

EMBERI ERŐFORRÁSOK
MINISZTERIUMA

**„Egészséges Magyarország 2021–2027”
Egészségügyi Ágazati Stratégia**

Budapest, 2021. január

**Készítette az Emberi Erőforrások Minisztériumának
Egészségügyért Felelős Államtitkársága**

2021

Tartalomjegyzék

1. BEVEZETÉS	4
1.1. A STRATÉGIA KÉSZÍTÉSÉNEK CÉLJA, INDOKOLTSÁGA.....	5
1.2. TERVEZÉSI MÓDSZERTAN, LEHATÁROLÁS, DEFINÍCIÓK	10
1.3. IDŐHORIZONT.....	12
1.4. A STRATÉGIA ÁLTAL TÁRGYALT SZAKMAI TERÜLETEK MEGHATÁROZÁSA, LEHATÁROLÁSA	13
2. A STRATÉGIA MEGALAPOZÁSA: HELYZETKÉP, HELYZETÉRTÉKELÉS	13
2.1. A HELYZETÉRTÉKELÉS MÓDSZERTANA, INFORMÁCIÓBÁZISA	13
2.2. AZ ELLÁTÓRENDSZER ÁTTEKINTÉSE	15
2.3. AZ EGÉSZSÉGÜGYI ÁGAZAT FINANSZÍROZÁSA.....	29
2.4. AZ EGÉSZSÉGÜGYI TUDOMÁNYOS LÉGKÖR ÁLTALÁNOS HELYZETKÉPE	29
3. 2014-2020. KÖZÖTTI FEJLESZTÉSEK, EREDMÉNYEK	32
3.1. NÉPEGÉSZSÉGÜGY.....	34
3.2. ALAPELLÁTÁS	39
3.3. JÁRÓ- ÉS FEKVŐBETEG SZAKELLÁTÁS	44
3.4. ÁGAZATI HUMÁN ERŐFORRÁS.....	47
3.5. DIGITÁLIS EGÉSZSÉGÜGY	51
3.6. SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÓRENDSZER FEJLESZTÉSE	55
3.7. ÁGAZATI KULCSINDIKÁTOROK NEMZETKÖZI ÖSSZEVETÉSBE.....	59
4. KAPCSOLÓDÁS AZ EURÓPAI SZEMESZTERHEZ	64
5. CÉLRENDSZER	65
5.1. JÖVŐKÉP, ÁLTALÁNOS CÉL.....	65
5.2. SPECIFIKUS CÉLOK	66
5.3. A RÉSZLETES CÉLKITŰZÉSEKHEZ MÉRHEŐ OUTPUT ÉS EREDMÉNYMUTATÓK, CÉLÉRTÉKEK	88
6. TERVEZETT INTÉZKEDÉSEK	90
6.1. NÉPEGÉSZSÉGÜGY	90
6.2. ALAPELLÁTÁS	94
6.3. JÁRÓ- ÉS FEKVŐBETEG SZAKELLÁTÁS	98
6.4. KRÓNIKUS ELLÁTÁS ÉS TARTÓS ÁPOLÁS	102
6.5. ÁGAZATI HUMÁN ERŐFORRÁS	103
6.6. DIGITÁLIS EGÉSZSÉGÜGY.....	108
6.7. IRÁNYÍTÁSI RENDSZER ÁTALAKÍTÁSA ÉS MEGERŐSÍTÉSE.....	110
7. TÁRSADALMI PARTNERSÉG	114

1. Bevezetés

Magyarország nemzeti kormánya kiemelt értéknek tekinti az embert és az emberi egészséget.

Magyarország Alaptörvénye szerint mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez (XX. cikk). Magyarország lakosságának egészségi állapota alapvetően határozza meg nemzetünk sorsát és jövőjének kilátásait. Társadalmi és gazdasági előrelépése elképzelhetetlen rossz egészségi állapotú, beteg emberekkel. A jó egészség önmagában is jelentős egyéni és társadalmi érték, ugyanakkor egyéni és társadalmi erőforrás is, az ország gazdasági versenyképességének záloga.

Magyarországon mind a születéskor várható élettévek, mind a születéskor egészségesen várható élettévek száma növekedett az elmúlt években, azonban az értékek még mindig az Európai Unió átlaga alatt vannak. A hazai egészségvesztések 87%-át a nem fertőző betegségek okozzák, amelyek közül a keringési rendszer betegségei és a rosszindulatú daganatok okozták a veszteségek közel felét (47%). A halálozási mutatók tekintetében is a keringési rendszer betegségei és a rosszindulatú daganatos megbetegedések aránya a meghatározó. Fontos kiemelni, hogy a magyar lakosság életmóddal kapcsolatos egészségkockázatai nemzetközi összehasonlításban is igen kedvezőtlenek, ezért a lakosság egészségmagatartásában döntő fordulat járhat tartós egészségügyi eredménnyel. Ehhez biztosítani szükséges a megfelelő fizikai-, társadalmi-, gazdasági-, és jogi környezetet, fejleszteni kell az egyének és közösségek egészségtudatosságát, az egészséghez és az egészségüghöz való viszonyulását és a hazai egészségkultúrát.

A Kormány a lakosság egészsége iránt érzett felelősségtől vezérelve a 1722/2018. (XII. 18.) Korm. határozattal elfogadta az egészségügy átfogó megújítására irányuló, a legnagyobb egészségvesztések mérséklését célzó, 2019–2030 közötti időszakra szóló **5 Nemzeti Egészségügyi Programot** (*Nemzeti Rákellenes Program, Nemzeti Keringési Program, Nemzeti Mozgásszervi Program, Nemzeti Mentális Egészségügyi Program, Nemzeti Gyermekegészségügyi Program*), valamint 2016-ban elindította az *Egészséges Budapest Programot*.

A kidolgozásuk során összehangolt programok együttesen teremtik meg a lehetőséget arra, hogy széleskörű kormányzati támogatással, szakmai és civil szervezetekkel együttműködésben, a lakosság legszélesebb köreinek bevonásával Magyarország képes legyen elérni, hogy állampolgárai egészségesebb, hosszabb életet élhessenek.

Ezeknek a programoknak az intézkedései együttesen olyan folyamatokat alapoznak meg, amelyek hozzájárulnak a nemzeti egészségvagyon növeléséhez és a népességfogyás megállításához.

A programok kapcsolódnak a WHO „Egészséget 2020” Európai Stratégiájához, több EU tagállam nemzeti egészségügyi programjának és az európai, vonatkozó szakmai irányelveknek a figyelembe vételével készültek el.

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 megerősítésében, a szolidaritás alapú nemzeti kockázatközösség fenntartásában. Ennek biztosítéka a megalkotott Alaptörvény (2011. április 25.), amely 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 eléréséhez az Egészségügyért Felelős Államtitkárság **2011-ben** megalkotta a **Semmelweis Tervet**.

A Semmelweis Terv egy olyan koncepcionális dokumentum, amely azonosította az egészségügyi ágazat strukturális és funkcionális problémáit, felvázolta a kitorési pontokat, prioritási sorrendet állított fel a fejlesztési irányok között, amelyek 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 célokat és
- konkrét problémákkal kapcsolatban felvázolta a megoldási lehetőségeket.

A **Semmelweis Tervben** megfogalmazott egészségügyi rendszer átalakítási koncepció szervesen kapcsolódik a kormányprogramot jelentő „**Nemzeti Együttműködés Programja**”-hoz, valamint a 2014 októberében meghatározott **kormányzati stratégiai célokhoz**, amelyek a fenntartható nemzeti egészségügyi ellátórendszer kialakításának célrendszerét határozzák meg és az **Új Széchenyi Tervhez**. A kormányprogram az egészségügy megmentéséhez és újjáépítéséhez szükségesnek tartja mind az ágazatba történő forrásbevonást, mind pedig a nagyobb állami felelősségvállalást.

Az Európai Unió 2014–2020 évek közötti fejlesztési időszakára felkészülve az Egészségügyért Felelős Államtitkárság kidolgozta az „**Egészséges Magyarország 2014–2020**” **Egészségügyi Ágazati Stratégiát**, amelyet a Kormány az 1039/2015. (II. 10.) Korm. határozatával jóváhagyott.

A stratégia megalkotását az alábbi célrendszer motiválta:

1. Helyzetelemzés és a végrehajtott intézkedések monitorozása volt 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.

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

Az „Egészséges Magyarország 2014–2020 Egészségügyi Ágazati Stratégia” átfogó céljai:

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

Az 1/2014. (I. 3.) OGY határozattal az Országgyűlés elfogadta a „Nemzeti Fejlesztés 2030 – Országos Fejlesztési és Területfejlesztési Konceptió” c. dokumentumot, mely az ország társadalmi, gazdasági, valamint ágazati és területi fejlesztési szükségleteiből kiindulva egy 2030-ig szóló hosszú távú jövőképet határoz meg.

A koncepcióban foglalt hosszú távú átfogó fejlesztési célok között helyet kap a népesedési fordulat, az egészséges társadalom. A dokumentum mind régiós, mind hazai szinten kihívásként azonosítja a daganatos, valamint a szív- és érrendszeri megbetegedések kiemelkedő szerepét a népességszám csökkenésében, az egészségre káros életmód szerepét, valamint az egészségügyi ellátórendszer területi különbségeit és hiányosságait, illetve az egészség környezeti kockázatait. Ezek figyelembe vételével olyan célkitűzéseket – az egészségi állapot, ill. a népegészségügyi mutatók javítása, az egészségügy ellátórendszer strukturális átalakítása, az egyenlőtlenségek csökkentése – fogalmaz meg, melyek elérése jelen stratégia célrendszerében is központi helyet foglal el.

Az egészségügyi ágazat 2027-ig terjedő hosszú távú céljai egyrészt a 2020-ig kitűzött célok fenntartását jelentik, az elérésüket elősegítő hosszú távú intézkedésekkel, hiszen a népegészségügyi fordulat elérése akár több évtizedes munkát igényelhet.

Fenti folyamatok támogatásaként a magyar Kormány 2019-ben széleskörű, az egészségügyi ellátórendszer minden szegmensét, ellátási szintjét érintő **átfogó intézkedések** kidolgozásáról és azok végrehajtásáról döntött az alábbiak szem előtt tartásával.

A 2000 óta tapasztalható javulás ellenére Magyarország egészségi állapot mutatói még mindig elmaradnak a legtöbb uniós országétól, ami egyfelől a **kockázati tényezőkre** (egészségkárosító magatartás, élettani- és környezeti kockázatok), másfelől az **egészségügyi ellátás korlátozott hatékonyságára** vezethető vissza. A dohányzás szintje, a túlzott mértékű alkoholfogyasztás és az elhízás a legmagasabb értékek között van az EU-ban, amely hozzájárul a szív- és érrendszeri betegségekkel és a rákkal összefüggő halálozás magas arányához. Az egészségügyi rendszer továbbra is túlzottan kórházközpontú, és kisebb

hangsúly tevődik az alapellátásra és megelőzésre, emiatt beruházásokra van szükség, hogy csökkentsük az EU többi tagországához viszonyított teljesítménybeli hátrányt.

A Kormány által elindított egészségügyi intézkedések célja egy olyan átfogó egészségügyi fejlesztés, amelyben a megelőzést szolgáló népegészségügyi intézkedések és az alapellátás rendszerszintű, hálózatos fejlesztése révén a lakóhely közeli, könnyen hozzáférhető ellátás a domináns, de amelyhez ezzel párhuzamosan egy magas szintű infrastruktúrával és eszközellátottsággal rendelkező szakellátás is társul, kiegészülve egy 21. századi színvonalú digitális támogatással. A fentiekhez elengedhetetlen a szakember hiány kezelése is, amely megfelelő bérezéssel és képzéssel kezelhető.

Jelen stratégia megalkotásának célja egyfelől a Humánfejlesztési Operatív Program (HOP) egészségügyi ágazatot érintő **feljogosító feltételének** a teljesítése, másfelől pedig a Magyar Kormány által 2019-ben jóváhagyott intézkedések nyomán tervezett beavatkozások (EU-s, illetve nemzeti költségvetésből megvalósuló fejlesztési programok), illetve az ágazatot érintő jogszabályalkotási feladatok olyan **egységes keretrendszerbe foglalása**, amelynek alapját a Kormány által a 1722/2018. (XII. 18.) Korm. határozattal elfogadott **5 Nemzeti Egészségügyi Program** céljai adják.

Az ágazati stratégiában a „Tartós ápolás-gondozásra vonatkozó stratégia 2030”, valamint az öt Nemzeti Egészségügyi Programban lefektetett szakpolitikai célrendszer alapjain az egyes fejlesztési programok tervezése során olyan komplex intézkedéscsomag kialakítására nyílik lehetőség, melynek egyes elemei a rendelkezésre álló forrás nagyságrendje, időbeni elérhetősége, valamint az annak felhasználását szabályozó tartalmi és eljárásrendi keretek figyelembe vételével a hatékony megvalósításukhoz legkedvezőbb feltételeket biztosító uniós, hazai, vagy egyéb program – pl. RRF, operatív programok, hazai költségvetés, Svájci Hozzájárulás, stb. – keretében kerülhetnek megvalósításra.

Nemzeti Egészségügyi Programok bemutatása

1. Nemzeti Rákellenes Program (NRP)

Az NRP általános célja, a szakterület mai állása alapján, a nemzetközi és hazai tapasztalatokat felhasználva, olyan nemzeti méretű szakmai és társadalmi cselekvési program megalkotása, amely 2030-ra a rákhalálozást a várhatóan folyamatosan emelkedő incidenciára ellenére is jelentősen, legalább 10 %-kal csökkenteni fogja.

A program konkrét célkitűzései:

1. a lakosság egészségi állapotának javítása az onkológiai ellátórendszer hatékonyságának és minőségének növelésével,
2. esélyegyenlőség és területi kiegyenlítődés biztosítása az egészségügyi szolgáltatáshoz való hozzáférésben a megfelelő ellátási szinten,
3. korszerű infrastruktúra-fejlesztéssel a diagnosztikai feltételek javítása, valamint a minőségi ellátás biztosítása korszerű és hatékony eszközök szinergiájának kialakításával,

4. a munkában egészségesen eltöltött évek számának növelése.

Az általános és konkrét célok megvalósításához az alábbi területeken szükséges előrelépni

- az onkológiai ellátórendszer hatékonyságának és minőségének növelése,
- esélyegyenlőség és területi kiegyenlítődés biztosítása az egészségügyi szolgáltatáshoz való hozzáférésben a megfelelő ellátási szinten,
- korszerű infrastruktúra-fejlesztéssel a diagnosztikai feltételek javítása, hatékony eszközök szinergiájának kialakításával a minőségi ellátás biztosítása.
- az onkológiai betegek rehabilitációs intézmény rendszerének országos kiépítése;
- az onkológiai ellátásban résztvevő szakemberek európai szintű képzése, egységes graduális és posztgraduális képzés megvalósítása;
- az összes daganatellátással foglalkozó intézmény összehangolt együttműködése, az Onkológiai Centrumok egységes rendszerének kialakítása;
- az onkológiai tevékenységről és a daganatok előfordulásáról szóló adatszolgáltatási rendszerek fejlesztése.

Az NRP megvalósulásától az onkológiai ellátás minőségi átalakulása, európai harmonizációja, hosszabb távon a daganatos halálozás számának csökkentése várható.

2. Nemzeti Keringési Program (NKP)

Az NKP célja megjelölni egy olyan nemzeti szakmai és társadalmi cselekvési programot, amellyel elérhető a lakosság teljes mortalitásának csökkentése, a születéskor várható élettartam növelése és ezek közelítése az Európai Unió átlagához. Kiemelt cél továbbá a szív- és érrendszeri betegségek okozta gazdasági teher csökkentése az egyén, a család és a társadalom szintjén, és a fenntartható kardiovaszkuláris medicina jellemzőinek meghatározása.

A program céljai:

- 1) A szív- és érrendszeri kockázati tényezők csökkentése
- 2) A szív- és érrendszeri megbetegedések kezelési célérték elérésének javítása
- 3) A gyermekkori kockázati tényezők kialakulásának csökkentése
- 4) A szív- és érrendszeri halálozás csökkentése és közelítése az EU-átlaghoz
- 5) A stroke megbetegedés és halálozás csökkentése
- 6) Alsóvégtagi amputációk számának csökkentése
- 7) A szív- és érrendszeri betegségben szenvedők életminőségének javítása, az egészségben eltöltött életevek számának emelése

A célok eléréséhez a Nemzeti Keringési Program az alábbi területeket kívánja fejleszteni:

- a háziorvosi alapellátásban a magasvérnyomás-betegség, a cukorbetegség, a zsírsanyagcsere- betegség célzott szűrése, kockázatfelmérése, hatékonyabb gondozása,

- a szakellátásban a szívinfarktus és stroke ellátásáig eltelt idő csökkentése, a bekövetkezett szív-, érrendszeri katasztrófa utáni hatékonyabb, koordinált betegellátás, illetve az adherencia (elfogadás, egyetértés, kitartás, engedelmesség) javítása.

3. Nemzeti Mozgásszervi Program (NMOP)

A mozgásszervi kórképek magas számuk, a következményes keresőképtelenség és rokkantság, az egyes kórképek okozta halálozás és a magas költségek miatt hazánkban is a népbetegségek közé sorolható. Ennek oka elsősorban az élettartam növekedése és olyan kockázati tényezők, amelyek döntően az alacsony egészségtudatossággal függenek össze.

Az NMOP célja a mozgásszervi betegségek növekedésének megállítása és súlyuk csökkenése, egészséges, egyenes tartású, fizikailag terhelhető, rendszeres mozgásigényű generációk felnevelése, mozgásszervi megbetegedések megelőzése felnőtt korban.

A program célkitűzései:

1. egyenes tartású, fizikailag terhelhető, rendszeres mozgásigényű egészséges generáció felnövekedésének elősegítése,
2. a mozgásszervi megbetegedések megelőzése felnőtt korban, a munkaképesség megőrzése és visszaállítása, a fogyatékossgal élők mozgásprogramjainak támogatása,
3. magasabb szakmai színvonalú, gyorsabb és hatékonyabb mozgásszervi ellátás biztosítása, a betegek életminőségének javítása
4. a mozgásszervi betegségek növekedésének megállítása, súlyosságuk csökkentése,
5. a betegek informáltságának és elégedettségének növelése, társadalmi összefogás elérése.

4. Nemzeti Mentális Egészségügyi Program (NMEP)

Az NMEP általános célja a mentális zavarokat ellátó egészségügyi szolgáltatásokat fejlesztő egészségügyi programként hozzájárulni ahhoz, hogy hazánk mentális egészségügyet érintő népegészségügyi mutatói javuljanak.

A program fejlesztési területei:

1. mentális egészség fejlesztés, családközpontú szemlélettel;
2. pszichiátriai ellátórendszer fejlesztése, beleértve a közösségi-, a fekvő- és a járóbeteg ellátást;
3. addiktológiai ellátórendszer fejlesztése;
4. gyermek-és ifjúságpszichiátria fejlesztése;
5. pszichoterápia fejlesztése és jobb elérhetőségének biztosítása.

5. Nemzeti Gyermkegészségügyi Program (NGYP)

Az NGYP alapvető célja az egészséges életkezdés esélyének biztosítása, a felkészült gyermekvállalás támogatása, a koraszülések és a fejlődési rendellenességgel születettek arányának csökkentése és a túlélési arányok növelése, továbbá a felnőttkori krónikus

betegségek kora gyermekkortól kezdett megelőzése, valamint a gyermekszegénység és hatásainak megszüntetése.

Mindezek megvalósulásához javasolt a hazai gyermekegészségügyi ellátás szerkezeti és működési megújítása, a biztonságos és folyamatos ellátás biztosítása céljából.

Fő célok:

- Civilizációs betegségek kialakulásának megelőzése (kardiovaszkuláris megbetegedések megelőzése, káros szerfogyasztás visszaszorítása, mozgásszegény életmódból és egészsételen táplálkozás adódó túlsúly megelőzése).
- Korai primer prevenciók elvek alkalmazása már megszületés előtt és után különös tekintettel az első 1000 nap jelentőségére a civilizációs betegségek hosszú távú megelőzésére.
- Az esélyegyenlőség megteremtése az alapellátás elérésében a gyermek lakosság számára.
- Jól definiált családbarát gyermekegészségügyi centrumok kialakítása, amelyek stabilan működtethetők finansziális és humán erőforrás tekintetében is.
- Koraszülések számának csökkentése interdiszciplináris, multiszektoriális megközelítéssel.

A gyermekegészségügyi ellátás emberi erőforrásának hosszú távú biztosítása a szakképzés megerősítésével.

1.2. Tervezési módszertan, lehatárolás, definíciók

A stratégiatervezés négy fő lépésben valósult meg.

1. Stratégia tervezésének előkészítése

A stratégia előkészítő szakaszában szoros tárcaközi együttműködés keretében került sor szakértői szintű egyeztetésekre.

2. A stratégiai tervezés folyamata – Elemző szakasz

A szakértői egyeztetések helyzetértékeléssel foglalták össze a rendelkezésre álló adatokat és információkat, a témakörhöz illeszkedő szakmai folyamatokat és kihívásokat. A helyzetértékelésben mérlegeltük azokat a hazai és nemzetközi trendeket és folyamatokat, amelyek hatással lehetnek a későbbi tervekre is.

3. A stratégiai tervezés folyamata – Tervezési szakasz

A jövőkép alapú megközelítés kiválasztását követően a stratégia koncepcióját logikai mátrixban foglaltuk össze, amelyet az illetékes ágazati vezetők jóváhagyásával dolgoztunk ki részletesen.

4. A stratégia összeállítása

A stratégia szerkezetének végleges kialakítását követően megkezdődött az egyes fejezetek tartalommal történő feltöltése. Ebben az előzmények összefoglalásán túl részletesen

bemutattuk a szakpolitikai célokat, prioritásokat, a tervezett beavatkozásokat és eszközöket. A megvalósításhoz szükséges forrásokat, az értékelési és monitoring rendszert is kifejtettük, valamint a konzisztencia értékelés keretében fennálló illeszkedési témaköröket is összefoglaltuk.

Egészségügyi fejlesztések lehatárolása

Az egyes uniós programok keretében megvalósításra kerülő fejlesztések kiválasztását az alábbi fő szempontok határozták meg:

1. Helyreállítási és Reziliencia Terv (RRF)

Mivel a program keretében az országspecifikus ajánlásokkal összhangban az egészségügyi ellátórendszer ellenálló képességének növelése érdekében az operatív programoknál nagyságrendekkel nagyobb volumenű és szabadabban – infrastrukturális beruházásokra és a közép-magyarországi régió, ill. Budapest fejlesztésére is – felhasználható forrás áll rendelkezésre, az RRF keretében elsődlegesen a struktúraátalakítást szolgáló, jelentős infrastrukturális igényű, az ellátórendszer minden progresszivitási szintjét és az ország minden területét érintő fejlesztések, valamint az ellátórendszer ellenálló képességét javító, szintén magas költségigényű, rendszerszintű beavatkozások – pl. alapellátás megerősítése, orvosi bérrendezés, digitális átállás – megvalósítására kerül sor.

2. Többéves pénzügyi keret (Multiannual Financial Framework - MFF)

a) A *Humánfejlesztési Operatív Program (HOP)* a 2021-2027-es időszakban mind más fejlesztési programokhoz, mind a megelőző fejlesztési időszakokhoz képest csekély mennyiségű forrást biztosít a felhasználást jelentősen korlátozó feltételek – kizárólag ESZA+ jellegű, preferáltan a lakosságot közvetlenül érintő, stb. - mellett az egészségügy számára. Ennek figyelembe vételével a HOP keretében az országspecifikus ajánlások és a feljogosító feltételek szem előtt tartásával a népegészségügyi szakpolitikai célok – várható élettartam, egészségben eltöltött évek, vezető halálokokat jelentő nem fertőző krónikus megbetegedések megelőzése és hatékony kezelése – elérését, valamint a tartós ápolás-gondozás és az ágazati humán erőforrás fejlesztését szolgáló országos hatókörű humán beavatkozásokra kerül sor, mint pl. a prevenció programok, szűrőprogramok, a tartós ápolás-gondozás feltételrendszerének fejlesztése, valamint az ágazati humán erőforrás megtartása és az utánpótlás biztosítása érdekében az egészségügyi szakemberek képzési rendszerének megújítása és munkafeltételeik javítása.

b) A *Versenyképes Magyarország Operatív Program (VMOP)* keretében várhatóan a korábbiaknál nagyobb volumenű és nagyobb mozgásteret biztosító – ERFA és ESZA+ forrásokat egyaránt tartalmazó – forrástömeg áll rendelkezésre egészségügyi fejlesztésekre, azonban kizárólag az önkormányzati feladatellátás keretein belül, melynek figyelembe vételével az operatív program keretében tervezett ágazati beavatkozások az országos kihatású humán jellegű programokkal összhangban a lakóhelyközeli ellátások – alap- és járóbeteg szakellátás – korszerű infrastrukturális feltételeinek megteremtését, a területi egyenlőtlenségek és hozzáférésbeli különbségek

csökkentését, valamint a helyi igényekre és sajátosságra reagáló humán jellegű beavatkozások – pl. célzott egészségfejlesztés a hátrányos helyzetű területeken, humánerőforrás-hiányos területek fejlesztése, stb. – megvalósítását szolgálják.

- c) A *Digitális Megújulás Operatív Program (DIMOP)* keretében elsődlegesen olyan egészséginformatikai fejlesztések megvalósítására kerülhet sor, melyek által a közszolgáltatások korszerű digitális megoldásokkal való fejlesztése válik lehetővé az egészségügyi rendszerek és tartós ápolási-gondozási szolgáltatások hozzáférhetőségének, hatékonyságának és rezilienciájának javítása érdekében. A tervezett fejlesztések alapvető célkitűzése a digitális szolgáltatások bővítése és korszerű digitális megoldások alkalmazása, az egyes szakrendszerek összekapcsoltságának és átjárhatóságának fejlesztése, valamint az ellátási tevékenységek egyszerűsítését és egységesítését célzó standardizálási folyamatok erősítése.

Fentiek mellett előreláthatólag egyéb operatív programok keretében is lehetőség nyílik majd kisebb volumenű, az adott operatív program speciális célterületéhez kapcsolódó fejlesztések – pl. egészségügyi intézmények energetikai korszerűsítése a *Zöld Infrastruktúra és Klímavédelmi Operatív Program (ZIKOP)* keretében, stb. – megvalósítására az egészségügyben.

1.3. Időhorizont

Jelen stratégia a 2021–2027 programozási időszakot kívánja felölelni, tekintettel arra, hogy jelentős mértékben kapcsolódik az EU makroszintű átfogó és szakpolitikai stratégiáihoz, valamint forrásteremtési lehetőségeihez.

2021–2027 között indíthatók el azok a beavatkozási folyamatok, amelyekkel a feltárt problémák megoldásához vagy kezeléséhez szükséges eredményeket és hatásokat ütemezetten el lehet érni. Első ütemben 2022-ig, majd a második ütemben a ciklus végéig, azaz 2023–2027 között elérendő eredményekre lehet koncentrálni.

A stratégia célja egy olyan átfogó egészségügyi fejlesztés, amelyben a megelőzést szolgáló népegészségügyi intézkedések és az alapellátás rendszerszintű, hálózatos fejlesztése révén a lakóhely közeli, könnyen hozzáférhető ellátás a domináns, de amelyhez ezzel párhuzamosan egy magas szintű infrastruktúrával és eszközellátottsággal rendelkező szakellátás is társul, kiegészülve egy 21. századi színvonalú digitális támogatással. A fentiekhez elengedhetetlen a szakember hiány kezelése is, amely megfelelő bérezéssel és képzéssel kezelhető. Ezen célok elérését az Európai Bizottság a tagállamok részére – 2021-ben – indítani tervezett **Helyreállítási és Reziliencia (RRF) Terv** nagymértékben fogja elősegíteni, lévén az RRF Program forrásai különleges lehetőséget adhatnak arra, hogy az ellátórendszer teljes spektruma egy egységes koncepció mentén újulhasson meg, így az egyes fejlesztések pozitív eredményei és hatásai összeadódhatnak, növelve az elérhető hasznok (legyenek azok pénzben vagy egészség életévben kifejezett haszon) nagyságát. Az RRF Program keretében tervezett ágazati fejlesztések időhorizontja a 2021–2026 közötti éveket öleli fel.

1.4. A stratégia által tárgyalt szakmai területek meghatározása, lehatárolása

Jelen stratégia az Egészségügyért Felelős Államtitkárság által kidolgozott és a Kormány részéről az 1722/2018. (XII. 18.) Korm. határozattal elfogadott, az egészségügy átfogó megújítására irányuló, a legnagyobb egészségveszteségek mérséklését célzó, 2019-2030-ig szóló **5 Nemzeti Egészségügyi Program** (*Nemzeti Rákellenes Program, Nemzeti Keringési Program, Nemzeti Mozgásszervi Program, Nemzeti Mentális Egészségügyi Program, Nemzeti Gyermekegészségügyi Program*), valamint a 2016-ban elindított *Egészséges Budapest Program* 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.

A Humánfejlesztési Operatív Program (HOP) egészségügyi ágazatot érintő **feljogosító feltételei** közé tartozik a **tartós ápolás-gondozásra vonatkozó stratégiai szakpolitikai keret** kidolgozása is, ami jelen stratégiától szeparáltan, egy különálló dokumentumban kap helyet. Figyelemmel azonban arra, hogy a tartós ápolás (long-term care) is szerves részét képezi az egészségügyi ellátórendszernek, jelen stratégia „6.4. Krónikus ellátás és tartós ápolás” című fejezetében főbb vonalaiban bemutatjuk ezeknek a területeknek a megerősítését érintő célokat és fejlesztési irányokat.

Jelen stratégia 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: helyzetkép, helyzetértékelés

2.1. A helyzetértékelés módszertana, információbázisa

Tartós ápolás-gondozás helyzetképe, helyzet elemzése

Az egészségügyi és a szociális ellátásban az ápolás, gondozás más-más szerveződési módban működő, szakmailag és szervezetileg eltérő, viszont feladat- és tevékenységi körében hasonló elemeket tartalmaz. Az ápolási feladat az egészségügyi ellátáson belül a háziorvosi (körzeti) ápolók munkájában, az otthoni szakápolásban, valamint az aktív és krónikus kórházi

ellátásban is megjelenik. A szociális ellátásban az ápolás az alap- és szakosított ellátásokat a beteg otthonához kötötten, vagy bentlakást nyújtó intézményben kaphatja meg.

A betegségük tartós progresszív jellege miatt tartós ápolást-gondozást igénylő betegek ellátása az egészségügyi és szociális szakemberek folyamatos, koordinált együttműködését igényli.

Szociális ellátórendszer

Az idős és rászoruló családtagjainkról való gondoskodás az Alaptörvényben rögzített alapelv. A Polgári Törvénykönyv a rokонтartás szabályai között – a gyermekekről való gondoskodás mellett – elsődleges helyen kezeli a „szülőtartást”. A szülőkről való gondoskodás a törvényi szabályozáson túlmenően ugyanakkor erkölcsi elvárás is. A magyar állam biztonságot nyújt idős és rászoruló állampolgárainak, de az idős szülőről való gondoskodást nem vállalhatja át teljes egészében, annak első számú felelőse a család.

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (a továbbiakban: Szt.) a szociális biztonság megteremtése és megőrzése érdekében meghatározza az állam által biztosított egyes szociális ellátások formáit, szervezetét, a szociális ellátásokra való jogosultság feltételeit, valamint érvényesítésének garanciáit. Az egyes szolgáltatások kialakítása, feltételrendszerének és működésének szabályozása során elsődleges cél, hogy a segítségre szoruló személyek az adott élethelyzetben felmerülő szükségletek kielégítését szolgáló hatékony segítséget kapjanak. Az ehhez szükséges intézményesült háttérrel az állam az Szt.-ben foglalt alap és szakosított ellátást biztosító intézményeken keresztül valósítja meg. Az egyes ellátási altípusok részletszabályait a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet tartalmazza. A szociális szolgáltatások a következők:

Alapszolgáltatások:

- Házi segítségnyújtás
- Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás
- Támogató szolgáltatás fogyatékossgal élő személyek számára
- Nappali intézményi ellátások

Szociális szakosított ellátások:

- Ápolást, gondozást nyújtó intézmények
- Rehabilitációs intézmények
- Lakóotthonok
- Átmeneti ellátást nyújtó intézmények,
- Támogatott lakhatás

Egészségügyi intézményrendszer

Az egészségügyi ellátórendszerben mind az intézményi, mind a lakóhelyközeli ellátások körében megtalálhatóak tartós-ápolást nyújtó struktúrák.

- Krónikus ellátás

Az ápolási célú fekvőbeteg-szakellátás célja, hogy az aktív orvosi ellátásra nem szoruló, és a családi gondozást átmenetileg nélkülözők számára nyújtson ellátást, illetve lehetőség szerinti rehabilitációt az egyéni szükségletekhez igazodóan.

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (a továbbiakban: Ebtv.) 23/A. §-a alapján a biztosított kiegészítő térítési díj mellett jogosult az egészségügyi ellátás keretében saját kezdeményezésére igénybe vett egyéb kényelmi szolgáltatásokra, és amennyiben állapota indokolja, az e feladatra finanszírozott szolgáltatónál ápolás céljából történő elhelyezésre és ápolásra, ideértve a gyógyszereket és az étkezést is.

- Otthoni szakápolás

Az otthoni szakápolási tevékenységről szóló 20/1996. (VII. 26.) NM rendelet szabályozza ezt az ellátási formát. Jellegéből adódóan feladata a kórházi ápolási tevékenység kiváltása a beteg otthonában is elvégezhető ápolási és egyéb szakirányú terápiás ellátásokkal. Az otthoni szakápolás a beteg otthonában vagy tartózkodási helyén, kezelőorvosa elrendelésére, szakképzett ápoló által végzett tevékenység. 2020 májusában Magyarországon 269 szolgáltató 8120 beteget látott el. Az ellátás 86266 vizit keretében valósul meg.

- Hospice ellátás

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 99 §-ban foglaltaknak megfelelően az alábbi ellátási formában valósul meg:

1. intézeti betegellátás:
 - a. hospice otthon: önálló bent fekvő részleg vagy osztály.
 - b. hospice palliatív részleg: kórházi bent fekvő részleg vagy osztály
2. hospice otthoni szakellátás:
3. átmeneti szervezeti formák és ellátás típusok: pl.: ambuláns gondozás, kórházi konzultatív csoport (mobil team) a kórházi ellátásba integrálva.

Mind a szociális, mind az egészségügyi tartós ápolást és gondozást nyújtó ellátó rendszer, a fentiekben említett fokozódó szükségletnövekedés miatt kapacitás gondokkal küzd. Fejlesztése multiszektoriális feladat a szolgáltatások színvonalának emelése és a várólisták felszámolása érdekében.

2.2. Az ellátórendszer áttekintése

Az Újraélesztett egészségügy, Gyógyuló Magyarország - Semmelweis Terv c. tervdokumentum 2011 júniusában készült. Az azóta eltelt csaknem kilenc esztendőben mind az ország, mind az egészségügy jelentős változáson ment át. Az ország teljesítőképessége javult, az egészségügyben számos szervezeti, finanszírozási és szakmai fejlesztés történt. A Semmelweis tervben megfogalmazott célok, javaslatok közül sok megvalósult, mások elvesztették aktualitásukat és az eddig megtörtént fejlesztések új célkitűzések megfogalmazását teszik szükségessé.

Az egészségügyi ágazati stratégia célja ma is a működőképesség fenntartása, a még fennálló pénzügyi, szakmai és szervezeti problémák megoldása mellett az erőforrások hatékonyabb felhasználása, a szakmai tevékenység minőségének folyamatos javítása, valamint a humánerőforrás biztosítása.

Alapelvként ma is megfogalmazhatjuk, hogy az ágazati stratégia kiemelt céljai nem változtak, s ezek az átláthatóság és elszámoltathatóság, a hatásosság, eredményesség, a méltányosság, igazságosság, a hatékonyság, valamint betegjogok érvényesítése.

Az egészségügyi finanszírozás jelenlegi rendszere megerősítést igényel, hogy jobban ösztönözze a minőségi betegellátást és a jó gazdálkodást.

Az elmúlt évtizedeket az egyre nagyobb számú magánszolgáltató megjelenése jellemezte, amelyek azonban összefonódásokat eredményezhettek a közfinanszírozott ellátásokkal. Nehezíti a helyzetet, hogy az egészségügyi reklámok a betegeket akár számukra előnytelen, szakmailag esetenként indokolatlan ellátás választására motiválhatják.

Az egészségügyi dolgozók elvándorlása napjainkban már megállt, ennek a fordulatnak a további erősítése is a stratégia része.

A Semmelweis Tervben megfogalmazott minőségfejlesztési javaslatokban foglaltak a Magyar Egészségügyi Standardok megjelenésével teljesültek. Egy további ösztönző, motiváló rendszer kialakítása, a standardok bevezetését, a szakmai alapú klinikai auditok rendszeressé válását segíti.

2.2.1. Népegészségügy

A magyar lakosság egészségi állapotát, az állapotváltozást bemutató ágazati kulcsindikátorokat a „3.6. Ágazati kulcsindikátorok nemzetközi összevetésben” című fejezet tartalmazza.

Az egészségügyi ellátórendszer előtt álló fő kihívások

a) Megelőzhető halálozás

Megelőzhető halálozásnak számítanak azok a halálesetek, amelyek hatásos népegészségügyi beavatkozásokkal, a társadalmi-gazdasági helyzet és a környezeti tényezők javításával megelőzhetőek lettek volna. A megelőzhető halálokok az életmóddal és a társadalmi-gazdasági-környezeti tényezőkkel állnak összefüggésben, a megelőzés pedig az állapot kialakulására vonatkozik. A megelőzhető halálozási mutatók értékét befolyásolja az egészségmagatartás, valamint a népegészségügyi szolgáltatások minősége, a szolgáltatásokhoz való hozzáférés, továbbá egyéb társadalmi-gazdasági és fizikai környezeti tényezők földrajzi megoszlása. Az utóbbiak, mint a jövedelmi, foglalkoztatási viszonyok, az ezeket befolyásoló iskolázottság részben az egészségmagatartáson, részben a környezeti kockázati, illetve védő tényezőkön keresztül fejtik ki hatásukat.

b) Elkerülhető halálozás

Elkerülhető halálozásnak számítanak azok a halálesetek, amelyek optimális egészségügyi beavatkozás alkalmazásával elkerülhetők lettek volna. Fejlett országokban az elkerülhető halálozás alakulását az egészségügyi ellátás minőségi indikátorának tekinthetjük.

75 év alattiakra vonatkozó halálozás 100 ezer lakosra	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Változás lakosságarányosan 2011-2017 között
Elkerülhető halálest, ebből	198	193	185	183	184	176	179	-10%
<i>ischaemiás szívbetegség</i>	62,8	60,7	57,5	56,3	56,0	54,0	54,8	-13%
<i>vastagbélrák</i>	31,8	31,6	31,6	31,6	30,8	30,8	30,3	-5%
<i>mellrák</i>	14,7	14,7	14,3	14,6	14,7	14,5	13,7	-7%
<i>agyi érrendszeri betegségek</i>	25,5	24,1	22,7	22,3	21,8	19,1	20,2	-21%
<i>tüdőgyulladás</i>	3,7	3,0	3,3	3,3	4,2	3,7	4,4	19%
Megelőzhető halálest, ebből	358	348	331	329	334	324	327	-9%
<i>tüdőrák</i>	74,1	75,9	72,1	72,5	72,4	72,9	71,2	-4%
<i>ischaemiás szívbetegség</i>	62,8	60,7	57,5	56,3	56,0	54,0	54,8	-13%
<i>alkohol fogyasztásából eredő betegségek</i>	42,2	37,1	33,6	35,8	34,1	34,3	34,7	-18%
<i>agyi érrendszeri betegségek</i>	25,5	24,1	22,7	22,3	21,8	19,1	20,2	-21%
<i>krónikus tüdőbetegség</i>	26,0	25,8	27,1	27,4	32,1	29,9	33,3	28%

Legjelentősebb egészségveszteségeket okozó betegségek

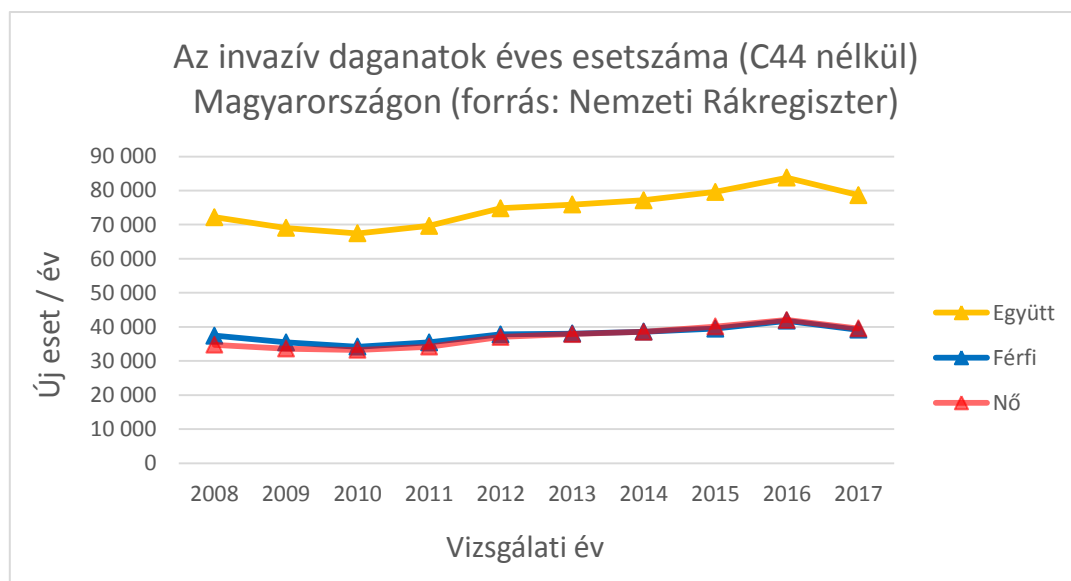
a) Keringési megbetegedések okozta halálozás

A keringési megbetegedések visszaszorítása érdekében kialakult egy olyan heveny coronaria syndromákra specializált, az ország teljes területét lefedő, progresszív ellátási rendszer, amely azonnali invazív ellátást ad minden rászorulóknak. Hangsúlyosan ennek eredményeként az elmúlt tíz évben felére – mintegy évi 7500-ra – csökkent a szívinfarktusból elhunytak száma. Az akut kardiológiai ellátásban tapasztalt fejlődés ellenére azonban a 100 ezer lakosra eső halálozás még mindig több mint kétszerese az EU15 országok átlagának (WHO Egészséget Mindenkinél adatbázis). Ezzel együtt is a **keringési megbetegedésekből adódó halálozás az elmúlt 20 évben jelentősen csökkent Magyarországon.**

b) Rosszindulatú daganatos betegségek

Megbetegedési adatok

A Nemzeti Rákregiszterhez bejelentett éves esetszámok alapján az éves, újonnan bejelentett daganatos megbetegedések száma mindkét nemből növekvő tendenciát mutat.



1. ábra. A Nemzeti Rákregiszternek jelentett rosszindulatú daganatok korrigált esetszáma és tendenciája a 2008-2017 közötti időszakban

A Nemzeti Rákregiszterhez bejelentett éves esetszám közel egy évtized alatt mintegy 10 ezerrel nőtt. A bőr nem melanomás daganatait nem számolva *a megbetegedési rangsor első három helyét szintén a halálozásért felelős három daganattípus foglalja el, közel 40 százalékos részesedéssel* (tüdő vastagbél, emlő).

Lokalizáció	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1. Tüdő (C33-C34)	11 891	11 260	10 648	11 178	11 454	11 268	11 712	12 204	12 939	12 519
2. Colorectalis (C18-C21)	10 037	9 699	9 645	10 222	10 603	10 840	10 799	10 806	11 351	10 603
3. Emlő (C50)	7 253	7 186	7 125	7 277	7 933	8 113	8 347	8 695	9 092	8 883
4. Nyirok- és vérképzősz. (C81-96)	4 108	4 131	4 229	4 369	4 793	4 768	4 686	4 809	4 952	4 890
5. Prostatata (C61)	3 904	3 765	3 712	4 204	4 108	4 108	4 711	4 653	4 627	4 486
6. Húgyhólyag (C67)	3 118	2 944	2 690	3 079	3 367	3 323	3 540	3 520	3 619	3 445
7. Vese (C64-C66 és C68)	2 518	2 433	2 242	2 578	2 783	2 911	2 896	3 039	3 278	3 003
8. Ajak és szájüreg (C00-C14)	3 368	3 123	3 106	3 098	3 209	3 246	3 250	3 271	3 331	2 874
9. Melanoma (C43)	2 039	2 069	2 016	2 115	2 348	2 385	2 462	2 857	2 760	2 828
10. Hasnyálmirigy (C25)	2 579	2 406	2 345	2 294	2 587	2 779	2 766	2 957	3 207	2 747
Bőr egyéb (C44)	12 091	12 155	11 461	13 807	14 235	14 940	16 244	15 804	16 492	17 225
Összesen	84 255	81 207	78 873	83 438	89 050	90 830	93 413	95 397	100 281	95 892
Összesen (bőr egyéb nélkül)	72 164	69 052	67 412	69 631	74 815	75 890	77 169	79 593	83 789	78 669

3.sz. táblázat

A rosszindulatú daganatok éves esetszáma típusuk szerint (C44 nélkül) Magyarországon

(forrás: Nemzeti Rákregiszter 2017)

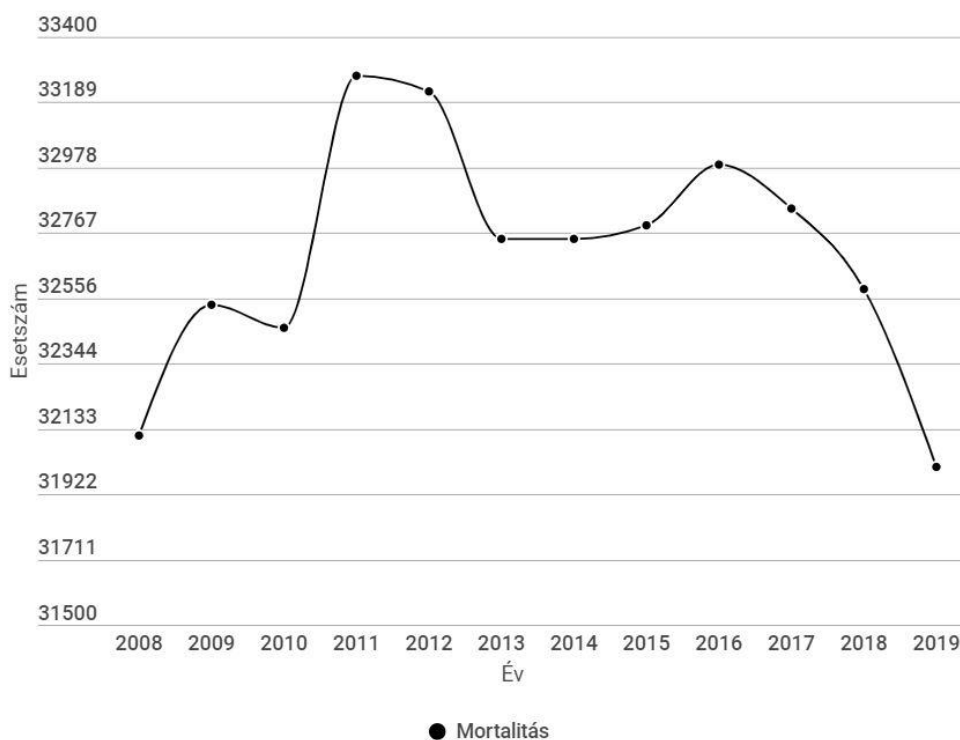
Halálozási adatok

Az Eurostat adatai szerint 2016-ban az Európai Unió tagállamaiban összesen 1,3 millió ember halálát okozta valamilyen daganatos betegség, amely több mint a negyede, azaz 26%-a teljes halálozási aránynak. Az OECD adatai alapján az összes tagország közül Magyarországon legmagasabb a 100 000 főre vetített daganatos halálozási arányszám: mind a férfiak, mind a nők körében világviszonylatban is igen magas a daganatok okozta mortalitás. Az emelkedés

1999-ben ugyan megállt, de a halálozás azóta is magas szinten stagnál: évente mintegy 32 ezer honfitársunkat veszítjük el daganatos betegség miatt, amely az összhálaózás több mint egynegyede.

Rosszindulatú daganat	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Tüdő	8 330	8 453	8 648	8 533	8 896	8 591	8 733	8 753	8 883	8 840	8 716	8 447
Colorectalis	4 753	4 949	4 965	5 054	5 084	5 107	5 050	5 008	5 059	4 985	5 034	4 933
Emlő	2 141	2 183	2 040	2 159	2 123	2 194	2 133	2 250	2 248	2 138	2 149	2 200
Hasnyálmirigy	1 794	1 837	1 848	1 850	2 003	1 976	1 999	1 978	2 178	2 228	2 153	2 119
Nyirok- és vérképző rendszer	1 732	1 665	1 725	1 741	1 719	1 700	1 630	1 806	1 689	1 754	1 763	1 699
Gyomor	1 725	1 824	1 626	1 701	1 732	1 619	1 602	1 500	1 579	1 472	1 433	1 333
Ajak és szájüreg	1 651	1 521	1 524	1 494	1 536	1 431	1 460	1 472	1 395	1 333	1 316	1 311
Prosztata	1 186	1 193	1 209	1 198	1 125	1 211	1 280	1 258	1 301	1 389	1 314	1 319
Húgyhólyag	831	831	904	923	983	899	906	959	975	983	1 008	1 033
Vesék, egyéb és k.m.n. húgyszervek	712	759	829	849	784	835	830	775	809	845	809	793
Méhnyak	418	396	379	414	426	405	420	476	396	377	408	386
Egyéb	6 838	6 925	6 763	6 754	6 813	6 780	6 705	6 557	6 475	6 500	6 483	6 439
Összesen	32 111	32 536	32 460	32 670	33 224	32 748	32 748	32 792	32 987	32 844	32 586	32 012

4. sz. táblázat
Rosszindulatú daganat (C00–C97)* következtében elhunytak száma 2008-2019
a Betegségek nemzetközi osztályozása X. revíziója szerint
(forrás: Központi Statisztikai Hivatal)



16.ábra

Rosszindulatú daganat (C00–C97)* következtében elhunytak száma 2008-2019
a Betegségek nemzetközi osztályozása X. revíziója szerint
(forrás: Központi Statisztikai Hivatal)

A daganatos halálozás csaknem 50%-át három daganattípus (tüdő-, colorectalis és emlőrák) okozza, így ezeken a területeken további koncentrált erőfeszítéseket kell tenni a megelőzés, a szűrés, a korai felismerés és a terápia területén is.

Részletes összevetésben az Európai Unió országai között Magyarországon a legkedvezőtlenebb a **tüdőrák, a colorectális rák, a fej-nyaki régió rosszindulatú daganatai és a hasnyálmirigyrák okozta halálozás.**

2.2.2. Alapellátás

A hazai alapellátás fő tevékenységi területei:

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

A magyar egészségügyi alapellátás fejlesztése lehetővé teszi a legnagyobb egészségterhet jelentő krónikus nem fertőző betegségek hatékonyabb megelőzését (elsődleges és másodlagos prevenció), másrészt, hogy hazánk népességének biztonságos, még jobb minőségű ellátása biztosított legyen, egészségmutatói, életkilátásai javuljanak. A betegek lakóhelytől függetlenül hozzájuthatnak a szakmai ajánlásoknak megfelelő hatékony kezeléshez és a színvonalas alapellátási ügyeleti szolgálathoz. Javul a tartósan betöltetlen praxisokban a háziorvosi szolgáltatás hozzáférhetősége. A betöltetlen praxisok betegeinek ellátása jelenleg másik praxisban dolgozó háziorvos általi helyettesítéssel történik.

Az alapellátó orvosok döntő többsége jelenleg vállalkozóként dolgozik, a praxisjog révén vagyoni értékű jogot szerzett, vagy többségük már vásárolt. Az általuk működtetett praxisok mindennapjait a vállalkozói működés szabályszerűségei határozzák meg. Sokan szolgáltatásuk minőségének növelése érdekében saját eszközparkot vásároltak, vagy ingatlan beruházásba, ingatlanfejlesztésbe fogtak.

A praxisközösség a háziorvosi, házi gyermekorvosi, **alapellátást nyújtó** fogorvosi, védőnői, szolgáltatók feladatainak ellátására létrejött működési forma, amelybe kizárólag az alapellátásban dolgozó szakembereket vonják be. 2013 óta működtek és jelenleg is működnek különböző fejlesztési programok keretein belül praxisközösségek (Svájci-Magyar Együttműködés, EFOP-1.8.2.-17 és VEKOP-7.2.3.-17, Három generációval az egészségért program I-II.), hazai és európai uniós forrásból. Az EFOP-1.8.0-VEKOP-17 kódszámú kiemelt projekt (Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése) keretében

került sor a praxisműködés modelljeinek továbbfejlesztését megalapozó módszertanok kidolgozására. A jelenleg működő praxisközösségekben átlagosan 5–6 háziorvos működik, valamint 4 fő többlétszolgáltatást nyújtó szakember segíti a praxisközösségek munkáját: praxisápoló, gyógytornász, dietetikus, pszichológus.

A praxisközösségek kedvező tapasztalatai alapján célszerű ezek további működtetésének biztosítása, illetve országos kiterjesztésük.

A háziorvosi hatáskörök bővítésével a háziorvos – amennyiben a szakorvosi tevékenység végzéséhez szükséges eszközök ezt lehetővé teszik – helyileg abban a praxisban végez szakorvosi tevékenységet, ahová a beteg bejelentkezett. Ez a többlétszolgáltatást nyújtó szakdolgozókra is vonatkozik (pl.: gyógytornász). Elsődleges szempont a lakóhely közeli ellátás elvének a biztosítása, kerülve, hogy a betegek feleslegesen utazzanak az egészségügyi ellátás elérése érdekében. A háziorvosok által elvégzett szakorvosi tevékenység tehermentesíti a szakellátást, így a járóbeteg ellátásban felszabaduló forrás átcsoportosítható az alapellátásba. A gyermekháziorvosi praxisok is alkothatnak praxisközösséget, ahol a betegellátásban a területi gyermek háziorvos kollegiális vezető, illetve egyéb szakemberek (védőnő, korai fejlesztő gyógytornász, pszichológus) is segítik a munkát. A gyermekek esetében is megvalósul a lakóhelyhez közeli betegellátás a kompetenciák bővítésével (a gyermek alapellátásban dolgozó orvosok szakorvosi tevékenységet is elláthatnak az alapellátásban).

A városi kórházak által nyújtott szakmai irányítás megteremtésével nem változik az alapellátás hatósági felügyelete (kerületi/járási népegészségügyi osztályok). A praxisközösségek esetében a hatósági munkát a népegészségügyi jogkörben eljáró járási hivatal látná el, a járási tisztifőorvos irányításával. A járási szintű alapellátás és járóbeteg ellátás egy szinten történő szervezésével megalapozható a betegutak egyszerűsítése, illetve az egyéb szakvizsgálóval rendelkező háziorvosok számára a szakorvosi szinten történő betegellátás.

A városi kórházak betegellátási feladatai:

- támogatja a praxisközösségek kialakítását a területén dolgozó háziorvosok és a társszakmák képviselői számára;
- biztosítja az ellátási területén működő betöltetlen praxisok ellátását;
- betegutak kialakítását végzi – a primer prevenció szolgáltatásainak biztosításától a szűrővizsgálatokon keresztül a szakellátásig betegirányító szerepet lát el, biztosítja az alapellátási ügyeletet a járásban;
- összehangolja a népegészségügyi prevenció, az alapellátás, a sürgősségi ellátás és a járóbeteg-szakellátás szereplőinek tevékenységét.

2.2.3. Járó- és fekvőbeteg szakellátás

Ahogy azt a 2020-as országjelentés is megfogalmazza, a magyar egészségügyi ellátórendszer jelenleg nem működik kellően eredményesen és hatékonyan.¹ Az ellátórendszer működésével kapcsolatosan azonosítható főbb nehézségek:

- Az ellátórendszer működését túlzott hospitalizáció jellemzi, a kórházi körülmények között ellátott esetek jelentős részét megfelelő módon el lehetne látni az alapellátásban vagy a járóbeteg-szakellátásban.
- A betegutak sok esetben nem átláthatóak a páciensek, illetve a kezelő személyzet számára sem. Az ideális esetben a diagnosztikától az utógondozásig tartó ellátási folyamat a valóságban sokszor elakad, nem megfelelő módon vagy nem időben megy végbe.
- A kórházban töltött átlagos napok száma jelentősen magasabb, mint az uniós átlag
- Az aktív ágyak kihasználtsága viszonylag alacsonynak mondható. Intézményenként és szakterületenként jelentős eltérést mutatnak a teljesítményadatok.
- Az évtizedek alatt kialakult területi hozzáférésbeli egyenlőtlenségek következtében a hátrányos helyzetű területeken élők esetében előfordulhat, hogy nem jutnak megfelelő időben, megfelelő ellátáshoz.
- Az egészségügyi infrastruktúra és orvosi eszközpark az elmúlt években megvalósult nagyütemű fejlesztések ellenére még sok esetben elavult, jelentős eltérések tapasztalhatóak az egyes intézmények között.

Az egészségügyi ellátórendszer olyan komplex rendszer, amely folyamatosan reagál a lakossági szükségletekre és igényekre, a döntéshozási és finanszírozási elvárásokra, az ellátórendszerben dolgozók szempontjaira, valamint a folyamatosan fejlődő egészségipari és azon belül is rohamosan fejlődő e-health változásokra is. A rendszer komplexitása miatt az egyes ellátási szinteken végbemenő változások hatnak a további ellátási szintekre, így sok esetben nehézségekbe ütközik az egyes fragmentált fejlesztési intervenciók megvalósítása, az elérhető hasznok maximalizálása nem biztosított.

A helyzetképben bemutatott problémák kiküszöbölésére, modern, XXI. század ellátórendszer létrejötte szükséges, amely reagál a szükségletekre, hatékonyan használja ki a rendelkezésre álló kapacitásokat és minőségi egészségügyi szolgáltatásokat biztosít a lakosság egészségi állapotának javítása érdekében.

A szakellátó intézmények hálózatba szervezésével, csúcskórházak kialakításával és a szükséges infrastrukturális fejlesztésekkel létrejön a megfelelő minőségű ellátást, modern környezetben biztosítani tudó intézményrendszer. Az egyes szakmák szerinti ellátás koncentrációjával, valamint a különböző funkciók szétválasztásával egyértelműbb betegutak alakulnak ki. A rendelkezésre álló kapacitásokat hatékonyan használja ki a szakellátói rendszer, előnyben részesíti az egynapos sebészeti és nappali ellátásokat. Az innovatív orvostechnikai eszközök, az e-health megoldások, és a mesterséges intelligencia használatával jelentős mértékben javul az ellátás minősége, nő a betegbiztonság és a betegelégedettség. Az állapotuknak megfelelő rehabilitációs és krónikus ápolási ellátások biztosítottak a páciensek számára. A felújított infrastruktúra megfelelő munkakörnyezetet biztosít az egészségügyi dolgozók számára, így ágazat munkaerő-megtartó képessége fokozódik.

¹ Forrás: Európai Bizottság 2020. évi országjelentés - Magyarország

2.2.4. Gyógyszerellátás, gyógyszertámogatások

I. Gyógyszertámogatás

A gyógyszertámogatási rendszer hatékonysága 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. 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 történt.

Mindezek mellett az elmúlt években tovább bővültek a terápiás választási lehetőségek a gyógyszerellátás terén. A gyógyszerár-támogatási rendszerbe több terápiás területre történt meg új gyógyszerek befogadása, a betegek ellátása szélesebb körűvé vált.

2014-ben a járóbeteg-ellátásba 20 új hatóanyag, 2 új gyógyszerforma és 6 új indikáció befogadására került sor.

2015-ben összesen mintegy 300 készítmény befogadása történt meg, amelyek közül 18 új hatóanyagú és 3 új indikációjú gyógyszer.

2016-ban 248 új gyógyszer befogadása történt meg a támogatási rendszerbe, ebből 15 új indikáció és 20 új hatóanyag (tételes elszámolású gyógyszerkörbe és a járóbeteg-ellátás körébe). 2016 októberében hirdettük ki azt a jogszabályt, amely lehetővé tette négy onkológiai terápiás területen (melanoma, prosztatadaganat, onkohematológia, tüdődaganat) új hatóanyagú gyógyszereknek a tételes elszámolás alá eső gyógyszerkörbe történő befogadását.

2017. január 1-jétől 20 új hatóanyagú/új indikációjú/új kombinációs gyógyszer vált támogatással elérhetővé a betegek számára.

Az agyhártyagyulladás (N. meningitidis C) megelőzésére 2 éves korig a korábbi 70%-os támogatással rendelhető vakcinák 2017. január 1-jétől kiemelt támogatással (Eü100) váltak rendelhetővé.

2018. évben kb. 4000 hepatitis C vírusfertőzött beteg kezelése vált lehetővé a legújabb interferon-mentes terápiákkal, a 8-12 hétig tartó kezeléssel, amelynek eredményeként a betegek 90–97 %-a vírusmentessé vált.

2018. október 15-től jelentős számú, összesen 29 új készítmény került a gyógyszerár támogatási rendszerbe befogadásra, 36 indikációs területen született befogadási döntés.

2019-ben lezárult értékelések alapján 26 új készítmény támogatási rendszerbe történő befogadása történt meg 2020. január 15-ével, amely 18 indikációs területen teszi lehetővé új hatóanyagú/új indikáció/új kombinációs gyógyszerforma alkalmazását.

Az érintett terápiás területek, ahol a betegek kezelése korszerűbbé válik: egyes daganatos betegségek (tüdő-, emlő-, prosztaták, vesedaganatok, hasnyálmirigy rák), a vérképzőrendszert érintő rosszindulatú betegségek, a vérzékenység, a hepatitis C

vírusfertőzés, egyes gyulladásoz betegségek, a szklerózis multiplex, a Parkinson-kór, az asztma egyik súlyos formája, valamint a szívelégtelenség.

2020. január 1-jétől az 1 év alatti gyermekeknek a K-vitaminnal történő kezelésre kiemelt, indikációhoz kötött támogatással (EU100) történő rendelésére (mindössze 300 forint dobozonként fizetendő térítési díj ellenében) van lehetőség.

2020. február 1-jével a meddőség kezelésében használt gyógyszerek támogatása emelkedett kiemelt, indikációhoz kötött 100%-os támogatásra, továbbá a közfinanszírozásban eddig nem elérhető gyógyszerek támogatásba történő befogadásának köszönhetően, szintén kiemelt, indikációhoz kötött (Eü100) támogatással váltak elérhetővé a betegek számára az asszisztált reprodukció eljárásához közvetlenül kapcsolódó gyógyszerkészítmények.

Egyedi méltányossági támogatás:

A támogatási rendszerbe még be nem fogadott terápiás területek gyógyszerei – mint például egyes drága, új innovatív gyógyszerek, ritka betegségek gyógyszerei esetén a támogatásról szóló döntések megszületéséig a betegek a biztosítóhoz egyedi méltányossági támogatási kérelmet nyújthatnak be. Az elmúlt évek során az egyedi méltányossági kérelmek száma megnövekedett. 26,1 Mrd forint összegben, több mint 20 ezer kérelmet támogatott az egészségbiztosító 2019-ben.

A támogatás 90%-át a legújabb terápiákra fordították. Az egyedi méltányossági támogatásra fordított kiadások nagyrészt olyan betegcsoportok számára kiemelkedően hatásos innovatív terápiák költségeit fedezik, amelyekkel lehetőség van a legsúlyosabb betegségben szenvedők kezelésére.

Az egészségbiztosító tájékoztatása – a gyógyszerári vényforgalmi adatok - alapján a gyógyszerek egyedi méltányossági támogatására fordított kiadások a 2010-es 5,1 Mrd forinthez képest 2019-re több mint ötszörösére, 26,1 Mrd forintra emelkedett. A ritka betegségek kezelésére fordított kórházi egyedi méltányossági támogatás összege pedig a 2015-ös 3,8 Mrd forintról 2019-re 11,5 Mrd forintra, azaz mintegy háromszorosára növekedett.

II. Gyógyszerellátás – gyógyszertárak

A 2006–2010. közötti gyógyszerári liberalizáció számtalan negatív hatással járt: 1 a gyógyszertárak tulajdonosai között megnőtt a pénzügyi befektetők aránya, off-shore cégek jelentek meg, romlott az ellátás színvonala, a rendszer eladósodottsága fokozódott. A 2010 óta eltelt időben:

- szükséglet alapúvá tettük a gyógyszerári létesítést;
- a gyógyszerári működtetés során a gyógyszerész személyes szakmai felelősségvállalását helyeztük a középpontba, kizártuk az off-shore cégeket;
- megalkottuk a gyógyszertárak többségi gyógyszerészi tulajdonba kerülését garantáló törvényi szabályokat (2014. 01. 01. 25%; 2017. 01. 01. 50%);
- a törvényi feltételek megteremtésén túl elindítottuk a gyógyszerészi tulajdonosi programot (patika hitelprogram – államilag támogatott 3%-os hitel; patika tőkeprogram);
- a gyógyszertárakat visszaintegráltuk az egészségügyi rendszerbe, és elindultak a népegészségügyi programok.

E fentiekhez kapcsolódó eredményként értékelendő, hogy a gyógyszerárak tulajdonlására vonatkozó szabályozás miatt az Európai Unió Bizottsága 2014-ben – 1,5 éves előzetes pilot eljárást követően – Magyarország ellen indított kötelezettségszegési eljárását 2017 júliusában szankció nélkül lezárta.

A költségvetési konszolidáció keretében a gyógyszerátogatási rendszer átalakítása során kiemelt figyelmet fordítottunk a közvetlen lakossági gyógyszerellátás rendszerének biztonságos működésére, amelynek során:

- 2013. évtől a betegek gyógyszerbiztonságának javítása érdekében anyagilag is elismerjük a gyógyszerészek ez irányú tevékenységét, amely a gyógyszerárak részére jutott gyógyszerári szolgáltatási díjban ölt testet, ennek összege évi 4,5 Mrd Ft.
- 2013-tól megerősítettük a kistélepülések gyógyszerellátását biztosító finanszírozási rendszerét. 2013-at megelőzően a kis forgalmú, egy település gyógyszerellátását egyedül biztosító gyógyszertárak működési célú támogatása egyrészt a nagyobb – támogatott gyógyszerek forgalmazásából származó – árréstőmeggel rendelkező közforgalmú gyógyszertárak szolidaritási díjként történő befizetéseiből, másrészt költségvetési támogatásból történt. 2013-tól azonban megszűnt a nagyobb forgalmú gyógyszertárak szolidaritási díj fizetési kötelezettsége, és a kisforgalmú gyógyszertárak támogatása teljes mértékben (700 millió forint) költségvetési támogatásból történik. Évente mintegy 350 kispatika és ehhez kapcsolódó mintegy 130 fiókgyógyszertár kap támogatást. Ez az összeg 2018-tól 350 millió Ft-tal 1,050 Mrd Ft-ra emelkedett, és 390-re bővült a támogatható gyógyszertárak száma.
- a 2012-től bevezetett generikus ösztönző rendszer keretében a gyógyszertárak évente 3,6 milliárd forint támogatást kaptak, amely 2018-tól 4,1 Mrd Ft/év összegre emelkedett.

2013. január 1-jétől a 90, illetve 98%-os normatív támogatással rendelhető gyógyászati segédeszközök közül **19 termékör esetében az áfa mértéke 27%-ról 5%-ára csökkent.**

2016. január 1-jétől új csoport megnyitását követően az oda befogadásra kerülő eszközök esetén kötelező a támogatásvolumen-szerződés megkötése, ami elősegíti az új terápiás területek normatív támogatásba történő befogadását.

2018. január 1-jétől az Egészségügyi Technológia-értékelő Bizottság a gyógyászati segédeszközök befogadási rendszerében is szerepet kapott.

Új támogatási területek:

- karbonszálás peroneus ortézisek, amelyek a láb-bénulással élők járását segítik
- hidroaktív kötszerek antiszeptikummal: intelligens kötszer, ami lehetővé teszi a nedves sebkezelést
- beszélő vércukorszint-mérők (támogatás külön csoportban, mellyel nő a támogatásuk)
- pásztázóbotok a vakok és gyengénlátók részére
- támogatással igénybe vehető eszközök hozzáféréseinek javítása:
 - az alvási apnoe ellátásában használatos CPAP és BiPAP készülékek hozzáférhetővé váltak 18 év alattiak részére is emelt támogatással

- a terhességi cukorbetegségben szenvedők is támogatással juthatnak hozzá a vércukorszint-mérőhöz használt tesztcsíkokhoz
- az inzulinpompát emelt támogatással 18 év helyett 24 éves korig vehetik igénybe a nappali tagozaton tanulók

Egyéb betegellátást javító intézkedések:

- egyes gyógyászati segédeszközök egyedi méltányosság keretében kölcsönözhetővé váltak (pl. elektromos tornáztató berendezéssel, amely segítséget nyújt a betegek otthoni rehabilitációs ellátásban)
- lehetővé vált a támogatással igénybe vehető eszközök alkatrész-cseréjének, valamint normatív szabályoktól eltérő indikációban való rendelésének egyedi méltányossági támogatása

2020. január 1-jétől az 1-es típusú cukorbetegségben szenvedők számára a folyamatos szöveti cukorszint monitorozását szolgáló eszközök (glükóz szenzor és távadó), támogatással elérhetőek. A gyermekek számára az inzulinpumpa tartozékok támogatása 90%-ról 98%-ra emelkedett. A gyermekek az inzulinpompát és tartozékait közgyógyellátás keretében is igénybe vehetik.

IV. Az új pszichoaktív anyagok szabályozásának alakulása

2015-2017. során az új pszichoaktív anyagokra vonatkozó szabályozásban a szerkezeti leírások módosításával és 33 egyedi új pszichoaktív anyag felvételével bővült az új pszichoaktív anyagok jegyzéke, amellyel így az Európában bejelentett anyagok szinte teljes köre (mintegy 500 anyag) ellenőrizhetővé vált.

Nemzetközi összehasonlításban megállapítható, hogy az új pszichoaktív anyagokkal kapcsolatos hazai szabályozás korszerű, rugalmas, és rendkívül szigorú, valamint az egyik leggyorsabb eljárást teszi lehetővé Európában.

2.2.5. Ágazati humán erőforrások

Az egészségügyi ellátórendszer működőképességének egyik alapfeltétele a megfelelő számú és végzettségű egészségügyi szakember megléte. Egészségügyi tevékenységet 2019. december 31-én 34 137 fő orvos, 7 145 fő fogorvos, 8 123 fő gyógyszerész, 1 362 fő egyéb klinikai végzettségű egészségügyi dolgozó és 107 960 fő szakdolgozó volt jogosult önállóan végezni.

Az alapnyilvántartásba 2019-ben felvett személyek száma a megelőző nyolc év átlagához viszonyítva az orvosok esetében 13,2%-os mértékben, a fogorvosok esetében 3,5%-os mértékben, a gyógyszerészek esetében 10%-os mértékben emelkedett, míg az **egészségügyi szakdolgozók esetében 5,1%-os mértékű csökkenés figyelhető meg.**

2011 és 2015 között a **szakdolgozók száma** a korcsoportos eloszlás alapján a 35-49 éves kategóriában volt a legmagasabb. Az utóbbi négy évben ez a megállapítás ugyanakkor már a 40-54 éves kategóriára is igaz. Ennek magyarázata a 40 és 59 év közötti szakdolgozói létszám emelkedése mellett az, hogy a korábbi évek során a 35-39 éves korosztály létszámában megfigyelt csökkenő tendencia tovább folytatódott. Magyarországon 1000 lakosra 6.6 ápoló jut.

A relatív (orvos) és az abszolút (szakdolgozó) szakember hiány az elmúlt nyolc évben csökkent. A kormány - a rendelkezésre álló erőforrásai segítségével – számos intézkedést tett a helyzet javítására (bérfejlesztés, ösztöndíjrendszerek bevezetése, munkakörülmények javítása, stb.), melynek hatásai már érezhetők.

Nő az orvosi pályát választók száma, és folyamatosan csökken az elvándorló orvosok száma.

	Orvosok száma (ezer lakosra nézve)		Orvosi diplomák száma (100 ezer lakosra nézve)		Ápolók (ezer lakosra nézve)		Ápolói diplomák (felsőfok és középfokú szakképzettség is) száma (100 ezer lakosra nézve)	
	2010	2017	2010	2017	2010	2017	2010	2017
Magyarország	2,9	3,3	10,4	14,4	6,2	6,5	28,6	61,9
EU28	3,2	3,5	10,9	13,3	7,3	7,2	37,2	37,7
OECD	3,1	3,4	10,3	12,7	8,5	8,7	39,4	45,0
Magyarországnál alacsonyabb értékkel rendelkező tagállamok	Lettország Franciaország Szlovénia Belgium Románia Egyesült Királyság Lengyelország stb.		Észtország Németország Norvégia Lengyelország Svédország stb.		Észtország Spanyolország Olaszország Lengyelország Bulgária Görögország stb.		Franciaország Németország Lengyelország Szlovákia Belgium stb.	

Az egészségügyi szakemberek bére 2010-hez képest jelentősen emelkedett és jelenleg is emelkedik. A 2010. évi bruttó keresetekhez képest

- az orvosok 2019. évi havi átlagos bruttó keresete 114,4%-os mértékben
- az egészségügyi szakdolgozók 2019. évi havi átlagos bruttó keresete 106,1%-os mértékben
- az egyéb egészségügyi dolgozók 2019. évi havi átlagos bruttó keresete 94,6%-os mértékben emelkedett.

(Forrás: OECD Ország jelentés 2019, Egységes egészségügyi ágazati humán erőforrás-monitoringrendszer 2019)

Az egészségügyi ellátórendszer előtt álló fő kihívások

Az európai népesség, így hazánk lakossága is öregszik, mely **előregedő tendencia** egyre nagyobb terhet jelent az egészségügyi ellátórendszer számára. A **növekvő betegszám** ellátásához megfelelő számú szakembernek kell rendelkezésre állnia, azonban a megfelelő utánpótlás biztosítása nagy kihívást jelent szerte a világon, így nálunk is. Az **egészségügyi személyzet létszáma** elmarad a humán erőforrás-igénytől, ami több okra is visszavezethető. Az előregedés, az orvosok és szakdolgozók **elváándorlása**, a jobb kereseti lehetőség vonzerőt

jelent a külföldi munkavégzés szempontjából. Az ágazati humánerőforrás-hiány pedig hosszú várakozási időhöz és ellátásszervezési problémákhoz vezet.

A Humánerőforrás Monitoring Rendszer adatai alapján a **kivándorló szakemberek száma** csökken.

2.2.6. Digitális egészségügy

A digitális átmenet napjaink egyik meghatározó folyamata, amely új lehetőségeket kínál az élet minden területén, akár gyökeresen új megoldások megteremtésével és azok széles körű elérhetővé tételével.

Ennek az átalakulásnak az egyik legnagyobb nyertese az emberek egészsége és az egészségügy, hiszen elérhető közelségbe kerül számos betegség célzott gyógyítása, a társadalom széles körének könnyebbé válik az egészséges életmód kialakítása a mindennapokban, emellett pedig támogatja a rendelkezésre álló erőforrások minden eddiginél hatékonyabb felhasználását.

Az élet legtöbb területét átható digitalizáció mellett azt is látjuk, hogy az egészség társadalmi szintű biztosítása új, a jelenlegi egészségügyi alrendszereket meghaladó eszközrendszerrel igényel, amit jól tükröz az WHO „Egészséget minden szakpolitikába” programja, valamint az a tény, hogy azok az országok a legsikeresebbek az egészségben leélt életek növelésében, amelyek egészség-ökoszisztémában gondolkodnak, annak szabályozását és működtetését valósítják meg. Az ezen két nagy folyamatot egységbe foglaló digitális egészség modell olyan társadalmi programként tud megvalósulni, amely az ágazatokon átnyúló stratégiával és akciókkal valósítható meg.

Európában az egészségügy egységesítésének vagyunk tanúi, egyrészt egy természetes együttműködési folyamat részeként az egészségügy és az egészségpiac szereplőinek határon átnyúló programjai révén, másrészt pedig olyan irányított programoknak köszönhetően, mint a határokon átnyúló adatsere standardizálása és az egységes európai egészségügyi adattér kialakítása, a hozzá kapcsolódó egységes szolgáltatások kialakításával, ezt célzó fejlesztési programok finanszírozásával.

A lokális és szakterületi integrációs megoldásokat követően állami szinten indult program eredményeként létrejött az **Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT)**. 2017-től az EESZT az egészségügyi szolgáltatók összekapcsolásával és az integrált együttműködésre építő új szolgáltatásokkal nyitott teret mind az ellátói, mind a páciens oldal számára. Lényegében tehát az EESZT vált a hazai e-health megoldások integrált platformjává, amelyen keresztül megvalósulhatnak az e-health stratégiára épülő operatív programok.

Hazánk a digitális egészségügy alapjainak lerakásában élen járt az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér kifejlesztésével és országos szintű használatba vételével. Ez az infrastruktúra digitális közszolgáltatásként továbbra is Európa legjobbjára, amelynek megfelelő hasznosulásához az egészségügyi ágazatot és az egészség társadalmi szintű kiszolgálását biztosító szolgáltatásrétegre van szükség, amely mind technológiájában, mind elérhetőségében, mind felhasználói értékében sokféle célnak és szükségletnek kell megfeleljen. Az egészségügy digitalizációjának és az egészséginformatikai megoldások

integrációjának világszerte, így hazánkban is jelentős lökést adott a 2020 során zajló COVID-19 pandémia.

2.3. Az egészségügyi ágazat finanszírozása

2.3.1. Finanszírozási rendszer megerősítése

A Magyar Kormány az egészségügyi ellátórendszer hosszútávú fenntarthatósága, az intézmények likvid működése, illetve a kórházaknál évről-évre felhalmozódó adósságállomány felszámolása érdekében kiemelt prioritásként tekint a finanszírozás kérdéseire.

A jelenlegi közfinanszírozás mértéke mellett is lehetséges és feltétlenül szükséges is a **források hatékonyabb allokálása és a finanszírozás-technikáknak olyan kialakítása, ami jobban támogatja a népegészségügyi célokat és feszebb gazdálkodást eredményez.** Az önmagában ilyen módon elérhető hozadék azonban véges. Elsősorban jobb gazdálkodást eredményezhet, ellátásbeli minőségi ugrást azonban csak korlátozott mértékben. Az egészségügyi rendszer fejlesztésében a **lakóhely közeli ellátások erősítése** – alapellátás és járóbeteg-szakellátás, otthonápolás – kiemelt prioritást élvez; fontos cél, hogy a ráfordítások növelésén belül az alap- és járóbeteg-ellátás számára a forrásokat átcsoportosítsuk.

2.3.2. Jövőkép és célok

Az egészségügyi rendszer eredményesebb működését ösztönözheti a **nyújtott ellátások minőségének mérése**, és annak beépítése az egészségügyi finanszírozás szabályozásába, rendszerébe. A mért ellátási kiadások képezhetik az alapját annak, hogy az egészségügyi rendszert érintően hol szükséges a változtatás, vagy új irány bevezetése a fenntarthatóság érdekében. A **hatékony ellátási struktúra, a valós költségeken alapuló finanszírozás és az átlátható és hatékony kórházi gazdálkodás segítheti elő a kórházi adósság újratermelődése és az évenkénti konszolidáció elkerülését**, a fenntartható működés elérését.

Az egészségügyi ellátások finanszírozását olyan módon szükséges biztosítani, hogy az **eredményes és minőségi gyógyítás** mellett az **adósságmentes gazdálkodást** is szolgálja.

2.3.3. Az egészségügyi ellátórendszerből kizárt, ingyenes egészségügyi ellátásra nem jogosult személyekre vonatkozó hatályos jogszabályi környezet

A társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátások fedezetéről szóló 2019. évi CXXII. törvény (Tbj.) 46. § (2) bekezdése szerint, ha az egészségügyi szolgáltatási járulékfizetésre kötelezett személy a 43. § (1) bekezdés a) pontja szerinti **fizetési**

kötelezettségét nem teljesíti és az ebből keletkező hátralék összege meghaladja az egészségügyi szolgáltatási járulék havi összegének hatszorosát a Társadalombiztosítási Azonosító Jel (a továbbiakban: TAJ szám) egészségügyi szolgáltatás igénybevétele vonatkozásában érvénytelen, **az egészségügyi szolgáltatás térítésmentesen nem vehető igénybe**. Az állami adó- és vámhatóság az egészségügyi szolgáltatás járulékfizetési kötelezettség nem teljesítéséből keletkező hátralékról szóló adatot átadja a biztosított nyilvántartás kezeléséért felelős szerv részére, amely ez alapján a TAJ számot egészségügyi szolgáltatás igénybevétele céljára érvényteleníti. A biztosítottak nyilvántartás kezeléséért felelős szerv a TAJ számok érvényességét az állami adó- és vámhatóságnak a tartozás megfizetéséről vagy a fizetési kedvezmény engedélyezéséről szóló adatszolgáltatását követő naptól állítja vissza. A tartozás utólagos megfizetése nem eredményezi a TAJ szám visszamenőleges érvényességét.

Az új rendszerben csak az a tartozás számít, amely 2020. július 1-e után keletkezett. A 2020. június 30-ig fennálló tartozás az ellátás igénybevétele közvetlenül nem érinti, a NAV azt más adótartozással azonos módon kezeli.

Az egészségügyi ellátás minden magyar állampolgárnak jár, aki a Tbj. 6. § alapján biztosított, vagy a 22. §-a alapján egészségügyi szolgáltatásra jogosult.

Az egészségügyi szolgáltatási járulékot csak annak a személynek kell fizetnie, aki az egészségügyi ellátásra a fentiek egyike alapján sem jogosult. **A szolgáltatók a sürgősségi ellátást eddig is és ezután is azonnal, a jogviszony előzetes vizsgálata nélkül nyújtják, ezek nem tagadhatóak meg senkitől.** Annak, aki nem, vagy érvénytelen TAJ számmal rendelkezik – a korábbi gyakorlat szerint eljárva – utólag kiszámlázzák a kifizetendő összeget.

A szociálisan rászorulóknak a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény garantálja az ingyenes állami egészségügyi ellátást, éppen úgy, mint a nyugdíjasoknak, a diákoknak, a kismamáknak, hajléktalanoknak, valamint az álláskeresőknak arra az időszakra, amely alatt álláskeresői járadékra jogosultak. Amennyiben valaki vagyoni, jövedelmi helyzete miatt nem tudja megfizetni az egészségügyi szolgáltatási járulékot, akkor is lehetőség van arra, hogy kapjon ingyenes orvosi ellátást – ha kezdeményezi az illetékes járási hivatalnál, hogy állapítsák meg szociális rászorultságát, az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele céljából.

A Tbj. alapján ugyanis **aki szociálisan rászorult** (ha a rászorultság tényét bizonyítvány igazolja), **az egészségügyi szolgáltatásra jogosult**. Ez a gyakorlatban úgy valósul meg, hogy a szociálisan rászorult személyekről a járási hivatal nyilvántartást vezet, és a rászorultságot bejelenti az egészségbiztosítási szerv felé.

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló törvény szerint szociálisan rászorult az lehet:

- akinek családjában az egy főre jutó havi jövedelem nem haladja meg az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének 120 százalékát (2008. óta ez az összeg havi 34 200 forint), vagy

- aki egyedül élő és havi jövedelme nem több, mint az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének 150 százaléka (ez az összeg 2008. óta 42 750 forint) és
- családjának nincs vagyona.

A hajléktalan emberek egészségügyi ellátáshoz való joga

A sürgősségi betegellátás és az alapellátás mindenki számára ingyenesen hozzáférhető. Az egészségügyről szól 1997. évi CLIV. törvény értelmében sürgős szükség esetén minden betegnek joga van az életmentő, illetve a súlyos vagy maradandó egészségkárosodás megelőzését biztosító ellátáshoz. A szakellátás TAJ kártyával rendelkezők részére ingyenes. Az ellátáshoz való hozzáférést biztosító iratok (személyi igazolvány, TAJ kártya) pótlásában a hajléktalan-ellátó szolgálatok tudnak segítséget nyújtani. Az állandó lakcímmel nem rendelkezők fekvőbeteg ellátása a KÁNY alapján történik. A TAJ kártyával nem rendelkező hajléktalan betegek a NEAK finanszírozással működő **Egészségügyi Centrumokban** részesülhetnek 24 órás ellátásban. Ezek az intézmények lehetővé teszik a hajléktalan betegeknek a fertőtlenítést is, majd miután alkalmassá tették a kórházi kezelésre, kórházi vagy egyéb egészségügyi ellátást nyújtó intézmény felé közvetítik őket.

Igazán hatékonyak bizonyulnak a mobil, a hajléktalan embereket közvetlenül felkereső egészségügyi ellátások. Budapesten ilyen a **Magyar Máltai Szeretetszolgálat** által működtetett **Mozgó Orvosi Rendelő**, amely a diszpécierszolgálat mozgósítására felkutatja az estik órákban a hajléktalan betegeket. A BMSZKI Fapados Mozgó Orvosi Rendelése hetente rendszeresen felkeresi a fővárosban az éjjeli menedékhelyeket. A gyakorlat azt mutatja, hogy igen nagy szükség van ezekre a speciális egészségügyi ellátórendszerekre, az itt dolgozó egészségügyi személyzet fel van készülve a hajléktalanok speciális szükségleteire és halmozottan hátrányos egészségi állapotára.

2.4. Az egészségügyi tudományos légkör általános helyzetképe

A modern egészségügyi/élettani tudományok vívmányainak köszönhetően nagyon sok betegség tekintetében a medicina az innováció korszakát éli. A betegségmegelőzés előtérbe került, a krónikus betegségek esetében a klinikai kutatások fókusza egyre inkább az élettartam meghosszabbításáról a teljes gyógyítás és a minőségi életvitel irányába tolódott el.

Az áttörések komoly lehetőségeket hordoznak magukban és potenciálisan javíthatják a magyar betegek gyógyulási esélyeit és életminőségét. **Az új biotechnológiai, bioinformatikai vívmányok és a digitalizáció összehangolt megjelenése a klinikai vizsgálatokban megkívánja hazánkban is a klinikai és transzlációs kutatási tevékenységek átstrukturálását, hatékonyabbá és transzparensbé tételét.** Ez elkerülhetetlen annak okán is, hogy a nemzetközi klinikai kutatásokban hazánk továbbra is a régió egyik előkelő helyet elfoglaló tagjaként tudjon részt venni.

A nagy klinikai vizsgálatok több országra kiterjedő és több központban folyó kutatások. Ezek között különösen jelentősek a klinikai gyógyszervizsgálatok, amelyekben hazánk Európa éllovasa, és amelyek a magyar K+F+I szektor teljesítményének és bevételének közel 20%-át teszik ki. Hasonló rendszerben működnek a klinikai felhasználásra szánt műszerekkel folytatott kutatások is és ezen a téren európai összehasonlításban Magyarország pozíciója szintén előkelő. Ez elsősorban a hazánkban működő hatékony hatósági engedélyezési mechanizmusból, a jól-képzett és motivált szakember gárdából, a sajnálatosan széleskörű és nagyszámú beteganyagból és a töretlenül fejlődő orvostechonikai infrastruktúrákból adódik. Továbbá az EESZT létrehozásának köszönhető lehetőségek kihasználása kimagasló jelentőséggel bír a kutatás érdekében. E vizsgálatok egyaránt folynak országos intézetekben, kórházakban és egyetemeken.

Mindezek fényében társadalmi és gazdasági érdek, hogy további nemzeti hálózatok jöjjenek létre az 5 Nemzeti Egészségügyi Programban meghatározott célok megvalósítása érdekében, amelyek tudományos tevékenységei egységes stratégia mentén központilag legyenek koordinálva és finanszírozva (pályázati úton) a kormány és az egészségügyi ágazatirányítás által meghatározott prioritások figyelembe vételével.

Az egészségügyi kutatásfejlesztés az egész világon olyan szakmai szervezetek, testületek irányítása alatt áll, amelyek szakmai kutatási-fejlesztési programokra és ezek finanszírozására vonatkozó javaslattevő, véleményező, illetve engedélyező tevékenységüket a kormányzattal szoros együttműködésben végzik. Ilyen jellegű szervezetekre jól ismert példa az MRC Nagy-Britanniában vagy az INSERM Franciaországban, és ilyen logika szerint működik az NIH is az Amerikai Egyesült Államokban. A V4 országok és a régió tekintetében Lengyelországban összehangolt, szervezett kormányzati döntések mentén létrehoztak egy egészségügyi tudományos központot (Medical Research Agency, továbbiakban: MRA) amelynek tevékenységei mára mind a klinikai vizsgálatok, mind az ezekben résztvevő betegek számának a növekedését is eredményezte.

Jelenleg hazánkban nem létezik olyan intézmény, amely kizárólag az orvostudományi kutatások fejlesztésére és támogatására szakosított.

Ezért **a hazai sajátosságok figyelembe vételével** – elsősorban az amerikai példát szem előtt tartva – **cél az egészségügyi kormányzat mellett működő szakmai testület és szervezet létrehozása az ágazat tudományos tevékenységeinek koordinálására.**

3. 2014-2020. közötti fejlesztések, eredmények

(Az Egészséges Magyarország 2014–2020 Egészségügyi Ágazati Stratégiában szereplő intézkedések megvalósításának tapasztalatai)

A Kormány az „Egészséges Magyarország 2014–2020” Egészségügyi Ágazati Stratégia elfogadásáról szóló 1039/2015. (II. 10.) Korm. határozatával jóváhagyta az egészségügyi ágazat stratégiáját. A stratégiában foglaltak kijelölték az egészségügyi ágazat számára a 2014-2020-as időszakra vonatkozó fő célokat, amelyek között szerepelt az egészségügy működési hatékonyságának növelése, az így felszabaduló források prevencióra és ellátásfejlesztésre való átcsoportosítása, a meglévő források optimális felhasználásával a legtöbb egészségérték

megőrzése. Prioritásként határoztuk meg az egészségügyi alapellátás új alapokra helyezését, prevenciós tevékenységének erősítését, a járóbeteg-szakellátás megerősítését, egy fenntartható, jól működő intézményrendszer kialakítását.

Az „Egészséges Magyarország 2014–2020” Egészségügyi Ágazati Stratégiában foglaltak alapján a 2014–20-as fejlesztési ciklusban olyan jövőkép fogalmazódott meg, amely a társadalom és az ágazat számára is egyértelművé tette az egészségügyi ellátórendszer megújításának irányát. Általános célként fogalmazódott meg 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.

A Kormányzat egyik kiemelt politikai és társadalmi célja a munkaalapú társadalom kialakítása volt, amelynek 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.), amellyel az aktív kórházban töltött idő csökkenthető, és amellyel az állampolgárok mielőbbi, kevesebb szövődménnyel járó gyógyulását és mielőbbi munkába állását lehet elő segíteni, hozzájárul az E-Alap egyensúlyának fenntartásához, valamint a teljes foglalkoztatottság eléréséhez, amelyhez nemcsak jól képzett, hanem nagyszámú, egészséges munkaerő is szükséges.

Fenti célokkal összhangban a megkezdett átfogó strukturális változások folytatásához került sor a 2014–2020-as uniós fejlesztési ciklusban az **Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív Program (EFOP)** keretében tervezett egészségügyi fejlesztésekre. Többek között célként fogalmazódott meg az egészségügyi ellátórendszer humán erőforrás helyzetének, az ellátórendszer prevenciós kapacitásának javítása; az alapellátás megerősítése, az egészségügyi ellátórendszer prevenciós szemléletű áthangolása, illetve a betegútmenedzsment optimalizálása. A tervezett fejlesztések továbbá a hiányszakmákhoz, illetve hiányterületekhez kapcsolódó fejlesztéseket (pl. sürgősségi ellátás, gyermekpszichiátria, patológia, pszichiátria, addiktológia) és az infrastruktúra hatékonyságának optimalizációját is célozták.

Az EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkárság a 2015. december 31-én lezárult 7 éves uniós programozási időszak fejlesztési célkitűzéseit folytatva a 2014–2020-as fejlesztési ciklusban is az egészségügyi ellátás minőségének javítását tűzte ki célul, melynek eredményeképpen mind az egészségügyi infrastruktúrában, mind az ellátást nyújtó személyi feltételrendszerben további, folyamatos minőségi és mennyiségi javulás várható.

A kevésbé fejlett régiók fejlesztését célzó egyes egészségügyi programok a Közép-Magyarországi régióban is elérhetőek a **Versenyképes Közép-Magyarország Operatív Program (VEKOP)** keretében összességében **16,149 milliárd forint** összegben. Az egészségügyi ágazatban megvalósuló fejlesztések támogatására más operatív programok is lehetőséget biztosítanak, így a **Környezeti és Energiahatékonysági Operatív Program**

(KEHOP) keretében az energetikai korszerűsítés, vagy a **Terület- és Településfejlesztési Operatív Program (TOP)** keretében az egészségügyi alapellátás, illetve a **Közigazgatás-és Közszolgáltatás-fejlesztés Operatív Program (KÖFOP)** keretében az egészségügyi ellátási rendszer pénzügyi irányítási és közigazgatási funkcióinak megújítása területén **összességében mintegy 81,3 milliárd forint támogatási összegben.**

Összességében 2020 novemberéig az EFOP és VEKOP keretében **28 db egészségügyi fejlesztés, mintegy 324,5 milliárd forint** összegben hirdettünk meg az egészségügyi ellátórendszer fejlesztésére, jelenleg a fejlesztések döntő többsége folyamatban van.

2020. IV. – 2021. I. negyedéve között – a járványügyi helyzettel kapcsolatos feladatokat is figyelembe véve – az *Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív Program éves fejlesztési keretének megállapításáról szóló 1037/2016. (II. 9.) Korm. határozat* módosítására tekintettel, további 5 új egészségügyi konstrukció várható, mintegy **55,12 milliárd forint** összegben, melyek közül az alábbiakban szereplő 2. és 3. konstrukció meghirdetésére már sor került:

1. EFOP-1.8.22-20 „*Alapellátás fejlesztése*” (keretösszeg: 25 milliárd forint)
2. EFOP-2.2.0-16 „*Új Nemzeti Biztonsági Laboratórium fejlesztése*” (keretösszeg: 11,96 milliárd forint, melyből indikatív önerő 3,59 milliárd forint)
3. EFOP-2.2.0-16 „*Rugalmas egészségügyi reagálóképesség labor hátterének fejlesztése*” (keretösszeg: 3 milliárd forint, melyből indikatív önerő 0,9 milliárd forint)
4. EFOP-2.2.21- „*Állami egészségügyi intézmények higiénias körülményeinek infrastrukturális fejlesztése*” (keretösszeg: 2,66 milliárd forint, melyből indikatív önerő 0,66 milliárd forint)
5. EFOP-2.2.22-20 „*Onkológiai és kardiológiai eszközpark fejlesztése*” (keretösszeg: 12,5 milliárd forint, melyből indikatív önerő 1,5 milliárd forint).

3.1. Népegészségügy

Korai felismerés - szekunder prevenció: szűrővizsgálatok

Az orvostudomány mai állása szerint, a betegségteher mérséklésére hosszú távon a *betegségmegelőzés*, a halálozás mérséklésére közép- és rövidtávon a *szűrővizsgálat* a legígéretesebb stratégia.

Népegészségügyi célú, célzott (szervezett) szűrések

Magyarországon kiépült a népegészségügyi célú, célzott (a továbbiakban: szervezett) szűrővizsgálati rendszer az életkor alapján veszélyeztetettnek minősülő céllakosság minél nagyobb számban történő bevonására. [51/1997. (XII. 18) NM rendelet 3. mellékletében rögzítetten: *a 45-65 év közötti nők két évenként végzett emlőszűrése* (mammográfia); *a 25-65 év közötti nők* egyszeri negatív szűrővizsgálata után 3 évenként megismételt *méhnyak szűrővizsgálata* (citológia)]

A szervezett szűrések körének kiszélesítése keretében a szervezett vastag-és végbélszűrés országos kiterjesztése 2018. évben indult, valamint 2014. évtől modellvizsgálat zajlik az alacsony sugárdózisú többszeletes CT-vizsgálattal (LDCT) történő tüdőrák szűrés (HUNCHEST program) az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet koordinációjában.

- a 45-65 év közötti nők kétévenként végzett emlőszűrése (mammográfia);
 - A szervezett emlőszűrési feladatot országos lefedettséggel, mammográfias szűrővizsgálatra és klinikai betegkövetésre egyaránt alkalmas ún. ”komplex szűrőközpontok” látják el – az utóbbi időszak fejlesztései eredményeként - a teljes veszélyeztetett népesség vizsgálatára alkalmas kapacitással.
- a 25-65 közötti nők egyszeri negatív szűrővizsgálata után 3 évenként megismételt méhnyak szűrővizsgálata (citológia);
 - A népegészségügyi célú méhnyakszűrésen való részvétel növelését célozza a „Helybe vesszük a vizsgálatokat” program (részletes leírás: lásd lent). Ennek keretében „közel viszik” a népegészségügyi célú méhnyakszűrést a kistelepüléseken élő nőkhöz, olyan nőket is megnyernek a szűrésre, akik korábban 10, vagy annál több éve nem voltak nőgyógyásznál.
- 2018. év novemberétől zajlik az 50-70 év közötti férfiak és nők kétévenkénti szűrővizsgálata. A vastag-és végbélrák tekintetében veszélyeztetett 50-70 év közötti férfiak és nők szűrővizsgálatának ajánlott módszere kétlépcsős: (1) a székletbeli rejtett vér immunkémiai kimutatása, (2) a széklet-vérteszt által, nem negatív eredménnyel kiszűrtek esetében teljes, minőségi kolonoszkópos vizsgálat a vérzésforrás megállapítására.
A szervezett vastagbélvizsgálás célja ezen átlagos kockázatú személyekben kialakuló korai vastagbélrák megelőző állapotának felfedezése és eltávolítása, valamint a már kialakult korai stádiumú daganatok felfedezése és mielőbbi kezelésbe juttatása.
- Alacsony dózissal CT-vel végzett tüdőrákszűrés. A különböző vizsgálatok eddig publikált eredményeit összevetve 2017-ben elkészült európai szakértői ajánlás sürgeti az Európai Bizottság és a tagállamok alacsony dózissal CT vizsgálattal végzett tüdőrákszűrés (LDCT) programjának kidolgozását, jól definiált rizikó csoportokban. Magyarországon 2014-től, az Országos Korányi Pulmonológiai Intézetben – egyidőben a nyugati európai országokkal – modellvizsgálat folyik a tüdőrák szempontjából kockázati célcsoportra kiterjedően (55-75 év közötti, ≥ 25 csomagév anamnézissel rendelkező, jelenleg is dohányzó, vagy a dohányzást 15 éven belül abbahagyó egyének). 2019-től kilenc intézmény bevonásával megkezdődik az LDCT szűrővizsgálat országos kiterjesztése. 2020-ban további 11 centrum bevonásával folytatódik a program. A teljes országos kiterjesztéshez 25-30 szűrőállomás bevonása szükséges, vagyis megyeközpontokban egyet, egy-két nagyobb megyében kettőt és a fővárosban 4-5 centrumot.

Mindegyik szűrésnem esetében cél a nemzetközi ajánlás szerinti legalább 70%-os részvételi arány elérése.

„Helybe vesszük a vizsgálatokat” program

A szervezett szűrővizsgálatokon a nemzetközi ajánlás szerinti részvételi arány elérését célozza a „Helybe visszük a vizsgálatokat” program, amely keretében, lakóhelyközeli szolgáltatásként az egyenlő-esélyű hozzáférést 10 db egészségfejlesztési busz segíti. Szűrési ütemtervekben a „Felzárkózó települések” hosszú távú programjában meghatározott települések nevesítésre kerültek. Az egészségfejlesztési buszok – szűrőtesztek végzésével – részt vesznek a SARS-CoV-2 vírus okozta COVID járvány kezelésében is.

Dohányzás visszaszorítása

Az elmúlt évek során Magyarországon számos intézkedés történt a dohányzás visszaszorítása érdekében, az intézkedések a fiatalok és nemdohányzók védelmét is szolgálják.

- Tilos a dohánytermékek közvetlen és közvetett reklámja
- Zárt légterű közterületeken, illetve közintézményekben tilos a dohányzás
- Képekkel kombinált egészségvédő figyelmeztetések a dohánytermékek csomagolásán
- Dohánytermékek értékesítése kizárólag ellenőrzött keretek között működő szakboltokban engedélyezhető
- Ár- és adóintézkedések bevezetése
- Az Országos Dohányzás Leszokás Támogatási Módszertani Központ létrehozása
- Telefonos leszokás támogatás
- Leszokás támogatás a tüdőgondozókban
- Dohányzás Fókuszpont működtetése
- Komplex köznevelésidohányzás megelőzési programok országos elterjesztése a megyei kormányhivatalok és egészségfejlesztési irodák közreműködésével, a dohányzó és a passzív dohányzásnak kitett fiatalok arányának további csökkentése érdekében, a programok eszköztárának folyamatos bővítésével.
- Országos reprezentatív kutatások megvalósítása periodikus jelleggel a dohányzás epidemiológiai helyzetkép folyamatos nyomon követésére és a megelőzési programok hatékonyságának monitorozása céljából.

Az új pszichoaktív anyagok szabályozásának alakulása

Magyarország Európában az elsők között reagált az új pszichoaktív szerek megjelenésére azáltal, hogy 2012-től a 66/2012. (IV. 2.) Korm. rendelettel kialakította a megfelelő jogszabályi háttérrel. Az egyedi anyagok és a szerkezeti leírások folyamatos bővítésével az Európában azonosított és figyelemmel kísért közel 500 új pszichoaktív anyag szinte teljes egészében a jegyzék hatálya alá került, és ennek megfelelően büntethetővé vált illegális használatuk, kereskedelmük.

A népegészségügyi ellátórendszer minőségi fejlesztéséhez a 2014-2020-as programozási időszakban az alábbi konstrukciók a prevenció kapacitás kiterjesztésével, illetve a kapcsolódó módszertani háttér megteremtésével nagymértékben hozzájárulnak:

- **EFOP-1.8.1-16 „Komplex népegészségügyi szűrések**

A kiemelt eljárású, 17,92 milliárd forint keretösszegű (EFOP: 12,53 milliárd forint; VEKOP: 3,97 milliárd forint, hazai forrás: 1,42 milliárd forint) projekt célja, a szervezett lakossági

vastag- és végbélszűrés országos kiterjesztése, az emlő- és méhnyakszűrésen történő részvételi arány legalább 60%-ra növelése, valamint a további szűrővizsgálatok (szájüregi-, humán papilloma vírus szűrés) minta jellegű megszervezése. A projekt keretében a teljes hazai szűrési rendszer szakmai, finanszírozási áttekintése és jogi újraszabályozása megtörténik.

- **EFOP-1.8.0-17 „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése”**

A kiemelt eljárású 41,47 milliárd forint keretösszegű (EFOP: 23,89 milliárd forint; VEKOP: 3,43 milliárd forint; hazai forrás: 14,15 milliárd forint) fejlesztés célja, a minőségében megújult komplex egészségügyi alapellátási és népegészségügyi rendszer létrehozása, a népegészségügyi szolgáltatásokhoz, ismeretekhez való hozzáférés javítása, illetve a megelőzés és egészségfejlesztés, a kialakított közösségi egészség szervezési funkciók és a helyi egészségfejlesztési funkciók meglévő kapacitásainak kibővítése a le nem fedett földrajzi területeken, valamint az egészségfejlesztés feladatrendszerére a mentális egészségfejlesztés funkcióinak ráépítése.

A projekt megbízottsági fejlesztésének elsődleges célja egy olyan szervezeti kultúra, szemlélet megteremtése, amelynek segítségével a dolgozók felismerik a veszélyforrásokat a tevékenységek végzése során és javaslatokat fogalmaznak meg kivédésükre, lehetőség nyílik az előfordult hibák és nemkívánatos események tanulási céllal történő megbeszélésére, továbbá az intézmény vezetése aktívan közreműködik a megbízottság fejlesztésében. A kórházi környezetben végzett egészségügyi ellátás javítása kapcsán szükséges megemlíteni, hogy a fejlesztés keretében – többek között – az alábbi területeken dolgozunk ki módszertanokat: megfelelő kéz higiéné, antimikrobás szerek helyes alkalmazása, egyedi gyógyszerelést támogatása, beteg által behozott gyógyszerek kezelése, műtéti csekklista alkalmazása.

- **EFOP-1.8.19-17 „Az alapellátás és népegészségügy rendszerének átfogó fejlesztése - népegészségügy helyi kapacitás fejlesztése”**

A 3,62 milliárd forint keretösszegű, standard felhívás az ország átfogó népegészségügyi hálózatának kialakításához járul hozzá, és ezen keresztül a lakosság egészségtudatosságának növelését, egészségkultúrájának javítását és a krónikus nem-fertőző betegségek megelőzését célozza a területi egyenlőtlenségek csökkentésével. A jelenleg működő EFI-knek nincs országos lefedettségük és szolgáltatási palettájuk jelenleg nem terjed ki a mentális egészséggel kapcsolatos szakterületekre. Az országos szintű népegészségügyi mutatók javításához elengedhetetlen a területi népegészségügyi intézményrendszer bővítése a minél teljesebb országos lefedettség elérése érdekében. A felhívás keretében - az EFOP-1.8.0-17 konstrukció keretében elkészült módszertani ajánlások szakmai tartalma alapján - a még le nem fedett térségekben új, járási szinten működő mentális egészségfejlesztés funkcióval bővített EFI-k jönnek létre, amelyek koordinálják a járás egészségfejlesztési programjait, összekötő kapocsként működnek az egészségügyi alapellátás, a járóbeteg-szakellátás és az egészségfejlesztési programokat megvalósító szervezetek között. Az EFI-k intézményi háttérrel biztosítanak a betegségmegelőzési, egészségfejlesztési tevékenységhez oly módon, hogy aktívan működtetik, tartós helyi, járási hálózatba integrálják az egészségfejlesztési tevékenységet végző szervezeteket.

- **EFOP-1.8.20-17** „Az alapellátás és népegészségügy rendszerének átfogó fejlesztése - népegészségügy helyi kapacitás fejlesztése a mentális egészség területén”

A standard eljárású, 1,39 milliárd forint keretösszegű felhívás keretében - az EFOP-1.8.0-17 konstrukció keretében elkészült módszertanok alapján - a jelenleg is működő EFI-k mentális egészségfejlesztés funkcióval való kibővítése történik egyidejűleg az EFOP-1.8.19-17 felhívás keretében a még le nem fedett térségekben új, járási szinten működő mentális egészségfejlesztés funkcióval bővített EFI-k létrehozásával. Az EFI-k – közvetlen kapcsolatot kialakítva az egészségfejlesztési programok célcsoportjaival – oly módon javítják az egészségügyi ellátórendszer prevenciós tevékenységét, hogy a háziorvosi szolgálatoktól, a járóbeteg szakrendelésről vagy fekvőbeteg szakellátást követően az EFI-kbe irányított életmódváltásra szorulókat, vagy saját elhatározásukból életmódváltást kezdeményezőket kockázatbecslés alapján életmódváltó programokba vonják be és követik a programokban való részvételüket.

- **EFOP-1.8.10-17** „Komplex egészségvédelem és szemléletfejlesztés a táplálkozás és gyógyszerfogyasztás területén”

A 2 milliárd forint keretösszegű (EFOP: 1,4 milliárd forint, VEKOP: 0,6 milliárd forint) kiemelt eljárású konstrukció célja, a gyógyszer- és élelmiszerbiztonság területén tervezett szakmai programmal hozzájárulni a lakosság egészségi állapotának és egészségtudatosságának javításához, illetve az ellátó rendszer terheinek csökkentéséhez. A fejlesztés egyedi célként tűzi ki az egészséges életmód elterjesztéséhez nélkülözhetetlen egészségkultúra fejlesztését, a hatékony egészségkommunikációt, a helyi egészségkommunikációban részt vevő szervezetek kapacitásfejlesztését, az egészséges választást előmozdító népegészségügyi kommunikációs tartalmak és kapcsolódó események támogatását. A konstrukció keretében megalapozunk egy szolgáltatói szemléletű egészségvédelmi működést, amely alapvetően erősíti meg a lakosság egészségvédelmét, táplálkozással és gyógyszerekkel kapcsolatos ismeretekhez való hozzáférési lehetőségeit, valamint egészséggel kapcsolatos ismereteiket, elősegítve a biztonságos, és a kívánt terápiás hatás eredményességét jelentő gyógyszerfogyasztást, valamint az egészségesebb táplálkozást, beleértve a dohányzás mértékének visszaszorítását is.

Mindennapos testmozgás népszerűsítése

Az egészség megőrzése és védelme *társadalmi felelősség*, melynek egyik alapfeltétele a fizikai aktivitás fokozása a lakosság körében. Az egészséges, mozgásformákban gazdag életmód többek között a túlsúly, elhízás elleni közdelem hatékony eszköze.

A mindennapos, örömteli testmozgás elterjesztése a magyar lakosság körében prioritásként jelent meg az első stratégiában is.

A Magyar Diáksport Napja egy, a Magyar Diáksport Szövetség (továbbiakban MDSZ) által 2006-ban útnak indított kezdeményezés, melynek lényege, hogy évente legalább egy napon a testmozgás jegyében tematizálja a magyarországi iskolák tevékenységét, olyan tárgyköröket feldolgozva, mint az önkéntesség, az alulról szerveződő (grassroots) sport, a társadalmi befogadás vagy éppen az egészségfejlesztő testmozgás (HEPA - health-enhancing physical activity). 2017-ben az Országgyűlés – az ESSD sikerének köszönhetően – minden év szeptemberének utolsó péntekét a Magyar Diáksport Napjává nyilvánította. A program

elismertségét mutatja, hogy a magyar példa mára szerte Európában követőkre talált, és az ERASMUS+ program sport alprogramja segítségével 2019-ban már 4 kontinens 44 országában rendezték meg a Magyar Diáksport Napjára épülő European School Sport Day® tematikus napot a Magyar Diáksport Szövetség koordinálásával, az Egészségügyért Felelős Államtitkárság által nyújtott támogatásból.

Az „Iskolák mozgásban – Egy nap nem elég” program célja évről-évre minél több diákkal, pedagógussal és szülővel megismertetni a fizikai aktivitás nyújtotta pozitív élményeket és örömet, mely megalapozhatja az egész életen át tartó igényt a rendszeres testmozgásra, sportolásra.

Teljeskörű iskolai egészségfejlesztés

Az egészséges életmódra való nevelést a legfiatalabb korosztályoknál kell kezdeni, melynek egyik legfontosabb színterét az iskola adja.

A teljeskörű iskolai egészségfejlesztés 2012-es rendeleti szabályozásával² az iskolában minden gyermek egészségfejlesztő tevékenységben részesül, a gyermekek, tanulók biológiai, társadalmi, életkori sajátosságainak figyelembevételével. A rendelet kimondja, hogy a TIE megvalósulását koordinált, nyomon követhető, mérhető, értékelhető módon kell megtervezni.

3.2. Alapellátás

A magyar egészségügyi alapellátás gondosan megtervezett és irányított fejlesztésével tovább javítható hazánk népességének biztonságos, jó minőségű egészségügyi ellátása, és az ellátás minőségével összefüggő egészségmutatói, életkilátásai. 2010 óta fontos kormányzati intézkedések történtek, megszületett az egészségügyi alapellátásról szóló törvény, szakmai projektek valósultak meg és jelentős forrásbevonásra került sor.

Az alapellátás megerősítése jelenleg is folyamatban van, a praxisközösségek elterjedése, a háziiorvosi életpályamodell kialakítása az ellátás fejlesztését szolgálja. Megoldandó kérdés a betöltetlen praxisok nagy száma, a háziiorvosok idős kora és mindez problémát jelent a gyermek háziiorvosi ellátásban, ahol a gyermek háziiorvosok száma alacsony.

Az intézkedések következtében az elmúlt 9 év alatt 77%-kal nőtt a **háziiorvosi** ellátás finanszírozása. A Kormány 2014-ben elindította a betöltetlen háziiorvosi körzeteket betöltő háziiorvosok letelepedési pályázatát, amelyre 2018-tól már a fogorvosok is pályázhatnak. 2015-től a praxisjoggal nem rendelkező háziiorvosok részére évente írjuk ki a praxisvásárlási pályázatot.

Praxisközösségek kialakításának támogatása

Alapvető ágazati célkitűzés az alapellátás megerősítése, valamint az egészségügyi szolgálati jogviszonyban meghatározott bérekhez való felzárkózás elősegítése, ennek keretében az

² a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról szóló 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet.

alapellátó orvosok praxisközösségbe történő szerveződése, amely elősegíti az egészséges életévek számának növelését, az egészség és életminőség fejlesztését, a magyar falvak megtartó erejének növelését.

Ezen célok mentén az ágazatirányítás kidolgozta, majd a magyar Kormány 2021 januárjában elfogadta a praxisközösségek kialakítását támogató új rendeleti szabályozást.

Ezen szabályozás keretében az alapellátás megerősítésének egyik lépéseként meghatározásra kerültek a praxisközösségek jogi és szervezeti keretei, a praxisközösségi formák típusai, a kapcsolódó tagsági követelmények. Az alapellátás megerősítésének másik lépéseként kibővítésre került a házi orvosok beutalásra való jogosultsága. Legfontosabb új elemként jelenik meg az egészségügyi jogállási törvény hatálya alá nem tartozó alapellátó házi orvosok bértámogatása, amely figyelembe veszi a praxisközösséghez való csatlakozást is. Megjelenik továbbá az egészségügyi jogállási törvény hatálya alá nem tartozó szakdolgozók bértámogatása is (a praxis praxisközösséghez való csatlakozásától függetlenül).

Az alapellátó ügyeleti ellátás akut problémáját az ügyeleti degressziós szorzószámok differenciált emelésével rendezi a jogszabály, további új elemként pedig az alapellátást végző rend- és honvédelmi orvos részére a vényírási és beutalási jogosultság kiterjesztésre kerül.

Kapcsolódó jogszabályi változtatások:

A házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet kiegészítése azt a célt szolgálja, hogy az egyéb szakvizsgával rendelkező házi orvosok a megfelelő személyi és tárgyi feltételek megléte esetén használhassák a praxisukban a szakvizsgájukat. Így a járóbeteg ellátásban történő beavatkozások egy részét az alapellátásban is megkaphatja a beteg (hamarabb részesül a beteg szakellátásban a lakóhelyének közelében és a betegutak egyszerűsödnek).

A törzskönyvezett gyógyszerek és a különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszerek társadalombiztosítási támogatásba való befogadásának szempontjairól és a befogadás vagy a támogatás megváltoztatásáról szóló 32/2004. (IV. 26.) ESzCsM rendelet módosítása azt a célt szolgálja, hogy a rend- és honvédelmi alapellátási tevékenységet végző orvos is, aki *a házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről* szóló 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet szerinti szakorvosi szakképesítéssel rendelkező szakorvos, ugyanolyan jogosultsággal rendelhessen gyógyszert, mint a járóbeteg szakrendelésen tevékenységet folytató szakorvosok.

Azon kívül, hogy a Kormány vonzóvá tette a házi orvosi praxisokat, arra is kiemelt figyelmet fordított, hogy a magyar orvosok hazánkat válasszák hivatásuk gyakorlásához. Ezt a célt szolgálja a szakorvos-, ill. szakgyógyszerész jelöltek számára 2011-ben létrehozott ún. **Rezidens Támogatási Program** ösztöndíj rendszere. Ennek lényege, hogy az ösztöndíjban részesülő szakorvos/szakgyógyszerész jelölt vállalja, hogy a szakképesítése megszerzése után legalább annyi ideig Magyarországon fog dolgozni, ameddig az ösztöndíjat kapta, továbbá a társadalombiztosítás által finanszírozott egészségügyi szolgáltatónál, főállásban (vagy arányosan meghosszabbított részmunkaidőben) szakorvosi/szakgyógyszerészi tevékenységet

fog végezni, illetve az általa nyújtott egészségügyi szolgáltatással összefüggésben paraszolvenciát semmilyen formában nem fogad el. Ennek fejében ösztöndíj típustól függően havi nettó 100 000 forint, 150 000 forint, illetve 200 000 forint juttatásban részesül.

Magyarországon jelenleg **6 ösztöndíj típus működik, háziiorvosi tevékenység vonatkozásában 3 ösztöndíj típus releváns.**

Markusovszky Lajos Ösztöndíj, ez az ösztöndíj az első szakképesítésként a háziiorvostan szakvizsgára készülő szakorvos jelöltek részére biztosít támogatást, havi 100.000 forint összegben.

Méhes Károly Ösztöndíj célja a tartósan betöltetlen házi gyermekorvosi praxisok utánpótlásának biztosítása. Magyarországon házi gyermekorvosi tevékenységet csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvos szakvizsgával rendelkező szakorvos végezhet. A házi gyermekorvosi praxisok feltöltése érdekében csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvos jelöltek részére biztosít támogatást, havi 200 000 forint összegben, a szakorvos jelöltek a szakvizsga teljesítése után vállalják, hogy ugyanazon a településen dolgoznak.

Hiányszakmás Ösztöndíj emelt összegű, havi 150 000 forint ösztöndíjat biztosít a szakképzést hiányszakmában megkezdők részére. A háziiorvostan szakvizsga országos hiányszakmaként került meghatározásra, a háziiorvostan szakképzést 2019-ben megkezdő rezidensek hiányszakmás emelt összegű ösztöndíjban részesülhetnek.

Az elmúlt évek intézkedései hatására 2019-re a **fogorvosi** praxisok átlagos havi bevétele több mint 80 %-kal haladja meg a 2010-es összeget.

A **védőnői** ellátásra fordítható éves keretösszeg 2010 óta 55%-kal emelkedett, amelynek jelentős részét a szolgáltatóknak a védőnők díjazására kell fordítaniuk.

Az alapellátás infrastruktúrájának megújítására az önkormányzatok számára a háziiorvosi rendelők felújítására uniós pályázatokat hirdettünk meg. A Terület- és **Településfejlesztési Operatív Program (TOP)** keretében (TOP-4.1.1-15, TOP-4.1.1-16 és TOP-6.6.1-15, TOP-6.6.1-15) az „**Egészségügyi alapellátás infrastrukturális fejlesztése**” címen 39, 704 milliárd forint keretösszeg állt rendelkezésre. A forrás a helyiségek/épületek fejlesztéséhez kapcsolódóan a működési engedélyben és a finanszírozási szerződésben foglalt tevékenységek végzéséhez szükséges minőségi definitív ellátás biztosításához elengedhetetlen műszer, gép, informatikai és egyéb eszköz beszerzésére volt fordítható.

Nemcsak a jelenlegi rendszer fejlesztése történt meg, hanem a háziiorvosi alapellátás hosszú távú fenntarthatósága érdekében megkezdődött az új, egészségmegőrzést előtérbe helyező struktúra tervezése is. Ennek keretében valósul meg az „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” című EFOP-1.8.0- VEKOP-17-2017-00001 azonosítójú kiemelt projekt, amelynek célja a lakosság egészségi állapotának javítása. A módszertani projekthez illesztve az Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív Program és a Versenyképes Közép-Magyarország Operatív Program keretében az alapellátás és népegészségügy helyi kapacitásainak fejlesztése érdekében mintegy 11,45 milliárd forintból országsszerte 51 praxisközösség és 53 egészségfejlesztési iroda jön létre.

A háziiorvosi alapellátás szakmai megújítását elősegítő, közelmúltban megvalósult és folyamatban levő fejlesztések közül kiemelendő:

- A Svájci- Magyar Együttműködés eredményeként megvalósult az **Alapellátás-fejlesztési modellprogram**, amelyben a megelőzésre és a krónikus betegségben szenvedők gondozására összpontosító, a helyi közösségeket – különösen a roma lakosságot – bevonó egészségügyi alapellátási modellt dolgoztak ki és teszteltek az Észak-magyarországi és az Észak-alföldi régió társadalmilag és gazdaságilag hátrányos helyzetű településein, 24 háziiorvosi praxis bevonásával. Ennek eredményeként javult a diabetes és a magas vérnyomás betegség gondozásának színvonala.
- A **„Három Generációval az Egészségért” Pályázat** kiemelt céljai a dohányzás és a gyermekkori elhízás megelőzése, a szervezett célzott népegészségügyi szűrővizsgálatokon történő lakossági részvétel növelése, a keringési betegségek időben történő felismerése és hatékony gondozása és a lelki egészség támogatása. Háziiorvosi praxisközösségek, vagy azokkal szerződéses kapcsolatban álló önkormányzati társulások pályázhattak. Olyan praxisközösségek jelentkeztek, amelyekben legalább öt háziorvos dolgozik együtt, valamint feltétel volt, hogy munkájukba vonjanak be más szakembereket is, például dietetikust, gyógytornászt vagy mentálhigiénikus szakembert. A program forrásai lehetőséget adnak a megelőzést szolgáló eszközök, műszerek beszerzésére is. A program első fordulójában mintegy 6 milliárd forintos költségvetési támogatás nyújtására került sor 79 praxisközösség számára, és több mint 130 ezer esetben végeztek el vizsgálatokat, adtak tanácsot. A program második fordulójában hatvannégy praxisközösség nyert el támogatást. A rendelkezésre álló 4,7 milliárd forintból praxisközösségenként átlagosan 74 millió forint támogatás jut a népegészségügyi feladatok hatékonyabb ellátására, illetve prevencióra. Ezzel az ellátási móddal újfajta szemlélet kezd kialakulni és már 1,2 millió ember számára válik könnyebben elérhetővé a betegségmegelőzés és az egészségfejlesztés. A Három Generációval az Egészségért pályázati program megteremti a szakmai alapját az alapellátás továbbfejlesztésének.
- Pest megye európai uniós forrásokból való alacsonyabb részesedésének kompenzációja érdekében a Kormány döntése alapján a Pest megyei önkormányzatok és a Pest megye területén lévő vállalkozások fejlesztései a 2016-2021 közötti időszakban, a hazai központi költségvetés terhére, összesen 80 milliárd forint pénzügyi támogatásban részesülnek a *Pest megye Területfejlesztési Konceptiója 2014–2030 és Pest megye Területfejlesztési Programja 2014–2020 megvalósításához nyújtott célzott pénzügyi támogatásról szóló 1295/2016. (VI.13.) Korm. határozatban* foglaltak szerint, mely az önkormányzati közfeladat-ellátás infrastrukturális feltételeinek javítása tekintetében az alapellátás fejlesztésének támogatását is magában foglalta.
Az **„Önkormányzati tulajdonú egészségügyi-alapellátást nyújtó intézmények fejlesztésének támogatása Pest megyében (2017)”** című pályázat, 6,14 milliárd forint támogatási összegben járult hozzá 60 Pest megyei település egészségügyi alapellátásának fejlesztéséhez. A támogatásból összesen 244 egészségügyi alapellátást nyújtó – háziiorvosi (92 db), gyermekorvosi (42 db) vagy fogorvosi (36 db) praxis, illetve ügyeleti (6 db) és iskola-egészségügyi (7 db) alapellátás és védőnői (61 db) szolgálat fejlesztését tette lehetővé az érintett Pest megyei településeken.

Többletforrások bevonása az alapellátásban:

	2010. évi teljesítés (milliárd Ft)	2021. évi előirányzat (milliárd Ft)	növekedés 2021-re %-ban 2010-hez viszonyítva	növekedés 2021-re 2010-hez képest (milliárd Ft-ban)
Háziorvosi, háziorvosi ügyeleti ellátás	79	139,55	76,0 %	60,3
Védőnői szolgálat, anya- gyermek- és ifjúságvédelem	17	27	50,3 %	9,0
Fogászati ellátás	22	42,5	87,7 %	19,9
Összesen	119	199	66,0 %	79,1

A fentiekén túl a kormány 2020. év végén döntött a háziorvosi finanszírozás 50 százalékos emeléséről az idei évre, melyre 71,5 milliárd forintot fordít.

Az intézkedések következtében az elmúlt 9 év alatt 77%-kal nőtt a **házi**orvosi ellátás finanszírozása. Egy háziorvosi praxis átlagos bevétele 2010-ben még csak 867 570 forint volt, 2020. első félévében már 1 634 450 forint. Egy háziorvosi A Kormány 2014-ben elindította a betöltetlen háziorvosi körzeteket betöltő háziorvosok letelepedési pályázatát, amelyre 2018-tól már a fogorvosok is pályázhatnak. 2015-től a praxisjoggal nem rendelkező háziorvosok részére évente írjuk ki a praxisvásárlási pályázatot.

A meghozott intézkedések mellett a háziorvosi alapellátás 2020. évi mutatói további fejlesztések bevezetését teszi indokolttá.

Praxisközösségek fejlesztése a 2014-2020-as programozási időszakban

Az alapellátás az egészségügyi ellátórendszer egyetlen olyan szegmense, amely kapcsolatot képes tartani a lakosság egészével, ezért az ellátási rendszer ezen a szintjén lehet a lakosság egészségmagatartását a leghatékonyabban befolyásolni, ezen az ellátási szinten a gyakorlatban is megvalósulhat a lakosság számára a közel azonos színvonalú szolgáltatásokhoz történő egyenlő hozzáférés. A lakosság egészségtudatos magatartásának kialakítása és a betegségek, valamint az egészség-kockázatok korai felismerésének érdekében fontos, hogy az alapellátás szerves részévé váljanak a népegészségügyi, preventív célú szolgáltatásokat is. A praxisközösségek, melyek területenként jelenthetnek háziorvosi, házi

gyermekorvosi és vegyes praxisközösségeket, összekapcsolva a védőnői hálózattal népegészségügyi, prevenciós feladatokat ellátva csökkenthetik a betegbeáramlást az ellátórendszerbe, valamint növelik a terápiás együttműködés szintjét egyaránt. Habár az uniós fejlesztések jelentős része az állami működtetésben lévő, közfinanszírozott fekvőbeteg ellátást nyújtó intézményeket, a kórházakat érinti, több olyan fejlesztési konstrukció szakmai előkészítése, meghirdetése történt meg, mely az alapellátást nyújtó szolgáltatók épületeinek megújítását, eszközállománya fejlesztését, illetve a kapcsolódó szakmai módszertani háttér megteremtését is célozza az alábbiak szerint.

Az **EFOP-1.8.2-17 „Az alapellátás és népegészségügy rendszerének átfogó fejlesztése – alapellátás fejlesztése”** (keretösszeg: 5,93 milliárd forint) , valamint a **VEKOP-7.2.3-17 „Az alapellátás és népegészségügy rendszerének átfogó fejlesztése – alapellátás fejlesztése”** (keretösszeg: 0,86 milliárd forint) című konstrukciók célja, hogy hazánkban javuljon a lakosság egészségi állapota, növekedjen a születéskor várható élettartam és az egészségben eltöltött életek száma. További kiemelt cél, hogy a praxisok fejlesztése nyomán, minél szélesebb körben képesek legyenek definitív ellátást nyújtani a betegek számára, valamint a magasabb progresszivitási szintű és költségesebb ellátási szinteket tehermentesítve magasabb színvonalon működő, folyamatos háziorvosi ellátást biztosított legyen a lakosság számára. A praxisok által nyújtott preventív szolgáltatások kibővítésével, a praxisok együttműködésének fejlesztésével bővül a lakosság által igénybe vehető preventív, személyre szabott szolgáltatások köre, ami elősegíti az egészség megőrzését és csökkenti a krónikus népegészségügyi megbetegedések kialakulásának a kockázatait. A praxisműködés modelljeinek és támogatásának tovább fejlesztéséhez szükséges módszertani fejlesztéseket az **EFOP-1.8.0-VEKOP-17 „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése”** című, fent említett kiemelt eljárású fejlesztés keretein belül dolgozzuk ki.

3.3. Járó- és fekvőbeteg szakellátás

A járó- és fekvőbeteg szakellátás fejlesztése kapcsán, az EFOP és VEKOP keretében meghirdetett egészségügyi fejlesztések, - illeszkedve az „Egészséges Magyarország 2014-2020” egészségügyi ágazati stratégiában meghatározott prioritásokhoz – elsősorban infrastruktúra fejlesztést, a fekvőbeteg ellátást kiváltó és/vagy lerövidítő szolgáltatások fejlesztését, illetve az ezekhez kapcsolódó hiánypótló intézmények és szolgáltatások létrehozását célozták.

Az infrastrukturális jellegű eszközbeszerzéseknek köszönhetően, egyrészt a várakozási listák rövidülése várható, másrészt a korszerű orvostechikai eszközök használatával pontosabb és gyorsabbá válik a diagnózisok felállítása. Az egészségügyi infrastrukturális fejlesztések a lakosság egészségben eltöltött éveinek növekedését, a megelőzést, a korai felismerést, a korai fejlesztést, az egészséges fejlődést, az életminőség javítását és a munkaképesség mielőbbi visszaállítását, a szolgáltatások költség-hatékonyságának és minőségének javítását segítik elő az alábbi konstrukciókban.

- **EFOP-2.2.0-16 „A minőségi egészségügyi közszolgáltatásokhoz való hozzáférés biztosításának fejlesztése”**

A kiemelt eljárású 71,39 milliárd forint keretösszegű (EFOP: 66,81 milliárd forint, indikatív önerő: 4,58 milliárd forint) felhívás az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférésben mutatkozó egyenlőtlenségek javítását célozza, melynek eredményeként javulnak az egészségügyben a munkaerő megtartását szolgáló munkakörülmények és feltételek, valamint a lakosság számára nyújtott ellátások minősége és hatékonysága. A jellemzően infrastrukturális fejlesztés az alábbi területeken történik:

- Egységes ápolási eszközpark kialakítása (keretösszeg: 8 milliárd forint),
- Gyermekek és ifjúságpszichiátria, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése (keretösszeg: 8,72 milliárd forint),
- Diagnosztikai és orvosi laboratóriumi hálózat infrastrukturális feltételeinek javítása (keretösszeg: 9,81 milliárd forint),
- Pszichiátriai és addiktológiai gondozóhálózat fejlesztése (keretösszeg: 4 milliárd forint),
- Aktív fekvőbeteg-ellátási forma kiváltása az egynapos sebészeti ellátás rendszerének fejlesztésével (11,4 milliárd forint),
- Pszichiátriai ellátórendszer strukturált fejlesztése keretében a szakellátások minőségének és hozzáféréseinek javítása (keretösszeg: 2,3 milliárd forint),
- Egészségügyi szakellátók szállóinak fejlesztése (keretösszeg: 9,1 milliárd forint, ebből EFOP: 9,01 milliárd forint, indikatív önerő: 0,09 milliárd forint),
- Új Nemzeti Biztonsági Laboratórium fejlesztése (keretösszeg: 11,96 milliárd forint, ebből EFOP: 8,37 milliárd forint, indikatív önerő: 3,59 milliárd forint; (a fejlesztés meghirdetésére 2020. IV. negyedévében sor került),
- Rugalmas egészségügyi reagálóképesség labor háttérének fejlesztése (3 milliárd forint, ebből EFOP: 2,1 milliárd forint, indikatív önerő: 0,9 milliárd forint; a fejlesztés meghirdetésére 2020. IV. negyedévében sor került).

- **EFOP-2.2.6-16 „Pszichiátriai ellátórendszer strukturált fejlesztése”**

A kiemelt eljárásrendű 4,85 milliárd forint keretösszegű (EFOP: 3,39 milliárd, VEKOP: 0,81 milliárd forint, hazai forrás: 0,65 milliárd forint) konstrukció célja a pszichiátriai és addiktológiai betegek részére olyan infrastrukturális körülmények biztosítása, amely megfelelő keretet és szakmai feltételeket biztosít a fekvőbeteg-szakellátás szakmai munkájához, illetve az adekvát kezelésekre. A fejlesztés keretében egy speciális, magas fokozatú biztonsági pszichiátriai egység kialakítására kerül sor, mely tehermentesíti a pszichiátriai osztályokat a szokásos kezelésekre nem reagáló agresszív betegektől, illetve a violens magatartású betegek azonnali elkülönítését, gyors és szakszerű diagnózis felállítását teszi lehetővé.

- **EFOP-2.2.19-17 „Járóbeteg szakellátó szolgáltatások fejlesztése”**

A standard eljárásrendű 23,35 milliárd forint keretösszegű felhívásban megvalósuló fejlesztés általános célja, az aktív kórházi ellátásokat kiváltó járóbeteg szolgáltatások fejlesztése és a minden személy számára egyenlő eséllyel hozzáférhető, emelt szintű járóbeteg-szakellátás

elérhetőségének biztosítása. A konstrukció a járóbeteg intézmények infrastrukturális körülményeinek és műszerezettségének javításával hozzájárul a kórházak fekvőbeteg kapacitásainak tehermentesítéséhez az ambulánsan is ellátható betegektől, továbbá a járóbeteg-szakellátásban új, korszerű eljárások támogatására, a meglévő ellátások szolgáltatási minőségének javítására is sor kerül pl. kúraszerű ellátás (reumatológiai, fül- orr-égészeti, neurológiai betegségek), ambuláns műtéti eljárások (általános sebészet, nőgyógyászat, urológia, szemészet, bőrgyógyászat, ortopédia területén) magasabb arányban történő elvégzése által.

- **EFOP-2.2.18-17 „Betegbiztonság növelését célzó komplex infrastrukturális fejlesztések az egészségügyi ellátórendszerben”**

A standard eljárásrendű 7,99 milliárd forint keretösszegű fejlesztés az EFOP-1.8.0-17 „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” című kiemelt felhívás keretében elkészülő, a beszerzendő eszközök használatához kapcsolódó módszertani ajánlások alapján történik. A standard eljárásrendű konstrukció az egészségügyi dolgozókra nehezedő nyomás csökkentését, a betegellátás minőségének javítását, valamint a betegek és hozzátartozóik elégedettségének növelését célozza. A fejlesztés az alábbi részcélok mentén, a betegellátás biztonságának növelése érdekében történik:

- általános és speciális higiénés (pl. kézhigiénés) rendszerek fejlesztése a kórházi fertőzések megelőzése és visszaszorítása érdekében a megfelelő eszközök és műszerek biztosításával,
- egységes betegazonosító rendszer bevezetése,
- a biztonságos gyógyszeradagolás intézményi feltételeinek kialakítása,
- központi laborok fejlesztése.

- **EFOP-4.2.2-16 „Skill Laborok fejlesztése”**

A kiemelt eljárású, 13,59 milliárd forint keretösszegű fejlesztés célja, olyan demonstrációs egységek kialakítása és felszerelése egészségügyi szolgáltató intézményeknél, melyek lehetőséget biztosítanak a szakképzésben, a továbbképzésben résztvevő egészségügyi szakdolgozók valamint az orvosképzésben, az orvos továbbképzésben részesülők számára az ápolás-gondozás valamint egyéb, invazív és noninvazív beavatkozások gyakorlására.

- **EFOP-2.2.20-17 „Az egészségügyi ellátórendszer orvostechnikai infrastruktúra készültségi szintjének javítása”**

Az egyszerűsített eljárásrendű 1,67 milliárd forint keretösszegű felhívásban megvalósuló fejlesztés célja a fekvőbeteg szakellátást nyújtó egészségügyi intézmények költséghatékony és fenntartható működésének elősegítése, valamint a szolgáltatások eredményességének növelése a megfelelő eszközök és műszerek biztosítása által. A fekvőbeteg ellátás rendszerszintű technológiai fejlesztése egyrészt a betegellátás minőségének javításához, a betegek és hozzátartozók elégedettségének növeléséhez, másrészt a kórházi ellátás időtartamának lerövidítéséhez járul hozzá. A fejlesztés keretében a korábbinál magasabb színvonalú ellátás nyújtását lehetővé tevő diagnosztikai ultrahang készülékek beszerzése történik.

- **EFOP-1.8.21-19 „Infekciókontroll tevékenységek gyakorlati megvalósítása a fekvőbeteg ellátást nyújtó intézményekben”**

Az egyszerűsített eljárású 4,26 (EFOP: 4,06 milliárd + hazai forrás: 0,2 milliárd) milliárd forint keretösszegű fejlesztés célja, olyan szervezeti kultúra, szemlélet megteremtése a fekvőbeteg ellátást nyújtó intézményekben, amelynek segítségével a dolgozók felismerik a higiéniai veszélyforrásokat tevékenységek végzése során és javaslatokat fogalmaznak meg kivédésükre, lehetőség nyílik az előfordult hibák és nemkívánatos események tanulási céllal történő megbeszélésére, továbbá az intézmény vezetése aktívan közreműködik a betegellátással érintett helyiségek higiénés kockázatainak csökkentésében. (egységes infekciókontroll kockázatértékelés, illetve ún. „infekciókontroll kapcsolattartó” rendszerek bevezetése).

- **EFOP-5.2.6-20 „Országos intézetek transznacionális és innovációs fejlesztései”**

Az egyszerűsített eljárásrendű 10 milliárd forint keretösszegű (EFOP: 7 milliárd forint, hazai forrás: 3 milliárd forint) projekt célja a transznacionális együttműködések segítségével innovatív egészségügyi-módszertani fejlesztések létrehozása. A projektek keretében az EU27-ben található külföldi partnerintézményekben már működő, a hazai alkalmazás céljából továbbfejlesztésre vagy átvételre alkalmas, Magyarországon eddig nem használt módszerek, eljárások (pl. műtéti eljárás, vagy diagnosztikai módszer) kerülnek azonosításra, majd ezt követően bevezetésre. A projekt eredményei a hazai intézmények számára a későbbiekben hozzáférhetővé válnak, biztosítva ezzel a minőségi szolgáltatásokhoz való jobb hozzáférést.

3.4. Ágazati humánerőforrás

A Rezidens Támogatási Program (RTP) ösztöndíjai

Az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzési rendszerben részt vevők támogatásával összefüggő feladatok végrehajtásához szükséges intézkedésekről szóló 1248/2011. (VII. 18.) Korm. határozat adott felhatalmazást a rezidensek részére ún. Rezidens Támogatási Program létrehozására. Az Ösztöndíj Program lényege, hogy a szakorvos, illetve szakgyógyszerész jelölt vállalja, hogy a szakképesítése megszerzése után legalább annyi ideig, ameddig részére az ösztöndíj folyósításra került, Magyarországon fog dolgozni, a társadalombiztosítás által finanszírozott egészségügyi szolgáltatónál, főállásban (vagy arányosan meghosszabbított részmunkaidőben) szakorvosi/szakgyógyszerészi tevékenységet fog végezni, illetve az általa nyújtott egészségügyi szolgáltatással összefüggésben paraszolvenciát semmilyen formában nem fogad el. Az ösztöndíj programban résztvevők havi nettó 100.000, illetve 200.000 forint ösztöndíjra jogosult a szakképzésből hátralévő idő alatt. 2016. január 1-jétől a Rezidens Támogatási Program ösztöndíj rendszere már jogszabályi szinten is rögzítésre került. 2015. július 1-jétől a 2010-ben bevezetett hiányszakmák támogatások rendszerét az ún. Hiányszakmák Ösztöndíj váltotta fel, amely emelt összegű, 150 000 forint /hó ösztöndíjat biztosít a szakképzést hiányszakmában megkezdők részére. A 2017-től bevezetett Flór Ferenc Ösztöndíj, a honvéd-, katasztrófa és rendvédelem orvostan szakorvos jelöltek részére havi 200 000 forint ösztöndíjat biztosít. Ezen felül jelenleg 5 rezidens ösztöndíj van a rendszerben:

Markusovszky Ösztöndíj, Than Károly Ösztöndíj (szakgyógyszerész-jelöltek), Méhes Károly ösztöndíj (csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvos jelöltek), Gábor Aurél ösztöndíj (oxológia és sürgősségi orvostan szakorvos jelöltek) Hiányszakmás ösztöndíj és a Flór Ferenc ösztöndíj. Ezen intézkedés mellett, hogy elősegíti az egészségügyi dolgozók „ittthon tartását”, motivációs tényezőként is szolgál a hazai szakképzési rendszerbe történő belépéshez.

Béremelés 2016–2019 között

A szakvizsgával rendelkező szakorvosok és a kórházi szakgyógyszerészek körében két lépcsőben került sor a béremelésre: 2016. szeptember 1-től bruttó 107 000 forinttal és 2017. november 1-től további bruttó 100.000 forinttal emelkedett az alapbérük. A szakvizsgával nem rendelkező orvosok és kórházi gyógyszerészek alapbére 2017. november hónaptól bruttó 50 ezer forinttal emelkedett. Az orvosok alapbére a 2016–2017. közötti időszakban átlagosan 56,8%-kal növekedett. A gyógyszerészek, a nem egészségügyi egyetemi alap szakképesítéssel, valamint a nem egészségügyi egyetemi alap szakképesítéssel egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítéssel rendelkező egészségügyi dolgozók (pl.: klinikai szakpszichológusok, klinikai sugárfizikusok) bére az orvosi bérekhez igazodik.

Az egészségügyi szakdolgozóknál 2016–2018 között három lépcsőben került sor béremelésre. A szakdolgozók bére a 2016–2018 közötti időszakban átlagosan 53%-kal növekedett. A béremelés negyedik lépcsője 2019. július 1-vel valósult meg. A nem egészségügyi, főiskolai szintű alapképesítéssel rendelkező egészségügyi dolgozók (pl.: gyógypedagógus, logopédus) bére a szakdolgozói bérekhez igazodik.

Szakedolgozói és védőnői béremelése 2019–2022

A Kormány döntése alapján 2019-ben tovább folytatódtak a béremelések, valamint 2019. július 1-től az alapellátásban az állam, helyi önkormányzat, az egyházi jogi személy vagy a vallási tevékenységet végző szervezet tulajdonában vagy fenntartásában álló védőnői szolgáltató által foglalkoztatott területi-, illetve iskolavédőnők is bekerültek a szakdolgozói bértábla alá és ettől kezdve ők is részesülnek a béremelésben.

A béremelés mértéke és ütemezése 2019–2022. között a következők szerint alakul:

- a 2019. november 1-től esedékes 8%-os szakdolgozói béremelést 2019. július 1-re hoztuk előre,
- 2020. január 1.: 14 %
- 2020. november 1.: 20 %
- 2022. január 1.: 30 %.

A béremelés százalékos számításának alapja a 2018. évi illetménybázis. A béremelésnek köszönhetően a szakdolgozói bérek 2019. július és 2022. január között 72%-kal emelkednek.

Orvosok béremelése

Az orvosok bére 2010-től átlagosan két és félszeresére emelkedett. A Kormány 2020 végén döntött az orvosok bérének további nagymértékű emeléséről és a hálapénz tilalmáról. A most elindult átfogó béremelési programnak köszönhetően két év múlva átlagosan két és

félszeresére emelkedik az orvosok bére. Egy 26 éves jogvisztonnyal rendelkező orvos decemberben még bruttó 529 ezer forintot keresett, a januári fizetése már bruttó 1 millió 256 ezer forint lesz, 2023-ban pedig 1 millió 794 ezer forintot fog kapni. Az elmúlt évek béremeléseinek és egészségügyi fejlesztéseinek köszönhetően több mint 7 ezerrel több orvos dolgozik itthon, mint 2010-ben. Ezzel szerinte a magyarországi orvosi fizetések 2023-ra meg fogják közelíteni a nyugat-európai bérszínvonalat.

Szakedolgozói ösztöndíj rendszerek

A középfokú és az egészségügyi szakemberek támogatásainak a sorából két programot szükséges kiemelni, az „Ápoló tanulók részére pályaválasztást támogató ösztöndíjas programot” (EFOP-1.10.1-VEKOP-16. kiemelt projekt keretében, lásd lejjebb) és a Michalicza-ösztöndíjat.

Michalicza-ösztöndíj

A Kormány az MSc Ápolóképzésben résztvevő hallgatók támogatására hozta létre a Michalicza ösztöndíj rendszert. Az ösztöndíj az egyetemi végzettségű és specializált szakképzettségű ápolók utánpótlásának biztosítását szolgálja.

Támogatásra pályázhatnak azok az ápolás mesterképzési szakra felvételt nyert hallgatók, akik vállalják, hogy okleveles ápoló szakképzettséget szereznek, és a szakképzettségük megszerzését követően öt éven belül, a szakképzettségüknek megfelelő jogviszonyban legalább három évig teljes munkaidőben magyarországi közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatónál vállalnak munkát. Az ösztöndíj mértéke félévenként 320 000 és 640 000 forint/fő között lehet. Ha az ösztöndíjas vállalja, hogy az ágazati humán erőforrás-monitoring rendszer adatai alapján meghatározott hiányterületen, a központilag kijelölt közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatónál létesít jogviszonyt, az ösztöndíj mértéke kétszeresére emelhető. Az ösztöndíj program 2017-es indulása óta 312 fő MSc képzésbe járó hallgató kapott ösztöndíj támogatást.

A 2018., 2019. és 2020. évi forrás megtakarításának felhasználásával az egészségügyi felsőoktatási alapképzésben (BSc) résztvevő, nappali és levelező munkarendben tanulmányokat folytató hallgatók támogatása is lehetővé vált, melynek eredményeként további 2760 hallgató (BSc) részesült ösztöndíj támogatásban.

Szakképzés megerősítése

Az egészségügyi szakképzés jelentős átalakuláson ment keresztül a Szakképzés 4.0 koncepció eredményeként. A szakmajegyzékben csak és kizárólag iskolai rendszerű szakképesítések szerepelnek, amelyek közül 11 érinti az egészségügyi szakképzés területét. A korábbi Országos Képzési Jegyzékben, 23 iskolarendszerben (is) indítható szakképesítés szerepelt. A szakmajegyzékben nem szereplő iskolarendszeren kívüli képzések – szabályozott keretek között történő megszervezésére – a szakképesítési lista és a szakedolgozói licence rendszer keretében kerülhet sor.

2014-2020- programozási időszak ágazati humán erőforrás fejlesztését célzó intézkedések

Az egészségügy humán erőforrásának megfelelő szintű biztosítása az egészségügyi szolgáltatások minőségének és biztonságának az alapfeltétele. Az utóbbi években – a társadalom és az egészségügy átalakulásával szinkronban – jelentősen megváltoztak az egyes egészségügyi foglalkozásokkal szemben támasztott követelmények. Átalakult a betegségek köre, az ellátás eszközparkja, az egészségügyi foglalkozások struktúrája, és nem utolsósorban a betegek egészségügyi ellátással szemben támasztott elvárásai. Az egyre komplexebb egészségi problémák indokolják az ellátás színvonalának javítását, továbbá a betegbiztonság emelése megkívánja, hogy jól képzett egészségügyi szakdolgozók segítsék az egészségtudatos magatartás kialakítását, a gyógyulást, a rehabilitációt és vállaljanak nagy szerepet a magyar lakosság egészségügyi állapotának és gyógyulási esélyeinek javításában. Ehhez megfelelő mennyiségű jól képzett, elhivatott egészségügyi szakdolgozói utánpótlásra van szükség. Tekintettel arra, hogy kiemelt kormányzati cél az ellátást nyújtó személyi feltételrendszer minőségének és mennyiségének fejlesztése, ezért a 2014-2020-as programozási időszakban az alábbi uniós fejlesztések meghirdetésére került sor.

- **EFOP-3.8.1-14 „Felzárkóztató egészségügyi ápolói szakképzési programok”**

A konvergencia régiókban megvalósuló, 1,53 milliárd forint keretösszegű kiemelt projekt célja, az egészségügyi ellátórendszerben dolgozó, régi típusú, általános ápoló és általános asszisztens szakképesítésű, de további szakképesítéssel nem rendelkező egészségügyi szakdolgozók képzettségének szintre hozásához, és az OKJ-s ápolói képzés megszerzéséhez képzések biztosítása. **A fejlesztés lezárásaként 836 fő fejezte be a képzéseket, melyből 812 fő tett sikeres vizsgát megszerezve az ápoló, csecsemő és gyermekápoló, valamint mentőápoló OKJ-s bizonyítványát.**

- **EFOP-1.10.1-VEKOP-16 „Ápoló tanulók részére pályaválasztást támogató ösztöndíjas program”**

Fenti konstrukció keretében az ösztöndíj rendszer kialakítása a középfokú egészségügyi iskolarendszerű nappali és esti képzésbe járó tanulók támogatását szolgálja, melynek keretösszege összesen 4,4 milliárd forint (EFOP: 3,08 milliárd, VEKOP: 1,32 milliárd forint). A támogatás (ösztöndíj) mértéke, amennyiben a tanuló eléri a 3,01 tanulmányi átlagot, egységesen havonta nettó 40 000 forint. Az ösztöndíjban részesülő tanulók vállalják, hogy a szakképzés befejezését követő 6 hónapon belül, valamely hazai közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatónál, legalább a támogatás folyósításának megfelelő időtartamra, a megszerzett szakképesítésüknek megfelelő munkakörben munkát vállalnak. A projekt támogatására országos mentorhálózat került kialakításra. Az ösztöndíjban részesülő tanulók tervezett száma 3200 fő.

- **EFOP-1.10.2-17 / VEKOP-7.2.4-17 „Egészségügyi humán erőforrás-fejlesztés”**

A standard eljárásrendű **EFOP-1.10.2-17** azonosító számú (keretösszeg: 5,82 milliárd forint), valamint a **VEKOP-7.2.4-17** (keretösszeg: 0,828 milliárd forint) azonosító számú konstrukciókban megvalósuló fejlesztések célja, az egészségügyi humán erőforrás mennyiségi fejlesztése, amelyek által csökkenthető az ágazat betöltetlen álláshelyeinek száma, valamint javulnak a munkaerő megtartását szolgáló munkakörülmények és feltételek. A konstrukciók keretében egy középtávú, foglalkoztatást támogató program indul, amely az egészségügyi

intézményeknek nyújt átmeneti bértámogatást a hiányzó vagy az új funkciókhoz illeszkedő orvosi, szakdolgozói kapacitásokra, továbbá a foglalkoztatás támogatása mellett olyan, a nemzetközi gyakorlatban bevált team formában végzett ellátási szolgáltatásokat vezet be, amelyekkel erősíthető a gyógyítás betegközpontúsága és növelhető a gyógyítás hatékonysága.

- **EFOP-1.10.3-17 „Képzési programok az egészségügyi ágazat szolgáltatás-fejlesztése érdekében”**

Az egyszerűsített eljárásrendű 4,41 milliárd forint keretösszegű felhívásban megvalósuló fejlesztés az intézményi szinten hiányszakmaként jelentkező szakmákra vonatkozóan a szakorvosok, szakfogyorvosok, szakgyógyszerészek és szakpszichológusok egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzését, illetve a humánerőforrás-ellátottságot javító szakdolgozói képzési programokat célozza.

- **EFOP-1.10.4-18 „Egészségügyi ösztöndíjak támogatása”**

Az egyszerűsített eljárásrendű 0,73 milliárd forint keretösszegű (EFOP: 0,68 milliárd, hazai forrás: 0,05 milliárd forint) felhívásban megvalósuló fejlesztés célja, hogy vonzóbbá váljanak az általános orvosi oklevéllel rendelkezők számára a hiányszakmának minősülő szakorvosi területek, javuljon a közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatók által nyújtott ellátás színvonala és a betegbiztonság a szakmailag megfelelően felkészült humánerőforrás-utánpótlás biztosítható legyen.

3.5. Digitális egészségügy

A 2014–2020-as időszak kétségkívül legnagyobb volumenű, az egészségügyi ellátórendszer teljes vertikumát, annak minden szereplőjét, valamint a lakosságot, a betegeket, a hozzátartozókat is egyaránt elérő, a magyar egészségügynek a digitális átállást biztosító, ágazati informatikai kulcsfejlesztés az **Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT)** bevezetése, illetve az ezen informatikai rendszer továbbfejlesztését célzó **EFOP-1.9.6 kiemelt projekt** megvalósítása.

1. Az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér bevezetése

Az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér és annak szakmai moduljai a TIOP-2.3.1 és a TIOP-2.3.2 projekteken kerültek kidolgozásra az Európai Unió támogatásával és a magyar állam társfinanszírozásával mindösszesen 4,7 milliárd forintból. A projektek 2015 végén sikerrel zárultak, így 2016-ban már az intézményi csatlakozás feltételeinek megteremtésén lehetett dolgozni az Állami Egészségügyi Ellátó Központ szakmai vezetésével.

2017. november 1-től érhető el az EESZT, melyhez az államilag finanszírozott háziorvosi szolgáltatók, a járó- és fekvőbeteg-ellátó intézmények és a gyógyszertárak már teljes létszámban csatlakoztak.

Az EESZT a hazai egészségügyben példátlan volumenű informatikai fejlesztés révén valósulhatott meg, a rendszer további fejlesztése jelenleg is zajlik. A rendszer 2017. évi indulása óta a működés első egy évében már közel 92 millió betegellátáshoz kapcsolódó beteg

dokumentum (lelet, ambuláns lap, zárójelentés) került be a központi adatbázisba, és közel 10 millió alkalommal kérdeztek le az EESZT-ből kórtörténeti adatot a kezelőorvosok. Jelenleg a napi eRecept-beküldések száma egy átlagos hétköznapon meghaladja a 800 ezer darabot. Ma már több mint 500 millió egészségügyi adat érhető el a rendszerben, amelynek használata igen sokrétű.

Az EESZT minden szempontból megfelel a modern technika vívmányainak és az orvosi ellátás alapelveinek egyaránt. Egy egységes – a beteg minden fontos egészségügyi adatát tartalmazó – rendszer, amely felgyorsíthatja az ellátást, a gyógyulási folyamatot, egyszerűsítheti a gyógyszerek felírását és az utókezeléseket, kiiktathatja a hiányos kórtörténeteket.

Az orvosoknak és az egészségügyben dolgozó többi szakembernek nap, mint nap döntések százait kell meghozniuk, amelyek a betegek kezelésének minőségéről, időtartamáról és – nem egy esetben akár – az életéről döntenek. A felelősségteljes döntéshez pótolhatatlan segítséget nyújt egy olyan, pillanatok alatt lekérdezhető részletes adatbázis, amely segít az orvosnak a leghatékonyabb, személyre szabott kezelés kialakításában. Az EESZT egyéb előnyei mellett lehetővé teszi azt is, hogy a kórtörténetek ismerete és a gyorsabb ügyintézés segítségével a betegek minél előbb a megfelelő szakorvoshoz kerüljenek. Ennek a rendszernek a legfőbb célja, hogy megszűnjenek a kígyózó sorok, az orvosok terhelése kisebb legyen, a pácienseknek pedig – saját gyógyulásuk érdekében – nem kell hosszú órákon keresztül a rendelőkben várakozniuk.

Az EESZT nagy segítség mind az orvosok, a szakemberek, mind pedig a betegek számára, hiszen az egységes rendszer keretében sokkal hatékonyabban nyomon követhető a gyógyszerek kiváltása, a szűrővizsgálatok menedzselése, illetve a beteg is folyamatosan ellenőrizheti a saját kórtörténetének, egészségügyi állapotának alakulását.

Az EESZT számos új lehetőséget adott a betegek, egészségügyben dolgozók és az ágazatban dolgozó vezetők számára:

Az EESZT-hez csatlakoztatott medikai rendszereket használó orvosok, egészségügyi szakdolgozók és gyógyszerészek a saját, megszokott informatikai rendszerükön keresztül használják az EESZT szolgáltatásokat. Az EESZT szolgáltatásai meghatározott jogosultság függvényében érhetőek el a felhasználók részére.

A rendszer információs szolgáltatásai a Lakossági portálon (eeszt.gov.hu) is megjelennek, ahol Ügyfélkapus belépés és TAJ szám megadása után minden ellátott a rá vonatkozó egészségügyi adatokat megtekintheti.

Az Eseménykatalógusban kerülnek regisztrálásra tényszerűen az ellátás folyamán keletkező ellátási események (járóbeteg-szakellátás, fekvőbeteg ellátás, háziorvosi megjelenés stb.). Az **eKórtörténet** (EHR betegdokumentumok) kezeli minden ellátott egészségügyi dokumentációját. A vizsgálati eredmények, ambuláns lapok, röntgenfelvételek, zárójelentések stb. hozzáférése innen lehetséges az arra jogosult ellátó orvos számára. Az EESZT adatbiztonsági okokból minden egyes hozzáférést – még a sikerteleneket is - naplóz.

Az e-egészségügyi rendszer bevezetésének fontos szempontja, hogy a jelenleg meglévő folyamatokban ne keletkezzen törés, így szükség esetén a jövőben is lehet majd papíralapon vényt rendelni, és a kézzel írott vények is továbbra is érvényesek maradnak.

Az **eProfil** minden ellátotról a már megismert, ritkán vagy soha sem változó adatokat tárolja, melyek létfontosságúak esetleges életmentéskor vagy sürgősségi ellátáskor: allergiák, gyógyszerérzékenységek, ismert betegségek (pl. magas vérnyomás, cukorbetegség, súlyos immunhiányos betegség), ismert egyéb jellemzők (pl. vércsoport stb.). Az eProfil adatokat a kezelőorvos, illetve a házi orvos tölti fel. A digitális önrendelkezés keretén belül bárki dönthet úgy, hogy nem engedélyezi eProfiljának feltöltését, ez esetben ezek az adatok a későbbiekben sem lesznek elérhetőek engedélyező beállítás mellett sem.

A **Digitális ÖnRendelkezés (DÖR)** keretében minden társadalombiztosítással rendelkező ellátottnak lehetősége nyílik, hogy szabályozza a rá vonatkozó egészségügyi adatok láthatóságát, és az azokhoz történő hozzáférést az egészségügyi ellátórendszer számára. Ezt az ellátott saját maga az Ügyfélkapun keresztül belépve a Lakossági portál felületén teheti meg, de lehetősége van bármely kormányablak ügyintézőjénél is igénybe venni a szolgáltatást.

Az ellátó orvosok eredeti minőségben tekinthetik meg a beteg korszerű, digitális képalkotó berendezéseken készült CT, röntgen felvételeit, illetve leleteit. Mivel ezek nagy felbontásuk miatt hatalmas tárhelyet igényelnek, nem a térben, hanem a keletkezés helyén tárolják azokat, azonban a rendszer biztosítja, hogy az orvosok hozzáférést kérjenek a digitális képekhez. Ugyanennek a szolgáltatásnak a keretében lehet távkonzíliumot kezdeményezni, ami lehetőséget ad, hogy a szakorvosok egy időben, azonos minőségben látva a leleteredményeket, az ország bármely pontján tartózkodva tartsanak konzíliumot a legjobb kezelés meghatározásának érdekében.

A felsorolt funkciókon túl pedig létrejött egy projekteket kivitelezni és azt követően üzemeltetni képes kompetenciabázis is, amely megalapozza az ágazat informatikai központi irányítói szerepét is.

Az állami és a magánszolgáltatók kötelező csatlakozásának eredményeként európai szinten is **unikális nemzeti adatvagyon** jön létre az ellátási tranzakciókról, leletekről, amely az ágazat digitalizációjának egyik legfontosabb - jelenleg még ki nem aknázott - sarokpontja.

II. EFOP-1.9.6-16-2017-00001 „Elektronikus egészségügyi ágazati fejlesztések” című kiemelt projekt

Az EESZT rendszer továbbfejlesztése ebben a kiemelt projekt keretében valósul meg várhatóan 2021 év végéig. A projektben folyó fejlesztések igen szerteágazóak, többek között e projekt keretei között valósul meg a kórházakban az EESZT indulása előtt keletkezett releváns zárójelentések és leletek 5 évre visszamenőleges betöltése a „Tér”-be, illetve a telemedicina szolgáltatások és mobilapplikációk bekapcsolását biztosító kapcsolódási felület kialakítása.

A projekt fejlesztései között szintén erős hangsúlyt kap az egyes szakellátási formákhoz tartozó egészségügyi dokumentumok egységesítése, amelynek eredményeképpen az adatok

gépi módon feldolgozhatók és könnyen elemezhetőek lesznek, így fejlődésnek indulhatnak az orvosi döntéstámogató eszközök, elősegítve az ágazat humán erőforrás-kihasználásának további javítását. Az elektronikusan feldolgozható adathalmaz hozzájárul egy hatékonyabban szervezett egészségügy kialakításához, az ágazatvezetői tervezés megalapozásához és az eredmények pontosabb nyomon követéséhez. Az EFOP-1.9.6 projekt egy esetszintű **ágazati adattárház** fejlesztésével is támogatja a fentieket.

További projektfejlesztés a járóbetegek előjegyzéséhez és beutalásához kapcsolódó, már meglévő EESZT funkciók (e-beutaló és erőforrás publikáció) széles körű elterjesztésének támogatása, amely eredményeként drasztikusan csökkenthetővé válik a várakozási idő, optimalizálhatóbb az ellátási kapacitás, ezáltal folytatódhat az egynapos és járóbeteg ellátási formák irányába való hangsúly-áthelyeződés.

Mindezek mellett olyan interaktív internetes szolgáltatások kialakítása történik meg, amelyek segítségével a betegek saját gyógyítási és egészségügyi folyamataikba bevonódnak, így növelve ezzel a saját egészségtudatosságukat.

2020 során a projekt beavatkozási területének jelentős kiterjesztésére került sor további fejlesztési elemek beemelésével. Ennek keretében történik meg az államilag fenntartott kórházakban egy egységes, modern technológiai alapon nyugvó, integrált, informatikai gazdálkodási rendszer bevezetése, amelynek célja olyan átfogó **kontrolling és ellenőrzési rendszer** kiépítése, amely támogatást jelent az egészségügyi politika irányítóinak a gyors és megalapozott döntések meghozatalában, ugyanakkor komoly belső adminisztratív tehercsökkenést eredményezhet az intézményeknél az adatszolgáltatási kötelezettségeik lehetséges átalakításával.

Ezek mellett - pilotként - járóbeteg irányítási folyamatok szervezését és korszerűsítését célzó informatikai fejlesztés országos kiterjesztésére is mód nyílik, a fejlesztés további 90 intézményben történő kiterjesztésével. Az országos kiterjesztés célja, hogy a kórházi és rendelőintézeti járóbeteg ellátás szervezése digitális technológiák támogatásával és hatékonyabb intézményi erőforrás gazdálkodással valósulhasson meg. A fejlesztés kiemelten kezeli a betegek informálását, az ellátó helyekre való irányítását informatikai eszközök és tájékoztató táblák segítségével, továbbá az előjegyzési és időpont foglalási lehetőségek kiterjesztését az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT) integrációjával egybekötően.

A projekt kiterjesztésének további eleme a kórházi osztályokon zajló fekvőbeteg ellátás támogatása olyan **komplex informatikai rendszer** bevezetésével, amely a közvetlen betegellátást végző egészségügyi dolgozók ellátási és dokumentálási feladatainak informatikai támogatásával növeli az ellátás hatékonyságát, illetve **csökkenti az adminisztratív feladatokkal összefüggő idő- és munkaráfordítást**. A betegbiztonsági szempontok mellett a bevezetésre kerülő rendszer az ápolási és betegellátási területen dolgozó egészségügyi dolgozók számára érdemi betegellátásra fordítható kapacitásokat szabadít fel az ellátás során folyamatos és egyértelmű beteg azonosítást és az ellátási események digitális rögzítését lehetővé tevő informatikai támogatással.

3.6. Sürgősségi ellátórendszer fejlesztése

3.6.1 Pre-hospitális sürgősségi ellátórendszer – Országos Mentőszolgálat

Mentőautó beszerzések

2020-ban a Kormány több, mint kétszer annyi költségvetési forrást (54,6 milliárd forint) biztosított az Országos Mentőszolgálat részére, mint 2010-ben (26,7 milliárd forint).

2010 és 2020 között **több, mint 1.000 mentőautó cseréjére került sor.**

Az OMSZ 2019. április végére már 793 db újonnan beszerzett gépjárművel rendelkezett, ezzel a mentőautók átlagéletkora 5,51 év lett. Ezt követően 2019. év őszétől a 2020. év végéig tartó ciklusban beszerzendő újabb **254 db mentőautóból 191 db átadása megtörtént, 42 db gyártás alatt van**, átadásuk 2021. májusra várható, melynek eredményeképpen a mentőautók átlagéletkora 4,71 évre csökken.

Mentéstechnikai eszközök, munkaruhák beszerzése

Nagy értékű **mentéstechnikai eszközök** beszerzésére a Kormány 2019-ben 2,044 milliárd forintot biztosított, a beszerzések révén a mentőegységekben megújításra kerültek a mentéstechnikai eszközök, ami azt jelenti, hogy egyebek között a defibrillátorokon, az EKG monitorokon, a perfúzorokon, a lélegeztetőgépeken át a nagy értékű mentéstechnikai eszközpark jelentős mértékben megújult.

Új **munkaruhák** beszerzésére 2014-2019 között mindösszesen 1,545 milliárd forintot fordított a Kormány.

Mentőállomás építések, felújítások

A Kormány támogatásával 21 mentőállomás felújításának/újjaépítésének tervezési munkái kezdődtek meg 2018-ban mindösszesen 266 648 900 forint értékben.

2019-ben négy mentőállomás újult meg - *Vecsesen* új, két kocsis mentőállomás került átadásra, *Dunakeszin* és *Tabon* a mentőállomás egy felújított épületbe költözött, Nagykátán a mentőállomás épülete felújításra került. (Tatabánya mentőállomás felújítása 2018-ban fejeződött be.)

2019-ben 9 mentőállomáson (*Tatabánya, Kaposvár, Budapest-Róbert K. kert., Szekszárd, Miskolc, Békéscsaba, Kecskemét, Szombathely, Eger*) a KEHOP-5.2.11.-16 „*Fotovoltaikus rendszerek kialakítása központi költségvetési szervek részére*” című projekt keretében napelemes rendszerek kerültek telepítésre. A napelemes rendszer telepítésének előnye, hogy megújuló energiaforrás révén csökkenthető a létesítmények hálózati villamos energia fogyasztása, így a villamos energia felhasználással kapcsolatos közüzemi költségek csökkenthetők.

2020-ban egy mentőállomás felújítására került sor, Vác mentőállomás felújításának kivitelezési munkái fejeződtek be. 2020-ban a KEHOP 5.2.2. projekt keretében 14 helyszínen kezdődhetett meg mentőállomások energetikai felújításának tervezése, mely során fűtési rendszerek felújítására, épületek hőszigetelésére, nyílászárók cseréjére, energiatakarékos fényforrások elhelyezésére és megújuló energiaforrás felhasználásra tekintettel napelemek elhelyezésére kerülhet majd sor.

Európai uniós fejlesztések

Az OMSZ az EFOP-1.10.2-17-2017-00043 „Humánerőforrás-fejlesztés az Országos Mentőszolgálatnál” című projekt keretén belül 149 927 498 forint összegű támogatás nyert el. A 2018.05.01-2019.06.30 között megvalósult humánerőforrás-fejlesztést célzó támogató program célja volt, hogy az intézményen belül új munkakörben történő foglalkoztatás lehetősége biztosított legyen. Ezen új munkakörben – mentőtechnikus – az OMSZ azon dolgozói kerülnek alkalmazásra, akik mind gépkocsivezetői, mind mentőápolói kompetenciákkal rendelkeznek, ezért dinamikusan vezényelhetőek, ha a beosztás során a mentőegység valamely tagja kiesik. A projekt keretében újonnan kialakított, régióként 6-6 db (összesen 36 db) mentőtechnikusi munkakör által javult a mentőegységek rendelkezésre állása, nőtt a szervezeti hatékonyság.

Az OMSZ 259 878 034 forint összegű támogatás nyert el az EFOP-1.10.3-17-2017-00001 „Képzési programok az Országos Mentőszolgálatnál az egészségügyi ágazat szolgáltatás-fejlesztése érdekében” című projektjével, melynek keretében 570 fő egészségügyi szakképesítéssel nem rendelkező mentőgépkocsi-vezető képzését valósította meg az OMSZ 2018. május és 2019. június között. A projekt célja volt, hogy a mentőgépkocsi-vezető munkakörök esetében jelentkező humánerőforrás hiány csökkenjen azáltal, hogy a mentőgépkocsi-vezetők Betegkísérő képzést is szereznek, a képzési időtartam során ösztöndíj is biztosításra került. A képzések az ország 18 mentőállomásán (elsősorban a megyeszékhelyeken) zajlottak. A sikeres vizsgát követően – az új ismeretek birtokában – az OMSZ munkavállalói hatékonyabban tudnak bekapcsolódni a mentési műveletekbe.

Digitalizáció

Az elmúlt években számtalan fejlesztést valósított meg az OMSZ informatikai területen. Bevezette a tablet alapú Intelligens Fedélzeti Terminált. Kapcsolódott az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térhez. A korábban bevezetett üzleti intelligenciával elemzett folyamatok a koronavírussal való küzdelemben nagy segítséget nyújtottak az OMSZ folyamatainak pontos elemzéséhez és a gyors reakcióhoz. A kapacitástervezés során már tavaly is alkalmazta az OMSZ a mesterséges intelligencia lehetőségeit. Informatikai és telekommunikációs partnereikkel közterületi segítségnyújtó applikációt és életmentő applikációt fejlesztettek ki.

Orvosszakma

Orvosszakmai területen az elmúlt években több mint 500 oldal szakmai eljárásrend került megírásra, amely egységes alapokon segíti a betegek korszerű prehospitalis ellátását, javítva a megbízhatóságot. Az anyagok terjesztése FOAM (Free Open Access Meducation) jellegű, emellett a közösségi oldalakon keresztül, OMSZ gondozásban, naponta több ezer egészségügyi dolgozóhoz jutnak el szakmai információk egyszerű, közérthető formában. Az Országos Mentőszolgálat az elmúlt években a magyar sürgősségi tudományos élet meghatározó, véleményformáló és szakmai értékteremtő szervezetévé vált, a COVID-19 járvány alatt szakmai anyagai a védekezés alapjaivá is váltak több szakterületen. Proaktív módon már 2020. január 31-én eljárásrend készült az új koronavírusos betegek prehospitalis ellátásával kapcsolatban, ezt követően - folyamatosan reagálva a járványhelyzetre - további

eljárásrendek és utasítások kerültek kiadásra a járvány kapcsán, mint például a koronavírus fertőzött betegek újraélesztése, a helyszíni mintavétel szabályai, védőfelszerelések használata, eszköz- és felületfertőtlenítés, stb. A Mentőszolgálat munkatársai számára több szakmai oktató videó is készült (helyszíni mintavétel, védőfelszerelések megfelelő használata).

3.6.2. Gyermek sürgősségi, baleseti ellátás fejlesztése (EFOP-2.2.1-16)

A kiemelt eljárású 19,67 milliárd forint keretösszegű (EFOP: 11, 9 milliárd forint, VEKOP: 2,1 milliárd forint, hazai forrás: 5,67 milliárd forint) projekt két fő komponensre osztható:

- egyrészt létrejön a legmagasabb (3.) progresszivitási szintű gyermekbaleseti és gyermek-sürgősségi ellátó központ,
- másrészt a kedvezményezettek kialakították a vidéki ellátást biztosító többszintű gyermekbaleseti és gyermek-sürgősségi ellátó hálózatot.

A fejlesztés eredményeképpen kialakul a hazai ellátásból eddig hiányzó gyermek baleseti, traumatológiai ellátás jogszabályi feltételrendszere, az uniós forrásoknak köszönhetően pedig megteremtődik az ellátás infrastrukturális háttere is.

A kiemelt projekt rövid távú céljai:

- a gyermekbaleseti halálozás csökkentése, az első és a definitív ellátás idejének és a baleseti-és sürgősségi ellátást követő maradandó károsodások és szövődmények csökkentése;
- az esélyegyenlőség biztosítása az ország bármely területén jelentkező sürgősségi- és baleseti ellátást igénylő gyermekek részére;
- gyermek központú, a gyermekek szükségleteit és jogait biztosító ellátó helyek kialakítása, az ellátás komfortjának növelése;
- betegutak racionalizálása, betegelégedettség növelése.

A kiemelt projekt hosszú távú céljai:

- a 0-18 év közötti lakosság részére a baleseti –, és a sürgősségi ellátás megfelelő színvonalú, időben és térben hozzáférhető elérésének megteremtése;
- speciális, minden esetben a szükséges és legmagasabb szintű, szakmailag kontrollált ellátás biztosítása;
- széleskörű ellátás, egységes módszertan alapján szabályozott, regionális és országos elérhetőségének lehetőségével.

A projekt keretében két új szakma (a gyermek-sürgősségi és a gyermek baleseti) kialakítása történik meg Magyarországon, melynek kidolgozásában a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, a B-A-Z Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Debreceni Egyetem, Pécsi Tudományegyetem és Szegedi Tudományegyetem konzorciumi együttműködéssel vesz részt. A két szakma létrehozásához szükséges szakmai minimum feltételek, betegutak, finanszírozás szakvizsga kurikulum, protokollok és oktatási anyagok teljes vertikumára a hazai gyermekgyógyászat jeles képviselőinek egységes véleménye alapján történik a javaslatétel.

A projekt kezdeti szakaszában kialakításra kerültek a **munkacsoportok**, amelyek munkája révén - a projekt futamideje alatt - kidolgozásra fog kerülni a szakmai módszertan. A

munkacsoportok működése 2019. év végén lezárult, az általuk előkészített szakmai anyagok egyeztetése az érintett hatóságokkal, a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelővel, a szakmai grémiumokkal még folyik.

A fejlesztés szakmai tartalmának részelemei:

1. Minimumfeltételek

A 2 lezárt minimumfeltételek munkacsoport kidolgozott 1-1 minimumfeltétel ajánlást, melynek 2-2 melléklete van, a személyi és az infrastruktúra feltételekre vonatkozóan. A gyermek sürgősségi ellátás területén a nemzetközi ellátási standardoknak megfelelően a hazai viszonyokat adaptálva elkészült egy egységes javaslat a hazai gyermek sürgősségi osztályok strukturális és funkcionális kialakítására, mely pontosan meghatározza a minimum feltételeket is. Traumatológia szakma területén is elkészült egyes progresszívítási szinteknek megfelelő minimum feltétel javaslat. Ezek kiegészítéseként elkészült egy, a gyerekek speciális ellátásával foglalkozó ajánlás-tervezet csomag, melynek része a „Gyermekbarát kórház” anyag, valamint színtervek és látványtervek. Meghatározásra kerültek azok a betegség/sérülés csoportok, ahol szükséges pontosan rögzíteni 1. az ellátásukhoz szükséges minimumfeltételeket, 2. az ellátási szintet (betegutat) 3. a finanszírozási értékeket, 4. szabályozásukra protokoll szükséges.

2. Betegutak

A finanszírozási és a 2 betegút munkacsoport egyrészt felmérte a jelenlegi betegutakat, és a minimumfeltételek alapján megvizsgálta, hogy hol van olyan ellátás, amit a korábbiakkal ellentétben más szinten, illetve a centrumokban fognak ellátni.

A végleges betegút – ellátási rendszer felépítése elkészült, mind a gyermek sürgősségi, mind a gyermek traumatológiai betegutakra vonatkozóan, melyek progresszívítási szintenként tesznek javaslatot hazai ellátórendszerben a két szakmai betegút struktúra felépítésére. Ezeknek a TEK változtatáshoz szükséges formába alakítása még zajlik.

3. Finanszírozás

Mindkét szakmában megalakult finanszírozás és a 2 Homogén Betegcsoport (a továbbiakban: HBCS) munkacsoport szintén felmérte a jelenlegi finanszírozási rendszert, értékeit. Kidolgozásra került egy új kód- és finanszírozási struktúra, melyet már a NEAK képviselőivel is egyeztettek. Ennek lényege, hogy a gyermekellátásban elvárt minimalizálendő hospitalizáció a finanszírozásban is megjelenjen, anélkül, hogy a beteg minőségi ellátása sérüljön. Kidolgozásra került egy végleges dokumentum a gyermek sürgősségi HBCS csoportokkal kapcsolatban, melynek egyeztetése előzetesen megtörtént a sürgősségi és gyermek sürgősségi grémiumokkal.

A Gyermektraumatológiai munkaanyag új, önálló gyermek traumatológia főcsoport létrehozását tartalmazza, részletes alcsoport bontásokkal, az egyes tevékenységek ápolási idejének, HBCS tartalmának meghatározásával.

4. Szakvizsga

Széleskörű egyeztetést követően megállapodás született a társszakmák képviselői között, a két önálló szakma, és szakvizsga létrehozásával kapcsolatban. A szakvizsgákkal kapcsolatos elvárások kompetencia alapúak lesznek, illetve bizonyos tanfolyamok teljesítését várják el. Meghatározásra kerültek a belépési feltételek, és a megszerzendő tudás.

5. Protokollok

Kidolgozásra kerültek a legfontosabb betegségcsoportokra, illetve sérülésekre az ellátási protokollok. Kialakításuk nemzetközi szakirodalmi adatok és a hazai tapasztalat feldolgozásával történt. A protokollok szakmai elfogadtatása zajlik.

6. Tankönyv

A protokollokhoz hasonlóan mindkét szakmában elkészült a tankönyvek tervezete, melyek szerkesztés alatt állnak.

3.7. Ágazati kulcsindikátorok nemzetközi összevetésben

A magyar lakosság egészségi állapotát, az állapotváltozást bemutató ágazati kulcsindikátorok:

	2010	2017	2018	Változás 2010-2018 között		Országok, ahol alacsonyabb az életkor
Születéskor várható élettartam - összesen						
EU28	79,9	80,9	81,0	1,1 év	1%	4 ország: Litvánia, Lettország, Románia, Bulgária.
V4 átlag	76,1	77,6	77,6	1,5 év	2%	
Magyarország	74,7	76	76,2	1,5 év	2%	
Égészségben eltöltött évek száma - nők (születéskori adat)						
EU28	62,6	64,0	63,8	1,2 év	2%	14 ország, köztük: Románia, Dánia, Litvánia, Horvátország, Hollandia, <u>Ausztria</u> , Szlovákia, Finnország, stb. (2010-ben még csak 7 országot előztünk)
V4 átlag	59,4	60,6	61,5	2,1 év	4%	
Magyarország	58,6	60,8	61,8	3,2 év	5%	
Égészségben eltöltött évek száma - férfiak (születéskori adat)						
EU28	61,8	63,5	63,4	1,6 év	3%	10 ország, köztük: Románia, Portugália, Finnország, <u>Ausztria</u> , Horvátország, Szlovákia, Litvánia, stb. (2010-ben még csak 4 országot előztünk)
V4 átlag	57,4	59,1	59,7	2,3 év	4%	
Magyarország	56,3	59,6	60,4	4,1 év	7%	

a) Születéskor várható élettartam

A magyar népesség egészségi állapotát jelző mutatók uniós összehasonlításban még mindig kedvezőtlenek, azonban több egészség mutatóban sikerült pozitív irányú elmozdulást megfigyelni az utóbbi időszakban. A többi EU-s országhoz hasonlóan **Magyarországon is növekvő tendenciát mutat a születéskor várható élettartam az elmúlt évtized vonatkozásában.**

2019-ben a születéskor várható élettartam 76.16 év volt a teljes lakosságra vonatkoztatva, ami 2 évnyi emelkedést jelent a 2010-ben mérthez képest. A tárgyalt majd egy évtizedben születettek várható átlagos élettartamának átlaga 75,44 év. A nemi bontások alapján a férfiak esetében 2 évvel, nők esetében 1 évvel növekedett a születéskor várható élettartam értéke a 2010-2018 közötti időszakban. A születéskor várható élettartam 2010 óta tartó növekedéséhez főként a szív- és érrendszeri betegségek, különösen a stroke okozta mortalitás csökkenése járulhatott hozzá. 2018-ban a magyar nők átlagosan hét évvel tovább éltek, mint a férfiak (79 év, szemben a 72,5 évvel).

b) Születéskor várható egészséges élettartam

A születéskor várható élettartam növekedésével párhuzamosan – jelentős mértékben hosszabbodott az egészséges életévek száma. A mutató 2010 és 2018 között a férfiaknál 3,5 évvel, 60 évre hosszabbodott, a nőknél fél évvel emelkedett meg, azaz a férfiaknál jelentősebb, a nőknél kisebb javulás volt tapasztalható. 2018-ban a férfiak születéskor várható élettartamuk 82, a nők 77,5 százalékát egészséges életévakként várhatták.

2005-2014 között vizsgálva az Eurostat adatsorát a születéskor várható egészséges életévek vonatkozásában, az EU átlagában stagnálás mutatkozik, míg Magyarországon növekedés, amely tendenciát a 2015-ös átmeneti csökkenés szakította meg, azonban 2016-tól újra növekedés jellemzi a mutatót.

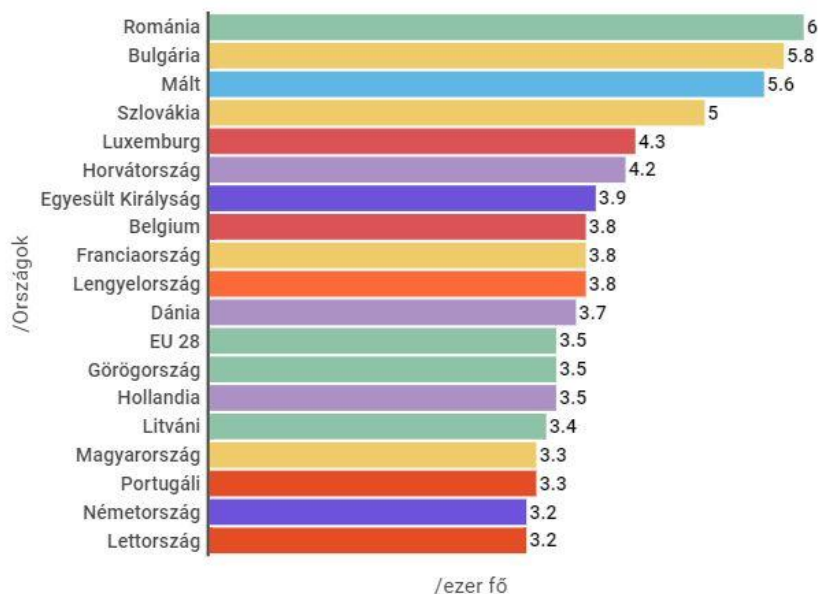
c) Csecsemőhalandóság

A csecsemőhalálozási arányszám ezer élveszülöttre jutó egy éven aluli csecsemőhalálozást jelenti. A csecsemőhalandóság az egyes országok/régiók fejlettségének egyik jellemző indikátora is, kifejezi a társadalmi-gazdasági körülmények hatását az anyákra és a csecsemőkre, valamint az egészségügyi rendszer hatékonyságát különösen az újszülöttkorban (első négy hétben) bekövetkező életveszélyes problémák kezelésében.

Magyarország csecsemőhalandósága 2013-2018 között folyamatosan csökkent. 2013-ban minden ezredik újszülöttről 5,1 fő veszítette életét, míg ez a szám 5 évvel később 3,4-et mutatott, mely 34%-os javulást jelent 5 év viszonylatában. 2019-ben ez az arányszám 3,8.

2019-ben a csecsemőhalandóságot vizsgálva országos megoszlásban elmondható, hogy Jász-Nagykun-Szolnok és Békés megyében mérték a legrosszabb mutatókat (6,3-6,4), a legjobbkat pedig Győr-Moson-Sopron és Fejér megyében (1,9-2,4). Az Európai Uniószámokhoz viszonyítva hazánk előnyös helyet foglal el a rangsorban, az EU-s átlagnál alacsonyabb halálozási mutatóval, Magyarország a 4. helyen szerepel.

Csecsemőhalandóság az EU-ban (2018)



2. ábra: Csecsemőhalandóság az Európai Unió országaiban 2018-ban
(Forrás: Eurostat: infant mortality rate 2018 (saját szerk.)

d) Halálozási arányszámok

Nyers halálozási arány

Kiemelt megállapítás:

- A férfiak és nők esetében is a keringési megbetegedések, a daganatos megbetegedések, valamint a légzőszervi megbetegedések jelentik a vezető halálokokat.
- A különböző halálokok összes halálozásban betöltött szerepét mutatja az összes halálozás halálokok szerinti megoszlása. 2018-ban a férfi lakosság körében összesen 64 016, míg nők körében 67 029 halálest történt.
- Nők esetében az összes halálozás közel egynegyedét (22,9%) a daganatos megbetegedések okozták (1. táblázat).

Az Európai Unió további országaihoz hasonlóan a legnagyobb népegészségügyi kihívást Magyarországon is a krónikus nem fertőző betegségek okozzák. Ezek a betegségek, elsősorban a keringési, daganatos, légzőszervi és emésztőrendszeri betegségek felelősek az összes halálozás mintegy 90%-ért³.

2010 és 2018 között a halálozás hazánkban csökkenő tendenciát mutatott. 2015-ben – a nemzetközi trendeknek megfelelően – visszaesés volt tapasztalható a halálozás csökkenő tendenciájában, azonban 2016-ban újra csökkenő tendencia jellemezte a mutatót⁴.

³ Forrás: MÉRTÉK, Eseti gyorsjelentés-2016

⁴ Forrás: KSH, Magyarország 2016.

Az utóbbi években csökkenő tendenciát mutat mind az összhalálozás, mind az okspecifikus halálozás aránya a jelentősebb krónikus, nem fertőző betegségek esetében (1. sz. táblázat): a halálozások közel felét adó keringési rendszer betegségeiben és a negyedét kitevő rosszindulatú daganatok esetében csökkenés volt tapasztalható 2018-ban a 2011-es adatokhoz viszonyítva, a csökkenés aránya 4-25% közötti.

	NYERS HALÁLOZÁS, 2018		STANDARDIZÁLT HALÁLOZÁS, 2018			
	esetek száma, 2018	az összes eset %-ban	esetek száma 100.000 főre	az EU28-hoz viszonyítva (2016)	változás 2011-ről	az EU28-hoz viszonyított érték változása 2011-ről
NŐK						
Összes halálozás	67 029	100%	1179	144%	-4%	-2%
Keringési rendszer betegségei	36156	54%	636	210%	-7%	8%
Iszkémiás szívbetegség	17435	26%	307	354%	-11%	26%
Agyérbetegség	6416	10%	112	154%	-25%	-17%
Daganatok	15297	23%	267	128%	-2%	-4%
Tüdő	3375	5%	59	184%	5%	-3%
Emlő	2127	3%	37	113%	-7%	-6%
Vastag- és végbél	2198	3%	38	165%	-6%	0%
Hasnyálmirigy	1082	2%	19	126%	-11%	-25%
Petefészek	716	1%	13	120%	-9%	-3%
Méhnyak	408	1%	7	193%	-5%	8%
FÉRFIAK						
Összes halálozás	64 016	100%	1833	147%	-9%	-10%
Keringési rendszer betegségei	28539	45%	888	208%	-11%	-8%
Iszkémiás szívbetegség	14667	23%	460	283%	-14%	-6%
Agyérbetegség	4851	8%	150	172%	-27%	-30%
Daganatok	17953	28%	468	131%	-7%	-8%
Tüdő	5341	8%	131	159%	-16%	-13%
Vastag- és végbél	2836	4%	77	191%	-11%	-13%
Prostata	1314	2%	42	106%	-5%	0%
Hasnyálmirigy	1071	2%	27	137%	-12%	-23%

1) sz. táblázat

A nyers és standardizált halálozás aránya nemi bontásban (2018) időbeli és EU28 országokkal való összevetésben⁵

(Forrás: Nemzeti Népegészségügyi Központ adatgyűjtése, 2019.⁶)

A halálozási arányszámok elemzése kapcsán elmondható, hogy 2011 óta mind az összhalálozás, mind az egyes betegségecsoportok okozta halálozás tekintetében **csökkenés** volt tapasztalható. Az adatok nemi bontásával nyert mutatók is ezt a tendenciát jelzik: a nők esetében 4%-kal, a férfiaknál 9%-kal csökkent az összhalálozás 2011-2018 között. A legjelentősebb csökkenés az agyérbetegségek okozta halálozás esetében volt tapasztalható: a férfiak esetében 25%-kal, a nők esetében 27%-kal csökkent ennek aránya.

⁵ Megjegyzés: 10%-os vagy nagyobb javulás: **zöld színnel**, 10%-os vagy nagyobb romlás: **piros színnel**

⁶ A bemutatott halálozási adatokat a Központi Statisztikai Hivatal szolgáltatta, és azok feldolgozását a Nemzeti Népegészségügyi Központ (NNK) végezte.

Férfiaknál 2018-ben az összes halálozás valamivel több, mint egynegyedét (28%) a daganatos betegségek okozták (1. táblázat).

Korai halálozási arány:

- Nőknél a korai halálozás mintegy felét a daganatok, férfiaknál egy-egy harmadát a keringési rendszer betegségei és a daganatok okozzák. A magyar férfiak és nők korai halálozása még mindig kiemelkedően magas az EU-ban.
- 2018-ban a 65 év alatti nőknél a daganatok okozta halálozás a korai halálozás közel felét (45%) tették ki.

Hasonló tendencia mutatkozott meg a *korai halálozás* kapcsán is: mindkét nem esetében csökkent ennek értéke 5 és 32% között a 2011-2018 közti időintervallumban, különös tekintettel a férfiak tüdő (-32%) és szájüregi daganatok (-30%) okozta korai halálozási arányai kapcsán. A nők esetében a legjelentősebb pozitív tendencia az agyérbetegségek okozta korai halálozás 21%-kal való csökkenése volt

Halálokok szerinti magyarországi korai halálozás

	NYERS KORAI HALÁLOZÁS, 2018		STANDARDIZÁLT KORAI HALÁLOZÁS, 2018			
	esetek száma, 2018	az összes eset %-ban	esetek száma 100.000 főre	az EU28-hoz viszonyítva (2016)	változás 2011-ről	az EU28-höz viszonyított érték változása 2011-ről
NŐK						
Korai halálozás	9 703	100%	220	159%	-12%	-10%
Keringési rendszer betegségei	2 355	24%	52	233%	-11%	1%
Iszkémiás szívbetegség	1 022	11%	22	320%	-15%	0%
Agyérbetegség	492	5%	11	196%	-21%	-8%
Daganatok	4 386	45%	99	150%	-10%	-8%
Tüdő	1 220	13%	27	221%	-11%	-23%
Emlő	679	7%	15	111%	-12%	-5%
Vastag- és végbél	446	5%	10	178%	-9%	-8%
Petefészkek	229	2%	5	127%	-7%	7%
Hasnyálmirigy	236	2%	5	147%	-5%	-13%
Méhnyak	224	2%	5	201%	-5%	14%
FÉRFIAK						
Korai halálozás	19 783	100%	484	176%	-15%	-13%
Keringési rendszer betegségei	6 442	33%	158	238%	-12%	-1%
Iszkémiás szívbetegség	3 191	16%	78	261%	-19%	-12%
Agyérbetegség	972	5%	24	227%	-23%	-18%
Daganatok	6 301	32%	155	173%	-18%	-18%
Tüdő	2 071	10%	51	205%	-32%	-48%
Szájüreg	626	3%	16	283%	-30%	-76%
Vastag- és végbél	787	4%	19	220%	-8%	-4%
Hasnyálmirigy	385	2%	9	165%	-6%	-6%

2) sz. táblázat

A nyers és standardizált korai halálozás (1-64 éves életkor) aránya nemi bontásban (2018) időbeli és EU28 országokkal való összevetésben⁷

⁷ Megjegyzés: 10%-os vagy nagyobb javulás: zöld színnel

4. Kapcsolódás az Európai Szemeszterhez

Helyzetkép:

A lakosság egészségi állapota alapvetően meghatározza az ország társadalmi-gazdasági kilátásait és versenyképességét, ezért kiemelten fontos, hogy javulás legyen elérhető az egészségi állapotot leíró mutatókban, tovább javuljanak a betegek gyógyulási esélyei, csökkenjen a betegségek okozta egészségveszteség és növekedjen az egészségben eltöltött életevek száma.

2018-ban az összes halálozás 49%-át a keringési, míg 25%-át a daganatos megbetegedések okozták⁸. Az idő előtti halálozás miatt elvesztett, illetve megromlott egészségben leélt évek alapján az egészségveszteségek legnagyobb részét nem fertőző betegségek okozzák, azok döntő többsége a kockázati egészségmagatartásokhoz köthető⁹, a korai halálozás jelentős része pedig elkerülhető lenne a problémák korai észlelésével és azonosításával, valamint az egészségügyi ellátórendszeren belüli adekvát és időszerű ellátások biztosításával.

Az egészségügyi intézkedések az alábbiakhoz járulnak hozzá a tervezett beavatkozások révén:

2019. évi ország jelentés „D” melléklete (beruházási iránymutatás):

1. szakpolitikai célkitűzés:

- A digitalizáció előnyeinek a polgárok és a vállalatok számára való kiaknázása;
- A kutatási és innovációs kapacitások növelése és a fejlett technológiák elterjesztése;

2. szakpolitikai célkitűzés:

- Energiahatékonyság növelése és a megújuló energiaforrások felhasználása;

4. szakpolitikai célkitűzés:

- Megfizethető egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés előmozdítása, az egyenlőtlenségek csökkentése, különösen a hátrányos helyzetű járásokban;
- Infrastruktúra biztosítása, beleértve az alapellátást nyújtó létesítményeket és az egészségügyi berendezéseket;

2020. évi országspecifikus ajánlások:

- Egészségügyi dolgozók hiányának kezelése;
- Minőségi megelőző és alapellátási szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítása;
- A kritikus orvosi eszközökkel való megfelelő ellátás és az infrastruktúra biztosítása az egészségügyi rendszer ellenálló képességének fokozása érdekében;
- Az alapvető szolgáltatásokhoz és minőségi oktatáshoz való hozzáférés biztosítása mindenki számára;

⁸ Forrás: KSH, Népeség, népmozgalom (1900–), 2018

⁹ Forrás: Európai Bizottság, Egészségügyi országprofil, 2019

- Zöld és digitális átállás (tisza és hatékony energiatermelés és -felhasználás, fenntartható közlekedés, hulladék- és vízgazdálkodás, kutatás és innováció, iskolák digitális infrastruktúrája).

A praxisközösségek országos kiterjesztése, valamint a házi orvosok hatáskörének bővítése hozzájárul a szolgáltatásokhoz – többek között az egészségügyi és tartós ápolási-gondozási szolgáltatásokhoz – való hozzáférés javításához, összhangban a 2019-es ország jelentés „D” mellékletében megfogalmazott beruházási iránymutatásokkal.

Összhangban a 2019-es országspecifikus ajánlások szövegével, amely szerint a magyar egészségügyi rendszer továbbra is erősen kórházközpontú és hiányosságok észlelhetők az alapellátás terén, az egészségügyi ágazat előtt álló legfontosabb szakpolitikai cél a betegellátás elmozdítása egy beteg- és emberközpontú lakóhely közeli ellátási modell irányába.

A 2020. évi országspecifikus ajánlások között feladatként fogalmazódik meg az egészségügy kapcsán, hogy kezelje az egészségügyi dolgozók hiányát és az egészségügyi rendszer ellenálló képességének fokozása érdekében biztosítsa a kritikus orvosi eszközökkel való megfelelő ellátást és az infrastruktúrát.

A minőségi megelőző és alapellátási szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítása kiemelt jelentőségű a 2020-as országspecifikus ajánlásban. Lakóhelytől függetlenül mindenki számára elérhetővé válik a betegségek korai felismerése, a házi orvosok kompetenciája növekszik, vonzóbb lesz a házi orvosi pálya, továbbá az egészségben eltöltött évek növekedése várható a betegségek korai felismerésének és korai kezelésének elősegítésével, a házi orvosi praxisközösségek létrejöttével a járóbeteg - szakellátás tehermentesítése várható.

Az egészségügyi ágazati célrendszer kulcsfontosságú eleme a digitális transzformáció felgyorsítása és kiszélesítése, aminek révén a korszerű informatikai és infokommunikációs eszközök és technológiák lehetővé teszik az intézkedések eredményesebb és hatékonyabb megvalósítását. Ez a tervzet azzal a 2020. évi országspecifikus ajánlással van összhangban, amely a zöld és digitális átállást sürgeti.

Mindezek figyelembe vételével olyan komplex megközelítés szükséges, amely felöleli a megelőzés, az alapellátás, a szakellátás és az utógondozás feltételrendszerének fejlesztését (alkalmazva a korszerű infokommunikációs és e-health eszközöket), és lehetővé teszi ellátórendszeren belüli kapacitások (ideérve a humán erőforrásokat is) hatékonyabb kihasználását.

5. Célrendszer

5.1. Jövőkép, általános cél

Az egészségügyi intézkedések átfogó célja egy modern, a XXI. század kihívásaira reagálni képes, hatékony ellátórendszer működtetése, a különböző ellátási szinteket érintő fejlesztésekkel az elérhető egészségnyereség maximalizálása érdekében.

A tervezett beavatkozások központi eleme az egészségtelen életmód hatásainak mérséklése, a dohányzás, alkoholizmus és elhízás visszaszorítása, a táplálkozási és testmozgási szokások átalakítása és a sérülés-megelőzés valamennyi korcsoportban. Ehhez járul hozzá az egészségműveltség és egészségtudatosság fejlesztése, a népegészségügyi célú szervezett szűrővizsgálatok körének bővítése, a céllakosság szűrővizsgálatokon való részvételi arányának növelése, a népegészségügy korszerűsítése a szolgáltatások esélyegyenlő hozzáférése kiemelten a hátrányos helyzetű térségekben, valamint az egészségügyi ellátás színvonalának növelése.

Stratégiai célkitűzés a magyar emberek egészségi állapotának további javítása, az egészségben eltöltött életevek számának növelése. A fejlett egészségügyi ellátás közvetett módon járul hozzá a gazdasági növekedéséhez. A jó egészségi állapotban lévő emberek nagyobb munkaerőpiaci részvétellel segítik a gyarapodást mind egyéni, mind társadalmi szinten.

Az „Egészséges Magyarország 2014-2020 Egészségügyi Ágazati Stratégia” átfogó céljai:

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

Az egészségügyi ágazat 2027-ig terjedő hosszú távú céljai a 2020-ig kitűzött célok fenntartását is jelentik, az elérésüket elősegítő hosszú távú intézkedésekkel, hiszen a népegészségügyi fordulat elérése akár több évtizedes munkát igényelhet.

5.2. Specifikus célok

Az ellátórendszert érintő beavatkozások két pillére az **alapellátás** és a **szakellátás megerősítése**. A krónikus nem fertőző betegségek hatékonyabb megelőzése, korai felismerése és időben történő ellátásba vétele érdekében az alapellátásban cél az együttműködési formák körének bővítése, többlétszolgáltatások biztosítása, valamint a prevenciós tevékenységek megerősítése megfelelően a 2019. és 2020. évi országspecifikus ajánlásoknak.

A magyar Kormány már elfogadta azokat a jogszabály módosításokat, amelyek lehetővé teszik a praxisközösségek országos kiterjesztését, a háziiorvosi hatáskörök bővítését.

(Az egyéb szakvizsgával rendelkező háziorvos a megfelelő működési engedély birtokában szakorvosi tevékenységet végezhet, szakvizsgához kötötten rendelhet vényt, beutalhat speciális vizsgálatokra és a szakvizsgának megfelelően gondozhatja a beteget, például egy tüdőgyógyász szakorvosi képzettséggel is rendelkező háziorvos légzésfunkciós vizsgálatot végezhet, illetve emelt támogatással rendelhet az asztmás betegnek gyógyszert.)

Ezen jogszabályi módosításokkal megvalósulhat országszerte a lakóhelyközeli szakellátás, a fiatal szakorvosok számára vonzóvá válik a háziiorvosi hivatás.

Az ellátórendszer **kórházközpontúságának áttekintésével** egyidejűleg kiemelt cél, hogy az intézményi struktúra alkalmas legyen a lakosság egészségi állapotában érdemi előrelépésre és a működési folyamatok javítására.

Alapvető cél továbbá az **egészségügyi dolgozók** számára biztos és kiszámítható jövő nyújtása, a munka- és életkörülmények folyamatos javítása.

Szükséges az **infektológiai ellátóhelyek** infrastrukturális megújítása, ezen felül biztosítani kell a megfelelő és modern orvos-technikai és védőeszközöket, melyek segíthetik a szakembereket a betegek ellátásában.

A meglévő kórházi infrastruktúrának, kubatúrának, kiszolgáló rendszereknek folyamatosan alkalmasnak kell lenniük infektológiai fenyegetettség idején - illetve közvetlen infektológiai helyzetben is -, az optimális működésre.

Magyarország **Nemzeti Digitalizációs Stratégiájának** (NDS) megállapításai szerint a 21. század második évtizedében a társadalmi és gazdasági élet valamennyi területén, így az egészségügyben is meghatározó szerep jut a digitalizációnak. Az NDS ezért alapvető célkitűzései között szerepelteti a közszolgáltatások digitális fejlesztését, kiemelt hangsúllyal az e-egészségügyi megoldások továbbfejlesztésére. A terület digitalizációja elengedhetetlen az intézmények működési hatékonyságának, ellátási folyamatainak javítása szempontjából. Az egészségügy megújítása, fenntartható alapokra helyezése, a hatékonyan működő, minőségorientált, betegközpontú és a prevenciót támogató egészségügyi rendszer létrehozása a legfontosabb kormányzati célkitűzések között szerepel. E célt a Kormány az állami szerepvállalás növelésével, a szervezeti integrációra épülő egészségügyi struktúraátalakítással kívánta elérni, amelynek szakmai irányait a Semmelweis Terv és az Egészséges Magyarország 2014–2020 Egészségügyi Ágazati Stratégia alapozta meg.

5.2.1. Népegészségügy

Magyarországon az egészségveszteségek döntő része – más fejlett országokhoz hasonlóan – magatartási (túlzott alkoholfogyasztás, dohányzás, mozgáshiányból és/vagy egészségtelen táplálkozásból adódó túlsúly) és környezeti kockázatokhoz köthető, tehát megelőzéssel jelentősen csökkenthető, nem fertőző krónikus betegségekre vezethető vissza. Az „idő előtti” halálozás miatt elvesztett, valamint a megromlott egészségben leélt évek alapján számított hazai egészségveszteségek 87%-át a nem fertőző betegségek, 10%-át a sérülések és a maradék 3%-át a fertőző, anyai, újszülöttkori és táplálkozási hiánybetegségek okozzák. Emiatt a **keringési és daganatos megbetegedések és korai halálozás csökkentése** kulcsfontosságú a hazai egészségveszteségek csökkentésében.

A Kormány a lakosság egészsége iránt érzett felelősségtől vezérelve a 1722/2018. (XII. 18.) Korm. határozattal elfogadta az egészségügy átfogó megújítására irányuló, a legnagyobb egészségveszteségek mérséklését célzó, 2019-2030-ig szóló alábbi **5 Nemzeti Egészségügyi Programot** (*Nemzeti Rákellenes Program, Nemzeti Keringési Program, Nemzeti Mozgásszervi Program, Nemzeti Mentális Egészségügyi Program, Nemzeti Gyermekegészségügyi Program*), valamint 2016-ban elindította az *Egészséges Budapest Programot*.

„A Népegészségügy az egészségügy mozgatórugója”

Az egészség javításához önmagában a betegségek megelőzésére és gyógyítására tett erőfeszítések nem elegendők. Az egészségügyben tervezett beavatkozások mellett tehát olyan szakterületi fejlesztések is nélkülözhetetlenek, amelyek az egészséget befolyásoló társadalmi-gazdasági körülmények javításával járulnak hozzá a lakosság egészségének javításához.

A népegészségügyi tevékenység körében figyelemmel kell lenni az egészség tudományosan megalapozott biológiai és természeti-társadalmi környezeti feltételeire; az egészség megőrzésének, a betegségek megelőzésének hatékony, hozzáférhető és a lakosság által elfogadható módszereire valamint az ehhez szükséges intézményrendszer sajátosságaira.

A nemzetközi stratégiai dokumentumok is alátámasztják azt, hogy érdemi előrelépés csak a népegészségügy rendszerszintű megerősítésétől, az egyének és a közösségek egészségmagatartását és környezetet célzó, összehangolt, interszektoriális beavatkozásokról várható.

A rendszerszintű megközelítés legfontosabb sajátossága, hogy a lakosság egészségére ható összetett folyamatok különböző szereplőinek érdekeit és kapcsolatait figyelembe véve azok viselkedését összehangoltan, egy irányba befolyásolja. Ahogyan a WHO „Egészséget minden politikában” és "Egészség 2020" átfogó megközelítése is deklarálja, az újfajta népegészségügyi szemléletmód sikeréhez a többi ágazat aktív szerepvállalása is szükséges.

Célszerűnek látszik az egészségügyi rendszer népegészségügyi szempontú megerősítése, valamint a meglévő népegészségügyi rendszer olyan átfogó fejlesztése, amelyben különálló intézményi struktúrában, párhuzamosan, de összehangoltan tevékenykednek a hatóságként működő szervek és a modern kihívásoknak megfelelően működő, főként szolgáltató szerepet betöltő egészségfejlesztési szervezetek.

A Népegészségügy jövőképe felvázolja az egészségkultúra új korszakát, amelyben az egyének és közösségek egészségtudatosabban élnek egy egészségesebb környezetben; valamint a megerősített népegészségügy hatékonyan valósít meg komplex népegészségügyi beavatkozásokat a társadalom többi szereplőjével együttműködésben.

Átfogó ágazati cél a minél hosszabb és minél egészségesebb élet biztosítása az egész magyar lakosság számára függetlenül attól, hogy ki, hol és milyen társadalmi-gazdasági körülmények között él.

Az átfogó ágazati cél elérését 6 rész cél megvalósulása szolgálja:

1. Egészséges életkezdet és a gyermekek egészségének kiemelt védelme, fejlesztése;
2. Az egészséges életmód előmozdítása, az egészségkockázatok csökkentése az egészségértés, egészségműveltség és az egészségfejlesztés révén;
3. A krónikus betegségek terheinek csökkentése szakmailag megalapozott egészségfejlesztési és prevenciós szolgáltatások biztosításával, átlátható, egységes betegutakkal bíró egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréssel;
4. A lakosság egészségének járványoktól, környezeti ártalmaktól való védelme;
5. A hátrányos helyzetű lakosság egészségének javítása, az egészségi állapotban tapasztalható egyenlőtlenségek csökkentése;

6. A népegészségügyi rendszer megerősítése.

Célkitűzések elérésére képes ellátórendszer jellemzői:

Egészségfejlesztési Irodák

A népegészségügyi rendszer megújítására a 2007-2013 tervezési ciklus forrásai nyújtottak jelentős mértékű forrásokat, melyeket a szaktárca egységes rendszerben, országos és területi szinteket érintően, az azok közti kapcsolódási pontokat figyelembe véve tervezett meg 7,2 milliárd forint keretösszeg felhasználásával. A pályázatok keretében 2013-tól összesen 61 EFI¹⁰ jött létre egyenként 120 millió forintos támogatási összeggel, melyek ma már fenntartási időszakban működnek, működési költségeiket a pályázati forrásokat követően központi költségvetés biztosítja (25,2 millió forint/év/EFI).

Az EFI-k hálózatának bővítése és valamennyi járásra való kiterjesztése érdekében a 2014-2020-as tervezési ciklusban 4, 691 milliárd forint értékben állt rendelkezésre pályázati lehetőség az új járásokban további EFI-k létrehozására az **EFOP-1.8.19-17, illetve a VEKOP-7.2.2-17 „Az alapellátás és népegészségügy rendszerének átfogó fejlesztése - népegészségügy helyi kapacitás fejlesztése”** című konstrukciók keretében. Ebben a körben a kevésbé fejlett régiók (3,62 milliárd forint) mellett már a Közép-magyarországi (KMR) régió intézményei is nyújthattak be pályázatot (1,071 milliárd forint), így az újonnan létrejött 53 EFI-ből 12 db a KMR régióban, ennek fele Budapest kerületeiben jött létre.

Újdonság volt, hogy a Norvég Finanszírozási Mechanizmus tapasztalataira építve Lelki Egészség Központ (LEK) funkcióval bővült az EFI-k feladatköre, erre a korábban létrejött EFI-k is nyújthattak be pályázatot, - igaz, nem kötelező jelleggel - így a 61 EFI-ből 38 esetben épült be a LEK funkció a tevékenységükbe az **EFOP-1.8.20-17 „Az alapellátás és népegészségügy rendszerének átfogó fejlesztése - népegészségügy helyi kapacitás fejlesztése a mentális egészség területén”** című konstrukciónak köszönhetően.

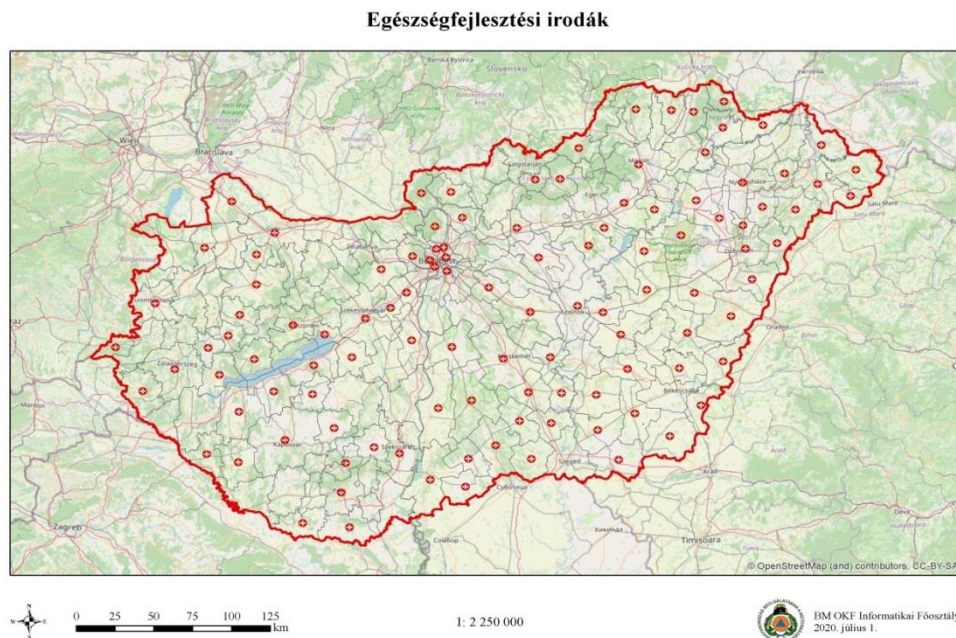
Az egészségügy prevenciók kapacitásainak megerősítéseként működő **EFI-k** (a továbbiakban: EFI) önállóan és másokkal együttműködve, az illetékességi területükhöz tartozó teljes lakosság testi, lelki egészségi szükségleteinek, igényeinek és élethelyzetének megfelelő, az egészséggel összefüggő egyéni képességek fejlesztésére, közösségi cselekvések erősítésére, az egészséget támogató környezet kialakítására és fenntartására irányuló tevékenységeket végeznek, koordinálnak, illetve mozdítanak elő.

Az EFI-k a lakosságközeli és térítésmentes egyéni és közösségi egészségfejlesztési szolgáltatások nyújtásával és széles partnerhálózat kialakításával az adott járás közösségének aktív és integrált részét képezik. Tevékenységük célcsoportja a várandósoktól kezdődően a kisgyermekes családokon át, az iskolások és fiatalok, valamint az aktív felnőttek mellett az idősek is, részükre szükségleteiknek megfelelő módon, helyen és időben nyújtanak egyéni életmód tanácsadást, illetve olyan közösségi programokat, melyek segítik az egészség választását. Ennek köszönhetően a lakosságnak az a része is könnyebben elérhető, akik eddig

¹⁰ TÁMOP-6.1.2/11/3 és TÁMOP-6.1.2/11/LHH/B azonosító számú pályázatok keretében

nem voltak motiváltak az egészségfejlesztési programokban történő részvételben, vagy nem jutottak el hozzájuk az országos népegészségügyi kommunikációban megfogalmazott üzenetek.

Jelenleg 111 járásban működik EFI, ebből 88 rendelkezik lelki egészség funkcióval.



EFI-k Magyarországon
(Forrás: BM OKF)

Az országos szintű népegészségügyi mutatók javításához elengedhetetlen feladat a **területi népegészségügyi intézményrendszer további bővítése** a minél teljesebb országos lefedettség elérése érdekében. Fontos feladat a tevékenység-portfólió bővítése is a mentális egészség megőrzését, valamint a mentális egészség problémák korai felismerését és a páciensek ellátórendszerrel való összekapcsolását, ellátását lehetővé tevő egészségfejlesztési, betegségmegelőzési tevékenységekkel.

Az EFI-k 2020. évi kötelező feladatai közül kiemelt a Kopp Mária Lelki Egészség Program 2020. évi akciótervéhez való illeszkedés, és annak keretében az alábbi területeken közösségi egészségfejlesztési programok lebonyolítása:

a) Túlzott alkoholfogyasztás:

- Szemléletformáló (a megbélyegzést csökkentő) és a függőség megelőzését segítő közösségi programok szervezése;
- Önsegítő csoportok létrejöttének és működtetésének támogatása az EFI-k által;
- Csoportos, illetve közösségi eseményekhez illeszkedő testmozgásprogramok szervezése az otthoni és munkahelyi stressz oldásához, a társas kapcsolatok erősítésért és a súlycsökkentés segítéséhez.

b) Munkahelyi egészségfejlesztés:

- Munkahelyi lelki egészség fejlesztésére alkalmas programok, jó gyakorlatok bevezetése;
- Munkahelyi egészségfejlesztésre vonatkozó ajánlások eljuttatása a járás munkaadóihoz;
- A lakosság, azon belül kiemelten a családok lelki egészségének támogatása együttműködésben az egyházakkal, civil szervezetekkel és helyi közösségekkel;
- Magas kockázatú csoportok számára nyújtott, mentális segítő szolgáltatások nyújtása;

c) Egyéni egészségfejlesztési szolgáltatások:

A dohányzás prevenciót és a leszokás támogatását célzó egészségfejlesztési szolgáltatások igénybevételenek előmozdítása, valamint szakmai kompetencia birtokában a szolgáltatás nyújtása.

d) Egészségkommunikáció:

A szervezett vastagbélvizsgálat országos bevezetésének támogatása az alapellátással való szoros együttműködéssel és a meghívólevéllel rendelkező lakosság szűrésre történő mozgósításával.

Az országos egészségkommunikációs kampányban való részvétel, a rászokás megelőzésére és a leszokásra való motiváció növelése országos és helyi egészségkommunikációval a lakosság körében:

- dohányzás,
- túlzott alkoholfogyasztás.

e) Együttműködés:

A Három generációval az egészségért program megvalósításában való aktív részvétel, együttműködés – ilyen irányú megkeresés esetén - a pályázat kedvezményezettjeivel (praxisközösségek, önkormányzati társulások), amennyiben releváns az adott járásban.

Népegészségügyi célú, szervezett szűrővizsgálati rendszer

Magyarországon kiépült a népegészségügyi célú, célzott (a továbbiakban: szervezett) szűrővizsgálati rendszer az életkor alapján veszélyeztetettnek minősülő céllakosság minél nagyobb számban történő bevonására (*a 45-65 év közötti nők két évente végzett emlőszűrése (mammográfia); a 25-65 közötti nők egyszeri negatív szűrővizsgálata után 3 évenként megismételt méhnyak szűrővizsgálata (citológia)*)

A szervezett szűrések körének kiszélesítése keretében a szervezett vastag-és végbélvizsgálat országos kiterjesztése 2018. évben indult, valamint 2014. évtől modellvizsgálat zajlik az alacsony sugárdózisú többszeletes CT-vizsgálattal (LDCT) történő tüdőrák szűrés (HUNCHEST program) az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet koordinációjában.

A szervezett szűrővizsgálatot területileg szervezett lakosságszűréssel végzik. A szűrési tevékenység az ellátórendszer szerves része.

Elemi:

- az egészségügyi szolgáltató által végzett szűrésnek tulajdonítható a céllakosságban a halálozás mérséklődése;
- a szolgáltató egészségügyi ellátórendszer kezdeményezi és finanszírozza;
- az életkor alapján veszélyeztetett személyeket lakosságlista alapján személy szerint azonosítja; a szűrésre jogosultakat személy szerint meghívólevéllel hívja meg szűrővizsgálatra, szükség esetén visszahívja és követi;
- területi szűrési nyilvántartás működik, amely megjelenési listát és különbség-listát készít a meghívott, de meg nem jelent személyek azonosítására;
- a szűrővizsgálat személyi és eszközös ellátása biztosított;
- a nem-negatív szűrővizsgálati eredménnyel járó esetek további tisztázó vizsgálatára és indokolt esetek kezelésére a betegutak biztosítottak.

A szervezett szűrések célpopulációjába tartozók szervezett szűrővizsgálatra történő meghívásának feltétele egyrészt a korosztályi megkötés, másrészt, hogy az adott személy nem szenved a célbetegségben, harmadrészt pedig, hogy a szűrési ciklus alatt ne történjen esetében diagnosztikus vizsgálat. A szervezett szűrővizsgálat bármelyikére kizárólag az kap meghívást, akinél ezek a feltételek fennállnak.

A mammográfia, méhnyakszűrés és vastagbélvizsgálat esetében a szűrőszervezést, felügyeletet, ellenőrzést a központi és területi koordináció végzi. A központi koordinációt az Nemzeti Népegészségügyi Központ, míg a területi koordinációt a megyei kormányhivatalokhoz rendelt megyei szűrési koordinátorok látják el.

5.2.2. Alapellátás

Az alapellátás jelenti az egészségügyi ellátórendszer első lépcsőjét, így az ellátórendszer megerősítése nem képzelhető el az alapellátási tevékenységek a jelenkor kihívásaira reagáló újragondolása nélkül. A 2019-es országspecifikus ajánlásokban foglaltakkal összhangban kiemelten fontos az alapellátás megerősítése, a lakóhelyközeli, beteg -és emberközpontú ellátások irányába történő elmozdulás. Egyik elsődleges cél, hogy az egészségügyi alapellátás szolgáltatásai minél több állampolgár számára legyenek elérhetőek.

A Kormány és az ágazatirányítás intézkedéseinek hatására jelentősen nőtt az egészséges életévek száma és számottevően csökkent a keringési betegségek okozta halálozás. A népegészségügyi mutatók tekintetében azonban további kihívásokkal szembesülünk, mint például a daganatos betegségek korai felismerése és az okozott halálozás csökkentése - melyekre szintén hatékony válaszokat kell adnunk. A magyar egészségügyi alapellátás fejlesztése lehetővé teszi a nagy népbetegségek hatékonyabb megelőzését (elsődleges és másodlagos prevenció), másrészt hogy hazánk népességének biztonságos, még jobb minőségű ellátása biztosított legyen, egészségmutatói, életkilátásai javuljanak. Az alapellátásban tervezett intézkedések paradigmaváltást jelentenek a nagyobb prevenció fókusz, a világosabb betegutak és a lakóhelyközeli népegészségügyi-, alapellátási és járóbeteg szakellátási feladatok összehangolásában.

A kiterjesztett alapellátás szereplőinek a jelenleginél nagyobb szerep jutna az **egészségfejlesztési, szűrési és gondozási tevékenységekben** is. Kiemelt szerepük lenne a

krónikus betegség menedzsmentben, a krónikus betegek gondozásának koordinálásában. A **telemedicinális tevékenységek** alapellátási kiterjesztése szignifikánsan tud hozzájárulni a fentebb bemutatott tevékenységekhez (pl. távmonitorozás, távvizit, távkonzultáció). Az alapellátás szereplőinek tulajdonképpen egy egészségsszervező funkciója is kialakul a fentiekén keresztül, hiszen a gondozási, betegségmenedzsmenti tevékenységek keretében az ő feladatuk lesz a páciensek koordinálása az ellátórendszeren belül, a megfelelő ellátásba irányítás. Ez hozzájárul az átlátható és nyomon követhető betegutak kialakításához is.

Az elérhető hasznok maximalizálása érdekében a szakmai profilbővítéshez hatáskörbővítés is kapcsolódik. A járó -és fekvőbeteg szakellátásra nehezedő nyomás csökkentését, és az indokolatlan hospitalizáció elkerülését szolgálja a **házi orvosok hatáskörének bővítése** a diagnosztika és a gondozás területén. A jövőben a házi orvosok – amennyiben rendelkeznek ilyennel – nyújthatnak a másik szakvizsgájuknak megfelelő szakellátásokat is a házi orvosi ellátás keretében. Beutalhatják a betegeiket bizonyos, eddig szakorvosi beutalóhoz kötött vizsgálatokra vagy felírhatnak eddig csak szakorvosi javallatra kiváltható gyógyszereket is.

A hozzáférésbeli egyenlőtlenségek csökkentéséhez úgyszintén hozzájárul a mobil moduláris házi orvosi rendelők kialakítása, amelyek segítségével a praxisközösségbe szerveződött házi orvosok a jelenleg tartósan betöltetlen praxisok esetén is biztosítani tudnák a szükséges ellátásokat.

Természetesen a fentiek csak akkor tudnak megfelelően zajlani, ha a szükséges ápolási, orvos-technikai és IT eszközök rendelkezésre állnak a házi orvosi praxisokban, így a jelenlegi koncepció hangsúlyos elemét a szakmai fejlesztésekhez kapcsolt infrastrukturális fejlesztések is jelentik.

Kialakításra kerül az **alapellátás új szakmai irányítási rendszere**, melyben a városi kórházak vezetői a házi orvosi, házi gyermekorvosi, fogorvosi praxisok, a járásban működő alapellátási ügyelet(ek), védőnői szolgálatok, a területi egészségfejlesztési iroda, a járásban működő otthonápolási és hospice szolgálatok szakmai munkáját koordinálják, szoros együttműködésben a járási járóbeteg szakellátás intézményeivel és a fekvőbeteg ellátással. A városi kórházak feladata az adott járás/terület népegészségügyi mutatóinak és a lakosság egészségi állapotának ismeretében a szükséges szolgáltatások tervezése az alapellátás működésének szervezése, a működéshez szükséges humán erőforrás biztosítása, a szakmai minőségbiztosítás a járási egészségtervvel összhangban.

Stratégiai célkitűzés a minőségi, költség-hatékony, biztonságos, integrált egészségügyi alapellátás feltételrendszerének megteremtése. Annak érdekében, hogy az alapellátási rendszer be tudja tölteni megfelelő szerepét, egyaránt szükséges a **team-munkát ösztönző szervezeti megújulás**, a hozzáférés javítása, a minőségi garanciák beépítése, a **betegutak újragondolása**, az egységes szakmai koordináció, a **finanszírozás megújítása**, a definitív ellátáshoz szükséges **hatáskör**, **kompetencia**, működési feltételek biztosítása, az adminisztratív feladatok racionalizálása, valamint a **megfelelő létszámú és kompetenciájú humán erőforrás** bevonása az alapellátás szolgálatába.

5.2.3. Járó- és fekvőbeteg szakellátás

Átfogó cél egy modern, a XXI. század kihívásaira reagálni képes, hatékonyan működő ellátórendszer megerősítése, a különböző ellátási szinteket érintő fejlesztésekkel az elérhető egészségnyereség maximalizálása érdekében.

Stratégia célok:

- Az elkerülhető halálozások csökkentése;
- Az egészségügyi alapellátás megerősítése, népegészségügyi fókuszú fejlesztése;
- A szakellátási kapacitások hatékonyabb kihasználása;
- Nyomon követhető, egyértelmű betegutak kialakítása;
- E-Health fejlesztések megvalósítása, modern digitális technológiákra épülő ellátási formák bevezetése;
- Az egészségügyi szolgáltatások minőségének javítása, betegbiztonság növelése;
- Az egészségügyi ellátórendszer járványügyi ellenálló és reagáló képességének erősítése;
- Az ágazati adatvagyon megfelelő felhasználásával, az informált döntéshozatal támogatása központi és helyi szinten;
- Hozzáférésbeli egyenlőtlenségek csökkentése.

Az egészségügy gerincét a szakellátói intézménystruktúra jelenti, így ha egy eredményesebben és hatékonyabban működő egészségügyi rendszer megerősítését célozzuk, akkor a szakellátás átalakítása elkerülhetetlen.

A szakellátás tekintetében olyan ellátórendszeri struktúra megerősítése a cél, ahol az egyes egészségügyi intézmények hálózatba szerveződve, a kapacitásokat szükségleteknek megfelelően elosztva, együttműködve biztosítják a különböző szakellátásokat a lakosság számára.

A hatékonyságnövelés első lépése az aktív ágyak kihasználtságának növelése. Jelenleg sok esetben egy megyén (vagy akár az egyes intézményeken) belül redundanciák fedezhetőek fel. Az egyes szakmák szerinti ellátásokat a megyéken, régiókon belül koncentrálni szükséges, így az adott helyen nagyobb esetszámmal, nagyobb hatékonysággal és magasabb szakmai szinten tudják ellátni a pácienseket. Ez a profiltisztítás lehetővé teszi, hogy az aktív ellátások jelentős része az országot lefedő csúcskórházakban valósuljon meg. A kisebb térségi, városi kórházak profilváltás után nagyobb szerepet kapnak a rehabilitációs, krónikus és ápolás ellátások nyújtásában, illetve a járóbeteg-szakellátás irányba is átcsoportosíthatóak további kapacitások. Az egyes tisztított profilú intézményekben úgy valósíthatók meg az infrastrukturális felújítások és a szükséges ápolási és orvostechnikai eszközök beszerzése, hogy azok az ott nyújtott ellátási módozatok sajátosságaihoz tudjanak illeszkedni. A legmagasabb progresszivitási szintű, speciális ellátásokat az országos centrumkórházak biztosítják, ahol rendelkezésre áll a megfelelően felkészített személyzet és a szükséges eszközpark is. Ez nem csak az elérhető egészségnyereséget növeli, hanem a további szakellátó intézményeket és egészségügyi dolgozókat is tehermentesíti, lehetővé teszi számunkra, hogy más, az adott profilú intézményben ellátható betegek ellátására koncentráljanak. Ezenfelül a

centrumkórházak szakmai-tudományos innovációs központként is funkcionálnak, melyeknek a kutatás-fejlesztés területén megnyilvánuló pozitív hatásai osztársadalmi szinten is érezhetőek lesznek.

További jelentős potenciális hatékonyság-tartalék fedezhető fel az egynapos sebészeti ellátások kiterjesztésében, a szükséges infrastruktúra biztosításában. Az egynapos sebészeti ellátások előtérbe helyezésével csökkenni fog a kórházban töltött napok számának átlaga. A kórházi ápolási napok számának csökkentésével, az egynapos ellátások fókuszba helyezésével az ellátások költség-hatékonysága is javítható, valamint az elérhető egészségnyereség is növelhető és ellátórendszeri kapacitások is felszabadulhatnak, mely a lakossági szükségletekre reagáló módon átcsoportosítható.

Szintén hatékonyságnövelő hatású a korszerű, a modern kor elvárásainak megfelelő technológiák bevezetése, a szükséges eszközök beszerzése, egységes eszközplatformok kialakítása. A panelműtők kialakításával és a navigált műtéti eljárásokkal például jelentős mértékben javítható a műtők kihasználtsága, mely kapacitásbővülést eredményez. Az e-health eszközök és a mesterséges intelligencia használata a gyógyítási folyamatokban szintén növeli a hatékonyságot és megbízhatóságot, így ezen eszközök nagyszámú beszerzése sem kerülhető el egy modern egészségügyi ellátórendszer kialakítása során. Az e-health eszközök a betegutak letisztázását, az ellátáshoz való hozzáférést is segíthetik pl. a telemedicinális ellátási formák segítségével.

A sürgősségi triázs további megerősítése is szükséges. A korlátozott sürgősségi és intenzív terápiás kapacitásokat tehermentesíteni kell a nem-sürgősségi ellátás keretében is ellátható esetektől. A jól szervezett betegutak, a megfelelő sürgősségi triázs rendszeren keresztül a szükségtelen hospitalizáció aránya jelentős mértékben csökkenthető.

A kórházi hálózat kialakításához szorosan kapcsolódik a labordiagnosztikai kapacitások átszervezése is. A csúcskórházakba koncentrálhatóak a laborkapacitások, a modern labordiagnosztikai rendszerek beszerzésével a diagnosztikai folyamatok rövidíthetőek, megbízhatóságuk növelhető, ezáltal nő annak az esélye, hogy a páciensek a megfelelő időben a megfelelő ellátáshoz jutnak, tehát csökken az elkerülhető egészségveszteség mértéke.

A rehabilitációs ellátások esetében figyelemmel kell lenni a valódi, az aktív ellátásokhoz közvetlenül csatlakozó, a tartós egészség-károsodások egy részét megelőzni kívánó rehabilitációs ellátásokra és kapacitásokra a tartós, nagy valószínűséggel már megváltozhatatlan egészség-károsodások miatt szükséges krónikus állapot-fenntartó ellátásokra, illetve az ápolási ellátásra. Mindkét ellátástípus esetében biztosítani kell a megfelelő infrastrukturális feltételeket. A krónikus, ápolási és a szociális ellátórendszeren belüli szakosított ápolási ellátásokkal, az otthoni szakápolással, az alapellátás krónikus betegség-menedzsmenti feladataival is össze kell hangolni, fejleszteni az egyes ellátók közötti kapcsolódási pontokat az ideális betegutakat is. A rehabilitációs ellátásokhoz biztosítandó a szükséges közpark.

Az ellátórendszer ellenállóképességének javításához és kapacitástartalékok képzéséhez ideiglenes, de megfelelően felszerelt moduláris létesítményeket is kialakítanánk régióként, amelyek szükség esetén bevonhatók a nagyobb kapacitásokat igénylő egészségügyi válsághelyzetek kezelésébe, illetve az infrastrukturális felújítások során ezen ideiglenes létesítmények alkalmasak lehetnek a kieső kapacitások átmeneti pótlására is.

5.2.4. Ágazati humán erőforrás

A szakmapolitikai célkitűzések 3 fő irány köré csoportosíthatók:

1. Egészségügyi szakemberek képzési, továbbképzési rendszerének fejlesztéséhez kapcsolódó célkitűzések

A pályaaorientációval kapcsolatos célkitűzések

A szakember szükséglet kielégítése érdekében fontos az egészségügyi pálya népszerűsítése a pályaválasztás előtt állókat megszólító kommunikáció segítségével. A középfokú szakképesítést igénylő pályák ösztöndíj rendszerének fenntartása és fejlesztése erősíti a pályaválasztás népszerűségét.

A szakorvosképzéssel kapcsolatos célok

A szakorvosképzést érintően cél a képzési rendszer megerősítése, a hazai rezidens képzés Európa-szerte elismert magasszínvonalának megőrzése és fejlesztése, a szakorvos utánpótlás biztosítása és a humán erőforrás szükséglet igényekhez történő alakítása. A szakképzés felülvizsgálatának indoka, hogy az általános orvosképzés és a hozzá kapcsolódó szakorvos képzés egymásra épül és szorosan összefügg, ezért indokolt a jelenlegi rendszer megerősítése úgy, hogy az egyetemről kikerülő orvosok már önállóan is ellátható, körülhatárolt kompetenciákkal rendelkezzenek. Cél, hogy a szakképzés előrehaladtával a rezidensek olyan önállóan is ellátható kompetenciákkal rendelkezzenek, ami alkalmassá teszi őket – megfelelő szakorvosi felügyelet biztosítása mellett – az ügyeleti és egyéb betegellátási feladatokba történő bekapcsolódásra.

Középfokú szakképzéssel kapcsolatos célkitűzések

Az iskolai rendszerű egészségügyi szakképzés ügye az új szakképzésről szóló 2019. évi LXXX. törvény bevezetésével rendeződött. Az iskolarendszeren kívüli képzések vonatkozásában szükség van a rövid idejű szakképzések további fejlesztésére, a szakképesítésre felkészítő szakmai képzések programkövetelményeinek kidolgozására, továbbá a munkaerő piac és a szakmai igényeket kielégítő licence rendszer kialakítására a szakdolgozók körében.

A gyakorlati képzésekkel kapcsolatos célkitűzések

A SARS-CoV-2 (Covid-19) okozta pandémia rávilágított a beteg nélküli, biztonságos környezetben történő szakmai gyakorlatok jelentőségére. Ennek érdekében fontos a közelmúltban kialakult skill/szimulációs központok további fejlesztése és az egyszerűbb beavatkozások és ápolási feladatok gyakorlására alkalmas „tankórtermi” hálózat kialakítására.

2. Illetmény- és illetménypótlék rendszerének fejlesztésével kapcsolatos célkitűzések

Az egészségügyi szolgálati jogviszony létrehozásával és az orvosok béremelésével kapcsolatos célkitűzések

Az állami és az önkormányzati egészségügyi szolgáltatóknál foglalkoztatott egészségügyi dolgozók korábban számos jogviszony keretében dolgoztak, a munkajogi kereteket azonban a vonatkozó jogszabályok megváltoztatásával sikerült 2020 folyamán rendezni. Létrejött egy új jogállásra vonatkozó szabályozás az orvosi bérek rendezése és a hálapénz rendszer kivezetése mellett. Az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény és a végrehajtását szolgáló kormányrendeletek tartalmazzák a bértáblákat, az egészségügyi szakdolgozókat megillető pótlékok körét és mértékét, valamint az egészségügyi szolgáltatók által igényelhető, a bérek kifizetését szolgáló támogatások mértékét és feltételrendszerét.

Illetménypótlékkal kapcsolatos célkitűzések

A fokozott megterhelést és a szakemberek egészségügyi állapotát veszélyeztető munkakörökben korábban kialakult pótlékrendszer áttekintése szükséges.

3. Az egészségügyi szakemberek munkafeltételeinek javításával kapcsolatos célkitűzések

A munkakörnyezet fejlesztésével kapcsolatos célkitűzések

Az ápolási-gondozási, ellátási eszközök fejlesztése és a betegellátás kubarájának a fejlesztése kettős célt szolgál. Egyrészt a betegellátás színvonalát emeli, javítja a betegek közérzetét és megkönnyíti az ellátó személyzet munkáját, növeli a hatékonyságát. A megfelelő védőruházat és szakmaspecifikus szűrővizsgálatok bevezetése növeli az ellátó személyzet biztonságát és javítja a közérzetét. Cél a családbarát, munkavállaló barát környezet kialakítása.

Egészségügyi ellátórendszer megerősítésével kapcsolatos célkitűzések

A hagyományokon alapuló ellátórendszer megerősítésével, kompetenciák megfelelő kezelésével növelhető a rendszer hatékonysága.

5.2.5. Digitális egészségügy

E-health eszközökkel támogatott egészségügyi folyamatok

Az egészségügyi ellátás folyamata egymással összefüggő vagy kölcsönhatásban lévő tevékenységek együttese. Ebbe beletartoznak a közvetlen ellátási (klinikai) folyamatok, az adminisztratív tevékenységek, az erőforrásokat menedzselő folyamatok, de a kapcsolódó logisztikai vagy pénzügyi folyamatok is.

Biztosítani kell a digitális transzformációhoz szükséges szabályokat, megfelelő forrásokat, tudást, támogatást és irányítást, melyek lehetővé teszik, hogy

- az ellátások operatív tevékenységeinek egységesítése és digitalizációja megvalósuljon,

- az operatív tevékenységekhez kapcsolódó, valós adatokon alapuló erőforrás-allokációs módszerek, folyamatok és eszközrendszerek egységesen használatba álljanak,
- az operatív munkához szükséges, valós információn alapuló döntéstámogató megoldások beépüljenek mind az ellátási, mind a menedzsmentfolyamatokba,
- kialakuljanak és egységesen bevezetésre kerüljenek az E-Health által biztosított megoldások a stratégiai menedzsment-folyamatok támogatásába is.

5.2.6. Magyarország gyógyszerekkel kapcsolatos jövőképe, összefüggések az európai gyógyszerstratégiával

Bevezetés

Az európai gyógyszerészeti stratégiáról szóló közlemény 2020. november 25-én jelent meg, amely az elkövetkezendő évekre várhatóan meg fogja határozni az Európai Bizottság kezdeményezéseit az uniós gyógyszer szabályozást érintően.

Az európai gyógyszerstratégia az EU következő öt évre szóló egészségügyi szakpolitikájának sarokköve. Az európai szintű konzultációval lehetőség nyílt arra, hogy minden érdekelt fél, így a betegképviselői szervezetek, az ipar, a hatóságok, a tudományos körök és a nyilvánosság részt vegyen a stratégia kialakításában.

A dokumentum átfogóan kezeli a gyógyszerellátáshoz kapcsolódó hozzáférhetőségi, megfizethetőségi, ellátásbiztonsági kérdéseket, és a korábbi stratégiákhoz képest sokkal jobban figyelembe veszi a tagállami ellátórendszerek fenntarthatósági érdekeit. Az egyes területeken számos jogalkotási és nem jogalkotási kezdeményezés rajzolódik ki. Mindez előrevetíti annak szükségességét, hogy a tagállamok – köztük Magyarország is – az egészségpolitikai és ipari érdekek összehangolása terén várható kérdésekben aktív szerepet vállaljanak.

Az új európai gyógyszerészeti stratégia az alábbi területeket érintően fogalmaz meg javaslatokat:

- antimikrobiális rezisztencia elleni küzdelem,
- kielégítetlen egészségügyi szükségletek csökkentése,
- a gyógyszerekhez való hozzáférés javítása, egyenlőtlenségek csökkentése,
- a gyógyszerek megfizethetősége,
- a versenyképes és innovatív európai gyógyszeripar támogatása,
- a szabályozás hatékonyságának javítása,
- a gyógyszergyártás területén európai stratégiai autonómia, kiszolgáltatottság csökkentése,
- minőség és környezeti fenntarthatóság,
- európai egészségügyi válságkezelési mechanizmus létrehozása, ellenálló képességek javítása,
- nemzetközi együttműködések (globális szinten).

Magyarország részéről támogatjuk a kezdeményezés átfogó célját, hogy hozzájáruljon a biztonságos és megfizethető gyógyszerek európai ellátásának biztosításához, a betegek igényeinek kielégítéséhez és támogassa az európai gyógyszeripart az innováció területén vezető szerepének megőrzésében. Fontosnak tartjuk az Európai Unió önellátási autonómiájának megerősítését, a gyógyszerekhez való egyenlő hozzáférés előmozdítását, a gyógyszerhiány elleni küzdelmet, a valódi innováció ösztönzését és az ellátórendszerek fenntarthatóságának biztosítását.

Magyarország gyógyszerekkel kapcsolatos jövőképe/stratégiai javaslatok

Az EU-s gyógyszerstratégiában megfogalmazott konkrét célkitűzéseket a gyógyszerek hozzáférhetősége, megfizethetősége és az ellátásbiztonságot érintő kérdésekben megalapozottnak tekintjük. Ugyanakkor fontos, hogy a pandémiával kapcsolatban szerzett tapasztalatainkat összegezzük és az EU-s gyógyszerstratégiával összhangban álló nemzeti célokat is meghatározzunk.

A COVID-19 járvány pontosan feltárta azokat a hiányosságokat, fejlesztésre váró területeket Magyarországon is, amelyek egyéb fertőző betegségek pandémiája esetén, de járványidőszak nélkül, alapesetben is kritikusak lehetnek. Fő célunk a zavartalan gyógyszerellátás biztosítása, amely fenntartásához szükséges a teljes hazai gyógyszerellátási lánc működésének, erőforrásainak és a gyógyszer teljes életidejének/életútjának rendszeres áttekintése. Emellett az elmúlt időszak tapasztalatai alapján célkitűzésként fogalmazódott meg a nemzeti önellátási képességeink növelése. Fentiekkel összefüggésben a háttérintézmények segítségével áttekintettük a gyógyszerellátási rendszert, mely biztonságának megszilárdítása érdekében az alábbi felvetések tekintetében javasolt lépéseket tenni.

Az ellátásbiztonságot érintő javaslatok

Az elmúlt években egyre gyakrabban tapasztaltunk előre nem látható, rövidebb–hosszabb ideig a betegellátás szempontjából nagy kockázatú/ alapvető/ létfontosságú gyógyszereket is érintő gyógyszerhiány helyzeteket. A gyógyszerhiány kialakulása mögött legtöbbször a gyártó/forgalmazó oldalán keletkező váratlan probléma rejlik. A váratlan helyzetet legtöbbször gyártási nehézségek okozzák, de előfordulhat hiányhelyzet a gyártó/forgalmazó gazdasági érdekei mentén hozott döntés következtében. A hiányhelyzetek attól függetlenül is megtörténhetnek, hogy jogszabály mondja ki mind a forgalomba hozatali engedély jogosultja, mind a gyógyszer-nagykereskedő esetében is az ellátási kötelezettséget. Ez azt jelenti, hogy az érintett vállalatoknak saját hatáskörben mindent meg kell tenniük az általuk forgalmazott gyógyszerek zavartalan ellátásának biztosítása érdekében.

A fentiek alapján elmondható, hogy a tagállamok – köztük hazánk is – egyes gyógyszereket tekintve bizonytalan helyzetben vannak, lényegében ki vannak szolgáltatva a forgalomba hozatali engedély jogosultaknak vagy az általuk hozott piaci döntéseknek. A velük szembeni közvetlen nyomásgyakorlás (pl. súlyos szankciók alkalmazása az ellátási kötelezettség nem megfelelő teljesítése esetén) csak abban az esetben lehet hatásos, ha a piaci szereplő az adott tagállamban akkora mértékű portfólióval rendelkezik, amely nem engedheti meg számára a

kormányzattal és a finanszírozóval történő konfrontálódást. A helyzet javítása érdekében ezért **számba kell venni a közvetett nyomásgyakorlás eszközeit**, elsődlegesen az irányadó nemzeti szabályozást, a finanszírozói és a közbeszerzési gyakorlatot. Az alábbi területeken lehet szükséges a változtatás:

- A hiányhelyzet okozta problémák jövőbeni megelőzése érdekében szükségesnek látszik az ellátás szempontjából nagy kockázatú/ alapvető/ **létfontosságú készítmények listájának meghatározása**. Ilyenek lehetnek többek között:
 - *egyes intenzív terápiás készítmények (fentanyl, propofol, midazolam, morfin, adrenalin)*
 - *egyes antibiotikumok,*
 - *antivirális készítmények,*
 - *immunglobulinok,*
 - *infúziók, vakcinák,*
 - *monopolhelyzetű készítmények.*

Azonnali intézkedésként az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (OGYÉI) a közeljövőben listát készít azokról a gyógyszerekről, ahol az ellátási kötelezettséget – a versenytárs hiányában a monopolhelyzetben levő forgalomba hozatali engedély jogosult – nem megfelelő módon teljesíti, ezzel **ösztönözve a piaci szereplőket (köztük a magyar kis- és középvállalkozásokat), hogy lépjenek be a piacra** és folyamodjanak új forgalomba hozatali engedélyért.

- Vizsgálni érdemes a gyógyszerek beszerzésére kiírt közbeszerzési eljárásokkal összefüggésben, hogy jogilag lehetséges-e egy **közbeszerzési kiírás keretében több nyertest hirdetni**, mert így egy kialakult hiányhelyzet esetén a magasabb árú, de elérhető készítmény beszerzésének lehetősége is biztosított lenne.. Lényegében ezt a célt szolgálja a tender kiírások során az Országos Kórházi Főigazgatóság Egészségügyi Szolgáltató Zrt. (OKFŐ-ESZ Zrt.) által már 2020-ban is alkalmazott gyakorlat, amikor nem a teljes mennyiségre, hanem rész mennyiségre is lehet ajánlatot tenni. Így hiányhelyzet esetén a többi győztes cég biztosítani tudja az ellátást.
- Az ellátás szempontjából nagy kockázatú gyógyszerek esetében futó közbeszerzéseken felül további beszerzésekre és **tartalékképzésre** (gyógyszerbank) lehet szükség a megnövekedett kereslet, az időnként jelentkező határlezárások miatti szállítási bizonytalanságok, vagy egy esetleges újabb pandémia miatt. A nagykereskedők gyógyszerellátási garanciáit is szigorúbb keretek közé érdemes szorítani. A tartalékképzés több havi (1,5 -2 havi) biztonsági készlet rendelkezésre állását jelentené. A kis országok viszonylag kis gyógyszerpiacának nehézségeit folyamatosan fennálló problémának érzékeljük, itt is egységes szabályozók szükségesek a nagykereskedelmi tevékenység fokozott kontrollja érdekében.
- A gyógyszerek eltarthatósága a helyi és a szállítás során fennálló klimatikus viszonyoktól függ, a **gyógyszerszállítás** jobban megvalósítható, és főleg sokkal olcsóbb országon belül. Az OGYÉI koncentrikus körökben gondolkodik, amikor gyógyszerellátást biztosít,

azaz először a hazai forgalmazású, majd EU-s, ennek hiányában harmadik országból történő **beszerzés** engedélyezése a megszokott sorrend.

- A fentiekkel összefüggésben emelhető ki az Állami Egészségügyi Tartalék képzés szerepe, mely célja szerint elsődlegesen háború, természeti katasztrófa és pandémia esetére lett létrehozva. Az **Állami Egészségügyi Tartalék alkalmas lenne a bekövetkező gyógyszerhiányok generálta ellátási nehézségek tompítására, illetve megoldására.** Ennek keretében a jogalkotó törvényben felruházta az Állami Egészségügyi Tartalék kezelőjét arra, hogy gyógyszerhiány vagy pandémia esetén a világ bármely országából a szükséges gyógyszerek beszerzését koordinálja, illetve egyfajta állami nagykereskedőként azokat közvetlenül beszeresse és ellássa vele az egészségügyi szolgáltatókat; de ezt a tevékenységet az Állami Egészségügyi Tartalék kezelője érdemben jelen pandémiás helyzetig nem gyakorolta. Az Állami Egészségügyi Tartalék kezelésének, illetve irányításának kormányzati felelősségi körében beálló változások lehetőséget teremthetnek a tartalék szakmai összetételére és kezelésére vonatkozó szabályozók felülvizsgálatára, amely folyamatba az OGYÉI bevonása indokolt.
- A gyógyszerhiány helyzetek messzebbre tekintő, megnyugtatóbb megoldása a **hazai gyártás ösztönzése** lehetne. Tekintve, hogy a gyógyszerek kutatás-fejlesztése, előállítása, logisztikája időigényes folyamatok, a kívánt eredmény csak hosszabb távon jelentkezhet. Elsősorban az alapanyaggyártás (hatóanyag- és segédanyaggyártás) jövőbeni kiemelt kezelése javasolható. Nemzeti szinten is tapasztalható, hogy a harmadik országok kizárólagossága mennyire bizonytalanná teszi a hazai gyártás-tervezést. Az ellátás szempontjából nagy kockázatú/ alapvető/ létfontosságú gyógyszerek hatóanyagainak egy részét az EU-ban ma már egyáltalán nem gyártják, a gyógyszergyártók az alapanyagokat. Jellemzővé vált a hatóanyagok esetén a távol-keleti piacokról történő beszerzés. Ez rövidtávon, piaci megfontolásból az alacsony beszerzési árak miatt makrogazdasági szempontból előnyös lehet, hosszú távon azonban a piacgazdaságra is negatívan hat, a közegészségügyi kockázata pedig még jelentősebb. E fentieket támasztja még alá a minőségbiztosítás fontossága, mint kiemelt jelentőségű kérdés. A hatóság számos problémával szembesül a nem megfelelő minőségű harmadik országokból származó gyógyszeralapanyagok miatt (pl. NDMA szennyeződés visszatérő nehézséget okoz, súlyos közegészségügyi kockázattal). Jelenleg a Rapid Alert Rendszer (RAS) szinte kizárólag alapanyag-gyártásra visszavezethető problémákkal riasztja a tagállamokat.
- Az ellátás szempontjából nagy kockázatú/ alapvető/ létfontosságú gyógyszerek gyártásának alapjait tehát európai uniós vagy hazai szinten célszerű megteremteni. Javasolt, hogy a **piaci ösztönzők** ebben az esetben ne csak a gyártót, de a forgalmazót is illessék meg, hiszen a célt a szélesebb körű, nagyobb léptékű tervezés szolgálja leginkább. Az alapinfúziók jó példát szolgáltatnak arra, hogy nagy tárolókapacitást igénylő, ám relatíve olcsó gyógyszerek forgalmazása esetleg nem éri meg a forgalmazónak, de **állami támogatással** forgalomban tarthatók lennének.

- A hazai **vakcinagyártás** nemzetközi összefogással történő megszervezésére elindított lépés is e kérdéskörhöz **kapcsolódik**, amely szintén a stratégiai feladatok közé sorolandó.

A hazai gyártás ösztönzése tehát az önellátás, a gyógyszerbiztonság szempontjából támogatható irány, azonban figyelemmel kell lenni arra, hogy a gyártás előfeltétele az adott gyógyszer forgalomba hozatali engedélyezése, ennek pedig szabadalmi vonatkozása is van/ lehet. Az engedélyezési eljárás hónapokat (min. 3 hónap, de akár 36 hónap) vesz igénybe.

Megjegyzés: A gyógyszerhiány kérdésében az Európai Unió Shortage-SPOC (single point of contact) rendszere, amely összeköti az EU tagállamait, jelentős eredményt ért el a közelmúltban azzal, hogy a gyártókat is bevonta a kapcsolattartó körbe, ezzel könnyítette, gyorsította az információ-áramlást. Ez utóbbi tapasztalat mutatja, hogy a nemzeti hatóságok együttműködése a gyógyszerpiaci szereplőkkel mára a gyógyszerellátás diktálta preferencia lett, azaz a hatósági szerepkör egyre inkább összekötő funkció is az előállító és a felhasználó között.

A megfizethetőséget szolgáló javaslatok

- Fontos lenne, hogy rendszeres, kiszámítható időközönként történjen meg a támogatásra kért, főleg nagyértékű innovatív gyógyszerkészítmények esetén az érdemi, jogalkotói döntéshozatal a kérelmek támogatásáról vagy elutasításáról. Azoknak a támogatási kérelmeknek az esetében, amelyeknél nem születik döntés és az ügyintézési határidő lejár, a gyártók jellemzően újból, változatlan tartalommal benyújtják támogatási kérelmüket. Ez csak az adminisztrációs terhet növeli mind a kérelmezői, mind pedig a közigazgatás oldalán, a betegek hozzáférését pedig nem javítja a korszerű gyógyszerkészítményekhez.
- A fentiekkel összefüggésben álló, indikáción túli gyógyszeralkalmazásra és egyedi méltányossági okból történő támogatásra irányuló kérelmek magas száma nem teszi lehetővé az érdemi mérlegelést az OGYÉI, illetve a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) részéről, a kérelem esetleges elutasítása – az igazolható terápiás hozzáadott érték hiánya vagy a gyógyszerkészítmény túlságosan magas költsége miatt, de általánosságban is – ritkán fordul elő. Emiatt a kiszámítható időközönként történő támogatásba vétel érdekében a megfelelő erőforrások hozzárendelésével szükség lenne az értékelési és a döntési folyamat felülvizsgálatára.
- Az árképzés során fontos szempont, hogy túlzottan alacsony áron történő befogadás ellentétes hatást válthat ki. Például a K-vitamin, illetve kis molekulású heparinok esetében a hazai ellátást éppen az olyan alacsony ár nehezítette meg, amelynél már nem volt érdemes a forgalomba hozatali engedély jogosultjának forgalmazni a készítményt. A piaci megfontolásra visszavezethető hiány megoldásaként rákényszerülünk ugyanannak a készítménynek külföldről történő behozatalára sokkal magasabb áron. Az említett készítmények olcsók, ezért a hazai gyártás megszervezése indokolt lehet.

- A magisztrális gyógyszerek esetében komoly problémát jelentenek a nem aktualizált magisztrális díjak. A magisztrális díjak nem tükrözik a befektetett gyógyszerészi és szakasszisztensi munkaórákat, valamint nem alkalmasak a felhasznált eszközök értékcsökkenésének kompenzálására.

A gyógyszeripari stratégiai szempontokkal kapcsolatos javaslatok

- Az ágazati iparpolitika alakítása során **fontos lenne a biotechnológiai K+F+I folyamatok támogatása** oly módon, hogy az végső soron a gyakran használt, nagy költségvetési kiáramlást generáló, monopol piacstruktúrával rendelkező gyógyszerkészítmény-piacokon (például alacsony molekulású heparinok) eredményezhessen nagyobb ellátási önállóságot, illetve megtakarítást hazánk számára.
- Fontos továbbá, hogy az **iparpolitikai ösztönzők ne keveredjenek a támogatáspolitikai eszközeivel**, azaz, hogy ne alakuljon ki önálló támogatásba vételi eljárás egy-egy iparpolitikai szempont (például gyártóhely) szerint összerendezett gyógyszerkészítmények esetén. Ugyanakkor az EU vonatkozó szabályainak megtartása mellett (ideértve a csekély összegű (de minimis) támogatásokra vonatkozó rendelkezéseket) a támogatási kérelmek értékelése során az igazgatási szolgáltatási díjból adható kedvezmény megfelelő ösztönző lehet egyes hazai KKV-k számára.

A magyarországi termelést végző gyógyszeripari vállalatok támogatására elsősorban az Innovációs és Technológiai Minisztériumnak, a Pénzügyminisztériumnak és a Külgazdasági és Külügyminisztériumnak vannak eszközei és forrásai. (pl. beruházások támogatásával, termelésfejlesztési, termékfejlesztési, munkaerő fejlesztési támogatással, export támogatással és a külkapcsolati potenciális piacok feltérképezése útján.)

Vidéki gyógyszerellátás

Magyarország lakosainak gyógyszerellátását jelenleg 2300 közforgalmú, 669 fiók, 192 orvosi kézigyógyszertár biztosítja. Mindezekon túl 717 a gyógyszertáron kívül is forgalmazható gyógyszereket árusító kereskedelmi egységek száma.

A közforgalmú gyógyszertárak 864, a fiókgyógyszertárak 669, az orvosi kézigyógyszertárak 324 településen biztosítják a gyógyszerellátást. Ez összesen 1867 település.

1287 településen nincs helyben biztosított gyógyszerellátás, ezen településeken olyan alacsony a lakosságszám, hogy az alacsony igénybevétel miatt a helyben biztosítható szolgáltatások fenntartása nem kifizetődő.

Az egészségpolitika számára kiemelten fontos, hogy az egészségfejlesztés minden rendelkezésre álló eszközzel javítsuk a lakosság egészségi állapotát, ennek keretében jó minőségű egészségügyi szolgáltatásokat vigyünk a kistelepülésekre is és ez által az ország fejletlenebb részein is növekedjen az egészségben eltöltött évek száma.

A kistelepülések gyógyszerellátásával kapcsolatban két fő szempontot kell figyelembe venni:

- a jelenleg működő gyógyszertárak megőrzése és szolgáltatásaik fejlesztése,

- az ellátatlan települések gyógyszerellátásának javítása.

A vidék gyógyszerellátását a jelenlegi strukturális alapok a megtartásával kell erősíteni, azaz

- a zárt forgalmazási rend szabályait betartva, a gyógyszer- és betegbiztonságot garantálva,
- a gyógyszerellátást gyógyszertárakra alapozva,
- a beteg–gyógyszerész –orvos közötti személyes kapcsolat feltételeit biztosítva,
- az EESZT nyújtotta lehetőségek felhasználásával,
- a személyes és az egészségügyi adatok kezelésének szabályait (GDPR) betartva.

Elsődleges fontosságú feladat, a vidék gyógyszerellátását biztosító jelenlegi gyógyszertárak működőképességének megerősítése:

- a vidéki kistelepüléseken jelenleg is működő közforgalmú, fiók- és kézigyógyszertárak jövedelmezőségének javítása,
- a fiatalabb gyógyszerész-generációk számára vonzóvá tenni a vidéki gyógyszertárak működtetését és segíteni a letelepülésüket.

A vidéken élő lakosság esélyegyenlőségét, a közvetlen gyógyszerhez jutási lehetőségeit úgy kell erősíteni, illetve javítani, hogy

- lehetőleg az adott településhez legközelebbi gyógyszertár biztosítsa a gyógyszerellátást (mert ellenkező esetben a forgalomkiesés egyben a most működő gyógyszertár ellehetetlenüléséhez vezet),
- biztosított legyen a beteg és a szakember személyes találkozása,
- illeszkedjen a gyógyszerellátás jelenlegi rendszeréhez,
- legyen biztonságos,
- legyen költséghatékony a rendszer működtetése,
- legyen térben stabil és időben előre ütemezett.

A lakossági gyógyszerellátás területén 2010 óta számos olyan intézkedés került bevezetésre, amely hátrányos helyzetű, szolgáltatáshiányos településeken is elő kívánta segíteni a gyógyszerellátás magas szintű biztosítását. A kisforgalmú gyógyszertárat működtető vállalkozások kérelemre költségvetési forrásból éves szinten 1050 millió Ft támogatásban részesülnek, ebből az összegből a fiókgyógyszertárat működtető vállalkozások további (havi 60 ezer Ft) támogatásra jogosultak. Ezek a támogatások arra elegendőek, hogy a vidéki településeken alacsony forgalmi volumennel rendelkező gyógyszertárak működőképesekek maradjanak, ne kényszerüljenek az alacsony jövedelmezőség miatt bezárásra, ezzel ellátatlan területet hagyva maguk után.

A kistelepülések gyógyszerellátása csak biztonságos, szakmailag átlátható, minden elemében ellenőrizhető gyógyszerellátáshoz fűződő kiemelt szakpolitikai és társadalmi érdek teljes érvényre jutása mellett képzelhető el, amelyet a gyógyszer-kiskereskedelem jelenlegi szabályai biztosítanak az orvosi és gyógyszerészi kompetenciák megkérdőjelezhetetlen prioritása mellett a betegek ellátása, kiszolgálása során.

A kistélepülések gyógyszerellátásának javításával kapcsolatban felvetődött lehetőségek közül az alábbi javaslatok kerüljenek kidolgozásra:

- új fiókgyógyszertárak létesítésének elősegítése,
- mozgó fiókgyógyszertárak számának növelése a kritikus térségekben,
- a gyógyszerekhez való hozzáférés házhozszállítással történő biztosítása,
- betegek eljuttatásának segítése az egészségügyi szolgáltatások helyszínére.

Klinikai vizsgálatok támogatása

A HECRIN működése a **kutatás-fejlesztés** területén üdvözlendő, de további fejlesztést igényel. Az EU-n belül végzett klinikai vizsgálatokban az európai lakosság genetikai mintázata vagy életmódbeli jellemzői is jobban figyelembe vehetők, mint harmadik országokban, a **klinikai vizsgálatok** kivitelezésének gazdasági szempontjai nem írhatják felül az élettani, életmódbeli, illetve szociológiai sajátosságokat. A következő probléma az antibiotikumok kutatása, klinikai vizsgálata, gyártása, egyáltalán rendelkezésre állása lehet az előrejelzések (WHO) és a betegellátás tapasztalatai szerint (polirezisztens baktérium törzsek megjelenése).

A HECRIN önálló jogi személyé válása nem indokolt, tekintettel arra, hogy a klinikai vizsgálatok felügyeletét az egészségügyi ágazatnál (EMMI) szükséges tartani. A harmonizált és központosított működés miatt a HECRIN NEKÜ-vel való szoros együttműködésének megvalósítása a cél.

Háttérintézmények stratégiai szerepének növelése

A gyógyszerellátás területén hatáskörrel rendelkező háttérintézmények – OGYÉI, NEAK – számára a hatékony és eredményes hatósági, szakértői és stratégiai működéshez (engedélyezés, monitorozás, nemzetközi folyamatokban való részvétel (EU munkacsoportok, EMA, HMA, PhWP, EUnetHTA, CAPR, Euripid, WHO, OECD)) szükséges eszközök, (tárgyi, pénzügyi, humán) erőforrások biztosítása elengedhetetlen.

Kiemelten említhetők a **hatósági ellenőrzések**, amelyek sokkal hatékonyabbak lehetnek a **közös EU-inspekciók keretében**. A közösen szervezett inspekciók, megfelelő időközönként forgó tagállami vezetéssel, azonosan szigorú szempontrendszer szerint, egyeztetett, korábbi tagállami tapasztalatok mentén, fejlesztésre tart igényt. Különösen hasznos lehet az inspekciók szervezése kölcsönös elismeréssel EU-n belül, illetve közösen fellépve a harmadik országokban.

Összegző megállapítások:

- 1) A hiányhelyzetben érintett, a betegellátás szempontjából nagy kockázatú/ alapvető/ létfontosságú gyógyszerek esetén az érintett gyógyszerek listájának meghatározása, a készletek hatékony kezelése mellett az Állami Egészségügyi Tartalék is fontos szerepet tölthet be a hazai ellátás biztosítása érdekében.

- 2) Piaci ösztönzők bevezetése megfontolandó, csakúgy, mint a központi beszerzések, tenderek rendszerének átgondolás az ellátásbiztonság garanciáinak hangsúlyosabb figyelembevételére. A gyógyszer ára mellett szükséges lehet több beszállító/nyertes számára lehetőséget biztosítani a piac ellátásában valamint egy meghatározott mennyiség készletben tartásának előírása javasolható.
- 3) Javasolt a hazai alapanyaggyártás ösztönzése, bizonyos hatóanyagok esetén újbóli megteremtése és fenntartása.
- 4) Javasolt a hatékony, innovatív magas árú gyógyszerekhez való hozzáférés fenntartása, javítása.
- 5) Szükséges a vidék gyógyszerellátás javítása.
- 6) Egészségügyi szolgáltatók által kezdeményezett klinikai vizsgálatok végzésének/támogatásának szervezeti háttere.
- 7) A gyógyszerellátás területén hatáskörrel rendelkező háttérintézmények minél hatékonyabb működése érdekében a szükséges erőforrások biztosítása.

5.2.7. Magyarország orvostudományi kutatásokkal és klinikai vizsgálatokkal kapcsolatos jövőképe

A klinikai, translációs kutatások rendszerének átstrukturálása versenyképességünk megőrzéséhez/növeléséhez elengedhetetlen.

Jelentős az országok között a verseny, ugyanis a klinikai vizsgálatok sokszor az adott időszakot évekkel megelőzve közvetítenek számos tudományos, kutatási értéket, és ezen keresztül előnyösen befolyásolják az orvosok tudását, valamint lehetőséget nyújtanak a bennük résztvevő betegek számára a korai, új terápiához való hozzáférésre.

A vizsgálatokon keresztül előre láthatjuk a **terápiák és diagnosztika fejlődéseinek irányát**. A klinikai vizsgálatokban való részvétel jelentősége egy ország számára éppen ezért **nem csupán gazdasági kérdés**.

Javaslatok a klinikai és translációs kutatások hatékonyabbá és transzparenssebbé tételére, illetve nemzetközi beágyazottság javítására

A magyar NIH létrehozása

Az amerikai NIH országos intézetekből és bizottsági rendszerekből áll. Az NIH jogilag a „Department of Health and Human Services” (az amerikai egészségügyi minisztérium) alá tartozó egység, melynek költségvetéséről kormányzati szinten döntenek. Feladata az NIH-n belül kutatások és fejlesztések kezdeményezése, véleményezése, illetve bírálata (intramurális tevékenység). Emellett azonban hasonló feladatokat végez pályázati alapon az NIH-en kívüli kórházak, egészségügyi intézmények, intézetek esetében is (extramurális tevékenység).

Az országos intézetek Magyarországon adottak. Ezeknek az intézeteknek szakmai fejlesztését és az egészségügyi kormányzati prioritásoknak megfelelő tudományos kutatási irányítását az Egészségügyi Tudományos Tanács (ETT) mint szakmai szervezeten keresztül terveznénk

amerikai példa alapján kormányzati szinten bonyolítani. Ezen túlmenően ez a szakmai irányítási véleményezési és bírálati rendszer klinikai orvostudományi kutatásokat szervezhetne és irányítana nemcsak a hozzátartozó országos intézetekben pályázati alapon.

Az orvosbiológiai kutatások alapvető sajátossága, hogy előzetes engedélyhez kötöttek. Az engedélyezés alapja a beadott kutatási terv, aminek jóváhagyása elsősorban nem tudományos szempontok, hanem az abban résztvevő emberek védelmének szempontjai szerint történik. Ez különbözteti meg az orvosbiológiai kutatásokat más kutatásoktól. A klinikai kutatások engedélyezésében az ETT-nek kulcsszerepe van, amennyiben – európai uniós jogszabályok és nemzetközi egyezmények alapján – az ETT országos etikai bizottságai által adott szakmai-etikai hozzájárulás a magyar hatósági engedélyezés feltétele. A regionális és helyi szinten működő kutatásetikai bizottságok hálózatát is az ETT koordinálja Magyarországon. Az egészségügyért kormányzati felelősséget viselő tárca mellett tehát működik egy országos illetékességgel rendelkező, valamint regionális és helyi szintre is kiterjedő egységes rendszer.

A magyar NIH létrehozása az ETT meglévő feladatkörét az alább vázolt kutatási fejlesztési funkcióval egészítené ki. Továbbá, a kutatások gyakorlati alkalmazásának elősegítése, a kormányzati prioritások érvényesítése érdekében létrejönne a **Nemzeti Egészségügyi Kutatási Ügynökség**.

Egészségügyi ágazati kutatásfejlesztési irányítási és végrehajtási rendszer létrehozásának stratégiai jelentősége

Az egészségügyi ellátó rendszerek és tudományos műhelyek szorosabb együttműködésével az ellátás színvonalának jelentős növelése várható.

Magyarország átfogó Egészségipari Stratégiájáról és annak végrehajtásáról szóló 1517/2020. (VIII. 14.) Korm. határozat 2. sb) alpontja rögzíti, hogy az Innovációs Alaprészen belül el kell különíteni forrást az orvostudományi kutatások és klinikai vizsgálatok támogatása érdekében.

A rendszer létrehozásának célja, az NKFI Alap egészségügyi kutatásokra és klinikai vizsgálatokra elkülönített részének strukturált és hatékony felhasználása olyan kutatásokra, ill. nem szponzorált klinikai vizsgálatokra, amelyek a Nemzeti Egészségügyi Programok mentén megfogalmazott célkitűzéseket segítik és amely komoly hatékonyságnövekedést fog eredményezni a hasznosulás szempontjából.

A hatékonyság nem csak népegészségügyi hasznosulás szempontjából lesz jelentős, hanem költséghatékonyság tekintetében is, hiszen a támogatások koordináltabban és hatékonyabban lesznek felhasználva, kiküszöbölve az egészségtudományos tevékenységek fragmentált jellegét.

A gyógyítás hatékonyságának jelentős növekedése várható hosszú távon azzal, hogy a pályázati kiírások a betegellátásban megfogalmazott problémákra fogják keresni a választ.

A gyógyítás hatékonyságát nagyban fogja segíteni az eredményességkutatások célzott serkentése és a gyógyulás utáni rehabilitáció, illetve a társadalomba való reintegrálást segítő kutatások.

A tudományos és gyógyítási infrastruktúrák felmérése, kialakítása és az új hálózati rendszerhez való igazítása elősegíti majd a célzott koordinált tudásbázisok létrehozását,

amelyek összehangoltan nemzeti és nemzetközi kollaborációs tevékenységek mentén várhatóan jelentősen megnövekedett effektivitással fognak működni.

A translációs kutatások és a „first in man” klinikai trialek minőségi és mennyiségi mutatóinak javulása kimagasló innovációs környezetet teremt, amely új, magyar fejlesztésű technológiák/eljárások kidolgozására ad lehetőséget, növeli a hozzáadott értéket, emeli a szakembergárda képzettségét, itthon tartja a tehetségeket, ezáltal serkenti az egészségipart és annak nemzetközi piacokon való prosperálását.

Továbbá, az új, szervezett struktúra mentén a nemzetközi konzorciális klinikai vizsgálatok hazánkba való becsatornázása lényegesen hatékonyabbá válhat.

A klinikai fázis I-III vizsgálatok számának növelése és a betegbesorolás hatékonyabbá tétele a betegek számára szélesebb körben elérhetővé teszi az innovatív terápiákat, a betegutak szoros monitoringját biztosítja és az orvosoknak tudományos továbbképzést, illetve innovatív szemléletet kölcsönöz.

Az orvostudományi tevékenységek serkentése maga után vonja a hazai egészségügyi intézmények nemzetközi beágyazottságának és versenyképességének javítását.

Magyarország nemzetközi pozícióját jelentősen fogja segíteni a V4 országokkal való szoros együttműködés az egészségtudományok területén is; a már létrejött lengyel egészségügyi kutatási ügynökség egyértelműen jelezte együttműködési szándékát a magyar kezdeményezéssel. A megvalósuló V4-es országokkal való szoros együttműködés hazánkat nemcsak közép-európai, hanem európai szinten is várhatóan az élmezőnybe pozicionálja. Ennek a következő EU-s keretprogram tekintetében jelentős finanszírozási haszna várható, hiszen az egészségtudományos projektekre célzottan, szoros koordináció mentén lehet majd pályázni.

Az orvostechnológiai és biotechnológiai vállalkozások számára új lehetőségek nyílnak meg a hazai és nemzetközi egészségellátó, orvostudományi és egészségipari vérkeringésbe való szorosabb bekapcsolódásukkal.

A fentiek megvalósításával létrejön az egységes egészségügyi ágazati irányítás alatt működő kutatásfejlesztési irányítási és végrehajtási rendszer, amely mint eszköz elengedhetetlenül szükséges a Nemzeti Egészségügyi Programok által elérni kívánt célok teljesüléséhez.

5.3. A részletes célkitűzésekhez mérhető output és eredménymutatók, célértékek

Célok	Eszközök	Indikátorok/Eredménytermékek
Alapellátás fejlesztése	Alapellátás fejlesztése a házi orvosok szerepének erősítésére, a lakóhely-közeli szolgáltatások bővítésére és a szakellátás tehermentesítésére	Működő praxisközösségek

	Munkahelyteremtés és növekedés	A támogatott közigazgatási szervek vagy közszolgáltatások száma nemzeti, regionális és helyi szinten
	Munkahelyteremtés és növekedés	Továbbfejlesztett szolgáltatásokkal elért személyek száma
Szakellátási kapacitások fejlesztése	Kórházi hálózat fejlesztése, a megfelelő szintek kialakításához szükséges feltételek biztosítása	Fejlesztett infektológiai ellátóhelyek száma
	Kórházi hálózat fejlesztése, a megfelelő szintek kialakításához szükséges feltételek biztosítása	Modulárisan kialakított járványkórházak száma
	Kórházi hálózat fejlesztése, a megfelelő szintek kialakításához szükséges feltételek biztosítása	Speciális igényeknek megfelelő járványkórházak
	Kórházi hálózat fejlesztése, a megfelelő szintek kialakításához szükséges feltételek biztosítása	Speciális igényeknek megfelelő pulmonológiai hálózat kialakítása
	Kórházi hálózat fejlesztése, a megfelelő szintek kialakításához szükséges feltételek biztosítása	Új járvány igényeknek megfelelő intézmények
	Kórházi hálózat fejlesztése, a megfelelő szintek kialakításához szükséges feltételek biztosítása	Fejlesztéssel érintett centrumkórházak
	Munkahelyteremtés és növekedés	A támogatott közigazgatási szervek vagy közszolgáltatások száma nemzeti, regionális és helyi szinten
	Munkahelyteremtés és növekedés	Továbbfejlesztett szolgáltatásokkal elért személyek száma
Ágazati Humán Erőforrás	Orvosok jövedelem viszonyainak a rendezése, hálapénz kivezetése	Béremeléssel érintett orvosok száma
	Egészségügyi ellátórendszer HR fejlesztése	A fejlesztésben érintett egészségügyi szakemberek száma
Digitális egészségügy	Humán közszolgáltatások digitális átállásának támogatása	Digitálisan elérhető új gyógyszerészeti adatbázisok száma
	Humán közszolgáltatások digitális átállásának támogatása	EESZT adatközpont által kiszolgált kutatási projektek száma

	Humán közszolgáltatások digitális átállásának támogatása	Elektronikus úton intézhető egészségügyi hatósági eljárástípusok aránya
	Humán közszolgáltatások digitális átállásának támogatása	Ellátási folyamatok digitalizálása kapcsán létrejött telemedicinális (infokommunikációs eszközökön megvalósuló) ellátások szám az adott évben
	Humán közszolgáltatások digitális átállásának támogatása	Ellátásszervezést és digitalizált ellátási folyamatokat támogató új fejlesztett EESZT modulok száma
	Humán közszolgáltatások digitális átállásának támogatása	IT biztonsági fejlesztéssel érintett kórházak száma
	Humán közszolgáltatások digitális átállásának támogatása	Központi egészségügyi mobil applikációt használó felhasználók száma
	Humán közszolgáltatások digitális átállásának támogatása	Mesterséges Intelligencia megoldást alkalmazó új ágazati szolgáltatások (alkalmazások) száma
	Humán közszolgáltatások digitális átállásának támogatása	Onkológiai és daganatpatológiai telemedicina hálózatba bekapcsolt intézetek száma
Egészségügyi tudományos tevékenységek fejlesztése	NOKK/NEKÜ létrehozása és működtetése	A tudományos infrastruktúrák száma A transzlációs kutatások és a „first in man” klinikai trialek minőségi és mennyiségi mutatói A klinikai fázis I-III vizsgálatok száma és a betegbesorolás hatékonysága

6. Tervezett intézkedések

6.1. Népegészségügy

A kitűzött célok elérése érdekében a népegészségügy területén tervezett beavatkozásokat **2 pillér** mentén, összesen **9 alprogramban** jelöljük ki:

1. pillér: Kiemelt célcsoportok egészségének védelme és fejlesztése

1.1. alprogram: Gyermeket váró és kisgyermekes családok

Indokoltság:

Nemcsak a hazai demográfiai folyamatok miatt kiemelten fontos a gyermekek egészsége, hanem mert a boldog gyermekkort biztosító testi-lelki fejlődés megalapozza a felnőttkori egészséget, jóllétet.

Emiatt a gyermeket tervező és a már gyermeket nevelő szülőknek az egészséges és biztonságos családi életre való felkészítése döntő jelentőségű a gyermekek egészségének védelme és fejlesztése szempontjából.

A tartós párkapcsolatra, valamint az egészséges és biztonságos családi életre felkészítést célszerű már a középiskolában elkezdni, és a családi szinten a várandósság kezdetétől a gyermek 3 éves koráig folyamatosan, intenzív támogatást biztosítani. Az újszülöttek és kisgyermekes egészségének folyamatos monitorozása teszi lehetővé, az időben történő népegészségügyi beavatkozásokat.

1.2. alprogram: Gyermek és fiatalok

Indokoltság:

A gyermekek és fiatalok egészségének fejlesztése kiemelten fontos, hiszen ebben a korban rögzülnek az egészséggel kapcsolatos szokások, magatartásformák, amelyek a felnőtt korban is jelen vannak. Ezáltal a gyermekek egészségébe történő befektetés eredményeként az egész életciklus folyamán, tehát az aktív és időskorúak egészségének tekintetében is pozitív egészségnyereséggel számolhatunk. A gyermekek és fiatalok egészségi állapota alapvetően meghatározza a nemzet sorsát és jövőre vonatkozó kilátásait. A köznevelési intézmények kiemelt helyzetben vannak, mivel itt a gyermekek és fiatalok, valamint családjaik, nagy része könnyen elérhető többféle beavatkozással. A gyermekek és fiatalok egészségének védelmét támogató jogszabályok felülvizsgálata, az oktatási intézményekben a teljes körű egészségfejlesztés továbbfejlesztése, a közösségi egészségfejlesztés gyakorlatának megerősítése, a gyerekeket célzó információs kampányok hozzájárulnak a Nemzeti Népegészségügyi Program céljainak eléréséhez.

1.3. alprogram: Aktív korúak

Indokoltság:

Az ország versenyképességének növelése, a 18-64 éves korosztály munkaképességének, azaz testi-lelki egészségének javítása elengedhetetlen. Az aktívkorúak egészségének romlásához az egészségtelen táplálkozás, a dohányzás és alkoholfogyasztás, a fizikai inaktivitás vezet. Az egészséges életmód általánossá válását a lakosság egészségműveltségének emelése, viselkedésváltozás ösztönzése és az egészséget támogató környezet kialakítása eredményezheti. Mivel az egészséges életmód a krónikus betegségek megelőzésének leghatékonyabb eszköze, az aktívkorúak egészségének védelmére és fejlesztésére irányuló beavatkozások várhatóan a hazai egészségveszteségeket jelentős mértékben fogják csökkenteni.

1.4. alprogram: Idősek

Indokoltság:

A társadalom elöregedése, az idős korosztály arányának folyamatos növekedése miatt elengedhetetlen az időskorúak testi-lelki egészségének, életminőségének javítása. Mivel a legtöbb idős embernél tapasztalható számos egészségprobléma nem kizárólag az életkor függvénye, az időskorú lakosság egészségének megőrzése, javítása, a funkcionális képességek megtartása elsőrendű feladat. Az időskorúak egészségének védelmére és fejlesztésére a korosztály igényeihez igazított olyan intézkedések alkalmasak, amelyek az egészséges életmód mellett az időskori aktivitást is támogatják. Ehhez nélkülözhetetlen az egészségműveltség emelése, az egészséges életmód, mint szemlélet elterjedését ösztönző intézkedések, és az egészséget és az aktivitást támogató, idősbarát fizikai és társas környezet kialakítása. Ezek a beavatkozások az egészséges élethossz megnyújtásával, az önmagukról gondoskodni képesek körének bővülésével az idősödéssel járó egyéni, családi és társadalmi terheket fogják csökkenteni.

1.5. alprogram: Krónikus betegségek visszaszorítása

Indokoltság:

A hazai egészségveszteségek mérséklésére kiemelt cél a krónikus betegségek megelőzése és a már kialakult betegségek miatti egészségveszteségek csökkentése. A 2017-ben indult, Korm. határozatban nevesített program eredményeit és tapasztalatait hasznosítva, szükséges a krónikus betegségek megelőzését támogató jogszabályok kialakítása, a krónikus betegek egészséges életmódját és az egészséges környezeti feltételeket támogató programok, valamint a lakossághoz közeli népegészségügyi szervezetek által komplex népegészségügyi programok megszervezése, lebonyolítása.

2. pillér: Népegészségügy korszerűsítése, megerősítése

2.1. alprogram: Szakpolitikai irányítás támogatásának fejlesztése

Indokoltság:

Az eredményes szakpolitikai döntésekhez, ezáltal az egészségügyi erőforrások hatékony felhasználásához nélkülözhetetlenek az egészségi állapottal, az azt meghatározó tényezőkkel, valamint az egészségügyi rendszer működésével kapcsolatos adatok és az ezekre épülő tudományos bizonyítékok. A szakpolitikai irányítás döntéseihez szükséges információk előállításához egyrészt az adatok szisztematikus gyűjtése, feldolgozása, statisztikai elemzése, majd szakterületi értékelése, másrészt a hazai és nemzetközi tudományos eredmények szakpolitikailag releváns összefoglalása szükséges. Ez a megközelítés illeszkedik a *WHO Evidence-informed Policy Network* magyarországi programja keretében 2016-ban javasolt tudásátadó platform szerepköréhez.

A döntéstámogatáshoz szükséges egészségadatok egy része lakossági egészségfelmérésekből, statisztikai kutatásokból származik, másik részük az alap- és szakellátásban keletkezik (társadalombiztosítás felé jelentett adatok, szűrések, betegségregiszterek és egyéb rutin adatgyűjtések adatai). Az egészséget befolyásoló más szektorokban keletkező adatok (pl. foglalkoztatás, oktatás) ugyancsak nélkülözhetetlenek a megalapozott szakpolitikai döntésekhez. Az adatok összegyűjtése, adatbázissá alakítása, hozzáférésük szakmai és laikus felhasználók számára való biztosítása korszerű információ-technológiai (IT) megoldásokat tesz szükségessé. Az elmúlt évtizedekben Magyarországon stratégiai

jelentőségű adatvagyon állt elő. Az adatgyűjtések a legtöbb esetben az adott szakterületért felelős intézmény felelőségi körében zajlanak, megoldásra vár viszont az, hogy ezekben az elosztott rendszerekben álló adatok a fent leírt integrált módon váljanak hasznosíthatóvá.

Az adatok feldolgozása mellett a döntés-előkészítéshez szükséges a hazai és nemzetközi szakirodalom szisztematikus keresésén alapuló bizonyítékok és a szakterületi tudás szintézise is. Mindegyik feladatkör speciális kompetenciákat, eljárásokat és eszközöket igényel, emiatt nélkülözhetetlen a döntéstámogató információt előállító és szintetizáló csoportmunka. A szakpolitikai irányítás támogatását végző információs hálózat szereplői a szakterületenként specializálódott információs központok (országos gyógyintézmények, háttérintézetek, egyetemi tanszékek, kutatóintézetek), amelyek a tevékenységeiket összehangoló, az összegyűjtött információk szintézisét megalkotó és a döntéshozók számára való előkészítő központi döntéstámogató információs egységek.

2.2. alprogram: Népegészségügyi rendszer továbbfejlesztése

Indokoltság:

A társadalmi hatékonyság, a versenyképesség növeléséhez, az egészségveszteségek csökkentéséhez elengedhetetlen a hazai népegészségügyi rendszer továbbfejlesztése. A továbbfejlesztés kiindulópontja annak felismerése, hogy az egészséget az egyén illetve a közösségek társadalmi-gazdasági körülményei alapvetően befolyásolják, azaz az egészség társadalmilag mélyen beágyazott. Ezért a szervezetet úgy szükséges továbbfejleszteni, hogy az képes legyen a társadalom valamennyi szereplőjét az egészség védelméhez, fejlesztéséhez mozgósítani és az ilyen irányú tevékenységeiket összehangolni. Így a megújított népegészségügyi tevékenységeinek súlypontja a hatósági munkáról és ismeretterjesztésről áttevődik az egészségkommunikáció eredményeként kialakult tudásbővítésre és mozgósításra, illetve a szektoron belüli és kívüli partnerekkel való együttműködés révén az összehangolásra. A népegészségügyi rendszer továbbfejlesztésének eredményeképpen a közösségi erőforrásokból olyan komplex programok valósulhatnak meg, amelyek költséghatékonyan termelnek egészségnyereséget, növelik az egészségvagyont Magyarországon.

2.3. alprogram: Szűrővizsgálati rendszer korszerűsítése

Indokoltság:

Az orvostudomány mai állása szerint a halálozás mérséklésére közép- és rövidtávon a *szűrővizsgálat* a legígéretesebb stratégia. A szűrővizsgálatokat tekintve az egészségügyi ellátás feladata olyan eljárások alkalmazása, amelyek által már a betegség kezdeti szakaszában felfedezhető. A korai felismerés, a hatékony terápia alkalmazása a visszafordíthatatlan folyamatok, szövődmények kialakulását mérsékelheti, előzheti meg.

A szűrővizsgálati rendszer korszerűsítése keretében kialakítandó keretrendszer célja, hogy mind a közfinanszírozott és magánellátásban csak olyan szűrővizsgálatok történjenek, amelyek a WHO megújított szűrővizsgálati szabályokkal összhangban vannak, megfelelnek azok kritériumainak. Azaz jelentős népegészségügyi problémát kezel; rendelkezik a tünetmentes célállapot kimutatására alkalmas szűrővizsgálati módszerrel, és az elfogadható a célnépesség számára; biztosított a kiszűrtek további tisztázó vizsgálata és megfelelő kezelése; a szűrés minden elemére kiterjedő protokoll áll rendelkezésre; kimutatható a szűrésnek tulajdonítható halálozás mérséklődése a céllakosságban.

Egy szűrővizsgálat abban az esetben hatásos (azaz csökkenti a célbetegségből eredő halálozást), ha azon a céllakosság legalább 70-80%-a részt vesz. Ennek érdekében szükséges a szűrőprogramok 4. alprogramban foglaltakkal való megerősítése.

2.4. alprogram: Együttműködés erősítése egészségügyön belül és kívül, az egészségkommunikáció fejlesztése.

Indokoltság:

A megelőzés és az ellátás hatékonyságának növeléséhez elengedhetetlen a népegészségügy valamint az alap- és a szakellátás közötti kapcsolatok megerősítése, tevékenységeik összehangolása. Indokolt a krónikus betegségek megelőzésére irányuló feladataik megosztásának felülvizsgálata, az átfedések és hiányosságok azonosításának céljából. A háziorvosi, védőnői és iskola-egészségügyi szolgálatok valamint az egészségfejlesztő irodák tevékenységének rendszerszintű összeegyeztetése jelentősen növelné a megelőzés eredményességét. Az együttműködés kiterjesztése a fogászati, foglalkozás-egészségügyi és akár a gyógyszerári szolgáltatásokra tovább növelhetné a hatékonyságot. A szélesebb körű szakmai együttműködés, mint például a rákszűrés, a szívérrendszeri kockázatok szűrése, a fogászati szűrések területén nagymértékben javítaná az egészségkockázatok illetve a betegségek korai felismerését. Az egészségügyön belüli együttműködések átgondolt feladatmegosztáson alapuló megerősítése nélkülözhetetlen az integrált, személyre szabott prevenció és egészségügyi ellátási szolgáltatások nyújtásához.

Társadalmi beágyazottsága miatt az egészség védelme és fejlesztése csakis a környezeti befolyásoló tényezők kedvező irányú változtatásával együtt oldható meg. Hatékony prevencióhoz a szektoron kívüli szereplőkkel való szoros együttműködést biztosító egyeztető mechanizmusok kialakítása és működtetése szükséges.

A lakossági egészségkommunikáció nagymértékben erősíteni tudja a lakosság egészségének javításához szükséges széleskörű társadalmi összefogást: a célcsoport-specifikus kommunikáció nemcsak tájékoztat, hanem motivál is, ezáltal hozzájárul a célcsoportok érzékenyítéséhez, együttműködési hajlandóságuk növeléséhez. A szakmai kommunikáció megerősítése ugyancsak nélkülözhetetlen feltétele a sikeres prevenciónak, a máshol már hatásosnak bizonyult megelőzési gyakorlatok magyarországi elterjesztésének.

6.2. Alapellátás

Az alapellátás fejlesztése tekintetében konkrét célként fogalmazódik meg:

- Az egészségügyi alapellátás költséget és hozzáférést érintő hatékonyságának növelése érdekében a lakóhelyközeli ellátásokat biztosító szolgáltatók - háziorvosi, házi gyermekorvosi, fogorvosi, védőnői, iskolaorvosi, otthoni szakápolási, foglalkozás-egészségügyi - feladatainak összehangolása.
- Cél a definitív és prevenció ellátás ösztönzése érdekében a finanszírozás teljes körű megerősítése a minőség és teljesítmény alapú elemek hangsúlyának fokozatos növelésével. Az alapellátási licencek kidolgozásával, megfelelő kompetencia esetén egyes járóbeteg-szakellátásból átvett feladatokat is finanszírozottá válhatnak az alapellátásban.

- A betegségek korai felismerése és a definitív ellátáshoz szükséges döntések lakóhelyközeli meghozatala érdekében, az alapellátó szolgálatokat az ehhez szükséges minden olyan informatikai eszközzel és orvosi műszerrel szükséges felszerelni, amelyek ezt költség-hatékony módon elősegítik.
- A humán erőforrás biztosításához a fiatalok körében vonzóbbá tehető mind a házi orvosi, mind a fogorvosi és a védőnői pálya a szakmák jelentőségének növelésével, a graduális képzésekben az alapellátási, prevenciós, népegészségügyi ismeretek hangsúlyának erősítésével, az együttműködési készségek fejlesztésével. A házi orvosi szakorvosképzést és a továbbképzési rendszert gyakorlat-orientálttá válása mellett biztosítandó a folyamatos továbbképzés is.
- Megerősíti az alapellátást, hogy további magas kompetenciájú szakemberek, BSc és MSc ápolók, népegészségügyi szakemberek, dietetikusok, gyógytornászok, pszichológusok vállalnak szerepet az alapellátásban, szabályozott kompetenciák mellett.
- A *teammunka*, a praxisok egymás közötti és a különböző alapellátási, szakellátási területekkel történő együttműködésének ösztönzése szükséges minden szinten. A praxisközösségi működési formákat következetesen és összehangoltan támogatni szükséges ott, ahol ezeknek a működési formáknak a létrehozására az alapellátók részéről szándék jelentkezik.
- Az alapellátás definitív ellátásainak növelése és prevenciós tevékenységeinek tervezhetősége, valamint a sürgősségi betegellátó kórházi osztályok tehermentesítése érdekében az alapellátási ügyeleti rendszerfejlesztése, méretgazdaságos üzemeltetése, amely országsszerte megfelelő hozzáférhetőséget biztosít.
- A lakóhelyközeli ellátás elvének megfelelően biztosítandóak a területi alapon működő integrált ellátás feltételei, amelyben a prevenciós és definitív alapellátási és egyes szakellátási funkciók egyszerre és koordináltan elérhetők, az alap- és szakellátás szakemberei és szolgálatai együttműködnek a jelenlegi szinte izolált működés helyett. Ezáltal méretgazdaságosan megteremthetők a közel azonos szintű hozzáférés feltételei az ország teljes területén és a lehető legalacsonyabb progresszivitási szinten, a lakosság közelében nyújtható ellátás.
- Az alapellátási szolgáltatók számára országosan olyan egységes szakmai, módszertani, minőségirányítási és folyamatos rendszer-fejlesztési koordináció biztosítása szükséges, amely képes integráltan irányítani az alapellátás összes szakterületét, biztosítani az egészségügyi alapellátás illeszkedését a teljes egészségügyi ellátórendszerbe úgy, hogy preventív feladatai megerősödnek, teljesülnek a népegészségügyi célok, az ellátórendszer fragmentált, jelenleg nem hatékony működése helyett megvalósul az integrált, hatékony ellátás.
- A foglalkozás-egészségügyi ellátás szakmai feladatainak megerősítése érdekében fokozott figyelmet igényel a keresőképes honfitársaink egészségének megőrzése, fejlesztése, a foglalkozási és foglalkozással összefüggő megbetegedések megelőzése, valamint a népbetegségek korai, jól gyógyítható formában történő feltárása (népegészségügyi célú szűrővizsgálatok).

Ütemezés:

Alapellátásban meghatározott célok elérése érdekében az alábbi **beavatkozási irányok** kerültek meghatározásra:

- Az egészségügyi alapellátás **szabályozási keretrendszer** megerősítése. Az összehangolt feladatok és a finanszírozási ösztönzők megteremtik az egészségügyi alapellátás horizontális integrált működését.
- **Az alapellátás az egészségügyi rendszer szerves része, a preventív szemlélet és a definitív ellátás biztosításához elengedhetetlen a további ellátási szintekkel való integráció.** A vertikális integráció keretében elvégzendő a háziiorvosi **ügyeleti szolgálat** szervezeti formáinak felülvizsgálata, a mentőszolgálattal, a sürgősségi betegellátó osztályokkal való **feladat összehangolás** lehetősége vizsgálendő, implementálandó. Az egészségügyi alapellátás hatásosságát, hatékonyságát fokozzák a különböző szintű, összetételű együttműködési szervezeti formák illetve az adminisztrációra fordított idő csökkentése. Ennek érdekében a vonatkozó jogszabályi környezet egyszerűsítése az **adminisztrációs terhek csökkentése** és a dokumentáció racionalizálása indokolt.
- Ösztönözni javasolt az egyes alapellátási szolgálatok együttműködését, a **praxisközösségek** kialakítását, valamint az együttműködések szervezeti kereteinek megszilárdulását. Az alapellátás jövőképében megjelenő csoportos együttműködések különféle formáinak támogatása érdekében azok **finanszírozási modelljének kidolgozása** szükséges.
- **A definitív ellátást és a prevenció szemléletet támogató finanszírozási rendszer kialakítása** érdekében az alprogrammal olyan finanszírozási modell kialakítása tervezhető, amely figyelembe veszi a helyi adottságokat, szükségleteket különös tekintettel a szakember ellátottság szempontjából leghátrányosabb, legkedvezőtlenebb egészségi állapottal rendelkező lakosságot ellátó, **hátrányos helyzetű településeken** működő alapellátási szolgálatokra.
- A program keretében elkészül a módosított minimumfeltételeknek való megfelelést kiszolgáló **eszközbeszerzési és infrastruktúra fejlesztési támogatási program** illetve a kor kihívásaihoz illeszkedő korszerű, **innovatív eszközpark tesztelése és bevezetése.**
- Az alapellátás **egységes szakmai támogatásának** kialakítása és megújítása érdekében javasolt olyan egységes szakmai, módszertani, minőségirányítási és folyamatos rendszerfejlesztési koordináció biztosítása, amely képes integráltan irányítani az alapellátás összes szakterületét. Mindezek biztosítására új **országos alapellátási szakmai központ** létrehozása szükséges. A központ támogatást nyújt és minőségirányítást biztosít az alapellátás szereplői számára.
- A **kollegiális szakmai vezetői rendszer** felállításával és működtetésével egy olyan kapcsolattartó, koordináló, ellenőrző feladatot ellátó rendszer épül ki, ami az alapellátás fejlesztését, az ellátás minőségének biztosítását, az alapellátásban dolgozók szakmai kérdésekkel kapcsolatos érdekérvényesítését fogja elősegíteni.
- Az alapellátás ügyviteli és dokumentációs rendszereinek, valamint az ágazaton belüli információáramlás egységes feltételrendszerének megteremtése elengedhetetlen. Ennek érdekében szükséges egyrészt az **alapellátási szoftverek akkreditációja** orvosszakmai- és információtechnológiai szempontból, ehhez minősítő szerv felállítása, ami az

ágazatirányítás és az alapellátási szakma képviselői által megfogalmazott igényeket rendszerezi, és azokat követelményjegyzékbe rendezi, másrészt az egészségügyi alapellátást érintő IT fejlesztések tervezése, véleményezése is.

- A szakorvosképzést és a továbbképzési rendszert gyakorlati ismereteket és szakmai fejlődést biztosító fejlesztéssel erősíthető meg. A magas színvonalú és az átalakulóban lévő házi orvosi rendszer adottságait is figyelembe vevő rezidensképzési rendszer kialakítása történik meg, melynek részeként a **házi orvostan** szakképzésben részt vevő **rezidensek képzési programjának gyakorlatorientált megerősítése** és országosan egységes alkalmazása valósul meg.

Megvalósítás ütemezése:

2020–2022:

Pályázati programokkal házi orvosi, valamint házi gyermekorvosi praxisok együttműködésében vagy a helyi önkormányzatok társulásainak bevonásával az alapellátás további fejlesztése, valamint a szakellátás, az Egészségfejlesztési Irodák, és az alapellátásban résztvevő egyéb szereplők bevonásával egységes kliensutak kidolgozása, az integrált Lakosságközeli Egészség Szolgáltatás nyújtása.

Kiemelt hangsúlyt szükséges fordítani a következőkre:

- A gyermekek egészségének megőrzésére, fejlesztésére
- A pályázók által ellátandó 40–65 év közötti férfiak és nők körében szelektív és célzott prevenciós feladatok elvégzése az előírt dokumentációs rend szerint
- A pályázók együttműködési feladatai:
 - együttműködés a keringési betegségek, és a daganatos betegségek szakellátási szolgáltatásait nyújtó intézményekkel, az alapellátás további szereplőivel, illetve a gyermek egészségügyi szakellátás szakembereivel, kiemelt tekintettel az egységes kliens-utak kidolgozására; a konzorciumi tagokkal;
 - együttműködés a területen működő Egészségfejlesztési Irodával, továbbá
 - együttműködés a releváns szakmai háttérintézményekkel; a területen működő szociális szolgáltatókkal.
- Eszközbeszerzés
- Életmódváltást segítő programokban közreműködő szakemberek (gyógytornász, dietetikus, egészségpszichológus, klinikai szakpszichológus) bevonása
- Folyamatos szűrés, a kis és közepes kockázatú betegek számára alap gondozást nyújtó MSc ápolók bevonásával, ill. képzésen részt vett OKJ, BSc ápolók bevonásával, a kompetencia szintjük szerint
- Szakorvosi részvétel a lakóhely közeli ellátás fejlesztése érdekében (távkonzultáció, telemedicina szolgáltatások)

A pályázat szakmai koordinátora az Állami Egészségügyi Ellátó Központ és a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet, valamint az ÁEEK Alap- és Lakóhelyközeli Ellátások Igazgatóság - Alapellátási Módszertani Központ.

(Megjegyzés: az Állami Egészségügyi Ellátó Központ 2020. december 31-el jogutódlással megszűnt és beolvadt az Országos Kórházi Főigazgatóságba.)

6.3. Járó- és fekvőbeteg szakellátás

Az egészségügy gerincét a szakellátói intézménystruktúra jelenti, így ha egy eredményesebben és hatékonyabban működő egészségügyi rendszer kialakítását célozzuk, akkor a szakellátás átalakítása elkerülhetetlen.

A szakellátás tekintetében olyan ellátórendszeri struktúra kialakítása cél, ahol az egyes egészségügyi intézmények hálózatba szerveződve, a kapacitásokat szükségleteknek megfelelően elosztva, együttműködve biztosítják a különböző szakellátásokat a lakosság számára.

A hatékonyságnövelés első lépése az aktív ágyak kihasználtságának növelése. Jelenleg sok esetben egy megyén (vagy akár az egyes intézményeken) belül redundanciák fedezhetőek fel. Az egyes szakmák szerinti ellátásokat a megyéken, régiókon belül koncentrálni szükséges, így az adott helyen nagyobb esetszámmal, nagyobb hatékonysággal és magasabb szakmai szinten tudják ellátni a pácienseket. Ez a profiltisztítás lehetővé teszi, hogy az aktív ellátások jelentős része az országot lefedő csúcskórházakban valósuljon meg. A kisebb térségi, városi kórházak profilváltás után nagyobb szerepet kapnak a rehabilitációs, krónikus és ápolás ellátások nyújtásában, illetve a járóbeteg-szakellátás irányába is átcsoportosíthatóak további kapacitások. Az egyes tisztított profilú intézményekben úgy valósíthatóak meg az infrastrukturális felújítások és a szükséges ápolási és orvostechnikai eszközök beszerzése, hogy azok az ott nyújtott ellátási módozatok sajátosságaihoz tudjanak illeszkedni. A legmagasabb progresszivitási szintű, speciális ellátásokat az országos centrumkórházak biztosítják ahol rendelkezésre áll a megfelelően felkészített személyzet és a szükséges eszközpark is. Ez nem csak az elérhető egészségnyereséget növeli, hanem a további szakellátó intézményeket és egészségügyi dolgozókat is tehermentesíti, lehetővé teszi számukra, hogy más, az adott profilú intézményben ellátható betegek ellátására koncentráljanak. Ezenfelül a centrumkórházak olyan szakmai-tudományos innovációs központként is funkcionálnak, melynek kutatás-fejlesztés területén megnyilvánuló pozitív hatásai ösztársadalmi szinten is érezhetőek lesznek.

További jelentős potenciális hatékonyság tartalék fedezhető fel az egynapos sebészeti ellátások kiterjesztésében, a szükséges infrastruktúra biztosításában. Az egynapos sebészeti ellátások előtérbe helyezésével csökkenni fog a kórházban töltött napok számának átlaga. A kórházi ápolási napok számának csökkentésével, az egynapos ellátások fókuszba helyezésével az ellátások költség-hatékonysága is javítható, valamint az elérhető egészségnyereség is növelhető és ellátórendszeri kapacitásokat is felszabadulhatnak, amelyek a lakossági szükségletekre reagáló módon átcsoportosíthatóvá válnak.

Szintén hatékonyságnövelő hatású a korszerű, a modern kor elvárásainak megfelelő technológiák bevezetése, a szükséges eszközök beszerzése, egységes eszközplatformok kialakítása. A panelműtök kialakításával és a navigált műtéti eljárásokkal például jelentős mértékben javítható a műtök kihasználtsága. A feleslegessé vált műtéti kapacitások átalakíthatóak, kivezethetőek a rendszerből. Az e-health eszközök és a mesterséges intelligencia használata a gyógyítási folyamatokban szintén növeli a hatékonyságot és megbízhatóságot, így ezen eszközök nagyszámú beszerzése sem kerülhető el egy modern egészségügyi ellátórendszer kialakítása során. Az e-health eszközök a betegutak letisztázását,

az ellátáshoz való hozzáférést is segíthetik pl. a telemedicinális ellátási formák alkalmazásával.

Az új szakellátási struktúra keretében a sürgősségi triázs megerősítése is elkerülhetetlen. A korlátozott sürgősségi és intenzív terápiás kapacitásokat tehermentesíteni kell a nem-sürgősségi ellátás keretében is ellátható esetektől. A jól szervezett betegutak, a megfelelő sürgősségi triázs rendszeren keresztül a sürgőségtelen hospitalizáció aránya jelentős mértékben csökkenthető.

A kórházi hálózat kialakításához szorosan kapcsolódik a labordiagnosztikai kapacitások átszervezése is. A csúcskórházakba koncentrálhatóak a laborkapacitások, a modern labordiagnosztikai rendszerek beszerzésével a diagnosztikai folyamatok rövidíthetőek, megbízhatóságuk növelhető, ezáltal nő annak az esélye a páciensek a megfelelő időben a megfelelő ellátáshoz jutnak, tehát az elkerülhető egészségveszteség mértéke csökken.

A rehabilitációs ellátások esetében szét kell választani a valódi, az aktív ellátásokhoz közvetlenül csatlakozó, a tartós egészség-károsodások egy részét megelőzni kívánó rehabilitációs ellátásokat és kapacitásokat a tartós, nagy valószínűséggel már megváltozhatatlan egészség-károsodások miatt szükséges krónikus állapot-fenntartó ellátásoktól, illetve az ápolási ellátástól. Mindkét ellátástípus esetében biztosítani kell a megfelelő infrastrukturális feltételeket a meglévő épületet átalakításával, felújításával. A krónikus, ápolási és a szociális ellátórendszeren belüli szakosított ápolási ellátásokkal, az otthoni szakápolással, az alapellátás krónikus betegség-menedzsmenti feladataival is össze kell hangolni, meg kell határozni az egyes ellátók közötti kapcsolódási pontokat az ideális betegutakat is. A rehabilitációs ellátásokhoz biztosítani kell a szükséges eszközparkot, a legújabb orvos-technikai eszközök beszerzésével (pl. robotasszisztált fizioterápia).

Az ellátórendszer ellenállóképességének javítása és kapacitástartalékok képzése érdekében ideiglenes, de megfelelően felszerelt moduláris létesítmények is létrejönnének régióként, amelyek szükség esetén bevonhatók a nagyobb kapacitásokat igénylő egészségügyi váltáshelyzetek kezelésébe, illetve az infrastrukturális felújítások során ezek az ideiglenes létesítmények alkalmasak lehetnek a kieső kapacitások átmeneti pótlására is.

Járványügyi ellenálló-és válaszképesség fejlesztése

Szükséges az **infektológiai ellátóhelyek** infrastrukturális megújítása, ezen felül biztosítani kell a megfelelő és modern orvos-technikai és védőeszközöket, melyek segíthetik a szakembereket a betegek ellátásában.

Az infektológiai ellátóhelyeken egymástól izolált kórtermekben számos beteg fekszik, akiket az ellátók egyenként kezelnek, mely jelentős humán kapacitásokat köt le. Ezért az infektológiai ellátóhelyek infrastrukturális fejlesztése során az ellátók és az ellátottak közötti audiovizuális kommunikációt támogató eszközök is kiemelt segítséget nyújtanak.

A beavatkozás javítja a betegbiztonsági mutatókat, csökkenti a nem várt események bekövetkezési valószínűségét, így növeli az ellátás hatásosságát és a betegelégedettség növeléséhez is hozzájárulhat. A beavatkozás segítségével az újonnan kialakított ellátórendszeri struktúra járványügyi kitettsége jelentősen csökkenthető.

Ahogy az már a szakellátást érintő fejlesztéseknél bemutatásra került az ellátórendszer ellenállóképességének javítása és kapacitástartalékok képzése érdekében szükség szerint

ideiglenes, de megfelelően felszerelt létesítmények is kialakításra kerülhetnek régióként, melyek alkalmasak lehetnek a járványkórházi funkció betöltésére is.

Az ellenálló- és válaszképesség fejlesztését segíti az egészségügyi raktározási kapacitások bővítése is. Az ellátórendszer megfelelő szakmai színvonalú és hatékony működésének biztosítása jelentős eszköz- és ehhez kapcsolódó raktározási kapacitási igényekkel jár, ezen kapacitás igények egy járványhelyzet esetében szignifikánsan és rapid módon növekednek. Az ország több pontján működő, a kórházi-hálózati struktúrához igazodó plusz raktározási kapacitás révén biztosítható, hogy a szükséges védőeszközök, orvos-technikai eszközök és gyógyszerek időben a szakemberek rendelkezésére álljanak.

Szakmai protokollok, irányelvek és egyéb szakmai szabályozók folyamatos felülvizsgálata az ellátások minőségbiztosítása szempontjából:

- Szükségletfelmérés az egyes szakterületeken a meglévő irányelvek, protokollok és egyéb szakmai szabályozók által le nem fedett területek azonosítására, illetve a meglévő dokumentumok egységes módszertan mentén történő átdolgozására.
- Erőforrás biztosítása az irányelvek, protokollok, egyéb szakmai szabályozók felülvizsgálata kapcsán azonosított hiányterületeken a megfelelő szabályozók kidolgozására, valamint a meglévő dokumentumok egységes módszer mentén történő átdolgozására a legfrissebb tudományos bizonyítékok beépítésével.
- A protokollok, irányelvek és egyéb szakmai szabályozók kidolgozása, megújítása során elvárásaként beépíteni a szociális területtel történő kapcsolódások hozzáadását.
- A protokollok, irányelvek és szakmai szabályozók kidolgozásába bevonni az ellátás által megcélzott populációk képviselőit is.

Szakmaspecifikus fejlesztési irányok:

a) Traumatológiai ellátás megerősítése

A progresszív betegellátás elve az egészségügyi ellátás egymásra épülő, feladatmegosztáson alapuló, kötelezően, piramis-szerűen hierarchizált kapcsolatrendszerét és ennek szabályrendszerét jelenti.

A progresszív ellátás alapelve

- minden betegnek hozzá kell jutnia a megfelelő ellátáshoz,
- minden ellátást az ellátási igénynek megfelelő szinten kell megkapnia a betegnek.

A traumatológiai ellátás megerősítésének célja az ellátórendszer eltérő kompetenciájú hierarchizálása, amelyben:

- az ellátórendszer szereplői eltérő kompetenciával és eltérő elvárás-rendszerrel (minimumfeltételek) rendelkeznek,

- a legáltalánosabb (legalacsonyabb kompetenciájú) ellátóhelyek találhatóak a legnagyobb számban, és elhelyezkedésük lakossághoz közeli. Ezen ellátók igénybevétele közvetlen, nem kötött beutalóhoz,
- az alacsony kompetenciájú ellátók a kompetenciájukat meghaladó eseteket továbbküldik az ellátórendszer specializált egységeihez, és ezek igénybevétele jellemzően beutalóhoz kötött,
- az ellátó-szintek specializációja fordítottan arányos a kompetenciával, azaz az egyre speciálisabb ellátásokat, egyre kevesebb szolgáltató nyújtja.

Beavatkozási irányok

A területfejlesztésnél olyan strukturális és finanszírozási szemléletű megerősítést szükséges célul kitűzni, amely egyidejűleg alkalmas a lakosság egészségi állapotában érdemi előrelépésre és a működési-gazdálkodási folyamatok javítására.

- egészségbiztosítási elszámolásokhoz önálló traumatológiai kódok létrehozása, finanszírozási traumatológiai kódok karbantartása
- szakmaspecifikus koncentráció, az országos egyenletes lefedettség biztosításához, és az ágykihasználás optimalizálása érdekében a traumatológiai ágyszámok csökkentése javasolt, valamint a kórházak traumatológiai progresszivitási szintjeinek módosítása,
- progresszivitási szintekhez kötött beavatkozások meghatározása, ehhez igazodó szakmai minimumfeltételek és finanszírozás kialakítása

A traumatológiai betegek magas szintű ellátása mellett javulnak az ágykihasználtsági mutatók, lehetővé válik az ágazat költséghatékony és teljesítményalapú finanszírozása, és csökken a traumatológiai ellátásban dolgozók leterheltsége.

Modellváltással megvalósul a magas színvonalú traumatológiai ellátás kialakítása, ahol a traumát, balesetet elszenvedett betegek ellátása az ellátási igényeiknek megfelelő szintű intézményben az ország teljes területén azonos hozzáféréssel és azonos gyógyulási eséllyel történik mind az akut, mind a rehabilitációs szakaszban.

b) Érsebészeti ellátás megerősítése

A fejlett világ előregedő társadalmaiban már ma is hatalmas költségeket emészt fel a szív- és érrendszeri betegségek elleni küzdelem, azonban az előrejelzések szerint 2030-ra a költségek többszöröződnek. A szív- és érrendszeri betegségeken belül a koszorúér betegségek vezetnek világszerte a halálozási statisztikákat, és a stroke-kal közösen a szív- és érrendszeri halálozás kb. 80%-áért felelősek.

Az eddigiekben működtetett érsebészeti ellátórendszer szerkezeti struktúrája átgondolásra érdemes, mivel egyes egészségügyi szolgáltatóknak aránytalan a feladatellátása és sok esetben elégtelen a beavatkozások finanszírozása. Az érbetegségek megfelelő ellátásának biztosítása érdekében szükséges egy olyan új rendszer kialakítása, amely lehetővé teszi a betegutak optimális kialakítását, megszünteti a rendelkezésre álló humán erőforrás szétforgácsolódását, javítja a szükséges terápiás beavatkozások határfokát, ezáltal a kedvezőtlen megbetegedési (morbidity) és halálozási (mortality) mutatókat, és a betegelégedettséget.

Beavatkozási irányok

- ellátás szervezési feladatok új struktúrában történő működtetése;
- Komprehenzív Vaszkuláris Centrumok országos hálózatának felállítása fekvőbeteg-ellátó intézményekben speciális működtetéssel;
- további fekvőbeteg-ellátó bevonásával alacsonyabb progresszivitási szintű centrumok megszervezése;
- járóbeteg-szakellátás területén angiológiai ambulanciák számának növelése, szívelégtelenség ambulanciák felállítása;
- alapellátásban a stabil érbetegek szakértő gondozása.

6.4. Krónikus ellátás és tartós ápolás

A kórházi infrastruktúra javítása érdekében tovább folytatódik az egészségügyi rendszer működésének olyan fejlesztése, amely egyidejűleg alkalmas a lakosság egészségi állapotának megfelelő érdemi kiszolgálásra és a működési-gazdálkodási folyamatok javítására.

Magyarország lakossága fokozatosan idősödik, ezzel együtt növekszik a krónikus betegek ápolás iránti igénye.

A fekvőbeteg-szakellátás folyamatos benntartózkodás mellett végez vizsgálati, gyógykezelési, rehabilitációs vagy ápolási célú ellátást, ideértve a hosszú ápolási idejű ellátásokat is. Ez történhet meghatározott napszakokban, vagy egyszeri, vagy kúraszerű beavatkozás formájában. Kúraszerű beavatkozásnál meghatározott idejű megfigyelés szükséges, illetve a megfigyelési idő alatt – szükség esetén – további azonnali egészségügyi ellátást kell biztosítani.

A krónikus ellátás célja az egészségi állapotban bekövetkezett romlást követően az állapot stabilizálása, fenntartása, illetve helyreállítása. Az ellátás időtartama, illetve befejezése általában nem tervezhető, és jellemzően hosszú időtartamú.

Krónikus ellátás és tartós ápolás megerősítésének célkitűzései:

- javuljon az ápolás-gondozási feladatok hatékonysága;
- pontosan legyen meghatározva az egészségügyi szektor és a szociális szektor által ellátandó feladatok és tevékenységek listája és helye;
- a költséges egészségügyi ellátás keretében, szociális indikáció alapján végzett ápolási feladatok megfelelő szintre kerüljenek;
- biztosítva legyen a szociális szektorban végzett szakápolási feladatok finanszírozása, ellenőrzése, minőségbiztosítása, ezáltal megelőzhetőek legyenek az elkerülhető kórházi felvételek és a szociális otthonban lakók teljes körű ellátáshoz jussanak hozzá;
- javuljon a szakápolási feladatok területi lefedettsége;
- állandó szakápolói kör végezze az idős betegek gondozását (megszűnjön a gondozottak áthelyezése a szektorok között, stabilitás, multidiszciplinaritás biztosítása);
- megvalósuljon az ápolási/szakápolási feladatok koordinációja.

Krónikus ellátás és tartós ápolás kialakításának főbb szempontjai:

- az egyén felelősségvállalás megjelenítése az állami mellett,
- a hozzátartozók egymás iránti felelősségvállalása,

- az aktív ágyak krónikus ápolási célú használatának megszüntetése,
- krónikus ápolási férőhelyek számának növelése minimum 40 %-kal (kb. 1200 ágygal),
- otthoni és ambuláns rehabilitáció fejlesztése,
- önhibájukon kívül kiszolgáltatottak iránti méltányosság.

Figyelembe véve Magyarország demográfiai helyzetét, morbiditását, egy gazdaságilag jobban működő ellátórendszer a népesség egészségi mutatóinak javulásához nagyobb mértékben képes hozzájárulni, ami a demográfiai és versenyképességi célok teljesülését is támogatja.

A krónikus kapacitás növelése az aktív és krónikus ágyak átcsoportosítása révén tud realizálódni. Az aktív ágyak számának csökkentésével párhuzamosan növekszik azok kihasználtsága (a jelenlegi 66 %-ról 2027-re 75 %-ra).

A krónikus ellátás és tartós ápolás modellváltással előtérbe kerül az **ambuláns rehabilitáció fejlesztése az otthoni rehabilitáció és az otthoni szakápolás támogatás fejlesztése.**

Fejlesztési irányok a tartós ápolás-gondozás területén:

a) Főbb intézkedések a szakképzés területén

- 1. Formális képzések** (egészségügyi és szociális szakemberek számára):
- 2. Non-formális oktatás** (önkéntesek, családi segítők képzése):

b) Főbb intézkedések a humán kapacitás fejlesztése területén

- 1. Az „ápoló családtag – modell” kialakítása:**
- 2. Ösztönzők rendszer megerősítése**
- 3. A hazai intézményrendszer fejlesztése**
 - *Alapszolgáltatások fejlesztése*
 - *Szakellátások fejlesztése*
 - *Rendszerszintű beavatkozások*
 - *Lakossági támogatás az intézményi koordinációban*
 - *Szakápolási központok működési hátterének biztosítása*
 - *Ellátottak támogatása*
 - *A gondozó családtag támogatása*
- 4. Kommunikáció**
 - *Szemlélet és attitűdformálás*
 - *Információátadás*

6.5. Ágazati humán erőforrás

I. Egészségügyi szakemberek képzési, továbbképzési rendszerének a fejlesztése

1. Pályaorientációval kapcsolatos célkitűzések

Folyamatos pályaorientáció, kampány jellegű pályaorientáció

Az egészségügyi tevékenység folyamatos promotálásának hatékony eszköze lehet az egészségügyi ismeretek további erősítése az általános és középiskolai oktatásban. Ennek keretében megszereshető ismeretek kettős célt szolgálnának, egyrészt növelnék a felnövekvő nemzedék egészség műveltségét, másrészt az egészségügyi ellátás rendszerének bemutatásával népszerűsíthetnék az egészségügyi pályákat.

2. Középfokú egészségügyi szakképzés fejlesztése

A Szakképzés 4.0 kormányprogram kapcsán alapvetően átalakult az egészségügyi szakképzés rendszere. A korábban 66 szakképesítésből 11 maradt önálló soron, mely 23 szakmai irányba biztosít kimenetet. A képzési jegyzékből kimaradt szakképesítéseket, a Nemzeti Egészségügyi Programokban szereplő javaslatokat szabályozott keretek között szükséges szerepeltetni, ezt fejlesztheti a szakdolgozói licence képzések rendszere.

A szakképzés megerősítése során lehetőséget kell teremteni a képzésekbe történő rugalmas belépésre, a korábban megszerzett formális, informális és a non-formális ismeretek és készségek beszámítására, és az egészségügyi szolgáltatók által elvárt szintezés (alap, közép és specializáció) kialakítására, korszerű elektronikus tananyagok elérhetőségének biztosításával.

3. Szakorvosképzés fejlesztése

A szakorvos képzés 2015. július 1-jével történő átalakítását követően, jelenleg az államilag támogatott szakképzés központosított rendszerben kerül megszervezésre, a szakorvos képzésért felelős egészségügyi államigazgatási szervként az Állami Egészségügyi Ellátó Központ került kijelölésre. Az ÁEEK a támogatott szakképzésben részt vevő rezidenseket közalkalmazotti jogviszony keretében foglalkoztatja, azzal, hogy felettük csak az alapvető munkáltatói jogköröket gyakorolja, míg a rezidens beosztására az elsődleges képzőhelyként kijelölt egészségügyi szolgáltató jogosult. Ily módon valamennyi rezidens illetménye (és annak jogszabály szerinti járulékai) központi költségvetési forrásból kerül biztosításra, a képzés és az annak részét képező munkavégzés azonban a gyakorlatban az egészségügyi szolgáltatóknál történik.

2021. január 1-től az új jogállási törvény rendelkezései alapján változnak a rezidensek foglalkoztatásának szabályai, melynek alapján a rezidensek foglalkoztatója a továbbiakban nem az ÁEEK, hanem a szakképzésre akkreditált egészségügyi szolgáltató.

A szakorvosképzés képzési rendszerének megerősítésére kerülne sor olyan módon, hogy az egyetemről kikerülő orvosok minél korábban önállóan is ellátható, körülhatárolt kompetenciákkal rendelkezzenek.

4. Gyakorlati képzések fejlesztése

Az egészségügyi szakképzések mindegyikében jelentős arányt képviselnek a gyakorlati képzések. Az alapképzésekben ez az érték minimálisan 50%.

Az EFOP 4.2.2. projekt keretében elindult a gyakorlati készségek fejlesztését szolgáló skill és szimulációs rendszer kiépítése. A támogatott 19 intézményben kialakított laborok, szimulációs egységek lehetőséget teremtenek az ellátási folyamat integrálására,

begyakorlására. Az alapkészségek gyakorlására szükség van az egészségügyi szolgáltatók körében egy kevésbé költségigényes ún. tankórtermi rendszer létrehozására és ehhez szükséges személyi és tárgyi feltételek kialakítására.

A szakképzés minőségének javítása érdekében függetlenített oktatásszervezői munkakört javasolt létrehozni az egészségügyi szolgáltatóknál a szakmai gyakorlatok koordinálására, és részállású státuszokat a tanulókkal történő közvetlen foglalkozásra.

5. Továbbképzési rendszer fejlesztése

Az egészségügyi szakmai továbbképzések elsősorban a korábban megszerzett ismeretek szinten tartását szolgálják. A továbbképzési rendszer annak figyelembevételével alakítandó, hogy biztosítsa az egészségügyi törvényben megfogalmazott szándékot, a naprakész tudás biztosítását, az ismeretek szinten tartását.

Az egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzési (továbbiakban: licence) rendszert érintően a szakdolgozók vonatkozásában előrelépés érhető el a licence rendszer megfelelő kialakításával.

II. Illetmény és illetménypótlék rendszer fejlesztése

1. Egészségügyi szolgálati jogviszony létrehozása

Az intézkedés alapján a jelenlegi rendszer megerősítésére került sor olyan módon, hogy egészségügyi tevékenységet 2021. március 1-jétől már csak egészségügyi szolgálati jogviszony keretében lehet végezni, ezáltal a foglalkoztatási szabályok egységesítése megtörténik. Mindezek mellett az orvosok részére jelentős bérfelállítás történik 3 lépcsőben 2021-2023 között.

2. Illetménypótlék rendszer fejlesztése

Az egészségügyi szakdolgozók meghatározott körét illetménypótlék illeti meg. Az illetménypótlék számítási alapja Magyarország központi költségvetéséről szóló törvényben kerül meghatározásra. A járóbeteg- és fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézetekben - ideértve az Országos Vérellátó Szolgálatot - a pótlék mértéke a pótlékalap 150%-a, 120%-a és 36 %-a. A fokozott terhelés elismerése érdekében szükséges az egyes kiemelt munkakörök listájának felülvizsgálata és a pótlékalap és a pótlék mértékének felülvizsgálata.

3. Címek adományozása

Az emberi erőforrások minisztere által adományozható elismerésekről a 26/2016. (IX. 8.) EMMI rendelet rendelkezik miszerint az egészségügyi ellátás területén díjak adományozhatók.

III. Az egészségügyi szakemberek munkafeltételeinek a javítása

1. Munkafeltételek fejlesztése

Korszerű ápolási/gondozási eszközök biztosításával jelentősen lehet csökkenteni a szakdolgozói munka terheit. A **fizikai munkát** kiváltó beteg mobilizáló eszközök (pl. betegemelő), az ágy melletti **adminisztrációt** egyszerűsítő okos mobil eszközök (pl. tablet) megkönnyítik az egészségügyi szakdolgozók munkáját, növelik az egészségügyi szolgáltatások színvonalát.

A fentiekben részletezett fejlesztések mellett előtérbe kerülhetnek az okos ápolási eszközök beszerzései. Az ágy melletti, valamint a területi védőnői gondozás terén fennálló adminisztratív terhek csökkentése érdekében hatékonyabb feladatellátás érhető el az intézmények informatikai rendszeréhez kapcsolódó, **az adminisztrációt, dokumentációt segítő okos eszközökkel**. Ezek az eszközök nem csak a kommunikációt segítik és a beteg biztonságát növelik, hanem az ápolók és asszisztensek munkáját is megkönnyítik.

2. Családbarát munkahelyek létrehozása

A családok védelméről szóló 2011. évi CCXI. törvény 6. § (1) bekezdése rendelkezései alapján az állam elősegíti és támogatja a családbarát szemléletet a társadalmi és gazdasági élet valamennyi területén. Az egészségügyi ellátás területére szóló specifikus rendelkezések vizsgálata szükséges.

3. Egészségügyi szakdolgozók egészségvédelme

A nemzetközi kutatások szerint, az egészségügyi dolgozók körében gyakori az infarktus, a különböző pszichés megbetegedések, a depresszió előfordulása.

A betegségek megelőzése érdekében javasolt megvizsgálni az **ingyenes, szakma specifikus szűrővizsgálatok** bevezetését, hogy idejében felszínre kerüljenek a foglalkozással összefüggő betegségek és mielőbb elkezdődhessen a gyógyítás.

A súlyos betegek kezelésére/gondozására vállalkozó egészségügyi szakemberek érzelmileg, intellektuálisan és fizikailag egyaránt túlterheltek. Ennek az állapotnak számos, olykor visszafordíthatatlan negatív következménye lehet, mint például a halmozódó, feldolgozatlan stressz ártalmi, a kiégés súlyos testi és lelki tünetei, a magánélet kudarcai és nehézségei.

A kiégés megelőzésének, illetve kezelésének hasznos eszköze lehet a **mentálhigiénés teamek működtetése**, burn-out és kommunikációs tréningek szervezése. A kiégés megelőzése érdekében minden munkáltatónak javasolt intézkedéseket tenni.

4. Munkaszervezés

Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételeket a 60/2003. (X.20) ESzCsM rendelet, védőnői területen a 49/2004. (V.21.) ESZCSM és a 26/1997. (IX.3.) NM rendelet szabályozza. A fekvőbeteg ellátás területén a szakember létszám, az ágyszámhoz viszonyítottan került meghatározásra, míg az alapellátásban az ellátottak létszámának függvénye a körzetek szervezése. Ez a számítási mód sok esetben indokolatlan túlterheléshez vezet és nem mindenkor tükrözi vissza a betegek ápolási/gondozási igényeit.

Az egyenlőtlenségek leküzdése érdekében javasolt áttérni az ápolási/gonozási igény szerinti **létszám meghatározásra**. A rendszer bevezetéséhez egységes állapot felmérő és ápolási/gonozási igényt meghatározó rendszert javasolt bevezetni (pl.: Német pontrendszer), melynek segítségével meghatározható az ápolási és gonozás igény és a tevékenységek ellátásához szükséges kompetencia (szakképesítés) és a feladat ellátáshoz kapcsolódó létszám.

Szakemberek hatásköri listájának (kompetenciáinak) meghatározása

Elengedhetetlen, a hatékony munkaszervezés érdekében **a képzési tartalmakra épülő kompetencialisták felülvizsgálata, a munkakörökhöz rendelt tevékenységi körök meghatározása, karbantartása**. Alapos előkészítést követő szakmai fejlesztő munka során szükséges a kompetencia szintek megállapítása, a különböző képzési szintekhez tartozó kompetenciák meghatározása. A feladatot a szakmai szervezetek bevonásával célszerű elkészíteni majd karbantartani.

Szakedolgozói munkakörök felülvizsgálata

A közalkalmazotti jogviszonyban foglalkoztatott egészségügyi szakdolgozók munkaköreit a 356/2008. (XII. 31.) Korm. rendelet szabályozza. Az egészségügyi tevékenységek két fő és öt alcsoportba rendszerezett 97 munkakörbe sorolása az idők folyamán többször átalakult, mely szükségessé teszi a rendszer átláthatósága érdekében a felülvizsgálatot.

Ütemezés:

1. Munkafeltételek fejlesztése (2022-2027)
2. Családbarát munkahelyek létrehozása (2022-2027)
3. Egészségügyi szakdolgozók egészségvédelme (2021-2027)
4. Munkaszervezés (2022)

6.6. Digitális egészségügy

Az E-Health rendszer létrehozásának alappillérei

Az E-Health program sikeres végrehajtásához az intézményi szintű szolgáltatási egységek irányított és összehangolt együttműködésére és a programok felelős végrehajtására van szükség. Az érdekeltség megteremtéséhez jogszabályi, finanszírozási és szakmai támogató, motiváló eszközök kialakítására van szükség.

Az E-Health akcióterv alappilléreit az alábbi ábra tartalmazza:



1. Emberközpontú E-Health

Egy átfogó központi program keretében alakítható ki az a fejlesztéscsoport, amely az emberközpontú E-Health megoldásokat valósítja meg. Az emberközpontú E-Health megvalósításának egyik alapja a „**Páciens 360 fok**”, mely nem más, mint az állampolgár „köré” gyűjtött és dinamikusan épülő strukturált adat- és információhalmaz. Összefüggéseinek folyamatos értékeléséből alakul ki a páciens egészségügyi profilja.

A lakossági egészségkommunikáció központi elemeként egy felhasználóbarát **központi portál nyújthat megoldást**, mely biztosítja a két felhasználó csoportjának (páciens és ellátó személyzet) az információkhoz való hozzáférés gyors és rendszerezett módját.

2. Szabályozott folyamatok, adatvezérelt döntések

A szabályozott folyamatok, adatvezérelt döntések megvalósításának célja:

- a hiteles és real-time adatokon alapuló döntéshozatal támogatása;
- a hatékony erőforrás-allokáció megvalósítása;
- az ellátás minőségének javítása;
- az ágazati transzparencia megteremtése.

3. Ellátórendszeri informatika egységesítése

Az ellátórendszeri informatika egységesítésének fő célja:

- a lehető legmagasabb szintű interoperabilitás elérése;
- a heterogén végponti rendszerek homogenizálása;
- az ellátás minőségének javítása;
- az egészségtudatosság és a prevenció támogatása;
- a hatékony szűrési tevékenység támogatása;
- a hatékony betegellátás támogatása;
- költséghatékony intézményi működés elősegítése;
- az ágazati transzparencia megteremtése.

4. Ellátási folyamatok digitalizálása

Az ellátási folyamatok digitalizálásának célja:

- a beteget az ellátás középpontjába helyező, a szolgáltatási pontokat egységes folyamatba integráló ellátási lánc (integrated care) megvalósítása;
- az erőforrások felhasználási hatékonyságának növelése;
- az ellátási rendszer fenntarthatóságának elősegítése;
- hatékonyabb ellátással és a betegek bevonásával nagyobb egészségnyereség elérése;
- az egészségügyi dolgozók kapacitásainak megfelelő kihasználása, leterheltségük csökkentése, elégedettségük növelése;
- az ellátási folyamatokról gyűjtött standardizált adatok alapján a kapacitások és képzési igények pontosan előre jelezhetőek, ezáltal jól tervezhetőek;
- egyedi szolgáltatói és munkavállalói szintig lebontott minőségbiztosítás és -fejlesztés érhető el;
- az ellátás valamennyi elemének hozzáadott értéke, így technológiai értékelése standardizált módon valósítható meg.

5. Hatósági, igazgatási tevékenységek támogatása, e-közigazgatás

A hatósági, igazgatási tevékenységek támogatásának célja:

- az e-közigazgatás kiterjesztése az egészségügyi területre;
- felhasználói elégedettség maximalizálás;
- társadalmi költség minimalizálása, ügyfélterheltség csökkentése;
- élethelyzet alapú ügyintézés feltételeinek megteremtése;
- ügyfélélmény, elégedettség növelése;

- e-közigazgatási szolgáltatásokba vetett bizalom növelése.

6. E-Health intézményrendszer megteremtése

Az E-Health intézményrendszer irányításának célja:

- ágazatok közötti szinergiák kihasználása;
- egységes és összehangolt működés elérése;
- párhuzamosságok csökkentése, kiiktatása;
- költséghatékonyság;
- a lehető legmagasabb szintű interoperabilitás elérése;
- heterogén végponti rendszerek homogenizálása;
- az ellátás minőségének javítása;
- hatékony betegellátás támogatása;
- költséghatékony intézményi működés elősegítése;
- az ágazati transzparencia megteremtése.

6.7. Irányítási rendszer átalakítása és megerősítése

Országos Kórházi Főigazgatóság létrehozása, feladatai

Az 506/2020. (XI.17.) Korm. rendelet kihirdetésével új intézményként létrejött az Országos Kórházi Főigazgatóság (továbbiakban: OKFŐ), amely az egészségügyért felelős miniszter alá rendelt, központi hivatalként működő, központi költségvetési szerv.

A rendelet szerint az OKFŐ elsődleges feladata az egészségügyi ellátórendszer működtetésében történő közreműködés, az egészségügyért felelős miniszter irányításával. Kiemelt feladata a stratégiai kormányzati döntések megalapozása. Az Országos Kórházi Főigazgatóságot az országos kórház-főigazgató vezeti, akit a miniszter javaslatára a miniszterelnök nevez ki és ment fel, ugyanúgy, ahogy a helyetteseit is. Emellett az országos kórház-főigazgató lesz a munkáltatója az állami egészségügy alkalmazottainak, kivéve a kórházi intézményvezetőket, akik felett a munkáltatói jogokat az egészségügyért felelős miniszter gyakorolja.

Az 516/2020. (XI.25.) Korm. rendelet tételesen határozza meg az OKFŐ feladatait.

Az OKFŐ feladatellátása keretében:

- Ellátja az országos gyógyintézetek és az országos társgyógyintézetek, valamint az állam fenntartásában, illetve tulajdonában lévő egészségügyi intézmények felett az országos kórház-főigazgató számára jogszabályban meghatározott fenntartói és irányítási jogokat.
- Ellátja a gazdasági társaságok tekintetében a tagsági jogok, valamint az alapítványok esetében az alapítói jogok gyakorlásával kapcsolatos feladatokat.

- Ellátja az orvos- és egészségtudományi felsőoktatási intézmények klinikai központjai felett az országos kórház-főigazgató számára jogszabályban meghatározott fenntartói és irányítási jogok gyakorlásával kapcsolatos feladatokat.
- Ellátja a honvédelmi miniszter által irányított egészségügyi szolgáltató tekintetében az országos kórház-főigazgató számára jogszabályban meghatározott jogkörök gyakorlásával kapcsolatos feladatokat.
- Ellátja a vagyon tekintetében a tulajdonosi joggyakorlással kapcsolatos feladatokat.
- Ellátja az egészségügyi intézmények vezetői és foglalkoztatottjai tekintetében az országos kórház-főigazgató részére jogszabályban meghatározott munkáltatói jogok gyakorlásával kapcsolatos feladatokat.
- Középirányító szervként közreműködik az egészségügyért felelős miniszternek az egészségügyi intézmények fenntartásával és irányításával kapcsolatos feladatai, az ágazati szakmai irányítási feladatok ellátásában.
- Érvényesíti, érvényesítteti a közfeladatok ellátásából fakadó követelményeket, és az erőforrásokkal (előirányzatokkal, a létszámokkal és a vagyonnal) való szabályszerű és hatékony gazdálkodás követelményeit, emellett számon kéri, ellenőrzi e követelmények érvényre juttatását. Ezen feladatai keretében javaslatot tesz az egészségügyi intézmény éves költségvetésére és meghatározza az egészségügyi intézmények gazdálkodásának részletes rendjét, és az egészségügyi intézmények előirányzatainak felhasználására vonatkozó irányelveket.
- Szervezi, irányítja és ellenőrzi a szakmai feladatok végrehajtásához szükséges pénzügyi feltételeket. Előkészíti és jóváhagyásra a miniszternek megküldi az egészségügyi szolgáltatókat érintő éves és az európai uniós tervezési ciklusokhoz igazodó többéves fejlesztési tervet, jelentős igényeltérés esetén elvégzi annak módosítását. Előkészíti és ellenőrzi az intézmények gazdálkodására vonatkozó kötelező, rendszeres és ad hoc jellegű adatszolgáltatásokat.
- Az OKFŐ az országos gyógyintézetek és az országos társgyógyintézetek, valamint az állam fenntartásában, illetve tulajdonában lévő egészségügyi intézmények esetén a központosított közbeszerzési rendszerről, valamint a központi beszerző szervezet feladat- és hatásköréről szóló 168/2004. (V. 25.) Korm. rendeletben meghatározott körben gondoskodik az egészségügyi központosított közbeszerzési igények kontrolljáról, – indokolt esetben – jóváhagyásáról.
- Ellátja az egészségpolitika kialakításához és a döntés-előkészítéshez szükséges, valamint a hazai és egyéb támogatási forrásokból megvalósuló fejlesztések, egyes európai uniós alapokból, az EGT, a Norvég Alap és a Svájci–Magyar Együttműködési Program kezdeményezések és programok tervezésével és lebonyolításával kapcsolatos feladatokat, kiemelten ezek projektmenedzsment feladatait. Részt vesz továbbá az egészségügyi ellátórendszer és az ellátó kapacitások fejlesztését célzó innovációs projektek, valamint társulási és együttműködési programok kialakításában és végrehajtásában.

Az OKFŐ az irányító megyei intézmény fenntartásában lévő egészségügyi intézmények tekintetében:

- Az irányító megyei intézmény kezdeményezése alapján javaslatot tesz az irányító megyei intézmény fenntartásában lévő intézmény létesítésére, átszervezésére, megszüntetésére,

nevének megállapítására irányuló döntés meghozatalára az egészségügyért felelős miniszter részére.

- Országos szinten közreműködik a területi egészségügyi feladatellátás megszervezése irányainak meghatározásában.
- Koordinálja a támogatási forrásokból megvalósuló fejlesztések, európai uniós programok tervezésével és lebonyolításával kapcsolatos feladatokat, gondoskodik az irányító megyei intézmények pályázati és projekttevékenységének összehangolásáról.
- Ellátja az irányító megyei intézmény és a fenntartásában lévő egészségügyi intézmények vonatkozásában az informatikai rendszerek fejlesztéséhez kapcsolódó feladatokat.
- Az OKFŐ ellátja meghatározott intézménykör kapcsán, illetve erre irányuló megállapodás alapján más egészségügyi intézmények vonatkozásában is az informatikai, infrastrukturális és elemzési kapacitásokhoz szükséges fejlesztésekhez kapcsolódó koordinációs és végrehajtási feladatokat.

Az 517/2020. (XI. 25.) Korm. rendelet alapján, az Országos Kórházi Főigazgatóságról szóló 506/2020. (XI. 17.) Korm. rendelet szabályait a veszélyhelyzet kihirdetéséről szóló 478/2020. (XI. 3.) Korm. rendelettel kihirdetett veszélyhelyzet alatt az alábbi eltérésekkel kell alkalmazni.

- Az OKFŐ-t a veszélyhelyzet ideje alatt az Operatív Törzs vezetőjeként kijelölt rendészetért felelős miniszter irányítja.

A veszélyhelyzet ideje alatt

- a) az OKFŐ szervezeti és működési szabályzatát, illetve annak módosítását a miniszter – a miniszterelnök jóváhagyását követően – normatív utasításban adja ki,
- b) az országos kórház-főigazgatót a miniszter javaslatára a miniszterelnök nevezi ki és menti fel,
- c) az országos kórház-főigazgató illetményét a miniszter javaslatára a miniszterelnök állapítja meg (az állami fenntartású, egészségügyi szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók irányításának a veszélyhelyzetben alkalmazandó szabályairól szóló 507/2020. (XI. 17.) Korm. rendelet 9. § (3) és (4) bekezdésében foglaltak figyelembevételével),
- d) az országos kórház-főigazgató felett a b) és c) pontban nem szereplő munkáltatói jogokat a miniszter gyakorolja.

Országos intézetek, minőségügyi szakfelügyeleti rendszer

A szakpolitikai programok tervezésére és végrehajtásuk koordinációjára jó lehetőséget nyújtanak az országos intézetek, hiszen ezek az intézmények egyrészt a legmagasabb szakmai színvonalat jelentik, másrészt a szakmai irányelvek fejlesztésében, betegregiszterek működtetésében és a szakmai specifikus programok koordinációjában már most is szerepet kapnak. A minőségügyi szakfelügyeleti rendszer eredményes működtetéséhez szükség van az országos intézetek adatbázisaira, surveillance rendszereire, módszertanára, országos kapcsolatrendszerére, szervezeti kapacitásaira. Kézenfekvő lenne a megoldás, hogy a minőségügyi szakfelügyeleti rendszert ott, ahol a szakmát országos intézet képviseli, ott az országos intézet hatáskörében is működtessék. Míg a Nemzeti Népegészségügyi Központ elsősorban hatósági kivizsgálások kapcsán gyakorolná a szakfelügyeletet, addig az országos

intézetek a klinikai működés országos szakmai és minőségügyi programjainak megvalósításához nyújthatnának szakmai támogatást képzéssel, országos helyzetértékelésekkel, szakmai programok megtervezésével és távkonzultáció nyújtásával.

Az eredményes működéshez azonban az országos intézetek ellátásszervezési kapacitását is növelni szükséges, figyelemmel a betegregiszterek működtetésének, az adatok elemzésének és a szakmai irányelvek betartása értékelésének költségigényére is. Ezeket a költségeket az intézményi bevételekből gazdálkodják ki az országos intézetnek. Az elmúlt években a módszertani intézetek működési költségeire már alkalmi támogatást nyújtott a kormány. A források emelése hozzájárulhat a hatékonyság további növeléséhez.

Ahol nincs országos intézet az adott betegség ellátásában, ott szakpolitikai koordinátorokat vagy fókuszpontokat lehetne kijelölni akár nagyobb betegségcsoportokra. A megfelelő kapacitás és elszámoltathatóság biztosítása itt is fontos.

Az egészségügyi ágazat kutatásfejlesztési irányítási és végrehajtási rendszerének létrehozása

Az egészségügyi kutatások központosított koordinálásáért, a fejlesztési tevékenységek kezdeményezéséért és támogatásáért és a hazai innovációs környezet megteremtése érdekében létrejön **az egészségügyi ágazat kutatásfejlesztési irányítási és végrehajtási rendszere**. Az egészségügyi kutatások és klinikai vizsgálatok továbbfejlesztésének, illetve a hatékonyság és az átláthatóság növelésének érdekében kidolgozásra kerül a Magyar NIH modell. Magyarország átfogó Egészségipari Stratégiájáról és annak végrehajtásáról szóló 1517/2020. (VIII. 14.) Korm. határozat szerint 2021-től a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Alapon (a továbbiakban: NKFI Alap) belül el lesz különítve az emberen végzett orvostudományi kutatások és klinikai vizsgálatok támogatása érdekében külön forrás, orvostudományi kutatások és klinikai vizsgálatok konstrukció megnevezéssel. A tudományos kutatás irányítása az ETT-n mint szakmai szervezeten belül létrehozott **Nemzeti Orvostudományi Kutatási Központon (NOKK)** keresztül kormányzati szinten lesz bonyolítva. A kutatások gyakorlati alkalmazásának elősegítése, a kormányzati prioritások érvényesítése érdekében létrejön a **Nemzeti Egészségügyi Kutatási Ügynökség (NEKÜ)**.

Az új struktúra célja, hogy a kutatások támogatásával kimagasló innovációs környezetet teremtsen, amely új, magyar fejlesztésű technológiák/eljárások kidolgozására ad lehetőséget, növeli a hozzáadott értéket, emeli a szakembergárda képzettségét, itthon tartja a tehetségeket és a betegek számára szélesebb körben elérhetővé teszi az innovatív terápiákat.

7. Társadalmi partnerség

Ágazat	Rendezvény jellege	Téma megjelölése	Helyszín	Időpont	Résztevő szervezetek jellege	Meghívott résztvevők száma (fő)
EÜ	Ágazati fórum vagy szakmai műhelymegbeszélés	„Egészséges Magyarország 2021-2027 Egészségügyi Ágazati Stratégia” és a „Tartós ápolás-gondozásra vonatkozó stratégia” szakmai egyeztetése	ONLINE	2021. március	<ul style="list-style-type: none"> – Országos Gyógyintézetek; – Egészségügyi Szakmai Kollégium és Szakmai Tagozatok; – Szakmai Tudományos Társaságok; – EMMI Háttérintézmények; – Magyar Orvosi Kamara; – Magyar Gyógyszerészeti Kamara; – Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara; – Magyar Kórház Szövetség; – Magyar Ápolási Egyesület; – Nemzeti Betegfórum; – Történelmi Egyházak; – MOTESZ; – Nemzeti Diák-, Hallgatói és Szabadidősport Szövetség; – Magyar Diáksport Szövetség 	50
SPORT	Ágazati fórum vagy szakmai műhelymegbeszélés	A Magyar Diáksport Szövetség szakmai rendezvénye	ONLINE	2020. december 7.		

Partnerségi rendezvények lebonyolításának eredménye: