gazdasági hatékonyság növelésére törekedjünk, azaz a meglévő források felhasználásával a legtöbb egészségértéket őrizzük meg, illetve fejlesszük. Ennek eszköze az eredményességi és minőségi gazdálkodási szemlélet megerősítése, a belső forrásallokációs lehetőségek kiaknázása. Mindezek a lépések a hatékonyság javítását is segítik, továbbá hozzájárulnak az egységesebb jövedelem elosztáshoz. A rendelkezésre álló források megszabják az ágazat mozgásterét, fejlesztési lehetőségeit és környezeti lehetőségek kihasználási szintjét. Ezért a prioritások megvalósíthatóságának és a pénzügyi tervezésnek is előfeltétele a források formájának és mértékének véglegesítése

Specifikus ágazati gazdálkodási célok

1. Fenntartható forrásmenedzsment – a bevételek és kiadások egyensúlyának megteremtése, a költségvetési egyensúly biztosítása

2. A prioritási területek hatékonyságnövelő strukturális átalakításai és fejlesztési területei számára belső forrásallokáción keresztül a megfelelő források biztosítása
3. A közfinanszírozás forrásainak szélesítése a népegészségügyi termékadó rendszerének kibővítésével
4. Az egészségturizmus fellendítéséhez a szakmai tudás és az ellátórendszer szolgáltatásainak professzionális bemutatása és értékesítése külföldi vevők (igénybevevők) felé, infrastruktúra biztosítása
5. Közösségi forrásteremtés optimalizálása:
 - a) A tervezett éves GDP növekedéssel párhuzamosan az egészségügy forrásainak emelése
 - b) Egészségkockázati termékek adóbevételének növelése az ágazat számára: kidolgozott középtávú program, jól modellezhető bevételi forrásoldal meghatározással

Az ágazat költségvetési pályájának megközelítő felvázolását is elvégeztük annak érdekében, hogy az ágazati források és kiadások struktúrájának, összetételének tervezett alakulását be tudjuk mutatni. Az ágazat forrásait a következő egymással összefüggésben levő és egymásra is hatással lévő tényezők befolyásolják:

- GDP növekedés,
- az egy főre jutó jövedelem változása,
- a népesség számának változása,
- a foglalkoztatottság szintjének változása,
- a népesség korfa változása – nyugdíjasok számának emelkedése,
- az egészségbiztosítási járulék mértéke,
- az állam bevételei – nemzeti kockázatközösség,
- a szociális hozzájárulási adó mértéke,
- az adó és járulékfizetési hajlandóság.

A teljesség igénye nélkül bemutatott változók között a következő adatokra támaszkodtunk:

- a népesség számának csökkenése 3% körüli,
- a nyugdíjasok aránya a teljes népességen belül bár éves viszonylatban változó, a teljes időtartamon belül átlagosan 21,2%, ami növekedést mutat az előző periódussal összevetve,
- a nyugdíjasok aránya a munkaképes lakossághoz viszonyítva átlagosan 33,3%, ami szintén enyhe növekedést mutat az előző periódushoz képest,
- az OECD hosszú távú gazdasági növekedési prognózisa Magyarország esetében 3% feletti, amit a jelenlegi inflációs várakozásokkal összevetve alapul vettünk,
- ennek következtében az egy főre jutó jövedelem folyamatos bővülésével számolhatunk,
- a foglalkoztatottság esetében folyamatos bővüléssel számolhatunk,

- az egészségbiztosítási járulék esetében a családi kedvezmények érvényesítésének lehetősége a járulékszint csökkenéséhez vezet, amit a foglalkoztatottság bővülése és az egy főre jutó jövedelem emelkedése ellensúlyoz.

A felvázolt forrásoldali tényeken és becsléseken alapuló prognózisjelentős hatással van a költségvetési hozzájárulás arányára. A közfinanszírozási források egészségkockázati termékek adóbevételének (NETA) növelése útján történő kiegészítése a tervezési időszak közepétől arányaiban csökkentheti a költségvetési hozzájárulás mértékét.



Mindaz természetesen azt is előrevetíti, hogy a plusz források strukturált bevonása nélkül a költségvetésnek egy folyamatosan növekvő mértékű költségvetési hozzájárulással kell terveznie, még a belső hatékonyság javítás kiaknázása mellett is.

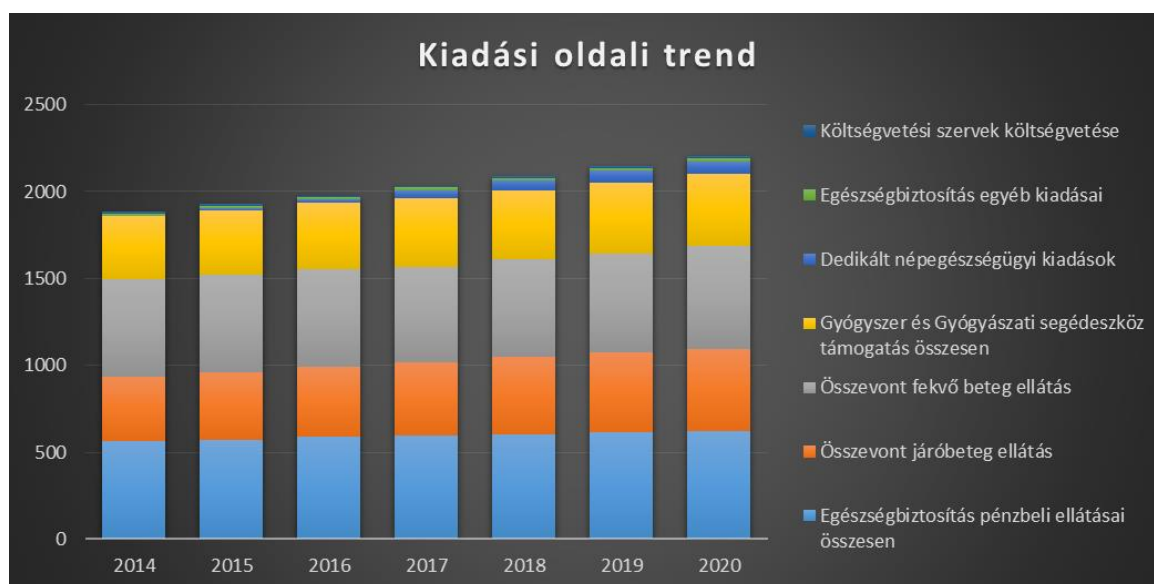
Tekintettel az egészségügy merev költségstruktúrájára, a fix költségek és ezen belül a humán erőforrás költségek magas arányára, eltérő gazdasági pálya mellett is nyomás nehezedik a költségvetésre. Az egészségügy gazdaságosabb működésének elsősorban az egészségérték növekedésében kell megmutatkoznia, egy jobb egészségmagatartású, javuló egészségügyi mutatókkal rendelkező lakosság kihasználható gazdasági potenciálja magasabb. Az eredmény szemléletű ágazatirányítás fő célkitűzése adott finanszírozási keretek közt a lehető legmagasabb társadalmi egészségérték biztosítása. A rendelkezésre álló erőforrások korlátozottsága előtérbe helyezi a hatékony egészségfejlesztési és megőrzési eszközök alkalmazását.

Az ágazat gazdálkodásának hatékonysága következő főbb irányok mentén javítható:

- eredmény és teljesítmény orientációjú menedzsment, intézményvezetési és humán erőforrás menedzsment szemlélet,

- tényalapokon alapuló döntéshozatali mechanizmus a stratégiai célok elérése mentén,
- az ellátási szintek költséghatékony meghatározása: a legeredményesebb beavatkozások megvalósítása a legoptimálisabb költség szinteken,
- tudatos befektetés a „participatív” egészségmagatartás kialakításába.

A főbb irányok támogatásában erősség az önálló finanszírozó megléte. A biztosítói szemlélet erősítése, a módszertani audit funkció ellátása, a változtatási szükségszerűségek visszacsatolása, a kapacitások és az eredményességi mutatók összekapcsolása, az ösztönző finanszírozási módszerek alkalmazása és felülvizsgálata olyan területek, melyek erősítik, javítják és kontrollálják az ágazat irányítási és szolgáltatási funkcióit. Nemzetközi modellek alkalmazása az ösztönző finanszírozási mechanizmusok hazai kialakítására, ezek tesztelése szintén erősíthetik az intézményi rendszer összehangolt működését.



A kiadásoldali trend legfontosabb változása a forrásallokáció optimalizálása a szubszidiaritás elvének megfelelően. Természetesen ennek a folyamatnak át kell hatnia a gazdálkodás teljes működését: az egészségügyi kiadások voltaképpen befektetések a társadalom egészségértékének növelésébe, megőrzésébe.

3.2.1.2. Az alapellátás megerősítése az alap- és a szak- (azon belül a járóbeteg) ellátás feladatköreinek pontos kialakításával, az ehhez illeszkedő működési feltételek megteremtésével, a betegút menedzsment optimalizálása mentén

Az alapellátás kompetenciájának növelése hatékonyságnövekedést jelent, tekintettel arra, hogy költségesebb magasabb szintű ellátást vált ki. A praxisközösségek, melyek területenként jelenthetnek házi orvosi, házi gyermekorvosi és vegyes praxisközösségeket, összekapcsolva a védőnői hálózattal népegészségügyi, prevenciós feladatokat ellátva

csökkenthetik a betegbeáramlást a rendszerbe, valamint növelik a terápiás együttműködés szintjét. A TeleCare és TeleHealth megoldások növelik a beteg biztonságérzetét, bizalmát és együttműködési készségét. A gyógyszerárak a gyógyszerészi gondozáson keresztül illeszkednek a népegészségügyi, prevenciós rendszerbe, illetve segítik a takarékos, hatékony és biztonságos gyógyszerhasználatot.

A beteg számára ez jobb ellátást jelent egyszerűbb hozzáféréssel és jelentős időmegtakarítással, megtapasztalhatóan több információval és valódi gondozással. A lehetőség szerinti legszélesebb körben fejleszteni szükséges a lakókörnyezethez közeli komplex szolgáltatásokat, ösztönözni kell az egészségügyi és szociális ellátásokban megjelenő határterületi, innovatív szolgáltatási formákat.

Az ágazat elvégezte az egészségügyi alapellátási rendszer felülvizsgálatát, mely vizsgálat eredményeképpen az átalakítás irányainak kidolgozása jelenleg tart. Az alapellátás átalakításának célja egyrészt vonzóvá tenni az orvosok számára a háziiorvosi pályát, ezáltal csökkenteni, végső soron pedig megszüntetni a betöltetlen praxisokat, másrészt pedig megerősíteni ezen ellátási formát oly módon, hogy az alapellátási kompetencia keretein belül a háziorvosok minél szélesebb körben képesek legyenek definitív ellátást nyújtani a betegek számára, ezáltal tehermentesítve a járó-és fekvőbeteg ellátást, továbbá lehetővé kell tenni, hogy erősödjön az alapellátó rendszer prevenciós tevékenysége is. Az egészségügyi alapellátási rendszer felülvizsgálata és átalakítása irányainak meghatározása során – a 1711/2014.(XII.5.) Korm. határozatban foglaltaknak megfelelően - a következő szempontok kerülnek figyelembevételre:

- szakmai, gazdasági-költséghatékonysági szempontok,
- fiatalabb korosztályhoz tartozó egészségügyi szakemberek egészségügyi alapellátásban történő elhelyezkedésének ösztönzése,
- alapellátó rendszer prevenciós célú tevékenységének megerősítése,
- praxisjoggal érintett alapellátási formákban a praxisjog vagyoni értékének növelése,
- egészségügyi alapellátásban dolgozók életpályájának kidolgozása,
- differenciált közszolgáltatás lehetőségének biztosítása,
- egységesebb működési feltételrendszer kialakítása – működtetési költségek biztosítása, finanszírozása.

Specifikus, az alapellátás megerősítését támogató célok

1. Az alapellátás és a járóbeteg szakellátás funkcionális integrációjának kialakítása a definitív ellátás népegészségügyi szemléletű biztosítása mentén.
2. Közösségi szinten a szükségletek szerinti háziiorvosi és házi gyermekorvosi ellátási kompetenciák és kapacitások kialakítása területi egyenlőtlenségek figyelembe vételével.
3. Finanszírozási rendszer átalakítása a kapuőr érdekeltségi rendszer és a minőségi elvárások megerősítése érdekében a hátrányos helyzetű területek specialitásainak figyelembevételével.

4. Szakmai támogatási rendszer területi (TIG) szintű működése, kapacitások és források allokációjának biztosítása, minőség menedzsment.
5. Háziorvosi és házi gyermekorvosi alapellátás humán erőforrás ellátottságának javítása.
6. Technológiai fejlesztés, telehealth és telecare szemlélet megteremtése, a módszertan gyakorlati kivitelezése.
7. Támogató, az orvosi elfoglaltságot csökkentő, a hatékonyságot növelő és az egészség fejlesztést, közösségi ellátást biztosító munkakörök és munkahelyek megteremtése, erőforrások biztosítása.
8. Vonzó életpálya, a háziorvosi és házi gyermekorvosi szakterület választásának ösztönzése a szakorvosjelöltek és más területen dolgozó szakorvosok körében, az adminisztratív és anyagi korlátok oldása.
9. A rendszertervezés országos módszertani hátterének biztosítása.
10. Az alapellátás és az egyes szakterületek összehangolt, közös, rendszerszintű programja, az érintett szakmai háttér intézmények, és területi szerveik bevonásával, az államigazgatás és önkormányzatok összefogásával.

3.2.1.3. A szolgáltatói működés professzionális irányítása és kiszolgálása, a döntéshozatali decentralizáció szintjének jogszabályi környezetének kialakítása

A fekvőbetegellátás hatékonyabb irányítása a kórházak optimalizált pénzügyi menedzsmentjén, a pontosan behatárolt felelősségi körökön keresztül, valamint az ágazatirányítás vezetési kompetenciáján keresztül a kórházi kiadások optimalizálásához vezet. Ez a folyamat szorosan kapcsolódik az alapellátás kompetencia szintjének növeléséhez, prevenció fókuszú áthangoláshoz, és az ágyszámok optimalizálásához vezet. A kórházi kezelési kiadások csökkenhetnek, a megtakarított források a technológia tökéletesítésére használhatóak. A kórházak teljesítménye a gyógyítási eredményességgel mérhető és optimalizálható. A szolgáltatás minősége, pontossága szintén fontos közérzet és együttműködés befolyásoló elemek, melyek egy kialakult minőségi versenyben, valódi fejlődésnek indulnak.

A betegek jobb szolgáltatást, eredményesebb gyógyítást, több információt kapnak, rövidül a várakozási idő.

Specifikus, a szolgáltatói működés hatékonyságát növelő célok

1. Eredményorientált intézményi teljesítmény menedzsment rendszerének kialakítása.
2. A vezetői hatáskörök, feladatok további pontosítása, menedzsment szemlélet erősítése, egységes HR-funkciók, és eljárások az állami fenntartású intézményekben.

3. Személyi feltételek rendszerének kidolgozása a progresszivitási szintnek megfelelően, ágazati munkakörök, végzettséghez igazodó kompetenciák, meghatározása.
4. Az egészségügyi szolgáltatók fenntartásával, felügyeletével kapcsolatos módszertani és szakmai fejlesztések támogatása.
5. Az állami szerepvállalás keretében az intézményfelügyeleti feladatok decentralizálása, a tényleges ellátás végzéséhez közelítő irányítás - megyei – kialakítása.
6. A szolgáltató működés professzionális támogatása és irányítása a létrejött fejlesztéseken keresztül.
7. Átlátható foglalkoztatási struktúra kialakítása, az egészségügyi dolgozók érdekeltté tétele a szolgáltatói működésben, a maximális teljesítmény nyújtásában.
8. Egészségügyi dolgozók együttműködésének, fizikai és mentális állapotának javítása.
9. A betegpanaszok kezelését végző intézményi rendszer továbbfejlesztése; a jogvédelmi tevékenység módszertanának fejlesztése, az egészségügyi dokumentáció kezelésének korszerűsítését támogató fejlesztések ösztönzése.

3.2.1.4. Országos és térség szintű kapacitástervezés, betegút menedzsment köré szerveződő, a szükségleteket leképező ellátó rendszer felépítésének és működésének kialakítása

A betegutak optimalizálása a rendszer erőforrás-felhasználásának hatékonyságát jelentősen fokozza. Összekapcsolva ezt a betegség menedzsmenttel, az evidenciákon alapuló irányelvek mentén történő kezeléssel, a betegség progressziója csökken, ezzel a rendszer szempontjából további tehercsökkenés érhető el. Mindeközben a gyógyulás eredményessége nő, a betegelégedettség javul. A rendszer teljes mértékben támogatja, szervezi az ellátási szintek közötti gyógyítási átcsoportosítást, gondozást és prevenciót.

A beteg pontosan ismeri, hogy betegségével mely intézményekben fogják gyógyítani, informáltsága nő, várakozási ideje csökken, a gyógyulás eredményessége nő.

Specifikus, a betegségmenedzsment rendszerét támogató célok

1. Egészség szervezési alapszertan kidolgozása és bevezetése a napi működésbe.
2. Térségi menedzsment kapacitások és kompetenciák pontosítása, a térségi szintű egészség szervezés, várólista menedzsment és beutalási rend jogszabályi kereteinek kialakítása, irányelv fejlesztés.
3. Országos és területi minőségi eredményességi és kapacitás térkép rendszeres ágazatirányítás és térségi vezetési összevetése.

4. A szolgáltatásokhoz való hozzáférés egyenlőtlenségeinek csökkentése egységes betegút-szervezési módszertan és technikák alkalmazása révén.
5. Emberi erőforrás tervezése, központi ágazati humán erőforrás irányítása.
6. A humán erőforrás területi egyenlőtlenségeinek további csökkentése, országon belüli mobilitás elősegítése.
7. A rehabilitációs szolgáltatások és krónikus ellátások esetében a szociális területtel közös feladatok közös ellátásából fakadó előnyök kiaknázása, és ezáltal az erőforrásokkal való gazdálkodás hatékonyságának javítása.
8. A jövő szükségleteinek megfelelő létszámú és minőségű emberi erőforrás biztosítása, az egészségügyi dolgozók megtartása az egészségügyi ellátórendszerben.
9. Az egészségügyi ellátórendszer épített és orvostechikai infrastruktúrája készütségi szintjének javítása az eredményesség, valamint a technikai és allokációs hatékonyság növelése érdekében.

3.2.1.5. [A népegészségügyi szolgáltatások megújítása, középpontban az egészség választását előmozdító ismeretek és készségek fejlesztése.](#) Egészségünk érdekében önmagunk környezetünk felelősségének növelése az egészség társadalmi meghatározóinak bevonásával

A hazai egészségveszteségek legnagyobb részét az egészségtelen életmódhoz köthető betegségek okozzák, ezért a lakosság egészségmagatartásában döntő fordulatot kell elérni, és ehhez biztosítani szükséges a megfelelő fizikai-, társadalmi-, gazdasági-, és jogi környezetet. Az egészségmagatartás kedvező irányú változtatásához fejleszteni kell az egyének és közösségek egészségtudatosságát, az egészséghez és az egészségüghöz való viszonyulását és a hazai egészségkultúrát. Kiemelt figyelmet kell fordítani a gyermekegészségügy területére. A gyermekegészség fejlesztési lehetőségeit a szülők egészségkultúrájának fejlesztésén keresztül preventív népegészségügyi programok tudják a leghatékonyabban biztosítani. A mindennapos testnevelés, az egészségfejlesztő testmozgás és az élethosszig tartó fizikai aktivitás iránti motivációt növelni szükséges. Elő kell segíteni az együttmozgás örömet, a kooperáció, valamint a testmozgás általi sikerélmények megélését. A munkaképes korúak megfelelő ellátással elkerülhető halálozásának csökkentéséhez az egészségügyi ellátórendszer további prevenció fókuszú áthangolása nélkülözhetetlen. A hazai egészségveszteségek jelentős csökkentésének feltétele egy szükségletekhez igazodó és prevenció szemléletű egészségügyi rendszer működése, valamint a szolgáltatásokhoz való hozzáférés területi és társadalmi egyenlőtlenségeinek csökkentése.

Specifikus népegészségügyi célkitűzések

STRATÉGIAI CÉLOK

- a. A születéskor várható, egészségben eltöltött életevek növelése 2 évvel 2020-ra (EU-átlag elérése 2022-re);

- b. A fizikai és mentális egészség egyéni és társadalmi értékének növelése;
- c. Egészségtudatos magatartás elősegítése, egyéni felelősségvállalás érvényesítése;
- d. A területi egészség-egyenlőtlenségek, illetve a születéskor várható élettartamban mutatkozó különbségek csökkentése.

A fenti stratégiai célok elérésére a népegészségügy területén öt fő prioritás került nevesítésre:

- I. Keringési betegségek, cukorbetegség, krónikus légzőszervi és mozgásszervi betegségek megelőzése és gondozása;
- II. Daganatos betegségek kockázatának csökkentése, korai felismerése és kezelése;
- III. Lelki egészség fejlesztése, fenntartása, helyreállítása, a mentális zavarok megelőzése;
- IV. A környezet-egészségügyi biztonság fejlesztése;
- V. További népegészségügyi prioritást jelentő beavatkozások (pl.: baleset megelőzés, járványügyi biztonság erősítése stb.).

ESZKÖZÖK

- I. Keringési betegségek, cukorbetegség, krónikus légzőszervi és mozgásszervi betegségek megelőzése és gondozása

Részcélok:

- A koszorúér betegség okozta korai (65 év alatti) halálozás 10%-os csökkentése (20%-os csökkentés 2025-ig)
- A stroke okozta korai halálozás 10%-os csökkentése
- A szélütések miatti maradandó károsodások mértékének csökkentése 15%-kal
- A cukorbetegség és az elhízás előfordulása növekedésének megállítása
- A krónikus légzőszervi betegségek teljesebb feltárása (35%-ról 50%-ra 2020-ig)
- A krónikus mozgásszervi betegségek megelőzése a köznevelési intézményekben és a felnőtt korú lakosság körében

Beavatkozások:

- Egészségfejlesztés, prevenció erősítése
- Szűrés, kockázat besorolás és ennek megfelelő gondozás, életmód-programok
- Egészségfejlesztési Irodák- háziorvosi alapellátás- védőnők - foglalkozás egészségügy- szakellátás- további szakterületek összehangolt, közös, rendszer szintű programja, az érintett szakmai háttér intézmények, és területi szerveik bevonásával, államigazgatás és önkormányzatok összefogásával.
- A közvetlen lakossági gyógyszerellátás fokozottabb bevonása a népegészségügyi, egészségfejlesztési aktivitásokba, mely tevékenység kiterjed a betegségmegelőzésre, a szűrési aktivitás fokozására, a beteg-együttműködés (hangsúlyosan a gyógyszeresedés területén) javítására, a gyógyszer és betegbiztonság javítására.
- Egészséges táplálkozás elősegítése (közétkeztetés, otthoni és munkahelyi étkezés is)
- Rendszeres testmozgás - intézményi mozgás programok, szabadidős testmozgás
- Dohányzás visszaszorítása - intézményi megelőzési programok, leszokás támogatás
- Túlzott alkoholfogyasztás visszaszorítása

II. Daganatos betegségek kockázatának csökkentése, korai felismerése és kezelése

Részcélok:

- A 65 évnél fiatalabb lakosság rosszindulatú daganatok miatti halálozása 10%-kal csökkenjen.

Beavatkozások:

- Egészségfejlesztés és kockázatcsökkentés, melanoma kockázatának csökkentésre specifikus program
- Népegészségügyi szűréseken történő részvételi arány növelése, a kiszűrtek protokoll szerinti diagnosztikus vizsgálatait és ellátását: emlőszűrés, méhnyak szűrés, vastagbél szűrés, szájüregi szűrés, pilot tüdőrák szűrés bevezetése
- A daganatok szűrésére és diagnosztikájára alkalmas infrastruktúra és szakember-gárda képzési feltételeinek megnövekedett ellátási feladathoz történő igazítása
- EFI- házi orvosi alapellátás- védőnők- foglalkozás egészségügy- onkológiai szakellátás- további szakterületek összehangolt, közös, rendszerszintű programja, az érintett szakmai háttérintézmények bevonásával, az államigazgatás és önkormányzatok összefogásával
- Az onkológiai ellátórendszer egységes szervezeti és működési rendszerének létrehozása. Jelenleg az egészségügy legnagyobb költségigényű ágazata dekoncentráltan, eltérő elvek alapján működik, hatékonysága megkérdőjelezhető. Az onkológiai ellátó helyek tovább működtetésének szakmai megfelelősége ezért ellenőrizendő.

III. Lelki egészség fejlesztése, fenntartása, helyreállítása, a mentális zavarok megelőzése

Részcélok:

- Az egyén, a család, a közösség és a társadalom lelki egészségének és jól-létének javítása;
- A társadalom egészére jellemző, lelkiállapottal szorosan összefüggő mutatók szignifikáns, legalább 10%-os javulása: jól-lét (WHO), koherencia, anómia;
- A depresszió megelőzése és gondozása javuljon, az öngyilkosságok száma 10%-kal csökkenjen a teljes lakosság körében;
- Az iskolai- és a kapcsolati erőszak csökkenjen;
- A vágyott és tervezett gyermekek nagyobb száma szülessen meg és nőjön fel szeretetteljes családban;
- Közösségfejlesztés;

Beavatkozások: Kormányzati prioritásként az Emberi Erőforrások Minisztériuma valamennyi ágazata, a társ tárcák, szakmai és társadalmi szervezetek széles körének bevonásával kidolgozás alatt áll a lelki egészség stratégia. Magyarország ország-specifikus lelki egészség céljai összhangban vannak a WHO Európai Lelki Egészség Cselekvési Terv célkitűzéseivel.

Az egészségügyi ellátórendszer vonatkozásában:

- a háziorvosi rendelőkhöz kapcsolódó alacsonyküszöbű, preventív jellegű pszichológiai ellátás, és a pszichoterápia biztosítása,
- a mentális zavarban szenvedő betegek, köztük a depressziós, szorongásos betegek közösségi ellátásának fejlesztése, beleértve
 - o a pszichiátriai gondozókat,
 - o a közösségi pszichiátriát, integrálva a pszichiátriai betegek szociális közösségi ellátását,
 - o a mentális egészségügyi koordinátori hálózat kiépítését a fekvőbeteg intézetekből kibocsájtott pszichiátriai betegek területi gondozására, betegútjának koordinációjára.

IV. A környezet-egészségügyi biztonság fejlesztése

Részcélok:

- Az allergia prevalencia feltérképezése
- Az allergiával kapcsolatos ismeretek bővítése
- Biológiai allergének, köztük a parlagfű okozta allergia incidenciája csökkentése
- Nagyvárosi levegőszennyezés visszaszorítása

Beavatkozások:

- Biológiai allergének, köztük a parlagfű pollenterhelés monitorozásának és előrejelzésének fejlesztése, tájékoztatás korszerű módszerekkel
- Ivóvízbiztonság növelésére irányuló intézkedések
- Gyermek-egészségügyi és oktatási intézmények, illetve további közintézmények beltéri levegőminőségének javítása, jogszabályi háttér megteremtése

V. További népegészségügyi prioritást jelentő beavatkozások

- A gyermekek preventív szemléletű egészségfejlesztése és az egészségbeli egyenlőtlenségek csökkentése;
- Védőnői rendszer működési feltételeinek javítása a szakmailag egységes feltételrendszer megteremtése és a kompetenciák bővítése által;
- Sérülés mentesség;
- HIV-AIDS prevenció;
- Az intravénás szerhasználók és a vírus hordozók körében a HBV és HCV fertőzések megelőzése és a további terjedés prevenciója, HIV prevenció;
- Járványügyi biztonság erősítése (pl. nosocomialis - egészségügyi intézményben kialakult - fertőzések megelőzése, antibiotikum rezisztencia visszaszorítása);
- A védőoltási rendszer fenntartása és folyamatos korszerűsítése;
- A kisműlyű koraszülöttek számának csökkentése és a csecsemőhalálozás mértékének további mérséklése, főként azokon a területeken, ahol a legkedvezőtlenebbek ezen mutatók;

- Munkahelyi egészséges környezet elősegítésére irányuló programok;
- Népegészségügyi kiadások módszertanilag megalapozottabb számbavétele és az adatgyűjtés fejlesztése;
- A népegészségügyi szolgáltatások költség-hatékonysági értékelésének módszertani fejlesztése;
- A népegészségügyi szolgáltatások fenntartható finanszírozásának kialakítása.

A CÉLOK ELÉRÉSÉHEZ SZÜKSÉGES KORMÁNYDÖNTÉSEK, JOGSZABÁLY-MÓDOSÍTÁSOK, STRATÉGIÁK, KONCEPCIÓK

- Új népegészségügyi program létrehozása, OGY határozat megalkotása
- A megvalósulást segítő szakpolitikai programok:
 - Szakpolitikai Program az Alkoholprobléma Visszaszorítására 2014-2018,
 - Nemzeti HIV/AIDS Szakpolitikai Program 2014-2017,
 - Sérülés-megelőzési Szakpolitikai Program.
- A megvalósulást támogató színtér programok: egészségnevelés (alapvető egészségügyi ismeretek oktatása széles körben), egészségfejlesztés, primer prevenció
 - Köznevelési intézmények: óvodai egészség fejlesztés, teljeskörű iskolai egészségfejlesztés, további programok;
 - Munkahelyek: munkahelyi egészségfejlesztés, munkahelyi stressz kezelése és kiégés megelőzése, primer prevenció, foglalkozás-egészségügy szerepének erősítése a szűrésekben, kockázat besorolásban, munkahelyi környezetből adódó kockázatok csökkentése;
 - Gyógyszertár, mint népegészségügyi találkozóhely;
 - Települések, közösségi, szabadidős színterek, egyéb.

A népegészségügyi stratégiai célok elérését segítő beavatkozások részletei és az azokhoz tartozó indikátorok az új Népegészségügyi Programban kerülnek kidolgozásra.

Minden egyes prioritás célrendszere definiált, időszakokhoz kötött. Ezen keresztül a megvalósíthatóság jelentősen javul, a számon kérhetőség és a megvalósítás értékelése alapvetően változik. Az ágazatirányítás eltökélt a vezetés minőségének, következetességének növelésében, ami a következő tervidőszak kivitelezésének fontos alapköve.

3.2.1.6. A stratégiai prioritásokat szolgáló uniós fejlesztési irányok

Népegészségügy

A keringési betegségek, elhízás, cukorbetegség, daganatos, légzőszervi és mozgásszervi betegségek megelőzése és gondozása érdekében a betegségek megelőzését is támogató életmód programok kerülnek indításra, különös tekintettel a gyermekek és fiatalok

egészségfejlesztésére - alkalmazkodva azon színterekhez, ahol a legtöbb időt töltik (család, iskola, közösség).

A felnőtt lakosság esetében elő kívánjuk segíteni a szűrést, kockázat besorolást és ennek megfelelő gondozást egyenlő esélyű hozzáférés biztosításával.

A célzott lakossági szűrések elterjesztése és korszerűsítése magába foglalja a szűrési megjelenést maximalizáló lépéseket, a szűrővizsgálat lebonyolítását és szükség esetén a szakellátáshoz való eljuttatást, egységes kliensút kiépítését (pl. a rizikócsoporthoz sorolt páciensek menedzselése páciens központú megközelítésben). Fontos a bizonyítottan hatékony, új szervezett szűrések adaptálása, pilot szűrővizsgálatok indítása, szűrés korszerűsítése és a népegészségügyi intézményrendszer fejlesztése a szakmai összehangoló kapacitás és a védőnői szolgálat fejlesztésével.

Ezzel összefüggésben szükséges az egészségügyi ellátórendszer prevenciós szemléletű fejlesztése és a kapacitások (alapellátás, egészségfejlesztési irodák, onkológiai szakellátás és további szakterületek) összehangolt programjai.

A lelki egészség fenntartása, helyreállítása, a mentális zavarok megelőzése kapcsán a cél a magas kockázatú, mentális egészségproblémával terhelt csoportok ellátásba kerülése, továbbá a lelki egészségfejlesztési szolgáltatások elérhetőségének biztosítása.

A fejlesztési irányok kiterjednek az emberi egészségre ható környezeti ártalmak, így a biológiai allergének monitorozására és előrejelzésének fejlesztésére és a járványügyi biztonság javítására.

Prioritásként kezelendő a kissúlyú koraszülöttek számának csökkentése és a csecsemőhalálozás mértékének további mérséklése, főként azokon a területeken, ahol a legkedvezőtlenebbek ezen mutatók.

Kiemelt fontosságú továbbá a kisközösségekben történő ellátás és az otthoni ápolás megerősítése.

Fenti célok eléréséhez, illetve az egészséges életmód elterjesztéséhez nélkülözhetetlen az egészségkultúra fejlesztése:

- hatékony egészségkommunikáció kialakításával;
- az állami, helyi egészségkommunikációban résztvevő szervezetek kapacitásfejlesztésével;
- egészségfejlesztési, betegség- és sérülés megelőzési programok elterjesztésével;
- „egészséges választást” előmozdító népegészségügyi kommunikációs tartalmak és kapcsolódó központi, helyi események támogatásával.

Cél az alapellátás fejlesztésére fókuszáló, de célzott szakellátás fejlesztést is megvalósító módon az egészségügyi ellátórendszer és a népegészségügyi szolgáltatások hatékonyságának fokozása a fent megfogalmazott célok elérése érdekében. Főbb fejlesztési irányok: krónikus betegségmenedzsment programok megvalósítása a nagy betegségterhet és korai halálozást okozó krónikus nemfertőző betegségek területén, az egészségügyi ellátórendszer prevenciós fókuszú áthangolása, a gyermekkorhoz kapcsolódó egészségügyi szolgáltatások fejlesztése. E

mellett érvényesíteni kívánjuk a közösségi alapú gondozás felé történő elmozdulás különböző megoldásait.

Részt kívánunk venni a koragyermekkori intervenció rendszerszintű fejlesztésében. A több ágazat közös együttműködésével egységes szemléletű szervezési, rendszerfejlesztési és szervezetműködtetési tevékenységek megvalósulásához szükséges a szabályozás és finanszírozás átalakítása, közös protokollok kidolgozása, közös gyermekút alkalmazása, a szolgáltatások típusainak bővítése, hálózatos formában való működésének elősegítése, egységes szűrési, mérési, értékelési rendszer kialakítása, továbbá korszerű adatstruktúra kialakítása.

Az időskor számos olyan betegségtípus megjelenésével jár, amely ugyan nem igényel magasszintű orvosi, ápolási feladatokat, de a szociális gondozáshoz képest több alapszintű ápolási feladat jelentkezik. Az ezeket a szükségleteket magas színvonalon kielégíteni képes ellátási forma Magyarországon hiányzik, így a lakosság egyre nagyobb aránya nem jut hozzá megfelelő ellátáshoz. Ezért kidolgozásra kerül az átmeneti ellátást nyújtó, tartós ápolási forma kialakítását megalapozó módszertan és képzés, amelyek alapján a későbbiekben a tartós ápolást nyújtó intézményrendszer kialakításra és működtetésre kerülhet.

Továbbra is kiemelt feladat a dohányzás visszaszorítása.

Alapellátás

Az alapellátás az egészségügyi ellátórendszer egyetlen olyan szegmense, ami kapcsolatot képes tartani a lakosság egészével, ahol a gyakorlatban is megvalósulhat az ellátáshoz történő közel azonos hozzáférés.

Ezért az alapellátás megújításának a részeként bővíteni szükséges a lakosságközeli szolgáltatások körét. Az egészségtudatos magatartás kialakítása és a betegségek, valamint a betegségkockázatot jelentő magatartásformák korai felismerése érdekében fontos, hogy az alapellátás szerves részévé tegyük a népegészségügyi szolgáltatásokat. A dolgozói kompetenciák rendezésével, valamint új típusú szolgáltatásokat nyújtó szakemberek integrálásával, az alapellátók egymás közti munkamegosztásával szélesíthető a helyben elérhető definitív szolgáltatások és ellátások köre.

Az alapellátásban dolgozók együttműködése elengedhetetlen ahhoz, hogy növeljük az ellátás hatékonyságát, bővítsük a helyben elérhető szolgáltatások körét és érdemi népegészségügyi szolgáltatásokat valósítsunk meg.

Szükséges a háziorvosi ügyeletek kompetenciájának pontos meghatározása és a földrajzi adottságoknak megfelelő sürgősségi ellátás összehangolt működési feltételeinek megteremtése az egyes működtetők, ill. szolgáltatók között. Az összehangolt működés és ennek a lakosság felé való egységes megjelenítés érdekében kidolgozásra kerül a háziorvosi ügyeletek kompetencia listája, a háziorvosi hatásköri lista alapján, mely alapján egységes

triage rendszer kerül megfogalmazásra. Ehhez kapcsolódóan elvégezzük a szükséges tananyagfejlesztését és a háziorvosi ügyeleti szolgálatok egészségügyi dolgozóinak (orvos és szakdolgozó) továbbképzését.

Ezen kívül alapellátás-centrikus szakképzési program kialakításával kívánjuk biztosítani az alapellátás-specifikus képzési elemek, a megfelelő felszereltségű oktató praxisok kialakítását, és a felkészült szakemberek képzését.

Az egészségügyi alapellátó-rendszer infrastrukturális fejlesztése *(a korábbiakhoz képest szűkösebb forrásokkal)* az intézmények szolgáltatásainak és infrastrukturális feltételeinek korszerűsítését, a hozzáférés egyenlőtlenségeinek mérséklését célozza, különös tekintettel az alábbi célcsoportokra: várandósok, nők, gyerekek és fiatalok, fogyatékkal élők és idősek. Az egészségügyi alapellátás fejlesztését az indokolja, hogy ez a szint képes leginkább elvégezni az alapvető szűrővizsgálatokat és egészségügyi állapotfelméréseket, ezáltal kiemelt szerepe van a prevencióban, a lakosság közvetlen környezetében (lakóhelyén).

A fejlesztések keretében a háziorvosi szolgálatnak – felnőtt, gyermek, vegyes praxis –, fogorvosi szolgálatnak, központi alapellátási ügyeletnek és a védőnői szolgáltatásoknak helyt adó épületek, épületrészek fejlesztésére, új építésére, továbbá a nem iskolai épületekben működő iskolaorvosi rendelők infrastruktúra fejlesztésére lesz lehetőség annak érdekében, hogy az egyes településeken, minden lakos számára hozzáférhetővé váljanak a megfelelő infrastrukturális ellátottsággal rendelkező egészségügyi intézmények szolgáltatásai.

Humán erőforrás

Az ellátási szükségletekhez igazodó minőségi emberi erőforrás rendelkezésre állásához az ellátások humán kapacitásának mennyiségi fejlesztését célozzuk meg a hiányszakmákban és a hozzáférhetőség javítása érdekében. Cél olyan programok indítása, aminek eredményeként nő a hiányszakmákban és az elmaradott járásokban dolgozók száma, ahol nem elegendő az utánpótlás, ott a pályorientációt képzési ösztöndíjakkal kívánjuk támogatni. Lehetőséget kívánunk teremteni a feladatok átszervezésével új munkakörök kialakítására és betöltésére az egészségügyi intézményekben, továbbá a szakemberek mobilitásának támogatására.

A megfogalmazott humánpolitikai célok eléréséhez, az életpálya elemek kialakításához és működéséhez, valamint az egészségügyi emberi erőforrás tervezéséhez szükséges informatikai fejlesztések is továbbfejlesztésre kerülnek.

Továbbá az emberi erőforrás minőségének javítását célozzuk a szakmai kihívásoknak és elvárásoknak való eredményes megfelelés érdekében szakmai át- és továbbképzésekkel.

Cél az alap- és szakellátás területén dolgozók kompetenciafejlesztését támogató ismeretanyagok aktualizálása, elterjesztése, távoktatási rendszerének kialakítása, valamint az egyes szakmák továbbképzési rendszerének korszerűsítése az alábbiak szerint:

- képzési, továbbképzési, illetve készségfejlesztő, kompetenciabővítő és mentális támogatást, szupervíziót nyújtó programok,
- módszertani anyagok és tananyagok kidolgozása és fejlesztése,
- képzések lebonyolítása (OKJ-s képzésekkel együtt);

Kiemelt cél a szakmai és intézményi vezetők menedzsment szemléletének megerősítése, korszerű vezetési eszközök alkalmazására való képesség tétel, az emberi erőforrással való hatékony, eredményes gazdálkodás valamint az esélyteremtési szemlélet erősítése, továbbá az egészségügyi dolgozók továbbképzése az élethosszig tartó tanulást elősegítő szolgáltatások hatékonyságának és számának növekedése érdekében akkreditált képzések és minősített továbbképzések biztosításával a kapcsolódó tananyagfejlesztéssel.

Infrastruktúra

Az egészségügyi ellátórendszer infrastrukturális fejlesztése elsősorban a rendszerszintű struktúraváltási és az intézményi funkcióváltási folyamatok befejezéséhez kapcsolódó fekvőbeteg ellátást kiváltó és/vagy lerövidítő szolgáltatások, illetve megoldások szerepét erősítő kapacitás átalakítására, hálózatba szervezésére és esetenként szükségessé váló bővítésére, az ezekhez kapcsolódó hiánypótló alapellátási, népegészségügyi és járóbeteg intézmények létrehozására irányul.

A főbb fejlesztési irányok:

- a keringési betegségek, elhízás, cukorbetegség, krónikus légzőszervi-, mozgásszervi- és daganatos betegségek szűrését és kezelését szolgáló beruházások,
- krónikus betegségmenedzsment programok megvalósítása,
- az alapellátásban és a megelőzést célzó szolgáltatásokban kimutatható hozzáférésbeli különbségek mérséklése,
- a fekvőbeteg ellátást kiváltó szolgáltatások (pl. járóbeteg szakellátás, egynapos ellátás, otthoni szakellátás, kúraszerű ellátás) fejlesztése,
- a gyermekegészségügyi ellátó intézmények korszerűsítése, a hiányzó gyermek és ifjúsági egészségügyi szakellátó központok kialakítása,
- az aktív pszichiátriai és addiktológiai osztályok, illetve közösségi ellátás infrastrukturális feltételeinek javítása,
- serdülő pszichiátriai és addiktológiai hálózat kialakítása,
- az interszektorális együttműködés infrastrukturális hátterének fejlesztése,
- a korai fejlesztést elősegítő szolgáltatások infrastrukturális feltételeit fejlesztő beruházások és
- a diagnosztikai és laboratóriumi kapacitások bővítése, létrehozása, rendszerbe

csatlakoztatása és a mentőszolgálati fejlesztésekkel való integrálása,

- az energiahatékonyság növelését célzó műszaki, technológiai eszközök (mérő- és szabályozó berendezések) minél szélesebb körű bevezetése, alkalmazása.

E-egészségügy

A 2007-2013 programozási időszak döntően TIOP, TÁMOP és egyéb OP és hazai forrásokból finanszírozott egészségügyi informatikai projektjeinek célja az ágazat hatékony információáramlását biztosító alpinfrastruktúra- és szolgáltatási környezet kialakítása. A projektek eredményeként létrejön egy központi felhőszolgáltatás, amely képes a rendszerek működéséhez szükséges erőforrásokat biztosítani, valamint megteremti az ágazat szereplői közötti üzenetek biztonságos és validált továbbításának lehetőségét. Létrejönnek továbbá olyan szolgáltatások, amelyek felváltják az ágazatra eddig jellemző papír alapú kommunikációt elektronikus adatcserére (pld. e- beutalás, e-recept, betegadatokhoz való hozzáférés). A fejlesztéseknek nem volt célja az ágazat szereplői által használt IT rendszerek megváltoztatása, az intézményi dokumentációs eljárások felülírása, vagy a jelentési rendszerek konszolidációja, a programok kizárólag az alapszolgáltatások megteremtését célozták, ami önmagában is igen komplex fejlesztés, és jelentős hatékonyságjavulást eredményez az ellátórendszerben.

Az elkövetkező évek feladata, hogy erre a létrejövő alpinfrastruktúra támaszkodva hozzon létre olyan kiemelt hozzáadott értékű szolgáltatásokat, amelyek segítik az ágazati működési hatékonyságának további javítását, a szolgáltatások minőségének javulását, az ágazatvezetés információs igényeinek kiszolgálását és a döntéshozatal evidenciákra alapuló támogatását. Szintén kiemelt cél az ágazat adatvagyonának egyre hatékonyabb felhasználása a rendszer hosszú távú fenntarthatóságának biztosítása érdekében, tudományos kutatások, statisztikai elemzések, prediktív modellek kidolgozásával. Egyre több nemzetközi példát találni arra vonatkozóan, hogy az egészségügyi adatvagyon hatékony felhasználása milyen gazdasági előnyöket biztosíthat egy országnak, a program ennek a lehetőségnek a maximális kihasználását célozza meg.

Az e-egészségügyi fejlesztések kapcsán felállítható általános (átfogó) célok a következők:

- az egészségügyi intézmények informatizáltsági szintjének magasabb (funkcionális) szintre emelése,
- az egészségügyi ellátórendszeri folyamatok hatékonyságának növelése, az intézményi működési kiadások csökkentése az infokommunikációs eszközökkel támogatott integráció növelése által,
- a stratégiai tervező képesség növelése, az operatív gazdasági és minőségirányítás hatékonyságának növelése a rendszer eredményességének javítása,

- a betegút szervezés támogatása, a közösségi egészségfejlesztési központok működési hatékonyságának erősítése,
- az egészségmagatartás és felelős társadalmi hozzáállás támogatása, az egyéni felelősségvállalás erősítése az egészségfejlesztésben, az egyéni felelős döntéshozatali szint emelése,
- az IT fejlesztések révén egészségügyi rendszer áteresztő képességének, a megelőzés, ellátás, gyógyítás hatékonyságának javítása,
- illeszkedés a nemzetközi elektronikus egészségügyi rendszerekhez.

A program fejlesztési céljai a következő területekre fókuszálnak:

1. Ágazatirányítási döntéshozatal, stratégiai tervezés minőségi fejlesztése
2. Meglévő központi e-Egészségügyi szolgáltatások mennyiségi és minőségi fejlesztése
3. Új központi e-Egészségügyi szolgáltatások bevezetése
4. Ellátórendszeri adatok feldolgozásának egységesítése
5. A lakossági tájékoztatás fejlesztése
6. Egészséges életvitelt támogató fejlesztések
7. Egészségügyi intézmények szélessávú hálózati elérésének javítása
8. Egészséges életmódot támogató IKT megoldások hazai fejlesztésének támogatása
9. Egészséges életvitelt támogató korszerű alkalmazások (lakossági) elterjesztése, disszeminációja

Fentiek, illetve a kapcsolódó szabályozási, fiskális és közpolitikai intézkedések megvalósítására egészségügyi ágazati informatikai akció- és cselekvési terv (koncepció) kerül kialakításra a Kormány által elfogadott Nemzeti Infokommunikációs Stratégiával⁴, IKT Zöld könyvvel⁵ és Digitális Nemzet Fejlesztési Programmal⁶ összhangban.

⁴ Magyarország Nemzeti Infokommunikációs Stratégiájáról szóló 1069/2014. (II. 19.) Korm. határozat

⁵ Magyarország Nemzeti Infokommunikációs Stratégiájának módosításáról és a „Zöld könyv az infokommunikációs szektor 2014–2020 közötti fejlesztési irányairól” című akcióterv elfogadásáról szóló 1851/2014. (XII. 30.) Korm. határozat

⁶ A Digitális Nemzet Fejlesztési Programról szóló 1162/2014. (III. 25.) Korm. határozat, a „Digitális Nemzet Fejlesztési Program” megvalósításáról szóló 1631/2014. (XI. 6.) Korm. határozat

3.3. A részletes célkitűzésekhez mérhető output és eredménymutatók hozzárendelése, célértékek meghatározása

Ágazati gazdálkodás		
Célok	Eszközök	Indikátorok/Eredménytermékek
Fenntartható forrásmenedzsment – a bevételek és kiadások egyensúlyának megteremtése, a költségvetési egyensúly biztosítása	Negyedéves tényalapú vezetői gazdasági áttekintés, szükséges beavatkozási pontok meghatározásával	Az éves költségvetési egyensúly, azaz 0% túlköltés, tervek szerinti kivitelezése az ellátás biztonságának fenntartása mellett. A költségvetési kockázatok negyedéves előrejelzése kockázatkezelési akciótervvel kiegészítve.
	Intézmények teljesítményértékelésének kialakítása, gazdasági indikátorok beépítése, gazdasági szemléletű menedzsment erősítése	Intézményi szintű stratégiai és éves tervek létrejötte, egyéni célkitűzések és szisztematikus értékelésük létrejötte. Intézményi teljesítmények összevetése alapján a menedzsmentek eltérő díjazásának kialakítása, ennek bevezetése.
	A finanszírozási célok, ösztönzők rendszerének dinamikus fejlesztése a finanszírozás és az ellátási eredményesség kapcsolatának kiterjesztésével	A HBCS finanszírozás megtartása mellett, annak teljes revíziója. Eredményalapú finanszírozási elemek növelése az alapellátásban, minimum 30% -os arány elérése a teljes finanszírozásban. A fekvőbeteg ellátás tervezett kiadási szintjének megtartása, 0% túlköltés. A kintlévőségek újratermelődése mértékének évről-évre történő csökkentése.
A prioritási területek hatékonyságnövelő strukturális átalakításai és fejlesztési területei számára belső forrásallokáción keresztül a megfelelő források biztosítása	A fekvő valamint az integrált járóbeteg szakellátás és alapellátás finanszírozási súlyának megváltoztatása	A jelenlegi arány járóbeteg irányba történő változtatása. Az egynapos ellátások volumen korlátjának az eltörlése.
	Az ágazati teljesítményértékelés teljes spektrumának kialakítása	Rendszerszintű, program és intézményi eredmény szemléletű jelentések létrejötte. Szervezeti háttér létrejötte.
	A finanszírozási célok, ösztönzők rendszerének dinamikus fejlesztése a finanszírozás és az ellátási eredményesség kapcsolatának kiterjesztésével	Legalább három eredményalapú finanszírozási elem bevezetése a definitív ellátás támogatására.
A közfinanszírozás forrásainak szélesítése a népegészségügyi termékadó rendszerének	Az eddig kidolgozott stratégiai koncepciók értékelése, hatásvizsgálat elkészítése a társadalom befogadásának	Konkrét, bizonyítottan megvalósítható javaslat elkészítése, mely tartalmaz legalább három megvalósítható scenáriót.

kibővítésével	felmérésével együtt	
Az egészségturizmus fellendítéséhez a szakmai tudás és az ellátórendszer szolgáltatásainak professzionális értékesítése külföldi vevők (igénybevevők) felé, infrastruktúra biztosítása	Működő minták elemzése, hatásvizsgálat alapján prioritások létrehozatala	Létrejött prioritások alapján kijelölt kulcsterületek.
	A működési minták alapján kialakított koncepciók jogszabályi háttérének kialakítása, a hazai ellátás elsőbbségének biztosításával	Elfogadott jogszabályi háttér.
	A kialakított működési módszertan bevezetése és a szakmai támogatás biztosítása	Legalább egy prioritási területen pilot program és teljes implementáció végrehajtása.
Közösségi forrásteremtés optimalizálása	Az egészségügy forrásainak reálértéken való emelése, megőrzése	Éves GDP növekedéssel párhuzamos forrás növelés biztosítása.
	Egészségkockázati termékek adóbevételének növelése az ágazat számára: kidolgozott középtávú program, jól modellezhető bevételi forrásoldal meghatározással	A NETA adóbevétel szintjének lehetőség szerinti növelése. Dohány- és alkohol-termékek jövedéki adójának egészségügyi célú felhasználása.
Alapellátás kompetencia megerősítése		
Célok	Eszközök	Indikátorok/Eredménytermékek
Az alapellátás és a járóbeteg szakellátás funkcionális integrációjának kialakítása a definitív ellátás népegészségügyi szemléletű biztosítása mentén	Közösségi egészségügyi szervezési központok kialakítása 60 – 100 000 lakos méretű területek ellátási alapegységének felállítása	Országos szinten működő a járások, betegutak mentén szerveződő, a helyi lakosok szükségleteihez igazodó ellátási alapegységek létrejönnek.
	Preventív egészségfejlesztési szemlélet támogatása, a helyi közösségek ellátásszervezése	Támogató jogszabályok elfogadása Nagy egészségkockázatú betegek azonosítása országosan Nagy egészségkockázatú betegek egészségmenedzsmentjének kialakítása legalább a betegkör 60%- a esetén. Mebetegedési mutatók javulása.
	Az integráció helyi sajátosságokhoz igazított kivitelezése a kapuőri szerep megerősítése érdekében	Az alap és szakellátás szintjén dolgozók mérhető módon ismerik és elfogadják egymás közreműködését.
Finanszírozási rendszer átalakítása a kapuőr érdekeltségi rendszer és a minőségi elvárások megerősítése érdekében	Új finanszírozási algoritmusok bevezetése az új képzési és kompetencia rendszerrel és működési modellel összhangban	Új indikátorok bevezetése: az ellátás eredményességének, integrált megvalósulásának díjazása ösztönző rendszerben. Az új indikátorokkal összhangban a gondozás, tanácsadás és szűrési tevékenység és eredményesség finanszírozásának bevezetése. A bevezetett ösztönzők alapján a fix finanszírozás arányának csökkentése.
	A finanszírozási módszerek	A bővülő tevékenységi és kompetencia

	forrásainak biztosítása	körök ösztönző alapú finanszírozásának megléte, a rendszer kockázat nélküli bevezetése.
Közösségi szinten a szükségletek szerinti ellátási kompetenciák és kapacitások kialakítása területi egyenlőtlenségek figyelembe vételével	HH és LHH térségek többletfinanszírozási alapjának megalapozott kialakítása	A definiált szükséges többlet tevékenységek forrása rendelkezésre áll a feladatok elvégzéséhez.
	A pszichiátria és gyermekpszichiátria területén a (járóbeteg ellátásban, illetve a gyermekpszichiátria területén a fekvőbeteg-ellátásban is)) a gondozás területén egységes szakmai struktúrában, meghatározott területenként hasonló kapacitással, személyi állománnyal, tárgyi feltételekkel, a terepmunka lehetőségével bíró gondozóhálózatot kell létrehozni, illetve a jelenlegit fejleszteni. A gondozói hálózat kiépítését, illetve fejlesztését, a gondozókra háruló szakmai feladatoknak, és a kiegyensúlyozott, színvonalas működést biztosító gazdasági szempontoknak megfelelően az intézményi struktúrától való távolításban, a területi, közösségi ellátásokhoz való közelítésben kell megvalósítani	Indokolatlan osztályos felvételek csökkenése. Területileg kiegyensúlyozottan elérhető, országos lefedettségű gondozóhálózat kialakulása, amely a lakossághoz közeli mentális egészséget érintő szolgáltatások központjának szerepét képes betölteni.
	Kompetencia, kapacitás kidolgozása közösségi szinten TIG támogatásával és iránymutatásával	A közösségi szükségleteknek megfelelő kiegészítő munkakörök létrejötte: mobil szakorvosi ellátások beindulása a hozzáférési nehézségekkel küzdő területeken, speciális praxisközösségi megoldások, roma egészségőrök toborzása területi szükséglet alapján, speciális népegészségügyi akciók az EFI-ken és praxisközösségeken keresztül (területi éves népegészségügyi akciótervek kidolgozása és megvalósítása), a lakosság átszűrési adatainak javulása.
Szakmai támogatási rendszer területi (TIG) szintű működése, kapacitások és források allokációjának biztosítása, minőség menedzsment	A területi irányítás pontos hatásköreinek jogszabályi kidolgozása	Elfogadott jogszabály
	A működés hatékonyságának emeléséhez szükséges kompetencia kialakítása	Megfelelő szakemberek rendelkezésre állnak. Informatikai elemzői háttér rendelkezésre áll.

Technológiai fejlesztés, telehealth és telecare szemlélet megteremtése, a módszertan gyakorlati kivitelezése	Whole System Demonstrator koncepció implementálása	Pilot folyamatban a kiválasztott területen a megfelelő technológia rendelkezésre áll, a részt vevő orvosok képzése megvalósult, a kulcs indikátorok mint akut ügyeleti ellátás mennyisége, hospitalizáció stb országos szinttel összevetve kialakított, rendszeresen követett.
Vonzó életpálya, a háziiorvosi szakterület választásának ösztönzése a szakorvosjelöltek és más területen dolgozó szakorvosok körében, az adminisztratív és anyagi korlátok oldása	Alapellátás életpálya koncepció megvalósítása a szükséges költségvetési forrás biztosításával	Korfa javulás a háziiorvosok és fogorvosok között, stagnáló, illetve mérsékelt javuló korfa a védőnőknél. Öregségi nyugdíjkorhatár elérését követően praktizáló háziiorvosok arányának csökkenése. Betöltetlen praxisok számának csökkenése A háziiorvosi szakképzésből érkezők átlag életkorának csökkenése a praxisba lépéskor.
A rendszertervezés országos módszertani háttérének biztosítása	Meglévő szervezeti alapokon kivitelezett szervezetfejlesztés	Országos alapellátási módszertani szervezeti egység létrejötte.
Háziiorvosi ellátás humán erőforrás ellátottságának javítása	A háziiorvosi szakterület választásának ösztönzése a szakorvosjelöltek körében	A háziiorvosi keretszámok emelése.
	Más szakképzettséggel rendelkező orvosok szerepvállalásának növelése a háziiorvosi ellátásban az adminisztratív korlátok oldásával	Háziiorvosi ellátásban újonnan dolgozó más szakképzettséggel rendelkező orvosok létszámának növekedése.
	Háziiorvosok további kompetenciáinak megszerzését és használatát ösztönző finanszírozási rendszer kialakítása	Átalakított finanszírozási rendszer.
	Praxisok átadását támogató programok, az átadást nehezítő adminisztratív akadályok csökkentése	Jogszabáymódosítás. Praxis-átadást támogató programok keretében történt orvos-váltások száma.
	Háziiorvosok sürgősségi továbbképzési rendszerének kialakítása, képzések lebonyolítása	A háziiorvosok részesüljenek sürgősségi továbbképzésben.
Támogató, az orvosi elfoglaltságot csökkentő, a hatékonyságot növelő és az egészség fejlesztést, közösségi ellátást biztosító munkakörök és munkahelyek megteremtése, erőforrások biztosítása	Alapellátásban dolgozók kompetenciáinak elemzése, szükséges kompetenciák és munkakörök azonosítása	Szükséges kompetenciák és munkakörök térképe elkészül.
	Közösségi ellátást biztosító csoportpraxisok létrehozása	Csoportpraxisok jogi szabályozása.
	Egészségfejlesztést és közösségi ellátást támogató kompetenciafejlesztő képzések alapellátásban dolgozók számára	Kompetenciafejlesztő képzésben részesült dolgozók aránya.
Intézményirányítás professzionális működtetése		
Célok	Eszközök	Indikátorok/Eredménytermékek
Az állami szerepvállalás	Központi, térségi és intézményi	Elkészült kompetencia szintek.

keretében az intézményfelügyeleti feladatok decentralizálása, a tényleges ellátás végzéséhez közelítő irányítási szint kialakítása	kompetenciák meghatározása, összhangban a közösségi egészségügyi koncepció kialakításával	Elkészült jogszabályrend.
	Ágazati intézményrendszeri kompetenciák illesztése az teljesítménymenedzsmen és ágazat irányítási módszerekhez	Pontosan definiált kompetenciák és hatáskörök. Elkészült jogszabályrend.
	Önálló intézményi jogszabály kialakítása	A teljes jogi szabályozás elfogadása.
Eredményorientált intézményi teljesítmény menedzsmen rendszerének kialakítása	Pontos eredmény és teljesítmény indikátor rendszer kialakítása az ágazat irányítás és ellátórendszer számára	Az ágazat célkitűzéseit támogató, jövőképeinek és küldetésének megfelelő széles körben elfogadott indikátor rendszer.
	A teljesítményértékelés módszertanának kidolgozása	A célkitűzések kaszkádjának kiépült rendszere, összehangolt stratégiai és éves célok létrejötte Elfogadott a teljesítményértékelés rendszeréhez kapcsolódó ösztönző rendszer A gyenge teljesítmények fejlesztésének kialakított módszertana.
	Kialakított intézményi stratégiák és éves célok rendszeres értékelése	Kialakított dashboardok, rendszeres teljesítményértékelés, az ösztönző rendszerek transzparens használata, a gyenge teljesítmény menedzsmenjtjéhez delegált megfelelő hatáskörök.
A vezetői hatáskörök, feladatok további pontosítása, menedzsmen szemlélet erősítése, egységes HR-funkciók, és eljárások az állami fenntartású intézményekben	HR irányítás megjelenítése az intézményi vezetői struktúrában, a vezetői hatáskörök, feladatok meghatározása	Intézményi vezetői hatásköröket, HR funkciókat és HR irányítás szerepét meghatározó jogszabály.
	Menedzsmen szemlélet érvényesítése a vezetői kiválasztás során, menedzsmen képzések felsővezetők számára	Menedzsmen ismeretekkel rendelkező vezetők aránya 90%.
	Megfelelő képzettséggel rendelkező humán erőforrás szakember-hálózat létrehozása	Az egészségügyi ellátórendszerben (háttérintézmények és szolgáltatók) alkalmazott HR képzettséggel rendelkező szakemberek száma megkétszereződik.
	Intézményi HR folyamatok áttekintése, egységes HR funkciók kialakítása	HR-folyamatok működéséről készült felmérés, egységesíthető funkciók kiválasztása, kidolgozott módszertan az egységesítésre.
Személyi feltételek rendszerének kidolgozása a progresszivitási szintnek	Képzettségi szintekhez igazodó kompetenciák meghatározása	Kompetencia-térkép elkészítése és kihirdetése.

megfelelően, munkakörök, végzettséghez kompetenciák, meghatározása	ágazati igazodó		
		Egészségügyi ágazati munkakörök és a munkakörökhöz kapcsolódó illetményelemek rendszerének a felülvizsgálata, újraszabályozása	Jogszabály-módosítás.
		Az ellátáshoz szükséges személyi feltételek emberi erőforrás tervezést lehetővé tevő, egységes rendszerének kidolgozása a progresszivitási szintek figyelembe vételével	A személyi feltételekre vonatkozó szabályozás megújítása.
A szolgáltató működés professzionális támogatása és irányítása a létrejött fejlesztéseken keresztül		Az felügyeleti és irányítási tevékenységet folytató szervezet fejlesztése	A Magyar programnak megfelelő irányítási technikák bevezetésre kerülnek.
		Az ágazati célokhoz rendelt eredmények következetes menedzsmentjének kialakítása	Minden intézmény és minden intézményvezető a BSC szellemében kialakult értékelési rendszerben értékelt. Az elkerülhető halálozások számának csökkenése. A betegelégedettség növekedése a fekvőbeteg ellátás szintjén (alapszint definiálandó).
		Jogszabályi támogatás a menedzsment módszerek alkalmazására	Elfogadott jogszabályok, melyek a teljesítmény menedzsment módszertani alkalmazására pontos jogköröket, kompetenciákat és felhatalmazásokat definiálnak.
Az egészségügyi szolgáltatók fenntartásával, felügyeletével kapcsolatos módszertani és szakmai fejlesztések támogatása		A HBCS rendszer módszertani és technológiai modernizálása, a mai eredmény szemléletű finanszírozási modellhez, követelményekhez való illesztése	A teljes HBCS rendszer felülvizsgálata és átalakítása.
		A kontrolling módszertan, szabályozás és működési rendszer további javítása, a működési hatékonyság fejlesztése	A kontrolling módszertan fejlesztése, esetszintű fedezetszámítás és eredményességi mutatók pontos összekapcsolása minden állami finanszírozású intézményben.
Átlátható foglalkoztatási struktúra kialakítása, az egészségügyi dolgozók érdekeltté tétele a szolgáltatói működésben, a maximális teljesítmény nyújtásában		Foglalkoztatási jogviszony struktúra felülvizsgálata	A foglalkoztatási jogviszony megoszlásának elemző értékelése.
		Az egészségügyi dolgozók érdekelttségének megteremtése az eredmény-központú ellátásban	Az egészségügyi dolgozók díjazásában eredmény-alapú elemek bevezetése.
		Részmunkaidőben foglalkoztatottak, ezen belül női foglalkoztatottak	A részmunkaidőben foglalkoztatottak arányának emelkedése.

	számának felmérése, részmunkaidős foglalkoztatás ösztönzése	
Egészségügyi dolgozók együttműködésének, fizikai és mentális állapotának javítása	Kiegészítő megelőzését és kezelését szolgáló intézkedések (Bálint-csoportok, mentális kríziskezelő team) kórházlelkesztési szolgálat megerősítése)	Kiegészítő megelőzését és kezelését szolgáló programok és Bálint-csoportok minden térségben rendszeresen elérhetőek.
	Az egészségügyi személyzet kommunikációs, konfliktuskezelési és általános interperszonális készségeinek fejlesztése a hajléktalanokkal, romákkal, fogyatékkal vagy krónikus betegséggel élő személyekkel kapcsolatban	Kidolgozott képzési programok. Legalább egy képzés megvalósítása évente térségenként.
A betegpanaszok kezelését végző intézményi rendszer továbbfejlesztése	A jogvédelmi tevékenység módszertanának fejlesztése	Elfogadott jogszabály.
	Az egészségügyi dokumentáció kezelésének korszerűsítését támogató fejlesztések beépítése a betegjogok támogatására	Az EHR deposit rendszeres alkalmazása a betegjogi panaszok kezelésében.
Betegségmenedzsment rendszer, kapacitás tervezés kialakítása		
Célok	Eszközök	Indikátorok/Eredménytermékek
Egészségügyi szervezési alapszabályzat kidolgozása	Betegút szabályozás módszertani fejlesztése	Legalább 50 betegségmenedzsment protokoll elkészül, pontos, a betegség progressziója mentén ábrázolt betegutakkal.
	A betegút szabályozási protokollok gyakorlati leképzése	A közösségi egészségügyi szervezési központok a kialakított betegutak alapján irányítják a betegeket az ellátórendszerben: a betegek informáltsága javul, a betegek döntésbe való részvétele emelkedik, a betegek elégedettség szintje emelkedik.
	Egyéni betegút tervek kialakítása a magas egészségérték kockázatú állampolgárok esetén	A magas egészség kockázatú állampolgárok egyéni egészség terv arányának növelése.
Térségi menedzsment kapacitások és kompetenciák pontosítása, a térségi szintű egészségügyi szervezés, várólista menedzsment és beutalási rend jogszabályi kereteinek kialakítása	A betegút szabályozási protokollok működésének elemzése, követése és a közösségi epidemiológiai térkép alapján javaslatok a kapacitások térségi szintű megtervezésére	Rendszeres frissítések a protokollokban. A térségi kapacitások éves és stratégiai terve rendelkezésre áll a közösségi szükségletek és a területi gazdálkodási szempontok harmonizálásában.
	Várólisták dinamikus menedzsmentje	A térségen belüli ellátási lehetőségek, kompetenciák, kapacitások összehangolása a térségi tervekben Kialakult módszertan a térségek közötti kapacitáskihasználás optimalizálására.

		Rövidebb várakozási idő a korlátozott kapacitások esetében. A betegelégedettség növekedése. A hozzáférés javulása.
	Jogsabályi keretek biztosítása	A jogszabályok, melyek pontosan definiálják a kapacitás szervezés hatáskörét, döntési jogköreit elfogadásra kerülnek.
A szolgáltatásokhoz való hozzáférés egyenlőtlenségeinek csökkentése egységes betegút-szervezési módszertan és technikák alkalmazása révén	A betegút szabályozási protokollok gyakorlati leképzése	Rövidebb várakozási idő a korlátozott kapacitások esetében. A betegelégedettség növekedése A hozzáférés javulása.
Emberi erőforrás tervezése, központi ágazati humán erőforrás irányítása	Egységes, rendszeres munkáltatói humán-erőforrás adatszolgáltatás és nyilvántartás működtetése és fejlesztése a több, eltérő adattartalmú jelentés egyszerűsítésével és az adminisztratív terhek csökkentésével	Egységes ágazati munkáltatói humán-erőforrás nyilvántartás adattartalmának növekedése.
	Központi ágazati irányítás intézményei feladatainak és hatásköreinek összehangolása	Jogszabály-módosítás, intézményi együttműködés szabályozott rendszere.
	Szükséglet alapú stratégiai emberi erőforrás tervezés bevezetése intézményi és módszertani háttérrel	Évente aktualizált tervdokumentumok.
A humán erőforrás területi egyenlőtlenségeinek csökkentése, országon belüli mobilitás elősegítése	Hiányszakmák támogatási rendszerének kiterjesztése az egészségügyi szakdolgozói körre, a hiányszakmás támogatások rendszerének felülvizsgálata, megújítása	Hiányszakmák térségi szintű meghatározása minden szakterületen megtörtént.
	A hiányterületekre mobilizálható, irányítható központi ellátó teamek létrehozása az egyes intézményekben átmeneti jelleggel fellépő humánerőforrás hiány kezelésére, a megfelelő ösztönzési rendszerrel együtt	Létszám- és képesítés igény meghatározása, programba jelentkezett szakemberek nyilvántartásának elkészítése.
	A hátrányos helyzetű térségekben egészségügyi szakmacsoportba tartozó továbbképzések indítása, szakmai hálózat kialakítása	A hátrányos helyzetű térségekben minden egészségügyi szakmacsoportban évente legalább egy szabadon választott továbbképzés elérhető.
A rehabilitációs szolgáltatások és krónikus ellátások esetében a szociális területtel közös	A szociális területtel közösen kidolgozott és harmonizált program	Betegségmenedzsment protokollok létrejötte minden krónikus betegség esetén, elfogadva mindkét terület által.

feladatok közös ellátásából fakadó előnyök kiaknázása, és ezáltal az erőforrásokkal való gazdálkodás hatékonyságának javítása.		
	A támogatott önellátás szemléletének kialakítása, a módszertan gyakorlati megvalósítása	Legalább öt krónikus betegség és rehabilitációs szükséglet esetén pilot programok kivitelezése. A szükséges kompetenciák és munkakörök pontos megállapítása.
	A pilot programok alapján országos implementáció, meghatározott indikátorok alapján	Legalább két országos program elindítása, hatékonysági és eredményességi indikátorok folyamatos vizsgálata negyedévi rendszerességgel készülő riportok.
	A finanszírozási és hatásköri kompetenciák pontos jogszabályi rögzítése a pilot programok tapasztalatai alapján	Jogszabályi háttér elfogadása.
Megfelelő létszámú és képzettségű emberi erőforrás biztosítása, az egészségügyi dolgozók megtartása az egészségügyi ellátórendszerben.	Egészségügyi pályák választását elősegítő programok kidolgozása, az egészségügyi képzési kapacitások növelése	Egészségügyi pályák választását elősegítő pályainformációs kiadvány. Ágazati monitoring rendszer eredményei alapján meghatározott egészségügyi felsőoktatási és szakképzési kapacitások. Egészségügyi szakdolgozói területen a középfokú és felsőoktatási képzés átjárhatóságának szabályozása.
	Gyakorlatorientált képzés erősítése az egészségügyi felsőoktatásban és a szakképzésben.	Szakorvosképzés tutor-mentor rendszerének minőségbiztosításának bevezetése. A tutori munka díjazása a támogatott szakképzés teljes időtartama alatt. Térségenként legalább egy újonnan kialakított demonstrációs egység, skill labor. Mentorápolói rendszer bevezetése.
	Egészségügyi dolgozók jövedelmi helyzetének javítása	Jövedelem-különbségek kiegyensúlyozását elősegítő ösztönzők bevezetése. Az egészségügyi dolgozók díjazásában eredmény-alapú elemek bevezetése. Az ösztöndíjas szakorvosjelöltek és a szakorvosok közötti jövedelemkülönbség rendezésére, a rezidens ösztöndíj mintájára, bérkiegészítés azoknak az alkalmazottként dolgozó szakorvosoknak, akik vállalják, hogy meghatározott ideig Magyarországon a közfinanszírozott ellátásban dolgoznak, és nem fogadnak el hálápénzt.
	A szakorvosképzés rendszerének átalakítása az ellátórendszer szükségleteinek megfelelően.	A szakorvosképzés központi finanszírozásának kiterjesztése a szakorvosjelöltek foglalkoztatására. A hiányszakmák rendszerének

		átalakítása.
Az egészségügyi ellátó rendszer épített és az orvostechnikai infrastruktúrája készülségi szintjének javítása az eredményesség, valamint a technikai és allokációs hatékonyság növelése érdekében.	<p>Épületek építése, felújítása, átépítése, energetikai- és közműhatékonyságának javítása, továbbá szanálása illetve bontása;</p> <p>Orvostechnikai eszközpark megújítása .</p> <p>Központi költségvetési támogatás biztosítása a beruházási/felújítási feladatok megvalósításához.</p>	<p>100% elérése 2030-ig;</p> <p>A 2030-ra elérendő szint 75%-ára emelés 2022-ig országos átlagban;</p> <p>A 2030-ra elérendő szint 85%-ára emelés 2022-ig KMR telephelyek átlagban tekintettel a KMR régióközi és országos ellátási szerepére.</p> <p>A korábban egészségügyi célt szolgáló ingatlanok értékesítéséből és egyéb hasznosításából származó bevételek egészségügyi ágazatban való felhasználhatóságának biztosítása.</p>
A ritkabetegségek korai felismerése, kiszűrése, a betegek és családjuk minél teljesebb életének elősegítése	Ritka betegségek országos koordinációs központjának kialakítása, együttműködésben a jelenlegi centrumokkal.	Ritka betegségek országos koordinációs központja megkezdte működését

Specifikus népegészségügyi célkitűzések

Célok	Eszközök	Indikátorok/Eredménytermékek
Keringési betegségek, cukorbetegség, krónikus légzőszervi és mozgásszervi betegségek megelőzése és gondozása	<ul style="list-style-type: none"> Egészségfejlesztés, prevenció erősítése Szűrés, kockázat besorolás és ennek megfelelő gondozás, életmód-programok Egészségfejlesztési Irodák-háziorvosi alapellátás- védőnők - foglalkozás egészségügy-szakellátás- további szakterületek összehangolt, közös, rendszer szintű programja, az érintett szakmai háttér intézmények, és területi szerveik bevonásával, államigazgatás és önkormányzatok összefogásával. Egészséges táplálkozás elősegítése (közétkeztetés, otthoni és munkahelyi étkezés is) Rendszeres testmozgás - intézményi mozgás programok, szabadidős testmozgás A krónikus mozgásszervi betegségek megelőzése a köznevelési intézményekben és a felnőtt korú lakosság körében 	<ul style="list-style-type: none"> A koszorúér betegség okozta korai (65 év alatti) halálozás 10%-os csökkentése (20%-os csökkentés 2025-ig) A stroke okozta korai halálozás 10%-os csökkentése A szélütések miatti maradandó károsodások mértékének csökkentése 15%-kal A cukorbetegség és az elhízás előfordulása növekedésének megállítása Krónikus légzőszervi betegségek teljesebb körű feltárása (a feltárt betegek arányának 50%-ra emelése) A krónikus mozgásszervi betegségek megelőzésére vonatkozó indikátor az új Népegészségügyi Programban kerül kidolgozásra

	<ul style="list-style-type: none"> • Dohányzás visszaszorítása • Túlzott alkoholfogyasztás visszaszorítása 	
<p>Daganatos betegségek kockázatának csökkentése, korai felismerése és kezelése</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Egészségfejlesztés és kockázatcsökkentés, melanoma kockázatának csökkentésre specifikus program • Népegészségügyi szűréseken történő részvételi arány növelése, a kiszűrtek protokoll szerinti diagnosztikus vizsgálatait és ellátása: emlőszűrés, méhnyak szűrés, vastagbél szűrés, szájüregi szűrés, pilot tüdőrák szűrés bevezetése • A daganatok szűrésére és diagnosztikájára alkalmas infrastruktúra és szakembergárda képzési feltételeinek megnövekedett ellátási feladathoz történő igazítása • EFI- háziorvosi alapellátás-védőnők-foglalkozás egészségügy-onkológiai szakellátás-további szakterületek összehangolt, közös, rendszerszintű programja, az érintett szakmai háttérintézmények bevonásával, az államigazgatás és önkormányzatok összefogásával • Az onkológiai ellátórendszer egységes szervezeti és működési rendszerének létrehozása. Jelenleg az egészségügy legnagyobb költségigényű ágazata dekoncentráltan, eltérő elvek alapján működik, hatékonysága megkérdőjelezhető. 	<ul style="list-style-type: none"> • A 65 évnél fiatalabb lakosság rosszindulatú daganatok miatti halálozása 10%-kal csökkenjen.
<p>Lelki egészség fejlesztése, fenntartása, helyreállítása, a mentális zavarok megelőzése</p>	<ul style="list-style-type: none"> • a háziorvosi rendelőkhez kapcsolódó alacsonyküszöbű, preventív jellegű pszichológiai ellátás, és a pszichoterápia biztosítása, • a mentális zavarban szenvedő betegek, köztük a depressziós, szorongásos betegek közösségi ellátásának fejlesztése, beleértve <ul style="list-style-type: none"> ○ a pszichiátriai gondozókat, ○ a közösségi 	<ul style="list-style-type: none"> • Az egyén, a család, a közösség és a társadalom lelki egészségének és jól-létének javítása; • A társadalom egészére jellemző, lelkiállapottal szorosan összefüggő mutatók szignifikáns, legalább 10%-os javulása: jól-lét (WHO), koherencia, anómia; • A depresszió megelőzése és gondozása javuljon, az öngyilkosságok száma 10%-kal csökkenjen a teljes lakosság körében;

	<p>pszichiátriát, integrálva a pszichiátriai betegek szociális közösségi ellátását,</p> <ul style="list-style-type: none"> • a mentális egészségügyi koordinátori hálózat kiépítését a fekvőbeteg intézetekből kibocsájtott pszichiátriai betegek területi gondozására, betegútjának koordinációjára. 	<ul style="list-style-type: none"> • Az iskolai- és a kapcsolati erőszak csökkenjen; • A vágyott és tervezett gyermekek nagyobb száma szülessen meg és nőjön fel szeretetteljes családban; • Közösségfejlesztés;
<p>A környezet-egészségügyi biztonság fejlesztése</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Biológiai allergének, köztük a parlagfű pollenterhelés monitorozásának és előrejelzésének fejlesztése, tájékoztatás korszerű módszerekkel • Ivóvízbiztonság növelésére irányuló intézkedések • Gyermekegészségügyi és oktatási intézmények, illetve további közintézmények beltéri levegőminőségének javítása, jogszabályi háttér megteremtése 	<ul style="list-style-type: none"> • Az allergia prevalencia feltérképezése • Az allergiával kapcsolatos ismeretek bővítése • Biológiai allergének, köztük a parlagfű okozta allergia incidenciája csökkentése
<p>További népegészségügyi prioritást jelentő beavatkozások</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A gyermekek preventív szemléletű egészségfejlesztése és az egészségbeli egyenlőtlenségek csökkentése; • Védőnői rendszer működési feltételeinek javítása a szakmailag egységes feltételrendszer megteremtése és a kompetenciák bővítése által • Sérülés mentesség; • HIV-AIDS prevenció; • Az intravénás szerhasználók és a vírus hordozók körében a HBV és HCV fertőzések megelőzése és a további terjedés prevenciója, HIV prevenció; • Krónikus légzőszervi betegségek megelőzése; • Járványügyi biztonság erősítése (pl. nosocomialis - egészségügyi intézményben kialakult - fertőzések megelőzése, antibiotikum rezisztencia visszaszorítása); • A védőoltási rendszer fenntartása és folyamatos korszerűsítése • A kissúlyú koraszülöttek 	<ul style="list-style-type: none"> • Az új Népegészségügyi Programban, illetve a vonatkozó szakpolitikai programokban kerülnek kidolgozásra

	<p>számának csökkentése és a csecsemőhalálozás mértékének további mérséklése, főként azokon a területeken, ahol a legkedvezőtlenebbek ezen mutatók</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Munkahelyi egészséges környezet elősegítésére irányuló programok ● Népegészségügyi kiadások módszertanilag megalapozottabb számbavétele és az adatgyűjtés fejlesztése. ● A népegészségügyi szolgáltatások költség-hatékonysági értékelésének módszertani fejlesztése ● A népegészségügyi szolgáltatások fenntartható finanszírozásának kialakítása 	
--	--	--

E-egészségügy

Célok	Eszközök	Indikátorok/Eredménytermékek
<ul style="list-style-type: none"> ● Az egészségügyi intézmények informatizáltsági szintjének magasabb (funkcionális) szintre emelése ● Az egészségügyi ellátórendszeri folyamatok hatékonyságának növelése, az intézményi működési kiadások csökkentése az infokommunikációs eszközökkel támogatott integráció növelése által ● A stratégiai tervező képesség növelése, az operatív gazdasági és minőségirányítás hatékonyságának növelése a rendszer eredményességének javítása ● A betegút szervezés támogatása, a közösségi egészségfejlesztési 	<p><i>a) Szabályozási eszközök</i> A stratégiai célok eléréséhez az alábbi szabályozási eszközök járulnak hozzá az e-egészségügy területén:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Az egészségügyi informatikai fejlesztésekhez szükséges jogszabályi változtatások megtétele ○ A betegadatok megfelelő kezeléséhez szükséges jogi háttér rendezése ○ Központi ágazati irányítás, megerősítése, jogköreinek bővítése ○ Egészségügyi informatikai követelményrendszer jogi, szabályozási megalapozása ○ Intézményi, szervezeti keretek konszolidációja ○ IT stratégiai, biztonsági és egyéb szabályzatok egységesítése az egészségügyben <p><i>b) Fiskális (támogatási) fejlesztéspolitikai eszközök (EFOP, KÖFOP, GINOP, VEKOP):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ágazatirányítási döntéshozatal, stratégiai tervezés minőségi fejlesztése ○ Meglévő központi e-Egészségügyi 	<p>Az egészségügyi informatikai fejlesztések révén az alábbi alapvető pozitív járulékos hatások érhetőek el:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Egészségügyi ellátás minőségének és hatékonyságának növelése ● Kórházi szolgáltatások működési költségeinek csökkentése ● Adminisztratív egészségügyi kiadások minimalizálása ● A gyógyítás új módszereinek lehetővé tétele <p>Főbb elérhető eredmények az e-Egészségügyi fejlesztések megvalósítása révén:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Egészségügyi ellátórendszeri folyamatok javulása, optimalizálása, felgyorsulása (strukturális átalakítás támogatása). ● Megtakarítás az ágazat informatikai és egyéb (pl. gyógyszerkassza, táppénz) költségeiben ● Az egészségügyi intézmények informatikai szállítóktól való függőségének csökkenése. <p>Indikátorok:</p>

<p>központok működési hatékonyságának erősítése</p> <ul style="list-style-type: none"> • Az egészségmagatartás és felelős társadalmi hozzáállás támogatása, az egyéni felelősségvállalás erősítése az egészségfejlesztésben, az egyéni felelős döntéshozatali szint emelése • Az IT fejlesztések révén egészségügyi rendszer áteresztő képességének, a megelőzés, ellátás, gyógyítás hatékonyságának javítása • Illeszkedés a nemzetközi elektronikus egészségügyi rendszerekhez, azok szabványaihoz 	<p>szolgáltatások mennyiségi és minőségi fejlesztése</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Új központi e-Egészségügyi szolgáltatások ○ Ellátórendszeri adatok feldolgozásának egységesítése ○ Lakossági tájékoztatás fejlesztése ○ Egészséges életvitelt támogató fejlesztések ○ Egészségügyi intézmények szélessávú hálózati elérésének javítása ○ Egészséges életmódot támogató megoldások hazai fejlesztésének támogatása ○ Egészséges életvitelt támogató korszerű alkalmazások (lakossági) elterjesztése, disszeminációja (motivációs és szemléletformáló kampány) <p><i>c Közpolitikai, diplomáciai eszközök</i></p> <p>A stratégiai célok eléréséhez az alábbi közpolitikai eszközök megvalósítása szükséges az e-Egészségügy területén:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Egészséges életvitelt támogató korszerű alkalmazások (lakossági) elterjesztése, disszeminációja (médiatevékenység) ○ Közreműködés nemzetközi (főleg EU-s) e-Egészségügy szabványok fejlesztésében, azok hazai adaptációja ○ Együttműködés nemzetközi (főleg EU-s) AAL programok kapcsán ○ Részvétel az Európai Unió e-Egészségügyet érintő kezdeményezésekben, szervezetekben (pl. e-Health Task Force) 	<ul style="list-style-type: none"> • A központi egészségügyi elektronikus nyilvántartásban elérhető ellátási események hozzáférhetőségének aránya a közfinanszírozott rendszerben eléri a 95%-ot • Az elektronikus receptek aránya az összes vényforgalmon eléri az optimális maximumot • A nemzetközi e-Egészségügyi rendszerekkel, azok szabványaival kompatibilis hazai rendszerek aránya gyakorlatilag teljes lesz
---	--	---

3.4. A célok és általában a stratégia illeszkedése a kormányzati stratégiákhoz, a kapcsolódó stratégiai környezet bemutatása, különös tekintettel az EMMI más ágazati stratégiájával való kapcsolatra

A Nemzeti Együttműködés Programjának az egészségügy megmentésére vonatkozó fejezetében a népegészségügyet érintő rész hangsúlyozza, hogy az egészségügy legfontosabb feladata az egészségmegőrzés, a prevenció. Betegségmegelőzésre összpontosító, egészségtudatos társadalmat építő, hatékony és hosszútávú programra van szükség, kiemelten a szív-érrendszeri, valamint a daganatos betegségek, illetve más krónikus nemfertőző betegségek megelőzése, szűrése és gyógyítása, a lelki egészség fejlesztése és az egészséges környezet biztosítása érdekében. Deklarálja, hogy a lakosság egészségi állapotának javulását elősegítő átfogó intézkedéseket a Kormány az egészségügyben az orvosokkal, ápolókkal, betegekkel együttműködésben viszi véghez. A hatékony ágazatközi koordináció elengedhetetlen, különös tekintettel az egészségi egyenlőtlenségek csökkentése szempontjából. Ennek egyik fontos eszköze az „Egészséget Minden Szakpolitikában” működési mód érvényesítése.

A stratégiában meghatározott beavatkozások a Kormányprogram „3.8. Emberi erőforrás” pontjának megvalósítását is szolgálják, melynek értelmében, az egészségügyben „a széleskörű egyeztetéseken alapuló életpályamodell kidolgozása elengedhetetlen”.

Az Új Széchenyi Tervvel (a továbbiakban: ÚSZT) való kapcsolatot mutatja, hogy az egészségügyi ágazatot az egészségügyi stratégia is a gazdaság potenciális húzóágazatának tekinti, ezért fontos célként jeleníti meg az egészségiparhoz és egészségturizmushoz kötődő kiegészítő intézményrendszerbe történő beruházást, a természetes gyógy-tényezőkkel való gazdálkodás fejlesztését.

A Kormányprogram gyermek- és ifjúságpolitikájának az egészséges életmód elterjesztését, az egészséges testi és lelki fejlődést hangsúlyozó elemének szintén része a felnövekvő generáció egészséges táplálkozásra nevelése.

Az ÚSZT „A Gyógyító Magyarország – Egészségipari Program” fejezetének 1.1. pontja (Egészségiparra épülő turizmus) szerint a gasztronómia és vendéglátás fejlesztése keretében

- finanszírozási lehetőségeket kell biztosítani a vendéglátással (ideértve a közétkeztetéssel) foglalkozó vállalkozások részére annak érdekében, hogy elinduljon a gépek, berendezések korszerűsítése, azért, hogy az egészséges életmód kialakításához nélkülözhetetlen táplálkozási reform végbemenjen; alkalmassá kell tenni mind az intézményi, mind a nyílt árusítású vendéglátóhelyek konyháit a korszerű táplálkozási igények kiszolgálására;

- a vendéglátó ágazat technikai hátterének fejlesztésével lehetőség nyílik arra, hogy jó alapot teremtsünk a, korszerű nyersanyagokkal dolgozó egészséges gasztronómiai irányzat

elterjedésére. Az intézményi vendéglátás támogatásával lehetőség nyílik a fiatalok táplálkozás-kultúrájának fejlesztésére, valamint egészségük megővésére. A gyermekétkeztetésben elinduló menzareform nagyban hozzájárulhat ahhoz, hogy az egészséges gyermekekből egészségesen, tudatosan táplálkozó, nagy munkabírású felnőttek legyenek;

- szükséges oktatással, ismeretterjesztéssel, innovatív technológiákkal és a minőségi alapanyagok támogatásával általánosságban a magyar vendéglátás, kiemelten a közétkeztetés színvonalának emelése, különös tekintettel a jövő szempontjából rendkívül fontos gyermekétkeztetésre;

- alapvető fontosságú az ismeretterjesztés, mely emeli a termelők és a népesség táplálkozással kapcsolatos tudatosságát és kulturáltságát.

Az egészségügyet érintő infokommunikációs fejlesztések a Kormány által elfogadott Nemzeti Infokommunikációs Stratégiával és a kapcsolódó Zöld könyvvel összhangban, illetve azok részeként kerülnek megvalósításra.

„Az Egészséges Magyarország 2014-2020” stratégiában megfogalmazott elvek összhangban állnak a Nemzeti Fenntartható Fejlődési Keretstratégia 6.4. Az országos és helyi kormányzás feladatai III. Egészség fejezetében megfogalmazott ajánlásokkal, amelyek kiemelik a népegészségügy, a prevenciós programok, az egészségfejlesztés egészségben betöltött szerepét, megerősítik az egészségre káros termékek tiltására, adóztatására vonatkozó törekvéseket.

4. Társadalmi partnerség

„Az Egészséges Magyarország 2014-2020” c. ágazati stratégia *a kormányzati stratégiai irányításról szóló* 38/2012. (III. 12.) Korm. rendeletben nevesített irományokat tekintve szakpolitikai stratégia, így annak elkészítéséről, társadalmi vitájáról szóban forgó jogszabály rendelkezései az irányadóak; a rendelet 17. § (2) bekezdése írja elő a társadalmi vita minimális időtartamát.

A dokumentum társadalmi vitájára 2014. december 17. és 2015. január 5. között került sor, a stratégia a központi kormányzati portálon (www.kormany.hu) volt megtekinthető, az alábbi linkről pedig letölthető:

http://www.kormany.hu/download/e/a/4/30000/Eg%C3%A9szs%C3%A9ges_Magyarorsz%C3%A1g_e%C3%BC_strat%C3%A9gia_.pdf

A társadalmi vita keretében az alábbi intézmények, szervezetek jelezték észrevételeiket:

- OEFI - Dohányzás Fókuszpont
- Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet
- Szolnoki Hetényi Géza Kórház
- Országos Onkológiai Intézet
- Gazdasági Versenyhivatal
- Hálózati Gyógyszertárak Szövetsége
- Premed Pharma Kft
- Magyar Gyógyszerész Kamara
- Veszprémi Csolnoky Ferenc Kórház
- Parádfürdői Állami Kórház
- Bajcsy-Zsilinszky Kórház
- Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete
- Magyarországi Munkavállalók, Szociális és Egészségügyi Ágazatban Dolgozók Demokratikus Szakszervezete
- WHO Magyarországi Területi Iroda
- Egészségügyi Szakmai Kollégium, Nukleáris Medicina Tagozat

A társadalmi vita lezárultát követően az EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága a beérkezett véleményeket, észrevételeket, konkrét szövegszerű javaslatokat (50<) áttekintette, a szakmai szempontból helytálló, a stratégia célrendszerébe illeszkedő javaslatokat (cca. 90%) a dokumentumba módosítás nélkül, vagy apróbb módosítással átemelte.

A társadalmi vita során beérkezett észrevételek főként az egészségügyi dolgozók életpályájával, az alapellátás megerősítésének igényével, a fekvő- és járóbeteg szakellátás intézményi HR és infrastrukturális feltételeinek problémáival, valamint a magán és közfinanszírozott ellátások jövőbeni rendezésével volt kapcsolatos.

5. Megvalósítás

A stratégia elfogadását követően készül el a benne megfogalmazott (eszközrendszer) akciók kibontása, az egyes akciókhoz források, felelősök és határidők hozzárendelése.

Ehhez a feladathoz szükséges a már elkészült ágazati részstratégiák harmonizálása, összehangolása a kulcsprioritásokkal. Erre épül az akciótervek kivitelezési részleteinek mielőbb kialakítása, hogy a stratégiában megfogalmazott javasolt beavatkozások a különböző operatív programok szerves részévé váljanak.

5.1. Ütemterv

A stratégia megvalósítási szakaszainak bemutatása.
(következő oldalon)

Célok	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Fenntartható forrásmanedzsment - a bevételek és kiadások egyensúlyának megteremtése, a költségvetési egyensúly biztosítása							
A prioritási területek hatékony ságnövelő strukturális átalakításai és fejlesztési területei számára belföldi forrásallokációk keresztül a megfelelő források biztosítása							
A közfinanszírozás forrásainak szelektív innovatív megközelítések kihasználása alapján							
Az egészségügyben a szakmai tudás és az ellátórendszer szolgáltatásainak professzionális bemutatása és értékesítése külföldi vendégek (például bevándorlók) felé infrastruktúra biztosítása							
Közösségi forrásteremtés optimalizálása							
Az alapellátás és a járóbeteg szakellátás funkcionális integrációjának kialakítása a definitív ellátás népegészségügyi szemléletű biztosítása mentén							
Közösségi szinten a szükségletek szerinti ellátási kompetenciák és kapacitások kialakítása területi egyenlőtlenségek figyelembevételével							
Finanszírozási rendszer átalakítása a kapuőr érdekeltégi rendszer és a minőségi elvárások megteremtése érdekében							
szakmai támogatási rendszer területi (TIG) szintű működése, kapacitások és forrásokallokációjának biztosítása, minőségmenedzsment							
Házi orvosi ellátás humán erőforrás ellátottságának javítása							
Techológiai fejlesztés, telehealth és telecare szemlélet megteremtése, a módszertan gyakorlati kivitelezése							
Támogató, az orvosi elfoglaltságot csökkentő, a hatékonyságot növelő és az egészségfejlesztést, közösségi ellátást biztosító munkakörök és munkahelyek megteremtése, erőforrások biztosítása							
Vonzó életpálya, a házi orvosi szakterület választásának ösztönzése a szakorvosjelöltek és más területen dolgozó szakorvosok körében, az adminisztratív és anyagi korlátok oldása							
A rendszertervezés országos módszertani hátterének biztosítása							
Támogató, az orvosi elfoglaltságot csökkentő, a hatékonyságot növelő és az egészségfejlesztést, közösségi ellátást biztosító munkakörök és munkahelyek megteremtése, erőforrások biztosítása							
Egészség szervezési alapmódszertan ki dolgozása							
Kidolgozott betegségmenedzsment protokollok, melyben az ellátási kompetenciák definiáltak az elvárt eredmény eléréséig							
Térségi menedzsment kapacitások és kompetenciák kialakítása, a térségi szintű ellátás szervezés, várólista menedzsment és beutalási rendjogszabályi keretek kialakítása							
Országos és területi minőségi eredményességi és kapacitás térkép rendszeres ágazatirányítás és térségi vezetési összehangolás							
A szolgáltatásokhoz való hozzáférés egyenlőtlenségeinek csökkentése egyépes betegek szervezési módszertan és technikák alkalmazása révén							
Emberi erőforrás tervezés intézmény szintű és, központi ágazati humán erőforrás irányítás							
A humán erőforrás területi egyenlőtlenségeinek csökkentése, országon belüli mobilitás elősegítése							
A felépített és működő térségi programok országos kiterjesztése legalább 8 program (2018)							
A rehabilitációs szolgáltatások és krónikus ellátások esetében ki kell dolgozni a szociális területtel közös, határterületi szolgáltatások ellátás szervezési és kapacitás-alakítási módszertanát, a feladatok közös ellátásából fakadó előnyök kihasználása és ezáltal az erőforrásokkal való gazdálkodás hatékonyságának javítása érdekében.							
Eredményorientált intézményi teljesítmény menedzsment rendszerének kialakítása							
A vezetői hatáskörök, feladatok meghatározása, menedzsment szemlélet erősítése, egyépes HR-funkciók, és eljárások az állami fenntartású intézményekben							
Személyi feltételek rendszerének kidolgozása a progresszív szimulációk megvalósulása, ágazati munkakörök, végzettséghez igazodó kompetenciák, meghatározása							
Az egészségügyi szolgáltatások fenntartásával, feltüyeletével kapcsolatos módszertani és szakmai fejlesztések támogatása,							
Az állami szerepvállalás keretében az intézményfelügyeleti feladatok decentralizálása, a térségi ellátás végzéséhez közelebbi irányítási szint kialakítása							
A szolgáltató működés professzionális támogatása és irányítása a létrejött fejlesztéseken keresztül							
Átlátható foglalkoztatási struktúra kialakítása, az egészségügyi dolgozók érdekeltté tételése a szolgáltatói működésben, a maximális teljesítmény nyújtásában							
Egészségügyi dolgozók együttműködésének, fizikai és mentális állapotának javítása							
A betegpanaszok kezelését végző intézményi rendszer továbbfejlesztése a jogvédelmi tevékenység módszertanának fejlesztése, az egészségügyi dokumentáció kezelésének korszerűsítését támogató fejlesztések ösztönzése és a betegpanaszok „egyutasú” tétele							
A lakosság egészség kultúrájának fejlesztése							
A népegészségügyi szolgáltatások összehangolása							
A népegészségügyi szolgáltatásokhoz való általános hozzáférés javítása							
Az egészséges választást támogató környezet kialakításának elősegítése							
A közszféra valamennyi szereplőjének összehangolt és szektorhatárokon átnyúló események előmozdítása							
A járványügyi és a környezetegészségügyi biztonság fejlesztése							
A népegészségügy finanszírozási rendszerének javítása							

5.2. A megvalósítás szereplői

A beavatkozások megvalósításához rendelkezésre álló intézmények és szereplők bemutatása

Széles értelemben véve a stratégiában szereplő beavatkozások megvalósítása osztályszervezeti feladat illetve felelősség, így a célok elérése feltételezi a legkülönbözőbb stakeholderek együttműködését. A stratégiában szereplő egyes beavatkozások felelősei beavatkozásokként kerültek meghatározásra. A feladatok végrehajtásában részt vesznek közintézmények, az állami szféra és a civil szektor is.

Intézmény/szervezet megnevezése	Intézmény/szervezet feladatai a stratégia pillérei szerint				
	<i>Forrás teremtés</i>	<i>Alapellátási kompetenciák</i>	<i>Intézményirányítás</i>	<i>Betegút szervezés</i>	<i>Népegészségügy</i>
EMMI	Stratégiai célok kijelölése				
EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkárság	A stratégiában megfogalmazott akciók megvalósítása				
	X	X	X	X	X
Miniszterelnökség	X				X
NGM	X				
IM		X	X	X	X
GYEMSZI	X	X	X	X	X
OEP	X	X	X	X	X
OTH		X		X	X
OEFI				X	X
OBDK		X	X	X	X
MTA					X
Releváns egyetemek, főiskolák		X	X	X	X
Egészségügyi szolgáltatók, gyógyszertárak, laboratóriumok		X	X	X	X

EMMI	Monitoring feladatok, a stratégia céljainak felülvizsgálata	X	X	X	X
------	---	---	---	---	---

A stratégia végrehajtásáért felelős szervezet

A stratégia egészéért felelős szervezet, és a nyomon követés főfelelőse az EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága.

5.3. Nyomon követés és értékelés

A kitűzött célok megvalósításának folyamatos monitorozása és rendszeres értékelése tervezett módon fog történni. A cél az, hogy minél átláthatóbb és követhetőbb legyen a fejlesztések előrehaladása és eredményeinek hasznosulása rövid és hosszú távon is. Az indikátorok és a folyamatok monitorozásának eredményességéről és a stratégia végrehajtásáról és eredményeiről évente jelentés készül. Ennek érdekében évente szükséges felülvizsgálni a megvalósulás ütemezését és indikátorokkal való kiegészítését. Az értékelés alapját képező indikátorokhoz szükséges input adatok a meglévő, és több szektort érintő adatgyűjtési rendszerekből, valamint az elindítandó monitoring rendszer keretében megvalósított adatgyűjtésekből származnak. A leendő megvalósítók (intézmények, fenntartók, ágazati szakemberek, vállalkozások, stb.) számára szükséges olyan platform létrehozása, ahol rendszeresen találkozhatnak és egyeztetethetik az értékelési szempontokat, a várható elvárásokat. Az intézmények meg kell, hogy feleljenek a jogi és egyéb ágazati elvárásoknak, valamint a betegek, a hallgatók és a vállalkozások elvárásainak is, a vállalkozások pedig a piachoz igazodnak. Szükséges egy koordinált és hatékony rendszer kialakítása, a feladat- és felelősségi körök világos elválasztása, az egyes folyamatokban meglévő átfedések megszüntetése, az eljárások átláthatóvá tétele és egyszerűsítése, valamint egy ügyfélbarát rendszer kialakítása.

A monitoring-rendszer célja a stratégia helyzetelemzésében megállapított problémákkal, hiányosságokkal, elmaradásokkal összefüggésben megfogalmazott stratégiai célok teljesülésének mérése, az egyes problémákra adott akciók eredményeként bekövetkező változások évről évre történő bemutatása. A monitoring-rendszer – már rövid távon is – így lehetővé teszi az állami beavatkozást azokon a területeken, ahol a kitűzött célok elérése nem a stratégiában megfogalmazott ütemezés szerint halad, vagy ahol az eredeti célokkal ellentétes irányú folyamatok tapasztalhatók.

A monitoring-rendszer módszertanával kapcsolatban különösen fontos, hogy 1. lehetőséget biztosítson a stratégia céljai számszerű teljesülésének bemutatására; 2. lehetőség szerint minden esetben biztosítsa a nemzetközi összevethetőséget (pl. EU, OECD); 3. a felhasznált

statisztikai adatok egységes módszertan szerint álljanak elő, ezért ahol csak lehetséges, a monitoring-rendszer az uniós (és/vagy OECD-s) statisztikákra támaszkodik. Minden egyéb jellemzően országspecifikus és/vagy nemzetközileg nem mért terület (pl. közhálózati lefedettség) esetében a monitoring-jelentés primer kutatások eredményeit veszi számba.

A monitoring-jelentés a jelen stratégia helyzetelemzés fejezetében megfogalmazott összes prioritásra és a prioritásokon belüli specifikus célokra is kiterjed, így lehetőséget biztosít a kronológiai változások bemutatására, a célok teljesülésére vagy elmaradására és így végső soron megalapozza az állami beavatkozás szükségességét.

A nyomonkövetés és értékelés módja és alapvető célkitűzései:

- monitorozni a stratégia céljainak megvalósítása irányába tett lépéseket;
- meghatározni, hogy a különböző programkomponensek a kívánt irányban befolyásolják-e a program kimenetelét;
- lehetővé tenni a kockázati csoportok közötti összehasonlító elemzéseket, különös tekintettel egyenlőtlenségekre;
- megalapozni a további finanszírozásról, támogatásról szóló döntéseket;
- meghatározni azokat a beavatkozási pontokat, ahol a minőség és az eredményesség tovább javítható;
- biztosítani a hatékony programok fenntarthatóságát és az ineffektív beavatkozások, programok kizselektálását.

Az értékelés többféle kérdésre irányulhat attól függően, hogy például milyen nézőpontból készül az értékelés, vagy mióta fut a program. Általánosságban az értékelés az alábbi témakörök és kérdések köré épül.

1. Megvalósítás: a stratégia megvalósítása az eredeti terv szerint történt?
2. Eredményesség: a stratégia eléri-e az eredetileg kitűzött célokat?
3. Hatékonyság: a stratégia keretében végzett beavatkozások végrehajtása az erőforrások legjobb felhasználásával történik-e?
4. Költség-hatékonyság: a stratégia során elért eredmények értéke meghaladja-e a ráfordításokat, illetve minőségi életév-nyereségért nem fizetünk-e többet, mint amennyi az előre meghatározott küszöbérték?
5. Hozzáadott érték: a célok megvalósításának irányába történő előrehaladás valóban az adott beavatkozásnak tudható-e be, és nem valamely egyéb, azonos időben ható tényezőnek?

Az értékelés fontosabb lépései az alábbiak:

- a. partnerek, résztvevők, egyéb érintett felek bevonása;
- b. a stratégia, beavatkozási elemek vagy az értékelendő részlet ismertetése, bemutatása;
- c. az értékelés céljának, kereteinek, főbb szempontjainak ismertetése;
- d. megfelelő adatok, információk, tények összegyűjtése;
- e. elemzés és értékelés;
- f. az eredmények bemutatása, értékelése, konklúziók levonása;
- g. az értékelés eredményeinek, konklúzióinak hasznosítása, visszacsatolása, döntés előkészítés.

A fenti kérdések megválaszolásához nélkülözhetetlen egy eredményalapú monitoring- és értékelési rendszer kidolgozása és bevezetése. A rendszer kiépítése tíz lépésben történik:

1. Azon eredmény (outcome) indikátoroknak a kiválasztása, amelyeket a program megvalósítása során monitorozni és értékelni szükséges.
2. Az eredmények monitorozására alkalmas folyamat (process) indikátorok kiválasztása.
3. A kiválasztott indikátorok kiindulási értékének meghatározása.
4. A teljesítmény javításának megtervezése: eredménycélok meghatározása.
5. Az eredmények monitorozása.
6. Értékelés.
7. Az eredmények, megállapítások összefoglalása, jelentése.
8. Az eredmények, megállapítások felhasználása.
9. A teljesítményértékelési rendszer fenntartása a program időszaka alatt, és az azt követő egy évben.