

# Újraélesztett egészségügy

## Gyógyuló Magyarország

Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére

Szakmai koncepció



Nemzeti Erőforrás Minisztérium  
Egészségügyért Felelős Államtitkárság  
2011. május 27.

## **A szakmai koncepcióról:**

---

A szakmai koncepció a 2010 októberében kiadott vitairat alapján készült. A szakmai vitairatot 30 munkabizottság szakértői által készített dokumentumokból állította össze a Nemzeti Erőforrás Minisztérium (NEFMI) Egészségügyért Felelős Államtitkárságának alkotóközössége. A szakmai koncepció a vitairatra érkezett észrevételek feldolgozása és a terv megalkotása óta zajló további fejlesztőmunka eredményeképpen nyerte el jelenlegi formáját. A NEFMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága ezúton is hálásan köszöni a közreműködő szakértők önfeláldozó munkáját, valamint annak a 148 hozzászólónak (34 magánszemélynek, illetve 114 intézménynek, szakmai és társadalmi szervezetnek) az értékes észrevételeit, akik részt vettek a társadalmi vitában. Külön köszönet illeti az Egészségügyi Világszervezet munkatársait a népegészségügyi fejezet megírásához nyújtott segítségükért. A dokumentumban maradt hibák felelőssége ugyanakkor egyedül a szerkesztőket terheli.

## **Összeállította:**

---

Beneda Attila, Bíró Márta, Burány Béla, Cserháti Péter, Egresits Tímea Gaál Péter, Gui Angéla, Gyebnár Brigitta, Horváth Ildikó, Hankó Balázs, Kadocsa Ildikó, Mészáros Gábor, Mészáros János, Novák Krisztina, Páva Hanna, Pászthy Bea, Mogyorósi András, Mogyorósi Dorottya, Pálinkás Ágnes, Stefka Nóra, Stubnya Gusztáv, Szaszovszky Eszter, Szócska Miklós, Török Krisztina, Velkey György, Vokó Zoltán

# Tartalomjegyzék

<b>1.</b>	<b>ÖSSZEFOGLALÓ: JÖVŐKÉP, KERETRENDSZER ÉS PRIORITÁSOK .....</b>	<b>4</b>
1.1.	KAPCSOLÓDÁS A KORMÁNYPROGRAMHOZ ÉS AZ ÚJ SZÉCHENYI TERVHEZ.....	8
1.2.	A SZAKMAI KONCEPCIÓ SZEREPE, HELYE ÉS ILLESZKEDÉSE .....	9
1.2.1.	<i>A szakmai koncepció terjedelme és viszonya az ágazati stratégiákhoz, fejlesztési tervekhez.....</i>	<i>9</i>
1.2.2.	<i>A szakmai koncepció használatára vonatkozó útmutató.....</i>	<i>9</i>
<b>2.</b>	<b>A PROGRAMALKOTÁS KONCEPCIONÁLIS KERETRENDSZERE .....</b>	<b>11</b>
<b>3.</b>	<b>CÉLOK, ÉRTÉKEK ÉS ALAPELVEK .....</b>	<b>13</b>
<b>4.</b>	<b>HELYZETÉRTÉKELÉS, PROBLÉMA-MEGHATÁROZÁS, FUNKCIONÁLIS ELEMZÉS.....</b>	<b>17</b>
4.1.	TERÜLETI ÉS SZAKMAI EGYENLŐTLENSÉGEK, HATÉKONYSÁGI VESZTESÉGEK.....	17
4.2.	OKOK: TELJESÍTHETETLEN CÉLOK, ÖRÖKÖLT INADEKVÁT STRUKTÚRA, NEMKÍVÁNATOS ÖSZTÖNZÖK, MORÁLIS VÁLSÁG .....	19
<b>5.</b>	<b>ÁGAZATI ÁTALAKÍTÁSI STRATÉGIA .....</b>	<b>22</b>
5.1.	VÁLSÁGKEZELÉS ÉS KONZOLIDÁCIÓ: AZ AZONNALI INTÉZKEDÉSEK (FÉL)ÉVE (2010) ÉS A FENNTARTHATÓ ÁTRENDZŐDÉS ÉVE (2011) .....	22
5.2.	A RENDSZERMODELL FONTOSABB ELEMEL.....	23
5.3.	FŐBB ÁTALAKÍTÁSI IRÁNYOK AZ EGYES RENDSZERFUNKCIÓK MENTÉN .....	27
<b>6.</b>	<b>MEGVALÓSÍTÁS ÉS ÜTEMTERV-KERET .....</b>	<b>37</b>
6.1.	MEGVALÓSULT INTÉZKEDÉSEK .....	37
6.2.	A FŐBB FOLYAMATBAN LÉVŐ ÉS TERVEZETT INTÉZKEDÉSEK ÜTEMEZÉSE.....	38
<b>7.</b>	<b>PROGRAMTERVEK .....</b>	<b>44</b>
A.	Azonnali pénzügyi-gazdasági intézkedések.....	45
B.	Szakellátók finanszírozása.....	49
C.	Állami egészségügyi szervezési intézményrendszer.....	52
D.	Ágazati informatika fejlesztése.....	60
E.	Tulajdonlás és menedzsment .....	66
F.	A magyarországi sürgősségi ellátórendszer fejlesztési terve .....	71
G.	Alapellátás .....	80
H.	Gyógyszer-, és gyógyászati segédeszköz politika.....	85
I.	Minőségfejlesztés .....	93
J.	Járóbeteg-szakellátás .....	96
K.	Népegészségügy .....	99
L.	Életpálya .....	106
M.	A magyar csecsemő-, és gyermek-egészségügyi ellátás fejlesztése.....	116
N.	Szakmai kollégiumi rendszer átalakítása .....	124
O.	Országos Betegjogi és Dokumentációs Központ és az ellátói hibák kompenzálása .....	128
P.	Koncepció a főváros és vonzáskörzete egészségügyi ellátásának átalakítására .....	132
Q.	Függelék .....	134

# 1. ÖSSZEFOGLALÓ: JÖVŐKÉP, KERETRENDSZER ÉS PRIORITÁSOK

## Jövőkép és egészségpolitikai kiindulópont

Magyarország társadalmi és gazdasági felzárkózása elképzelhetetlen rossz egészségi állapotú, beteg emberekkel. A lakosság jó egészségi állapota tehát alapvetően határozza meg a nemzet sorsát és jövőre vonatkozó kilátásait.

„Az egészséges népesség a társadalmi célok elérésének kulcstényezője. Az egyenlőtlenség, a társadalmi lejtő meredekségének csökkentése mindenki egészségét és jóllétét javítja. A jó egészség jobb életminőséggel jár együtt, javítja a munkaerő termelékenységét, növeli a tanulási kapacitást, megerősíti a családokat és a közösségeket, támogatja a fenntartható lakóhelyi és a természeti környezetet, hozzájárul a biztonsághoz, a szegénység és a kirekesztés csökkenéséhez” (WHO)

A jó egészségi állapot eléréséhez biztosítani kell az egészség előfeltételeit, hatékony egészségfejlesztést, az egészség védelmét, a betegségek megelőzését és a beteg emberek gyógyítását. Ez pedig elképzelhetetlen egy **hatékonyan működő** egészségügyi ellátórendszer nélkül, amelynek szolgáltatásai **jó minőségűek**, tükrözik a kor **technikai fejlettségi** színvonalát és amelynek szolgáltatásaihoz közel **egyenlő eséllyel fér hozzá az ország valamennyi lakója**. Az ország **gazdasági teljesítőképessége** alapvető korlátot jelent ezen célmodell elérésének mértékében, de az alacsony színvonalú, nehezen hozzáférhető egészségügyi ellátás a **munkaképesség és az életminőség** romlásán keresztül a gazdasági felzárkózás akadályává válhat, amellyel, hogy az **egészségiparba** történő magán és társadalmi befektetés, valamint a korábbi társadalmi befektetések ésszerű felhasználása önmagában is **növeli a gazdasági fejlődést**. A **polgári egészségpolitika alapját ennek a kölcsönös és szoros kapcsolatnak a felismerése jelenti**: egyszerre kívánunk szakítani a felelőtlen ígéretésekkel és a világos koncepció nélküli kormányzati költségekkel, valamint azzal a restriktív reformterrorral, amely szakmai műhelyek szétzilálásával, nélkülözhetetlen feladatot ellátó kórházak bezárásával és az egészségügyből történő radikális forráskivonással kívánja orvosolni a költségvetési egyensúly problémáit, valójában azonban tékozló közösségi értékeinket, az országot pedig egyre mélyebbre taszította a betegség-versenyképtelenség önröntő körébe.

## Keretrendszer

Az *Újraélesztett Egészségügy – Gyógyuló Magyarország* egészségpolitikai program-koncepció ezekre a kiindulópontokra építve vázolja fel a magyar egészségügyi rendszer újjáépítésének lehetséges kereteit. A probléma-orientált egészségpolitikai programalkotási keretrendszer segítségével lehet jól meghatározni az egészségpolitikai célkitűzéseket, diagnosztizálva a legfontosabb problémákat és azok okait, továbbá kifejtve az ebből következő megoldási lehetőségeket.

## Rendszerdiagnózis

A koncepcionális és stratégiai szemléletű rendszerdiagnosztika legfontosabb megállapítása, hogy a magyar egészségügyi rendszer központi teljesítményproblémája az erőforrás-allokáció és az ezzel összefüggő jövedelemelosztás torzulásaiból eredő **hatékonysági deficit**, amely egyúttal rontja a hozzáférést és az ellátás minőségét is. Az allokációs hatékonyság torzulása

egyaránt észlelhető az egészségügy és a többi szektor viszonylatában, valamint az egészségügyön belül is. Egyformán igaz ugyanis, hogy **minden releváns viszonyítási ponthoz képest** (EU átlag, Visegrádi országok átlaga, saját korábbi egészségügyi közkiadásaink) **keveset költünk egészségügyi ellátásra (250-550 milliárd forint hiányzik a rendszerből)**, amit viszont elköltünk, azt **nem a leghatékonyabban használjuk fel**. A közfinanszírozott ellátások köre és tartalma illetve a rendelkezésre álló források között tátongó rést az államszocialista rendszerben az egészségügyi dolgozók fizetésén spórolta meg az akkori vezetés, és ezen az örökölt helyzeten eddig egyetlen szabadon választott kormány sem tudott érdemben változtatni. Ennek eredményeképpen olyan diszfunkcionális mechanizmusok alakultak ki és működnek ma is az egészségügyben (hálapénz, beszállítói „marketing”, gyógyszerkipróbálások, stb), amelyek közvetlenül felelőssé tehetők az ágazaton belül elszenvedett hatékonysági veszteségek egy jelentős részéért. További kihívást jelent ugyanakkor, hogy az ország EU-s tagsága felgyorsította az orvosok és egészségügyi szakdolgozók elvándorlását, amely 2010-re olyan súlyos méreteket öltött, hogy a rendelkezésre álló rezidensi álláshelyek alig több mint felét töltötték be a végzett fiatal orvosok. Amíg a rendszerváltáskor többletkapacitásokkal és némi orvostöbblettel rendelkezünk, mostanra lényegében **állandósult az orvos-, illetve ápolóhiány**. Adódik tehát, hogy a kormányprogrammal összhangban **a Semmelweis Terv is minimum 250 milliárd forintban határozza meg azt az összeget, amely a ciklus végéig reálértékben beépülve a finanszírozásba, az egészségügyi ágazat megmentéséhez szükséges**. A szükséges forrás nagyságrendjét az elmúlt évek ágazati finanszírozásának, illetve a hasonló európai országok gyakorlatának elemzése is alátámasztja. Ennek az összegnek a nagyobbik részét pedig, a **súlyos emberi erőforrás krízis** miatt, az **egészségügyi dolgozók jövedelmének a növelésére, megélhetésének biztosítására** szükséges fordítani, elsősorban a hatékonyságot növelő finanszírozási ösztönzési keretrendszerben.

A **belső hatékonysági problémák** az egyes egészségügyi dolgozók, orvosok szintjén ható torz kompenzációs mechanizmusok mellett az intézményi szolgáltatókra ható **rossz finanszírozási ösztönzőkre**, az egymással **ütköző tulajdonosi érdekekre**, a rugalmatlan, egyes esetekben értelmetlen, kaotikus, illetve **túlszabályozásra**, valamint a különböző területek, illetve szektorok közötti **elégtelen koordinációra**, a kapcsolódási pontok, felületek hiányára vezethetők vissza. Ide tartoznak a hatástalan, illetve elavult technológiák, a felesleges, párhuzamos, illetve indokolatlanul magas szinten nyújtott ellátások, az egészségügyi kapacitások felhasználásával végzett szociális ellátások, de jelentősége van a népegészségügyi szolgáltatások háttérbe szorulásának és az egészségügyi ellátórendszerhez való kapcsolódásuk hiányosságainak is. A szolgáltatók szintjén az 1990-es évek elején bevezetett új finanszírozási technikákkal sikerült jelentős hatékonyságjavulást elérni, de az intézmények közötti együttműködésben (pl. háttérszolgáltatások, beszerzések), különösképpen pedig a szakmai profilok összehangolásában, egyes ellátások centralizációjában még vannak hatékonysági tartalékok. Ezek a hatékonysági tartalékok azonban nem jelentenek felszabadítható, az ágazatból kivonható „megtakarításokat”. Egyrészt azért nem, mert a hatékonysági problémák megoldásához **nélkülözhetetlen ezeknek a forrásoknak az újraosztása elsősorban az egészségügyi dolgozók legális jövedelmének növelése, a torz ösztönzők és a migrációs veszély kiiktatása érdekében**. Másrészt, számos bizonyíték van arra, hogy a rendszer éppen azon spórol, hogy olyanok sem kapják meg a megfelelő ellátást, akiknek valóban szüksége lenne arra. Ezért elengedhetetlen a **szolgáltatói szerkezet optimalizálása is egyidejűleg, mely feladat forrásigénye nagyságrendjében**

összevethető a rendszerben meglévő hatékonysági tartalékokkal, sőt az előbb említett összehasonlítások alapján annál jóval több. Így értelmezhető **az az állítás, hogy az egészségügyben nem valósítható meg pénzügyi értelemben vett megtakarítás, azaz nincs az ellátás veszélyeztetése nélkül kivonható pénz.** Az elmúlt kormányzati időszak egyik legnagyobb tévedése az egészségügyi rendszer szétzilálása és a privatizáció eröltetése mellett éppen az volt, hogy a konvergencia program keretében kivonták az egészségügyből az átalakításokkal elért „megtakarításokat”.

Az ellátási szintek és az egyes határterületek, ágazatok közötti koordináció javítása, valamint az ellátórendszer rugalmasságának növelése az egészségügy társadalmi, demográfiai, epidemiológiai és technológiai környezetének változásából eredő kihívások kezelése szempontjából is alapvető fontosságú. A demográfiai-epidemiológiai trendekből, a lakosság elöregedéséből, az életmód változásából és a betegségstruktúra átalakulásából következik, hogy az ellátórendszer hatékonysága attól is függ, hogy az mennyire képes a krónikus betegek számára integrált és egyben innovatív ellátást nyújtani. Az egészségügyre jellemző gyors technológiai fejlődéshez való alkalmazkodás egyébként is nagy rugalmasságot kíván az intézményrendszerrel, amely nemcsak az egészségügyi ellátások nyújtását, hanem azok finanszírozását és szabályozását is érinti. Ebben a tekintetben különös jelentősége van a hatékonyságot javító technológiák minél gyorsabb elterjedésének, a drága fekvőbetegellátást kiváltó szolgáltatások (pl. egynapos ellátási formák, otthoni illetve közösségi ellátás) alkalmazásának.

### Kitörési pontok, prioritások

Mindezek alapján a *Semmelweis Terv* számos beavatkozási irányt és tervezett intézkedést fogalmaz meg, amelyek közül kiemelt jelentősége van:

1. az ágazat rövid-, és hosszabbtávú pénzügyi, gazdasági és szervezeti konszolidációját lehetővé tévő forrásjuttatásnak és a rendelkezésre álló fejlesztési források új prioritások mentén történő átcsoportosításának;
2. a nagyobb állami felelősségvállalást jelentő, az intézmények közötti együttműködést, a struktúra-átalakítást és a betegút-szervezést (BÚSz) támogató, új állami egészségügyi szervezési intézményrendszer kialakításának, és ennek segítségével a szükséges strukturális átalakítások megvalósításának;
3. a struktúra-átalakítás keretében az egészségügyi és a szociális ágazatban tervezett fejlesztések összehangolásának, az alapellátás és a járóbeteg-szakellátás megerősítésének illetve kompetenciáik tisztázásának, valamint a sürgősségi ellátás újjászervezésének;
4. a népegészségügyi program megújításának és az egészségügyi ellátórendszerhez, valamint az egészségügyi ellátórendszer népegészségügyi szempontokhoz való hatékony illesztésének;
5. a betegek jogainak hatékonyabb érvényesítését és a nemkívánatos események, műhibák megelőzését, számuk minél alacsonyabbra szorítását, korai felismerését, illetve az ezekkel kapcsolatos károk ellentételezését és a rendszerszintű minőségjavulást lehetővé tevő új intézményrendszer kialakításának;
6. az egészségügyi dolgozók számára reális és kiszámítható perspektívát jelentő, az egyes homogén foglalkozási csoportokra kidolgozott egészségügyi életpálya-modelleknek, a szakképzési rendszer átalakításának;

7. az ágazati informatika újragondolásának, új alapokra helyezésének (adatstruktúrák átalakítása, közhiteles nyilvántartások megújítása, egységes kezelése, adatok elérhetővé tétele) és rendszerszintű fejlesztésének;
8. a gyógyszerpolitikában új prioritások kijelölésének, a hatékonyság növelésének, a befogadási rendszer transzparenciájának és rugalmasságának, a gyógyszerbiztonság növelésének és a gyógyszertárak egészségügyi ellátói szerepének visszaállítása, erősítése;
9. valamint a gazdasági fejlődés szempontjából is kitörési pontot jelentő egészség-turizmus fejlesztésének, az egészségügyi képzésbe, illetve az egészségiparba történő beruházások rendszerszerű támogatásának.

A *Semmelweis Terv* mindezek mellett számos egyéb irányban is megfogalmaz feladatokat, kívánatos intézkedéseket. Ugyanakkor nem tartalmaz minden területre kiterjedő programtervet, és részletes stratégiai, illetve akcióterveket sem. A *Semmelweis Terv* célja, hogy összefogja ezeket az ágazati stratégiai és cselekvési terveket, és egységes keretbe foglalja őket. Ennek megfelelően a *Semmelweis Terv* egy folyamatosan bővülő, alakuló egészségügyi koncepció, amely jelenlegi formájában az egészségügyi ágazat szükséges átalakulásának sarokköveit jelöli ki.

### A megvalósítás kerete és ütemezése, mérföldkövek

A *Semmelweis Terv*ben megfogalmazott átalakítási koncepció megvalósítása, az egészségügyi rendszer megújítása több fázisra osztható. Egyrészt rövidtávon biztosítani szükséges a működőképesség megőrzését és a komolyabb átalakítást lehetővé tévő szabályozási keretek kialakítását, a korábbi merev, illetve értelmetlen szabályok fellazítását, eltörlését. Másrészt középtávon megvalósítható a rendszer átalakítása, valamint az új struktúrák kiépítése, amelyek közép-, illetve hosszútávon tudnak mérhető eredményeket hozni az ágazat teljesítményének javításában.

- Az azonnali válságkezelési intézkedések (fél)éve – 2010.
- Láttelelet felvétele, stabilizáció és fenntartható átrendeződés éve – 2011.
- Az átalakítások konszolidációja, a hatékonysági és többlet források révén illetve az uniós támogatást élvező intézményi fejlesztések megvalósításával a növekedési pálya kialakítása – 2012-2014.
- A rendszerműködés értékelése, finomhangolása és további fejlesztése – 2015-2018.

**Az egészségügyi ágazat megújítása a működőképesség fenntartását célzó azonnali válságintézkedésekre épült, a rendszer teljes pénzügyi, szakmai és szervezeti szétesésének megakadályozása érdekében.** A 2010 második félévében megvalósult, a válság felszámolására irányuló akcióterv keretében normatív alapon, azonnali, korrektív forrásjuttatásban (összesen 32 milliárd Ft) részesült a fekvő- és járóbeteg szakellátó intézmények nagy többsége, ami megakadályozta, hogy a 2009-ben felszaporodott adósságtömeg kezelhetetlen méretűvé duzzadjon, és tömeges kórházcsőd-hullámot indítson el. Kiemelt támogatásban részesült a sürgősségi ellátás (Országos Mentőszolgálat azonnali járműpótlásának megkezdése) és a háziorvosi ellátás (praxisonként egyszeri juttatás). A kiemelt célok támogatása a 2011. évi finanszírozási keretek kidolgozása során is érvényesült (alapellátás, sürgősségi ellátás, igazságossági korrekciók, progresszivitás, egynapos sebészet). Megkezdődött a működőképességet és az átalakítást akadályozó szabályozási keretek

fellazítása, illetve kiiktatása (dereguláció), és megtörtént az EU-s fejlesztési források átcsoportosításának előkészítése a szükséges átalakítások támogatására. Elindult a mélyreható szerkezeti átalakítást támogató szükségletterkép és kapacitástervezési rendszer kiépítése is. Lépések történtek a gyógyszer-kiskereskedelem liberalizációja következtében elindult káros folyamatok megállítására, és új alapokra helyeződött a patikák működése. Lépések történtek az egészségügyi szakdolgozók és orvosok elvándorlásának fékezésére. Sajnálatos módon ez utóbbi esetben csak az elvándorlás dinamikáját sikerült némiképp csökkenteni, továbbra is tömeges, aggasztó méreteket ölt az elvándorlás.

**A konszolidáció és a fenntartható átrendeződés éve 2011**, amely két részre tagolódik. Az első félévben befejeződik az **ellátórendszer felmérése** a fenntartókkal és az intézmények vezetésével való tárgyalások révén, illetve megkezdődik az **állami egészségügyi szervezési rendszer kiépítése**. A második félév elejére elkészül az **ellátórendszer átalakításának keretrendszere**, valamint az átalakítási és betegút-szervezési **módszertan**. Ezt követően születnek meg a szükséges **struktúra átalakítási** döntések is, amelyekhez kötődik az *Új Széchenyi Terv* (ÚSZT) keretében még rendelkezésre álló pályázati források kiírása is. A 2012-es év finanszírozási szabályai már az új struktúrával összhangban készülnek el, ráépülve a megújított szakmai minimumfeltétel és területi ellátási kötelezettség beosztásra. Megkezdődik működését az *Állami Egészségügyi Központ*.

**A 2012-2014-ig terjedő időszakban a megkezdett átalakítások konszolidációja**, a hatékonysági és többletforrások (struktúra optimalizálás, új gyógyszerpolitika, népegészségügyi termékár bevezetése, egészség-turizmus fejlesztése, stb.) révén illetve az uniós valamint **egészségipari fejlesztések** megvalósításával az ágazat **növekedési pályára állítása**, az új életpálya modell lépcsőzetes bevezetése lesz a középpontban. A következő kormányzati ciklust pedig az elért átalakítások értékelése és az egészségügyi rendszer finomhangolása határozhatja majd meg.

## 1.1. Kapcsolódás a kormányprogramhoz és az Új Széchenyi Tervhez

A *Semmelweis Tervben* megfogalmazott egészségügyi rendszer átalakítási koncepció szervesen kapcsolódik a kormányprogramhoz és az ÚSZT-hez. A **kormányprogram** az egészségügy megmentése és újjáépítése érdekében szükségesnek tartja mind az ágazatba történő **forrásbevonást**, mind pedig a **nagyobb állami felelősségvállalást**. Mindkét elem hangsúlyosan jelenik meg a *Semmelweis Tervben*. Az állami egészségügyi szervezési intézményrendszer kiépítése a betegút-szervezésen és a funkcionális integráción keresztül alapvető szerepet játszik az ágazat hatékonyságának erőforrás reallokáción keresztüli javításában, az egészségügyi közkiadások reálértékének fokozatos növelése pedig lehetővé teszi a torz finanszírozási ösztönzők tompítását, kiiktatását és a szakképzett munkaerő megtartását.

Ez utóbbi elem kulcsfontosságú szerepet tölt az **ÚSZT keretében megfogalmazott gazdaságfejlesztési stratégia** megvalósíthatóságában. A *Semmelweis Terv* és az ÚSZT közös kiindulópontja, hogy **az egészségügyi ágazatra** nem mint a közpénzek mértéktelen fogyasztójára, hanem **a magyar gazdaság egy fontos potenciális húzóágazatára** tekint. A magyarországi egészségügyi emberi tőke minőségét és gazdaságfejlesztési potenciálját az egészségügyi szakemberképzés, ezen belül is különösképpen az orvosképzés nemzetközi elismertsége jelzi, amit a magyar egyetemeken angol illetve német nyelvű orvos-, és gyógyszerész-képzési programjaiba felvett hallgatók nagy száma és annak dinamikus



növekedése jól jellemez. Sajnos az elmúlt kormányzati ciklusban a téves intézkedések alapvetően rendítették meg azt az egészségügyi szellemi és infrastrukturális kapacitás bázist, amelyre az egészségipari, illetve egészség-turisztikai fejlesztéseket építeni lehetne. Az ÚSZT keretében rendelkezésre álló fejlesztési források segítségével azonban még stabilizálható, újraszervezhető és szisztematikusan újraépíthető, fejleszthető a megmaradt kapacitás. Ennek megfelelően a források három egymással szoros összefüggésben lévő beruházási célt támogatnak: (1) az egészségügyi felsőoktatás, továbbképzés és szakképzés fejlesztése, (2) az ellátórendszer struktúra-átalakításának támogatása, és (3) az egészségiparhoz és egészség-turizmushoz kötődő kiegészítő intézményrendszer, a természetes gyógytényezőkkel való gazdálkodás fejlesztése.

## 1.2. A szakmai koncepció szerepe, helye és illeszkedése

### 1.2.1. A szakmai koncepció terjedelme és viszonya az ágazati stratégiákhoz, fejlesztési tervekhez

A *Semmelweis Terv egészségpolitikai szakmai koncepció*, amely **átfogó keret**et kíván adni az egészségügyi ágazat újjáépítését célzó összes részterületi stratégiai és akciótervnek. A szakmai koncepció alapját képező vitairathoz hasonlóan egy folyamatosan bővülő, formálódó dokumentumról van szó, amely, az alap keretrendszer és a legfontosabb sarokkövek kivételével, a szakmai konzultációk és a megvalósítás tapasztalatainak értékelése alapján is változhat, kiegészülhet, csiszolódhat. A *Semmelweis Terv* azzal a céllal is született, hogy keretet adjon az értelmes egészségpolitikai vitáknak, és segítse a gyakorlati problémákat jól, de a programalkotás fogalomrendszerét, elméleti összefüggéseit kevésbé ismerő szakembereket a konzultációs folyamatba való bekapcsolódásban.

Az *Újraélesztett egészségügy – gyógyuló Magyarország (Semmelweis Terv)* szakmai koncepció jelenlegi formájában **sem tartalmaz minden területre kiterjedő, részletes stratégiákat és intézkedési terveket**. A fő részt alkotó koncepcionális keretrendszer összefoglalóan tartalmazza az átalakulás legfontosabb irányait, amelyet betűvel jelölt részletesebb koncepcionális anyagok követnek.

### 1.2.2. A szakmai koncepció használatára vonatkozó útmutató

A szakmai koncepció két fő részből áll. Az általános keretrendszer és a legfontosabb átalakítási irányok összefoglalását az egy-egy területet kifejtő részletesebb koncepcionális anyagok követik. A részletesebb **programterveket A-tól kezdődően, betűk jelölik. A jobboldali margón elhelyezett színes négyszög tünteti fel az adott bekezdést kifejtő programterv betűjelét**. Az egyes koncepcionális részanyagok a főszövegben található

**összefoglaló bekezdés ismétlésével kezdődnek,**

amelyet az adott terület koncepcionális keretrendszernek megfelelő kifejtése követ.

Az egészségpolitikai programegyeztetést segítő, a főszöveghez helyenként **apróbetűs értelmező részek** kapcsolódnak,

amelyek a szerzők szándékai szerint segítik az eligazodást, a koncepcionális anyagban felvetett gondolatok értelmezését.

Betű-  
jel

A cél azoknak az összefüggéseknek a szakmai értelmező kifejtése, amelyek kezeletlenül hagyása a jelenlegi válsághelyzet kialakulásának egyik fő oka volt.

## 2. A PROGRAMALKOTÁS KONCEPCIONÁLIS KERETRENDSZERE

1. A polgári egészségpolitika a nemzetközi szervezetek ajánlásait is figyelembe véve a magyar kutatók által kifejlesztett **probléma-orientált, funkcionális megközelítést** alkalmazza, amelynek három jellemzője, hogy (1) értékközpontú, célvezérelt, (2) bizonyítékokon alapuló, és (3) megvalósítható.
2. A **célvezéreltség** azt jelenti, hogy az egészségpolitikai programalkotás kiindulópontját az egészségügyi rendszer működésével elérni kívánt célok, ezeknek a céloknak az el nem éréséből levezethető problémák, illetve a problémák okainak feltárása adja. A programalkotás ebből következően tehát az értékek, célok világos és egyértelmű megfogalmazásából indul ki.

---

A neoliberais piac-, magántöke-, és profit-orientáltsággal, illetve a kritikátlan állampártisággal szemben a célvezéreltség alapelve azt kívánja meg, hogy ne foglaljunk eleve állást különböző eszközök, megoldási javaslatok mellett. Ehelyett azt vizsgáljuk, hogy egy adott probléma megoldásához milyen eszközök alkalmazása visz bennünket a legközelebb.

---

3. A **tudományos bizonyítékokon alapuló egészségpolitika** azt jelenti, hogy a probléma meghatározás, a problémák okainak feltárása, a megfelelő eszközök, intézkedések kiválasztása, valamint ezek hatásainak értékelése a rendelkezésre álló, illetve megszerezhető hazai és nemzetközi tapasztalatokra, kutatási eredményekre, rutinszerűen gyűjtött adatok elemzésére épül.

---

A tudományos bizonyítékokon alapuló egészségpolitika alapelve megkívánja, hogy kiszűrjük a programalkotásból az ideológiai alapú elfogultságot, a tévhiteket (tudományosan megcáfolt állítások), illetve hiedelmeket (tudományos bizonyítékokkal nem alátámasztott állítások).

Az eszközválasztás tekintetében a tudományos bizonyítékok arra utalnak, hogy egy hatékonyabb, jó minőségű ellátást nyújtó és a társadalom tagjai számára érdemi ellátási körhöz hozzáférést biztosító egészségügyi rendszerben a különböző rendszerfunkciók különböző centralizáltsági-decentralizáltsági szinten működtethetők leghatékonyabban. Ennek megfelelően a magyar egészségügy célmodelljét a szintén magyar kutatók által kifejlesztett **funkcionális dekonstrukció** elméleti alapjaira építjük, amely megkívánja, hogy az egyes komplex rendszerfunkciókat elemi összetevőire bontsuk, és minden elemi funkciót arra a szintre, olyan szervezeti keretek közé helyezzünk, ahol az a legkisebb adminisztrációs költséggel a lehető legeredményesebben működtethető. Ennek a megközelítésmódnak köszönhető az a felismerés, hogy bizonyos rendszerfunkciókat korábban indokolatlanul kezeltek együtt annak ellenére, hogy különböző centralizáltsági szinteken lennének a leghatékonyabbak.

---

4. A **megvalósíthatóság** megköveteli a társadalmi, kulturális, politikai realitások, illetve technikai és kapacitás korlátok figyelembe vételét az eszközválasztásban. Ez többek között annak felismerését és elfogadását is jelenti, hogy a rendszerszintű változtatások döntő többségének megvalósítása több kormányzati cikluson keresztül képzelhető el, tehát társadalmi, illetve politikai konszenzust kíván. Az egészségpolitikai programalkotás folyamata szervesen illeszkedik a *Nemzeti Konzultáció* rendszerébe. Az *Újraélesztett Egészségügy – Gyógyuló Magyarország (Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére)* című vitairathoz közel 150 intézménytől (kormányzati és nem kormányzati; szakmai szervezetek, társadalmi szervezetek) illetve magánszemélyektől érkezett hozzászólás. A

társadalmi vita keretében, ezek részletes feldolgozása is segítette a *Semmelweis Terv* szakmai koncepció végleges kialakítását.

5. A rendszerváltás óta eltelt időszak és különösen az elmúlt négy év történései szükségessé teszik annak megfogalmazását, hogy a polgári egészségpolitika milyen főbb gondolatokra, milyen megközelítésmódra épít annak érdekében, hogy megvalósítható programok készüljenek, és érdemi lépések megtételére kerüljön sor a válsághelyzetben lévő egészségügyi szektor talpra állítására. A nemzeti ügyek kormánya alapvető értéként kezeli:
  - a kiszámíthatóságot és a stabilitást;
  - az emberséget és a partnerek tiszteletét;
  - a konszenzuseresést a társadalmi, szakmai- és érdekvédelmi szervezetekkel;
  - a jó teljesítmény elismerését és honorálását;
  - a tisztességes feltételek kialakítását, a betartható szabályokat;
  - az átláthatóságot és a számonkérhetőséget.
6. Mindezek alapján, az értékek és célok, valamint a jelen helyzethez vezető problémák és okok részletesebb bemutatása után, összefoglaljuk a kívánatosnak tekintett célmodell elemeit, az átalakítás legfontosabb irányait. Az egyes részelemekhez, az előző fejezetben említetteknek megfelelően, a részleteket jobban kifejtő koncepcionális **háttéranyag** kapcsolódik, amely a helyzet meghatározásával, a legfontosabb problémákkal, az alapelvekkel, valamint a konkrét intézkedési javaslatokkal foglalkozik. A részletesebb programterveket **A-tól kezdődően, betűkkel jelöljük és a jobboldali margón elhelyezett színes négyszögben tüntetjük fel az adott bekezdést kifejtő programterv betűjelét.**

Betű-  
jel

### 3. CÉLOK, ÉRTÉKEK ÉS ALAPELVEK

#### Célok, értékek és alapelvek fogalmának meghatározása

**Értékeknek** tekintjük azokat a végső **célokat**, amelyek elérése önmagában jó, nem pedig egy másik cél elérését segítik elő. Az értékek meghatározása (konceptualizálása) mellett elengedhetetlen ezeknek az értékeknek a gyakorlat nyelvére történő lefordítása is (azaz operacionalizálása). Ezeket a gyakorlat-orientált megfogalmazásokat nevezzük **alapelveknek**. Azt, hogy egy érték megvalósítása pontosan mit jelent a gyakorlatban, nem csak az határozza meg, hogy az értékből mi következik ideális esetben, hanem az is, hogy ez megvalósítható-e. A technikai, illetve a politikai megvalósíthatóság adott esetben azt követeli meg, hogy ne ideális (de megvalósíthatatlan), hanem reális (azaz nagy valószínűséggel a gyakorlatba átültethető) alapelveket fogalmazzunk meg.

#### Az egészség társadalmi értéke és viszonya más értékekhez

1. **Az egészség önmagában érték.** Az egészségnek a gazdaság és általában a társadalom működésére kifejtett hatásai is fontosak, de ezektől függetlenül minden ember egészsége értékes.
2. Az egészségnek a társadalom egyéb értékei közötti prioritási ranghelyét alapvetően meghatározza, hogy az egyének, illetve a közösség (kormányzat) a szűkösen rendelkezésre álló erőforrásaiból (illetve jövedelméből) mennyit áldoz az elsődlegesen az egészségi állapotot befolyásoló tevékenységekre, illetve, hogy az egyéb tevékenységek egészségi állapotot befolyásoló hatásainak mekkora jelentőséget tulajdonít az ezekkel összefüggő döntésekben. Cél egy „**társadalmi szerződés**”, társadalmi konszenzus kialakítása, amely a gazdaság jövedelemtermelő képességének növekedésével bővíti az egészségügyi ellátásra fordított közpénzek volumenét.
3. Fontos cél, hogy az **egészségre is ható társadalmi döntések** negatív (egészségkárosító) hatásait számszerűsítsék, és ezt az összeget a tevékenységhez kötődő forrásokból a következményekkel szembesülő egészségügybe csoportosítsák át. Általánosságban minden olyan társadalmi döntés, amely az egészségügy forrásait csökkenti, vagy új egészségügyi feladatot ad, a döntésnek megfelelő források átcsoportosításával járjon együtt.

#### Hatásosság, eredményesség

4. Az egészségügyi ellátás elsődleges célja a megromlott egészségi állapot helyreállítása vagy javítása, illetve az egészség védelme és fejlesztése. Ennek alapján fontos feladat, hogy **kizárjunk az egészségügyi ellátásból** minden olyan szolgáltatást (beavatkozást, technológiát), amely **hatástalan, vagy éppen több kárt okoz**, mint hasznot hoz. A technológiák szisztematikus értékelésével tehát források szabadíthatók fel más, bizonyítottan hatásos (és egyúttal) eredményes ellátások nyújtására.

Egy egészségügyi technológia akkor tekinthető hatástalannak, ha optimális körülmények között alkalmazva (pl. a beteg mindig akkor és annyi gyógyszert vesz be, amennyi elő van írva) sem javítja szignifikánsan az egészségi állapotot a formájában megegyező, de tartalmában indifferens ellátást (placebo) kapó kontrollcsoporthoz képest, azzal együtt, hogy a betegek csoportba sorolása véletlenszerű és a kísérletben résztvevők nem tudják, hogy melyik beteg melyik csoportba került. Nem minden egészségügyi technológia esetében valósíthatók meg ezek a feltételek, de minden technológia vizsgálható (ugyan kevésbé erős bizonyítékot szolgáltató, de) tudományos eszközökkel.

Ennek ellenére számos olyan technológiát alkalmaznak az egészségügyben, amelynek hatásosságáról semmilyen tudományos bizonyíték nem áll rendelkezésre.

5. Az egészségügyi ellátás ugyanennyire fontos célja a **hatásos eljárások eredményes alkalmazása** mindennapi (tehát az optimálistól gyakran eltérő) körülmények között.

Az eredményességet többek között az egészségügyi szolgáltató munkájának minősége határozza meg (ezt klinikai minőségnek is szokták nevezni). Egy adott beavatkozás tekintetében mindig törekedni kell arra, hogy az ellátás klinikai minőségét javítsuk, mert ezáltal csökkenthető a hatásosság és az eredményesség közötti eltérés (technikai minőség).

6. Terápiák közötti választás esetén a hatásosság, illetve eredményesség **nem alkalmazandó egyetlen, kizárólagos döntési kritériumként**.

Itt a különböző kezelési módok közötti hatásosság különbségből eredő minőségkülönbségről, azaz az allokatív minőségről van szó. Az allokatív minőség abszolutizálása (azaz az egy betegre jutó egészségnyereség maximalizálása, mint optimalizálási célfüggvény), szűkösön rendelkezésre álló források esetében azt eredményezné, hogy mind az össztársadalmi (aggregált, populációs szintű) egészségnyereség, mind pedig az ellátáshoz való hozzáférés csökken (azaz kevesebb beteg férne hozzá az ellátáshoz; megsokszorozódna például a várakozási idő).

### Méltányosság, igazságosság

7. **Ki, milyen ellátáshoz férjen hozzá?** Az egészségügyi ellátások igénybevételét elsősorban a **szükségletek** határozzák meg. Cél tehát, hogy mindenki, betegségétől és anyagi helyzetétől függetlenül, egyforma eséllyel férjen hozzá a szükséges egészségügyi ellátáshoz.
8. **Ki fizesse meg az ellátás költségeit?** A szükségletalapú hozzáférés biztosításának egyik meghatározó feltétele a fizetési képesség különbségeiből származó igénybevételi korlátok, valamint a jelentős egészségügyi kiadások elszegényítő hatásának a felszámolása. Ebből következően cél, hogy az ellátások döntő többségének költségeit ne az igénybevételnek, hanem a fizetési képességnek megfelelően viseljék az emberek (**szolidaritási alapú forrásteremtés**). A fizetési képesség szerinti hozzájárulás ugyanakkor önmagában is cél (érték), amennyiben nem tartjuk elfogadhatónak az igazságosnak tekintett közteherviselés alóli kibújást sem (a korábbi adópolitika miatt a valós jövedelem teljes vagy részleges eltitkolását – ld. minimálbérre bejelentettek nagy száma).
9. A rendelkezésre álló források által meghatározott megvalósíthatósági korlátok szükségessé tehetik a szükségletalapú hozzáférés és fizetési képességgel arányos hozzájárulás alapelvei illetékességi körének szűkítését, azaz az **öngondoskodás** (azaz az egészségügyi ellátásért, aki igénybe veszi) kiterjesztését, **kiegészítő jelleggel**. Az egészségügyben a forrásteremtés módját a szubszidiaritás és a szolidaritás egyensúlyának megtalálása határozza meg, a politikai és technikai megvalósíthatóság korlátain belül. A szubszidiaritás elvét célszerű a rendszerszintű átalakítások esetében is figyelembe venni.

Az öngondoskodás alapelve a szubszidiaritás értékéből is származtatható. A **szubszidiaritás** azt kívánja meg, hogy olyan szükségletek kielégítését, amelyeket kisebb közösségek, vagy éppen az egyének képesek önerőből megoldani, ne vegyük ki a kezükből, azaz ne központosítsuk.

10. A szolgáltatáscsomagból **kizárhatók a nem egészségi állapot javítását célzó beavatkozások** (méltányossági keretre szükség lehet a határesetek kompenzálására). Ez az alapelv jelenleg is érvényesül a közfinanszírozott ellátások körének meghatározásában.
11. A szolgáltatáscsomag keretében fontos feladat a **standard ellátási körülmények meghatározása**, amelyre mindenki jogosult. Az extra hotelszolgáltatásért a jelenlegi jogszabályi kereteknek megfelelően is fizetni kell, de ennek igénybevétele a standard szolgáltatási színvonal meghatározása és betartatása nélkül átláthatatlan, kusza.
12. A torz ösztönzők, ezen belül elsődlegesen a hálapénz visszaszorítása érdekében megfontolandó a **szabad orvosválasztás** - az elmúlt kormányzati ciklusban fizetőssé tett - rendszerének egyértelművé tétele. Ennek feltétele is többek között a standard betegutak rendbetétele, a bevételnek a szolgáltatónál maradó többletforrásként történő meghatározása, azzal, hogy azokat elsősorban az egészségügyi humán erőforrás megtartására fordítsák. Másodlagosan az ágazati források jobb felhasználásában is nagy szerepe lehet (klinikai gyógyító-kutató-oktató életpálya vonzásának és vele a szakképzés tartalmi oldalának javulása, a káros technológiai illetve gyógyszermarketing hatásának csökkentése, az ehhez kötött érdekcsoport ellenállás kezelése, stb.)
13. **A várólisták** kezelésében lehetőségként felmerül, hogy a sorbanállás pénzzel kiváltható legyen a közfinanszírozott ellátást végző intézményekben is. **Ez nem támogatható, mert ellentmond az igazságosság célkitűzésének** (a szolidaritás alapelvének), **ha ezáltal a többi várakozó beteg hátrányba kerül.** Abban az esetben, **ha az így kiváltott ellátás nem a közfinanszírozottan lekötött kapacitások terhére történik**, elvben jól járhat minden beteg, hiszen a többiek is előrébb lépnek a sorban. A várólisták ügyének tiszta, mindenki számára átlátható szabályozása azonban számos további megoldandó kérdést, megvalósítási problémát is felvet (magán- és közfinanszírozott szolgáltatás keveredése egy ellátási folyamaton belül, eszköz a fizetős ellátás irányába „kényszerítésre”, stb.).

### Hatékonyság

14. Az ágazat speciális jellege miatt is szükséges a szakmai erőforrás allokációs döntéshozatal egyszerűsítése, felgyorsítása. Az egészségügy érdemi újrászervezésének, a hatékonyság javításának **kulcsfontosságú feltétele, hogy az így felszabaduló forrásokat ne vonják ki az ágazatból, hanem (ösztönzés formájában) kerüljenek vissza az ellátó rendszerbe.** Csak ezzel törhető meg a forráshiány-korrupció-pazarlás negatív önröntő körei.

---

A hatékonyság célkitűzésének több szintje van (a köznyelvben a hatékonyságot és a hatásosságot, eredményességet gyakran ugyanabban az értelemben használjuk). A **termelési hatékonyság** (azaz hogy a lehető legolcsóbban állítsuk elő azt, amit éppen elő szeretnénk állítani) növelése minden esetben kívánatos, függetlenül attól, hogy éppen milyen (de természetesen mindenképpen hatásos, eredményes) egészségügyi szolgáltatásról van szó. Az **allokációs hatékonyság** megközelítése jóval nehezebb, főként akkor, ha figyelembe vesszük a társadalmi szintű, nem egészségi állapot javulásból eredő nyereségeket is. A jóléti közgazdaságtan kereteit módosító (**extra-welfarist**) **hatékonyságértelmezés** az egészségügyi technológiák közötti választás szempontjából hasznos leegyszerűsítés. Ez a hatékonyságértelmezés azt kívánja meg, hogy egységnyi egészségnyereséget a lehető legolcsóbban állítsunk elő, azért, hogy az össztársadalmi szintű, aggregált egészségnyereséget maximalizáljuk.

---

15. A **hatékonyság (költség-hatékonyság) kritériumának** kizárólagos alkalmazása ellentétben van az igazságosság előzőekben megfogalmazott alapelveivel, így javasolható, hogy csak **korlátozott mértékben vegyünk figyelembe a befogadási döntések meghozatala** során, a kritérium teljes kizárása azonban nem indokolt. Feltétlenül támogatandó például azon technológiák cseréje, amelyeknél van ugyanannyiba kerülő vagy még olcsóbb, és egyben jobb eredményt hozó beavatkozás, illetve amelyeknél van ugyanolyan eredményt hozó, de olcsóbb beavatkozás.

---

Ez utóbbi technológiákat **domináns technológiának** szokták nevezni.

---

### Betegjogok, szabad orvos-, és intézményválasztás

16. A **betegjogok megfelelő érvényesítése, a betegek kiszolgáltatottságának csökkentése, az emberi méltóság megőrzése** az egészségügyi intézményeken belül **kiemelt cél. Elengedhetetlen a beteg és az ellátó személyzet illetve intézmény kapcsolatában a kölcsönös bizalom és felelősség erősítése**, az adminisztráció csökkentésével a valódi kommunikációra való felszabadítás, az információs asszimetriából adódó egyenlőtlenségek kiküszöbölése, a rendelkezésre álló, gyakran súlyosan szűkös személyi és tárgyi feltételek objektív figyelembevétele mellett.

### Átláthatóság és elszámoltathatóság

17. Az egészségügyi rendszer működésében fontos instrumentális érték az átláthatóság mind orvos-szakmai, mind pedig gazdasági szempontból. Az egészségügy működésében érintetteknek (minden állampolgárnak) joga van tudni, hogy hogyan születnek az erőforrás-allokációs döntések, milyen szempontok alapján határozzák meg a kereteket és hogyan használják fel azokat. Ennek alapján arra törekszünk, hogy **minden erőforrás-allokációs döntés transzparens** legyen, világosan meghatározott és mindenki számára megismerhető kritériumok alapján, **normatív módon** történjen. Az átláthatóság és elszámoltathatóság megteremtése a legjobb eszköz a részrehajlás és korrupció elleni küzdelemben.



## 4. HELYZETÉRTÉKELÉS, PROBLÉMA-MEGHATÁROZÁS, FUNKCIONÁLIS ELEMZÉS

1. **Súlyos örökség – minőség problémák, hatékonysági deficit, igazságtalanságok, kiszolgáltatottság:** Az egészségügyi rendszer átalakítását indokoló problémák három fő forrásból, (1) az állam-szocialista rendszer örökségéből, (2) az elmúlt 20 év reformjainak nemkívánatos hatásaiból, (3) valamint az elmúlt 4 év felelőtlen egészségpolitikai döntéseiből és költségvetési restriktív intézkedéseiből származnak. Legfontosabb teljesítménydeficit közé tartozik a betegek kiszolgáltatottsága, a területi és szakmai aránytalanságok, valamint az ellátáshoz való hozzáférés egyéb problémái, csakúgy, mint a forráskivonásból és a torz forrásallokációból eredő hatékonysági veszteségek. A forráshiányt jól jellemzi, hogy az Egészségbiztosítási Alap gyógyító-megelőző ellátásokra fordított kiadásai 2009-ben reálértéken számolva mintegy 250 milliárd forinttal maradtak el az 1990-es szinttől, ami csak az akkori technológia szinthez képesti elmaradást jelenti, és nem számol az azóta lezajlott fejlődéssel.
2. **A teljesítményproblémák több okra vezethetők vissza.** Az irreális ígéretek mellett fontos szerepe volt a szűkülő források és csökkenő legális jövedelmek mellett a nemkívánatos finanszírozási ösztönzés felgyorsuló torzulásának, az egészségügyi dolgozók megalázásának, a kontroll nélküli, centralizált irányítás csődje következtében az **ágazati jövőkép és bizalom szinte teljes elvesztésének**, az állandósult finanszírozási „reformok” következtében felerősödő, a magasabb progresszivitási szintek felé irányuló, gyakran nem indokolt betegmozgásnak, a betegút-szervezési funkció hiányának, a politikai erő és perspektíva híján szolammá degradálódott prevenció hiányának, a népegészségügyi tevékenység leépítésének, ami a 2009-10 évi H1N1 járvány hibás kezelése során máig ható, **súlyos lakossági bizalmi válságot** is okozott.
3. A 2010-ben kialakult akut válsághelyzet egyenes következménye a 2006-2010 közötti időszakban **szétzilált betegutaknak, a központosított és önkényes egészségpolitikai döntéseknek, valamint a súlyos forráskivonásnak.** A rendszer komoly adósságválsággal küzd, amelynek része nemcsak a beszállítók felé történt eladósodottság, hanem a dolgozókkal és a betegekkel szemben felhalmozódott „adósságok” köre is (2009-ben először a rendszerváltás óta nettó fizetéscsökkenés a 13. havi bér megszüntetése miatt, várólisták extrém növekedése, ellátás-hárítás, szolgáltatás minőségének lerontása). A rendszer 2010 őszére az összeomlás szélére sodródott.

### 4.1. Területi és szakmai egyenlőtlenségek, hatékonysági veszteségek

4. A magyar egészségügyi rendszer jelenlegi problémái nagyobb részben az **állam-szocialista örökségből**, kisebb részben pedig az elmúlt közel **20 évben bevezetett reformokból** erednek. Az azonnali intézkedést kívánó válsághelyzet ugyanakkor a 2006-2010 közötti időszak **felelőtlen egészségpolitikai döntéseinek** (amelyek szétziláltak és a működőképesség határára sodortak egy átalakításra szoruló, de alapvetően még mindig magas színvonalon funkcionáló rendszert), valamint a **világgazdasági válságra hivatkozó** restriktív intézkedések következtében alakult ki. 2009-ben az egészségügyi munkáltatói járulék 5-ről 2 százalékra csökkentése az év második felében közel **110**

**milliárd Ft-tal növelte az E Alap bevételi hiányát**, azaz deficitjét, szemben a változatlan nyugdíjárulék mértékkel. Ezzel is összefüggésben az egészségbiztosító által az ellátásokra fordított finanszírozásnak jelenleg már nagyobb hányada nem járulékból származik.

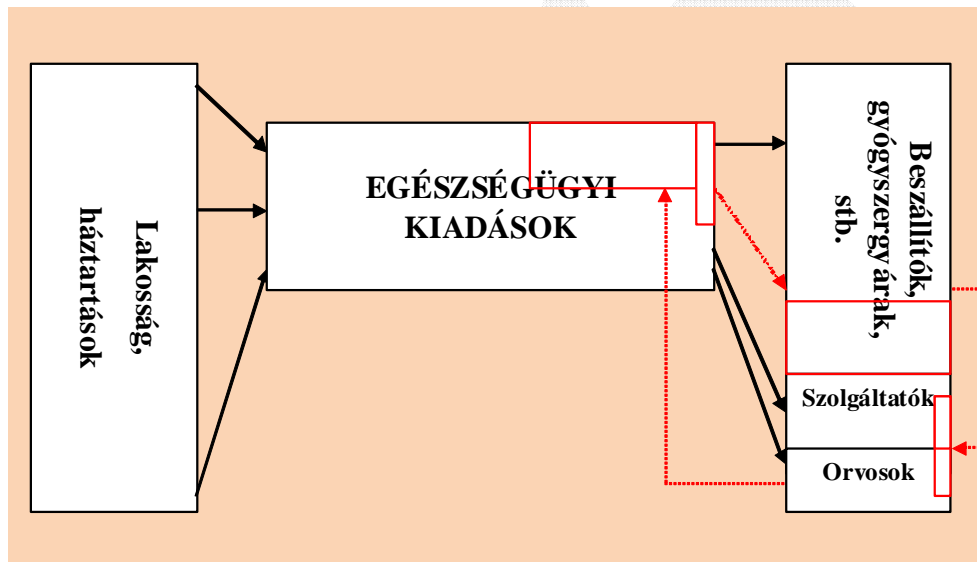
5. Az **állam-szocialista időszak** olyan egészségügyi rendszert hagyott ránk, amelyben a hiány és a pazarlás egyszerre volt jelen, és ezen a működési zavaron azóta is csak kevés intézkedés javított érdemben. Ez a sokak által közhelyszerűen használt, de mégis találó megfogalmazás a rendszer hatékonysági és igazságossági deficitjét jól foglalja össze.
6. **Esetlegesség.** Az átlag magyar állampolgár nem lehet biztos abban, hogy amikor egészségügyi ellátásra van szüksége, valóban azt fogja-e megkapni, amire szüksége van (pont abból és annyit, amennyi „kell”, se többet, se kevesebbet). Nem igaz ugyanakkor az a sommás megállapítás, hogy a magyar egészségügyi rendszerben nem lehet kiváló minőségű ellátáshoz jutni. Az sem igaz, hogy minden egészségügyi ellátó pazarlóan, nem hatékonyan működik. A probléma abból ered, hogy a jó teljesítményt a rendszer esetlegesen, nagy különbségekkel nyújtja: gyakran attól függ, hogy hol, mikor, milyen problémával, éppen kihez tud fordulni a beteg.
7. **Területi és szakmai egyenlőtlenségek.** A rendszer tehát nem biztosítja, hogy ugyanazzal a betegséggel ugyanolyan színvonalú ellátást kapjon bárki, függetlenül attól, hogy hol lakik, illetve, hogy az ellátás színvonalát ne a betegsége mibenléte határozza meg. Ezek a földrajzi területi, illetve szakterületi egyenlőtlenségek dokumentálható módon léteznek, bár az igénybevevők valószínűleg súlyosabbnak ítélik meg ezt a deficitet, mint amekkora az valójában. Az ellátók és az igénybevevők közötti információs aszimmetria az ellátó teljesítményének megítélését bizalmi kérdéssé teszi, ezért a rendszer működéséhez alapvetően szükséges bizalmi tőke eróziója csak tovább súlyosbítja az ellátórendszer gyenge teljesítményét.
8. **Hatékonysági veszteségek.** A rendszer hatékonysági vesztesége ugyanakkor nem pusztán abból ered, hogy bizonyos esetekben a beteg nem kapja meg a szükséges ellátást, illetve, hogy más esetekben felesleges ellátásokat kap. Alapvető problémaként jelenik meg a rendszerben, hogy a betegeket nem a lehető legalacsonyabb ellátási szinten kezelik. Ennek legnyilvánvalóbb tünete a kórházi esetek számának - a teljesítményvolumen-korlát (TVK) bevezetéséig történt - folyamatos emelkedése.
9. **Forráskivonásból eredő hatékonysági veszteségek és kiszámíthatatlan finanszírozás.** Az egészségügy rendszerváltás óta eltelt 20 évre jellemző, hogy rövid ideig tartó „adakozó” periódusok, és annál hosszabb, jelentős forráskivonással járó megszorítási időszakok váltották egymást. Ez amellet, hogy kiszámíthatatlanná, tervezhetetlenné tette a szolgáltatók működését, súlyos „adósságválságban” manifesztálódó működési zavarokat is eredményezett. A 2010 őszére kialakult súlyos válsághelyzet legfőbb oka ugyanis az abszolút és relatív **forráshiány**, mert nem forgatták vissza az ágazatba az intézmények bezárása illetve a TVK jelentős csökkentése révén „felszabadult” forrásokat. A rövidtávú válsághelyzetet jól jellemzi, hogy 2009-ben a gyógyító-megelőző ellátás finanszírozása összességében, nominál értékben több mint 50 milliárd forinttal maradt el a 2008-as szinttől. A 2010 elején juttatott 45,5 milliárd Ft relatív plusz forrás csak arra volt elegendő, hogy az intézmények ki tudják fizetni az addig felhalmozódott adósságaikat. Így e folyamat már 2010. első negyedévében újra elindult, és a második félévben gyorsuló ütemben folytatódott. Ugyanakkor **Magyarország gazdasági**

fejlettségéhez képest az egészségügyi közkiadások szintje nagyon alacsony. A Magyar Nemzeti Bank elemzői által készített tanulmány szerint 2007-ben, a nettó költségvetési pozíciót tekintve, az egészségügyi közkiadások aránya a GDP-n belül **2,1% ponttal (azaz több mint 500 milliárd forinttal) volt alacsonyabb**, mint a másik három visegrádi ország átlaga.

10. **Emberi erőforrás krízis.** A jelentős forráshiányból következő alacsony fizetések, a kiszámíthatatlanság és a szakmai perspektíva hiánya miatt fokozódó mértékű az orvosok és egészségügyi szakdolgozók elvándorlása, amelynek következtében egyre komolyabb ellátási zavarok alakulnak ki. Az ország EU-s tagsága felgyorsította a szakképzett munkaerő elvándorlását, ami 2010-re olyan súlyos méreteket öltött, hogy a rendelkezésre álló rezidensi álláshelyek alig több mint felét töltötték be a rendszerbe belépő fiatal orvosok. **Az állandósuló orvos, illetve ápolóhiány egyszerre rontja a hatékonyságot, az ellátáshoz való hozzáférést, a minőséget és a betegjogok érvényesülését is.**
11. Érdemes megjegyezni azt, hogy **a hatékonysági problémák** az egészségügyi szektor sajátosságaira vezethetők vissza, így **nem tekinthetők speciálisan magyar problémának.** Ezzel együtt is vannak azonban olyan örökölt, illetve kreált jellemzői a magyar rendszernek, amelyek a hatékonysági deficit felhalmozásában jelentős szerepet játszanak.

#### 4.2. **Okok: teljesíthetetlen célok, örökölt inadekvát struktúra, nemkívánatos ösztönzők, morális válság**

12. **Nagyotmondás.** Az állam-szocialista rendszer legmélyrehatóbb és legsúlyosabb következményekkel járó öröksége, amelytől a rendszer fennállása során soha nem sikerült megszabadulni, a nagyotmondás. Ennek lényege, hogy többet ígértek, mint amennyi pénzt hajlandók voltak adni az ígéretek teljesítésére. Bár mind az egészségügyi dolgozók, mind pedig a betegek hamar szembesültek a retorika és a valóság között húzódozó tatóngó szakadékkal, a helyzet őszinte megbeszélése mindmáig váratott magára.
13. **Az egészségügyi dolgozók megalázása – torz jövedelmi viszonyok.** A tervgazdaság irányítói úgy gondolták, hogy az emberekre rá lehet kényszeríteni irreális feltételeket is, ezért a legkézenfekvőbb megoldásként az egészségügyi dolgozók, orvosok fizetésén kívánták megspórolni azt, ami hiányzott. Az így kialakult, torz jövedelmi viszonyokat (a hálapénzzel együtt) eddig nem sikerült érdemben kezelni. Sőt, a betegellátáshoz szükséges termékek (orvosi eszközök, műszerek, gyógyszerek) ellátásának piacosítása, a globális háttérű gyártói-forgalmazói kör, **a világpiacon történő értékesítés illetve ahhoz kötődő marketing közvetlen megjelenése** a (többnyire „szerényen”) közfinanszírozott szakmai környezetben még jobban kielezte a jövedelem-aránytalanságokból származó feszültségeket. Nagytudású, tapasztalt szakorvosok „csaptak fel” gyógyszergyári orvoslátogatóknak. Lehetségessé vált a szakpolitikai kérdések káros befolyásolása, ebből adódóan előremutató, integratív gazdálkodási elképzelések akadályát képezheti a helyi, egyéni érdekeltség. **A korrumpálhatóság esélye** a hálapénz elfogadhatatlan de „egyedi” helyzeteivel szemben, itt a közel **1100 milliárd Ft gyógyító-megelőző illetve gyógyszer-gyógyászati segédeszköz éves közkiadások egésze** vonatkozásában jelent súlyos veszélyt. (4.1. ábra)



4.1. ábra: Kiadás-jövedelem azonosság és torz jövedelemelosztás az egészségügyben

14. **A szocialista rendszer kontroll nélküli irányításának csődje – torz ellátási struktúra.** A túlközpontosított ellenőrzés nélküli irányítás több szempontból is csődöt mondott és torz ellátási struktúra kialakulásához vezetett. Egyrészt a rendszer érzéketlen (sőt bizonyos esetekben ellenséges) volt az igénybevevői szintről érkező kritikával szemben. Másrészt a rendszer felerősítette a lobbierdekek befolyásoló hatását. Ennek megfelelően az erőforrás-allokációs döntések nem a deklarált módon, azaz a szükségletekkel összhangban születtek meg, hanem az egyes szolgáltatók érdekvényesítő erejének megfelelően. A helyzetet tovább súlyosbította, hogy a túlcentralizált rendszer nem volt képes adekvát választ adni a betegségstruktúra átalakulására és a költségrobbanás kihívására. A szükséges minőségi igazodás helyett, a változó szükségletekre, a viszonylag olcsóbb, mennyiségi fejlesztéssel reagált (ágyszám, szakorvosi órák növelése). Ez nem azt jelenti, hogy nem lehetett jó ellátáshoz jutni, csak azt, hogy az ellátás nem egyforma, nem szolgáltatótól független volt.
15. **Bizalomvesztés és hálapénz.** A kezdetben még csak annak érzékelt, később pedig tényleges hiányhelyzet folyamatosan örölte fel az egészségügyi rendszerek működéséhez elengedhetetlenül szükséges bizalmi tőkét. A betegek egyre inkább úgy érezték, illetve tapasztalták, hogy nem lehetnek biztosak abban, hogy valóban meg fogják kapni az ígért magas színvonalú ellátást, és bizonytalanságukon pénzzel kívánták „segíteni”. A hálapénz a **legális jövedelem elégtelenségét** csak egyes területeken és beosztásokban enyhítette, más szempontból viszont éppen, hogy súlyosbította az igazságtalanságot, ugyanakkor a jelenséghez kapcsolódó ösztönzőknek megfelelően, egyes szakmai területeken egyértelmű prioritást-meghatározó jelentőségre tett szert.
16. **Összességében olyan ellátórendszer jött létre, amely nem a szükségletekhez igazodott, és nem is volt hatékony.** Az ellátási szintek közül az alap-, és a járóbeteg-szakellátás háttérbe szorult, miközben a nagyszámú szociális feladatot is végző fekvőbeteg-ellátás nem tudott a valós területi, populációs és szakmai igényekhez idomulni. A lakosság, a fenntartók és a szakma ismert hazai **kórházközpontúsága** ugyanakkor szakterületenként is jelentős egyenetlenségek mellett létezik.
17. **Reformok az örökölt torz rendszer konzerválásában.** Az 1980-as évek közepétől elindított reformok egy-két kivételtől eltekintve nem hoztak lényegi változást, sőt

bizonyos tekintetben meg is erősítették a nem hatékony struktúrát. Például az új finanszírozási ösztönzők bevezetése nyomán az egyes ellátási szintek és intézmények vonatkozásában javult a szolgáltatók költségtudatossága. Ugyanakkor a finanszírozási technikák **ellátási szintek közötti diszharmóniája** nemhogy csökkentette, hanem erősítette azt a nemkívánatos jelenséget, hogy a betegeket **indokolatlanul magas szinten látják el definitív módon**. Az alapellátás a túlterheltség illetve a szakmai – valós betegút-követési, kórházi (tele)kommunikációs – lehetőségek és a teljesítményösztönzők hiánya miatt szükségtelenül nagy számban irányítja a betegeket a szakellátókhoz, azok pedig, bizonyos jövedelmezőségi korlátokon belül abban érdekeltek, hogy minél több beteget lássanak el járóbetegként és fekvőbetegként egyaránt. Ebből az is következik, hogy valószínűleg jelentősen megnőtt az indokolatlan ellátások száma, amely egyértelmű hatékonysági problémát jelent. A szolgáltatáscsomag meghatározása tekintetében, a torz ellátási struktúrában, illetve az egészségügyi dolgozók bérhelyzetében nem történt érdemi változás, miközben a **versenypiaci háttérű beszállítói oldal profitérdekeltsége** tovább élezte a jövedelemkülönbségekből eredő feszültségeket. A **korrumpálhatóság újabb formája a beszerzések és az üzemeltetési szolgáltatások kiszervezésének** vonatkozásában az egyes menedzsment, illetve fenntartói köröket is elérheti. Ugyanakkor számos magyar városban és nagyobb településeken is **a kórház a legnagyobb munkaadó, sőt a legtöbb kisbeszállító foglalkoztatója** is, aminek a jelentősége a jelen munkaerőpiaci helyzetben nem lebecsülendő.

## 5. ÁGAZATI ÁTALAKÍTÁSI STRATÉGIA

1. A helyzetértékelésből következően az egészségügyi ágazat megújítása elképzelhetetlen a működőképesség fenntartását célzó azonnali válságintézkedések nélkül. Ezek teremtették meg a lehetőséget arra, hogy elinduljon az egészségügyi rendszer teljesítményproblémáit orvosolni képes, hosszabb távra szóló egészségpolitikai program megvalósítása. A válság felszámolására irányuló akcióterv egyaránt tartalmazta a működőképességet akadályozó szabályozási keretek lazítását, illetve felszámolását (dereguláció), az ellátó-intézmények pénzügyi-gazdasági stabilizálását, valamint a munkaerő utánpótlás rendszerének javítását, az egészségügyi szakdolgozók és orvosok elvándorlásának lassítását, megakadályozását.
2. A közép- és hosszútávú ágazati stratégia egy kívánatosnak tekinthető rendszermodell köré épül, amely igyekszik választ adni a mai magyar egészségügyi rendszer és ezzel a betegek legtöbb problémájára. A problémák okainak azonosítása alapján a javasolt rendszermodell a betegút-szervezési funkció (BÚSz), valamint az ellátórendszer strukturális optimalizálása köré épül, és támogatja az ellátó-intézmények közötti funkcionális integráción keresztül a hatékonyság javítását, a technikai minőség növelését és a területi ellátási egyenlőtlenségek mérséklését.

### 5.1. Válságkezelés és konszolidáció: az azonnali intézkedések (fél)éve (2010) és a fenntartható átrendeződés éve (2011)

3. A megvalósíthatóság szempontjából (időkeret, források, technikai feltételek) a pénzügyi-gazdasági intézkedések három fő elemből állnak: (1) azonnali forrásjuttatás 2010. december 31-ig; (2) a finanszírozási rendszer 2011. évre vonatkozó átalakítása, és (3) az egészségügyi ellátórendszer strukturájának átalakítása, amelynek hatása 2012-től lesz érezhető. A beruházások az EU-s források terhére tervezhetőek; eredményük a források hatékonyság és hozzáférhetőség mentén történő reallokációja, valamint a pénzügyi, költségvetési egyensúly hosszú távú fenntarthatósága lesz. Az **azonnali forrásjuttatás intézkedéscsomagjának** keretében 2010. végéig összesen közel 31,5 milliárd Ft többletforráshoz jutott normatív módon, széles egyeztetés alapján a szakellátó intézmények többsége; kiemelt támogatásban részesült az Országos Mentőszolgálat (az ágazati maradványkeret terhére közel 800 millió Ft a 4 éve jogellenesen, pótlás nélkül amortizálódó járműpark cseréjének megkezdésére és 400 millió Ft a központi szállításiirányítás eszközbeszerzésére) valamint 1,6 milliárd Ft egyszeri kiegészítő forrás jutott az alapellátásban dolgozók többségének is (felnőtt és gyermek háziorvosi illetve fogászati praxisok, hajléktalan ellátás). Az E-Alap tartalékkeretének felhasználása hatékonyan elégítette ki a vörösiszap-tragédia és más, rendkívülinek tekinthető események által felmerült egészségügyi többletforrás-igényeket. A **finanszírozási rendszer átalakításának koncepciója** alapján, hasonlóan normatív alapon és széles egyeztetés révén meghatározásra kerültek a 2011. évre vonatkozó intézményi teljesítmény volumen korlátok (TVK-k). A progresszivitás és a korábbi igazságtalanságok részleges, de gesztusértékű elismerése mellett új, az egynapos ellátást ösztönző keret illetve a többlet teljesítményt részben már elismerő degressziós sávok bevezetésével mind a fekvő-, mind a járóbetegellátás területén elindult a súlyos torzulásokat okozó merev TVK

A

B

rendszer felszámolása. A mélyreható szerkezeti átalakítást a **szükségletterkép és kapacitástervezési rendszer** támogatja, amelynek kiépítése folyamatban van, az elérhető OEP, OTH, ESKI, KSH, OMSZ adatbázisok összekapcsolásával és egy közös felületen történő elemzési célú megjelenítés kialakításával. 2011 elején megkezdődött a megyék és nagytérségek meglátogatása és a strukturális átalakítás hatékony megvalósításához nélkülözhetetlen alapadatok felmérése.

4. A konszolidációs intézkedések integráns részét képezik azok a **szabályozási változások**, amelyek a rendszer működését megbénító, értelmetlen rendelkezéseket helyezik hatályon kívül, illetve változtatják meg (ezeket összefoglaló jelleggel a **6. fejezet** mutatja be). Ide tartozik a [www.deregulacio.hu](http://www.deregulacio.hu) kezdeményezés is.

## 5.2. A rendszermodell fontosabb elemei

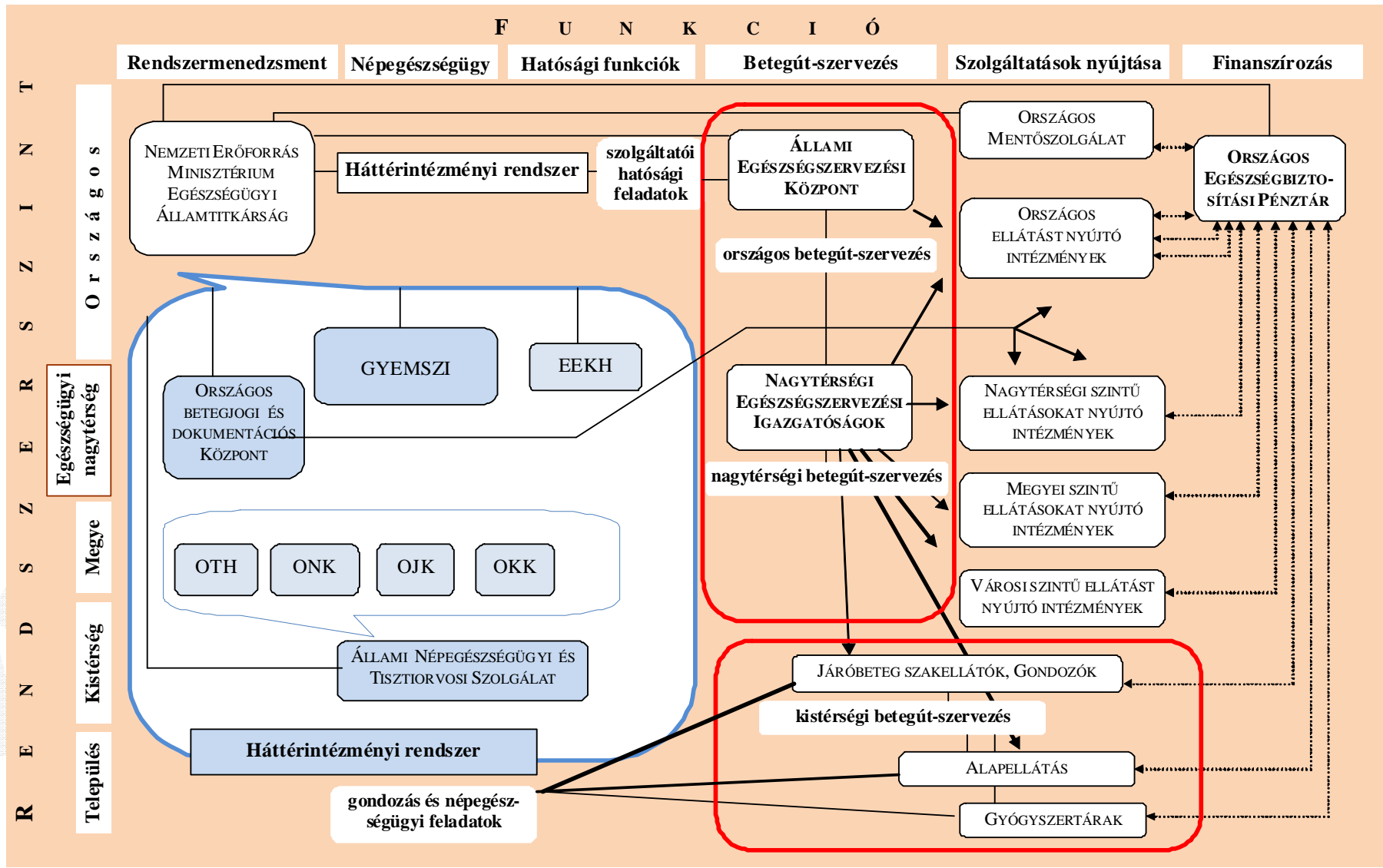
5. Az egészségügyi rendszer szervezeti kereteinek megváltoztatását a **kapacitástervezési, az ellátó intézmények közötti menedzsment-koordinációs, valamint a betegút-szervezési funkciók, illetve az ezeket támogató részfunkciók** köré kell építeni. Ezek a funkciók nem működtek, illetve nem működnek hatékonyan a jelenlegi ellátórendszer szervezeti keretei között, így indokolt a valós helyzet teljes felülvizsgálata és új alapokra helyezése.
6. Az ellátási szintek, valamint az egészségügyi és **egyéb ágazati szektorok** (pl. szociális ellátás, oktatás) közötti koordinációnak alapvető szerepe van a **megelőzés** sikerének növelésében illetve a betegségstruktúra átalakulásából következő megváltozott szükségletek hatékony kielégítésében, azaz a **krónikus nem fertőző betegségekre** adott adekvát válaszban, valamint a gyors technológiai fejlődés által megkívánt **rugalmasság** kialakításában.
7. A rendszerben megmarad az **egységes társadalombiztosítási modell**, amely a szolgáltatók és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP), mint finanszírozó közötti szerződéskötésre épül. Az OEP végzi a hagyományosan centralizált, egységes rendszerben hatékonyan működtethető finanszírozási funkciókat, például a szerződéskötést, valamint a teljesítményjelentések utáni pénzkifizetést.
8. Az állam fokozódó szerepvállalásának első lépéseként a Nemzeti Erőforrás Minisztérium (NEFMI) felügyelete alá tartozó, három területi egység szintjén működő (országos szint, nagytérségi szint, kistérségi szint), az egészségügyi szolgáltatók és fenntartóik összefogására épülő, a már meglévő egészségügyi igazgatási szervekkel – OEP, ÁNTSZ és a kormányhivatalok finanszírozási és a szakmai hatósági szerveivel – szorosan együttműködő, az önkormányzati politikához illeszkedő, **kapacitás-átrendező, a területi ellátó-intézmények menedzsment-koordinációját végző, betegút-szervezést támogató intézmény jön létre, országos központtal és területi egységekkel**. Ez egyrészt támogatja a **kistérségi szinten működő járóbeteg-szakellátó betegút-szervezőjét**, irányítja a magasabb progresszivitási sinthez tartozó egészségügyi, valamint a területi egységhez tartozó szociális intézmények közötti esetleges kapacitásátrendezést, illetve bizonyos funkciók (közös beszerzés és szolgáltatói háttér, energiaellátás) esetében azok integrációját. A betegút-szervezési funkció megvalósulásának érdekében a nemzetközi ajánlások és tapasztalatok alapján célszerű az országot 9-10 ilyen nagyobb területi

C

integrációs egységre osztani, 1 000 000 – 1 100 000 lakossal. A területi szervezési felelősség kiterjedése azonban nem mindig követi a hagyományos vagy újabb közigazgatási tervezési-statisztikai határokat (megye, EU régió), mivel egyrészt egyes, speciális egészségügyi ellátások jobb szervezhetősége szélesebb földrajzi egységek koordinációját igényli (nagytertség), másrészt figyelembe veszi az idők folyamán kialakult természetes betegmozgásokat is. Az egészségszervezési igazgatóságok a feladatukhoz éppen elégséges, az integrációs feladatok végzéséhez szükséges emberi és tárgyi erőforrásokkal jönnek létre, részben a meglévő struktúrákra építve, azok átszervezésével. Kialakításukat az erre a célra rendelkezésre álló TÁMOP forrás biztosítja.

9. Az **Állami Egészség szervezési Központ** területi egységei, a **Nagytertségi Egészség szervezési Igazgatóságok** a helyi menedzsment szervezetek által ajánlott szakemberekből és az egészségügyi kormányzat háttérintézményeinek szakértőiből szerveződnek. A területen működő egészségügyi alap- és szakellátók illetve fenntartók, valamint a területi szakigazgatási szervek képviselőiből létrejövő konszolidációs, struktúra-átalakítási munkacsoportokkal tartanak kapcsolatot, és dolgozzák ki a helyi struktúra-átalakítási programot. Az intézményrendszer működésének módszertana alapján a funkcionális megosztást és az egyes funkciók pontos tartalmát a helyi viszonyokkal összevetve alakítják ki. Az egészségügyi rendszer újraszervezését az elérhető fejlesztési források átcsoportosítása és az ágazati stratégia mentén történő összehangolt felhasználása támogatja.
10. A különböző (állami, önkormányzati, egyházi és alapítványi) fenntartásban működő egészségügyi szolgáltatók **közös ellátási stratégia** mentén szervezik újjá, koordinálják tevékenységüket. Az intézményrendszer ugyanakkor **a helyi ellátók** különböző szintű **betegút-szervezési tevékenységekbe történő bekapcsolódására épít.**





5.1. ábra: Vázlatos rendszermodell a főbb új, illetve átszervezett funkciók kiemelésével, szintenkénti funkcionális mátrixban (OTH= Országos Tisztifőorvosi Hivatal, ONK= Országos Népegészségügyi Központ, OJK= Országos Járványügyi Központ, OKK= Országos Közegészségügyi Központ)

11. Az egészségügyi rendszer átalakítása szakmai kereteinek meghatározásában kiemelt jelentősége van az egészségügyért felelős államtitkár szakmai tanácsadó testületeinek, a szakmai kollégiumoknak. **A szakmai kollégiumi rendszer újjászervezése** elengedhetetlen ahhoz, hogy az ágazati átalakítással kapcsolatos tanácsadási igényeket a lehető leggyorsabb reagálási idővel, a lehető legrugalmasabban, ugyanakkor a legmagasabb szakmai színvonalon legyenek képesek kielégíteni. Ennek érdekében **kétszintű rendszer jön létre**, amelyben a gyorsaságot és a rugalmasságot szakterületenként 3-3 fős alapegységekből (kollégiumi tagozat) összeadódó **egyetlen szakmai kollégium** képviseli. A 3 fős alapegységek a szakmai kérdés jellegétől függően nagyobb létszámú szakcsoportokká állhatnak össze. A második szintet a szakterületenként egy-egy nagyobb létszámú, 5-15 fős, a szakmai társaságokat, egyesületeket reprezentáló képviselőkből álló **szakmai kollégiumi tanácsok** képezik. A Szakmai Kollégium tagozatainak tagjait a szakmai szervezetek, illetve a korábbi szakmai kollégiumok által állított jelöltek közül az egészségügyért felelős miniszter illetve államtitkár választják ki.
12. Hasonlóan fontos eleme az átalakításnak a NEFMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága alá tartozó (a rendszermenedzsmenthez kötődő) szakmapolitikai intézmények átszervezése, megújítása is. **A korábban széttagoltan működő módszertani háttérintézmények egy közös háttérintézménybe koncentrálódnak, a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézetbe (GYEMSZI).** Az új módszertani központ az Egészségügyi Minőségfejlesztési és Kórháztechnikai Intézet (EMKI) alapjain az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet (ESKI), az Országos Gyógyszerészeti Intézet (OGYI), az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet (ETI) és az Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ (OSZMK) összeolvadásából jön létre. Teljes egészében átveszi az EMKI, ESKI, OGYI és ETI jelenlegi hatósági és egyéb szakmai feladatait, továbbá az OMSZK tevékenységének egy részét. Az integrálódó szervezetek eddigi munkáján túl a GYEMSZI jövőbeni feladata lesz az Állami Egészségügyi Központ kialakítása, az országos egészségügyi minőségfejlesztési és megbízhatósági stratégia megalkotása, az egészségügyi intézmények közötti funkcionális integrációhoz szükséges kataszterek nyilvántartása, az ágazat informatikai központjának létrehozása, a szakfelügyeleti rendszer működtetése, és ez a szervezet végzi majd az ágazatot érintő európai uniós kiemelt projektek menedzselését is. Az új szervezet az egészségügyi háttérintézmények és az ágazat hatékonyságának növelése érdekében jön létre. Az integráció célja a nagyfokú szervezeti-működési szétaprózottság megszüntetése, az egészségügy fenntartható pályára történő átállítása. A NEFMI Egészségügyért felelős Államtitkársága az Oktatásért felelős Államtitkársággal egyeztetve egy menedzsment típusú közös Intézményfelügyeletet hoz létre, amely az állami tulajdonlású gyógyító tevékenységeket folytató intézményi struktúrákat fogja össze.
13. Szintén az intézményi integráció és szervezeti hatékonyság javítás jegyében történik meg az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Hivatal keretein belül működő háttérintézmények racionalizálása. Az új szervezeti struktúra eredményeképpen létrejön az **Országos Népegészségügyi Intézet, az Országos Közegészségügyi Központ és az Országos Járványügyi Központ**, melyek magukba foglalják az eddigi széttagolt intézményi struktúrát.
14. **Országos Betegjogi és Dokumentációs Központ:** A betegjogok érvényesülése és (jog)intézményi biztosítása az állam alkotmányos kötelezettsége. Az egységes irányítás és az ellenőrzött színvonal elősegíti a hatékony jogvédelmet és a megbízhatóságot. A

betegjog-érvényesítés nem igazgatási tárgykörbe tartozó részét, a betegjogok és betegbiztonság érvényesülésének és a megszűnt intézményekből átvett betegdokumentáció kezelésének ellenőrzését önálló – a fenntartótól és a finanszírozótól független – intézménynek kell ellátnia. A hatékony felügyelet érdekében az összetartozó feladatokat egy intézményben célszerű egyesíteni. Ennek megfelelően **Országos Betegjogi és Dokumentációs Központ létrehozását kezdeményezzük**, amely ellátja a **betegjog védelem feladatait** (többek között a betegjogi képviselők rendszerének működtetését az Egészségbiztosítási Felügyelet megszűnése illetve a Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermekjogi Közalapítvány folyamatban lévő átalakulása kapcsán), a megfelelő **dokumentációs feladatokat** (pl. bezárt intézmények kórlapjainak őrzése, feldolgozása), valamint a nemzetközi **kapcsolattartást is**. Az új intézmény **módszertani feladatai** között szerepel majd azon irányelveknek, útmutatóknak az újraszerveződő szakmai kamarákkal közös kidolgozása, amelyek segíthetik a **betegyek szélesebb tájékoztatását, az információs és szakmai hibák így a kártérítési perek elkerülését, a standard ellátási körülmények ellenőrzését és betartatását, az orvos-beteg közötti bizalom növelését, ugyanakkor az orvosok és szakdolgozók jó hírnevét jogalap nélkül sértő támadások elleni védelmet is**. Megfontolandó a skandináv modell tapasztalatainak becsatornázása a betegeknek okozott orvosi műhibák következtében előálló kártérítések mérséklése érdekében **(no-fault rendszer)**.

### 5.3. Főbb átalakítási irányok az egyes rendszerfunkciók mentén

#### Rendszermenedzsment, ágazati informatika

15. **Kiszámíthatóság és hosszú távú tervezés az egészségpolitikában, gyógyító társadalmi szerződés:** Az egészségügyi rendszer átalakítását a kiszámíthatóság, stabilitás és emberiség megteremtésével lehet sikeressé tenni, amelynek alapját az egészségügyi rendszer céljaira és prioritásaira vonatkozó társadalmi megállapodás adja. Az Egészségügyért Felelős Államtitkárság legfontosabb feladata, hogy ezt a konszenzust a társadalmi és szakmai szervezetek legszélesebb körének bevonásával megteremtse, majd rendszeresen aktualizálja. Az egészségpolitikai célok, illetve ezek prioritásainak egy kormányzati ciklusra, közép-, és hosszútávra szóló aktualizálása mellett nagyobb figyelmet kell fordítani a szabályozási keretek rendszeres felülvizsgálatára és javítására, a rendszer működésének nyomon követésére és értékelésére, valamint ellenőrzésére, az adatgyűjtési és adminisztrációs terhek rendszerszintű optimalizálásával.
16. **Ágazati informatika; egészség-, igénybevétel-, kapacitás-, és pénzügyi-gazdasági-controlling; közhiteles nyilvántartások rendbetétele:** Az egészségügyben keletkező nagy mennyiségű és nagy értéket képviselő adatmennyiség hasznosulási foka nem kielégítő. Ennek alapvető okai a hiteles és „egyszeres” törzsadatok és alapnyilvántartások hiánya, a formai és tartalmi ellenőrzések nem megfelelő volta, az alapidokumentációk szabályozatlansága és heterogenitása, az adatáramlási útvonalak rendezetlensége és az adatszerkezetek inadekvát mivolta. A megoldás alapvető eszköze az ágazati törzsadatok illetve jelentések szakmailag és technikailag is egységes rendszerbe foglalása, amit az **ágazati portál** valósít meg, a vonatkozó rendeleti-jogszabályi eszköztár megfelelő, támogató, párhuzamos alakításával együtt. A portál egyben közhiteles módon publikálja a törzseket, a jelentési rekordszerkezeteket és kitöltési szabályokat. Az ágazati adatok

D

elemzési célú integrációját az **egészségmonitor és kapacitástervező rendszer** valósítja meg, de az adatokat kezelő intézmények tevékenységének összehangolása, összekapcsolása a visszacsatolás és ellenőrzés lehetőségét is hatékonyabbá teszi. A tartalmi hitelesség javítása érdekében az egészségügyi szolgáltató intézmények transzparens elszámoláshoz kapcsolódó alapfunkcióit központilag fejlesztett és karbantartott rendszerek biztosítják. A nagytérségi funkcionális területi integrációkat megfelelő informatikai megoldások támogatják. Szükséges továbbá az egészségügyi dolgozók adatkezelési (esetkódolási) ismereteinek fejlesztése és munkájuk megfelelő támogatása.

17. **Háttérintézmények, központi támogató funkciók:** A rendszermenedzsmenthez kötődő szakmapolitikai háttérintézményeket az Egészségügyi Minőségfejlesztési és Kórháztechnikai Intézet (EMKI) bázisára építve szervezzük újjá, egészségügyi rendszer-, és szervezetfejlesztési módszertani központként. Az intézmény új feladatai közé fog tartozni többek között, az ágazat különböző ellátási szintjei (alapellátás, járóbeteg szakellátás, fekvőbeteg ellátás) **szakmai fejlesztési koncepciójának kidolgozásához módszertani** anyagok készítése, az ehhez szükséges szakértői bázis létrehozása; az egészségpolitikai döntések megalapozásához nélkülözhetetlen **háttér tanulmányok, elemzések** végzése; és az ágazat számára megnyíló fejlesztési forrásokhoz szükséges szakmai előkészítő tevékenység. Az **infrastruktúra és gép-műszer kataszter** adatainak folyamatos karbantartása, validálása pedig lehetőséget ad az egészségügyi intézmények struktúra fejlesztéséhez szükséges elemző tevékenységek elvégzésére, nemzetközi tapasztalatok adaptálási lehetőségének feltérképezésére és a lehetséges beruházási irányokra vonatkozó ajánlások megfogalmazására.

#### Forrásteremtés és forrás egyítés

18. **Szolidaritás, versenyképesség és egészséges életmódra ösztönzés a forrásteremtésben:** megőrizzük az egységes, kötelező részvételen alapuló, nemzeti kockázatközösségre épülő, köztulajdonban lévő társadalombiztosítót, amely kombinált módon, járulék-, és adó-bevételekkel gazdálkodik. Több lehetséges forrásteremtési iránnyal számolunk, amelyek a nemzeti adó-, és gazdaságpolitikai prioritásoknak megfelelően alakulnak ki és amelyek célja a közösségi forrásteremtés fokozatos növelése: 1) új biztosítási formák (pl. ápolási biztosítás, sportbiztosítás) bevezetése; 2) új, népegészségügyi termékdíj bevezetése az ismert, illetve bizonyítottan népegészségügyileg nem kívánatos élvezeti-táplálkozási cikkek vonatkozásában (e bevételek elsősorban a prevenció és egészségfejlesztés területére kerülhetnek); 3) a járulékalap szélesítése, 4) a járulék-, és nevesített adóbeszedési tevékenységek, illetve a járulékpolitika felülvizsgálata, átalakítása és ellenőrzése, szigorúbb fellépés a járulékelkerülés megakadályozására; 5) a bírságolási gyakorlatban az egészségre veszélyes termékek és tevékenységek hatósági ellenőrzésének szigorítása; 6) a hazai adottságokra és kapacitásokra jobban alapozó gyógyturizmus, gyógyipari kutatás-fejlesztés támogatása, az így elért haszon egy részének visszacsatolása a közfinanszírozott gyógyító-megelőző tevékenységbe. A forrásteremtési eszközöket a hatékonyságjavulás eredményeképpen újraosztható forrásokkal egészítjük ki.
19. **Felzárkózási program az egészségügyi kiadások mértékében és szerkezetében a fejlett EU országok átlagának eléréseért:** hosszabb távon cél az uniós átlagnak megfelelő egészségügyi közkiadások elérése, valamint a magánkiadások szerkezetének

átalakítása. Az egészségügyre jutó források bővítése a gazdasági növekedés arányos részéből és az adó-, illetve járulékfizetési hajlandóság növeléséből, az elkerülés visszaszorításából képzelhető el.

### Szolgáltatásvásárlás, finanszírozás és betegút-szervezés

20. **Az egységes társadalombiztosítási intézményrendszer és az egy biztosító szervezeti megerősítése, fejlesztése az ellátás hatékonyságának és minőségének javításáért – egészségtervezés, szolgáltatásvásárlás és betegút-szervezés:** az egy biztosító szervezetfejlesztése a funkciók azonosítása és megfelelő centralizáltsági (decentralizáltsági) szintre helyezésével történhet, a technikai (informatikai rendszer) és emberi erőforrás feltételek parallel biztosításával. A szolgáltatásvásárlás adminisztratív feltételeit (pl. szerződéskötés, finanszírozási technikák) egységesen, a kialakított központi standardok megőrzésével célszerű továbbra is biztosítani. Cél a szolgáltatók teljesítményének mérése (nyújtott ellátások minősége, ellátáshoz való hozzáférés) és visszacsatolása. Az egészségtervezéshez szükséges adatgyűjtés és az ellenőrzés biztosítói oldali szervezetrendszerét lehetőség szerint decentralizáltan, megyei vagy ahhoz közeli szinten decentralizáltan célszerű elhelyezni, mert így működtethető a leghatékonyabban. Fontos alapelvek közé tartozik, hogy nem szabad az egy biztosító és a szolgáltatók közé biztosítási alvállalkozókat beépíteni – ezek nemcsak, hogy rosszabb hatékonysággal működnek, hanem a rossz ösztönzők miatt kifejezetten rontják a betegek ellátáshoz való hozzáféréseinek esélyegyenlőségét. A több, egymással versengő, nyereségérdekelt biztosító pénztárak rendszere, mint célmodell a rendelkezésre álló bizonyítékok alapján egyértelműen elvetendő.
21. **Szükséglet alapú kapacitástervezés, népegészségügyi prioritások meghatározása, szakterületenkénti megújulási program:** A hozzáférés esélyegyenlőségének és a hatékonyságnak a növelése egyaránt megkívánja, hogy az évtizedek során kialakult, illetve az utóbbi évek struktúra-átalakítási intézkedései miatt tovább romló jelentős területi és szakmai aránytalanságokat az ellátórendszer fokozatos, a helyi szükségletekhez igazodó átalakításával, megújításával korrigálják. A rendszer alapját egyrészt a rutin statisztikai adatgyűjtési rendszerek, másrészt az alapellátásban elvégezhető egyéni szükségletfelmérés ( az ebből következő egészségterv) adja, amely adatok aggregálásával földrajzi és szakterületi ellátás-fejlesztési programok állíthatók össze. A befogadási döntések ezekre az adatokra épülhetnek.
22. **Átláthatóság, ellenőrizhetőség és számonkérhetőség a társadalombiztosító működésében:** az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) közpénzekkel gazdálkodik, ami indokolja a teljes átláthatóságot, a személyiségi jogokat nem sértő adatok teljes nyilvánosságát illetve számonkérhetőségét. A relatív szervezeti autonómiát ellenőrzési, felügyeleti intézményrendszer, az adatokhoz, eljárásrendekhez való széleskörű hozzáférés lehetősége, valamint a döntések érintettek általi megtámadhatósága ellensúlyozza.

### Szolgáltatások nyújtása és finanszírozási technikák

23. **Új szemlélet az egészségügyi emberi és társadalmi tőkével, illetve épületvagyonnal való gazdálkodásban – értékőrzés és mozgósítás, az egészségipar szerepének kiemelése:** Magyarország versenyképességének egyik feltétele az egészségügynek

**húzóágazatként** való kezelése, a korábbi maradékelvű viszonyulás helyett. A komplex megközelítés része az **egészségipar szerepének felismerése**, a hagyományosan magas hazai innovációs és tudományos kapacitás felszabadítása, a még kitartó szakembergárda megbecsülése. Az ágazattal kapcsolatos egyeztetések során folyamatosan tudatosítani szükséges, hogy **az egészségipar GDP termelő potenciálja révén valójában nem pénzt visz, hanem pénzt hoz**, így a hazai egészségügyben rejlő komparatív előnyök kihasználásával az egészségipar a nemzetgazdaság egyik húzóágazatává tehető. Az ÚSZT keretében rendelkezésre álló fejlesztési források segítségével stabilizálható és szisztematikusan újraszervezhető, fejleszthető a megmaradt kapacitás. A hazai betegek ellátásában le nem köthető kapacitások az EU belső piacára való belépéssel tehető hasznossá (**egészségturizmus**). Cél, hogy minél több területen megszerezzük a ritka betegségek **EU-s gyógyító-központi** státuszát. A 2010 előtti évek kormányzati politikájának egyenes következményeként kialakult erjedési folyamatokat meg kell állítani, megakadályozva a nehéz helyzetben lévő egészségügyi intézmények szabályozatlan, ellenőrizetlen tulajdonosi vagy funkcionális privatizációját. Fontos az egészségügyi célvagyon (kizárólag egészségügyi célra felhasználható vagyon, például ingatlan) értékének megőrzése.

24. **Új szemlélet az egészségügyi ellátók finanszírozásában – tőkeköltségek beépítése és szektorsemleges finanszírozás:** azáltal, hogy a tőkeköltségek nem a működési bevételekhez kapcsolódóan kerülnek a szolgáltatókhoz, a beruházási döntésekben nem kellő súllyal jelenik meg a kihasználtság. A hatékonyság javítása érdekében tehát szükség van **az amortizáció és a megtérülés szolgáltatási díjtételekbe való beépítésére**. Fontos szempont a szektorsemlegesség elve, ami azt jelenti, hogy az állami és a magánszolgáltatók ugyanazon feltételek mellett kapják a finanszírozást, különben nem adottak a szolgáltatók közötti verseny feltételei. A **szektorsemlegesség** elvét ugyanakkor nemcsak egy adott szolgáltatás esetében kell érvényesíteni, hanem különböző szolgáltatások egymáshoz viszonyított feltételei tekintetében is (tárgyi és alanyi szektorsemlegesség). Megszüntetendő az a gyakorlat, hogy bizonyos területeken, ahol elsősorban magánszolgáltatók működnek, a szolgáltatási díjtételeket más területekhez képest aránytalanul magasán állapítják meg, így a közszolgáltatók rovására teremtenek jól jövedelmező piacot a magánbefektetőknek.
25. **Tulajdonlás és menedzsment az ellátórendszerben; az orvos és szakdolgozó, mint menedzser:** A tulajdonlás és működési mód megválasztása, tehát a magántulajdon és köztulajdon szerepe az egészségügyi szolgáltatások nyújtásában **nem cél, hanem eszköz**. Határozottan elutasítandók tehát az elmúlt időszak szabályozatlan kényszerprivatizációi és az egészségügyi vagyon elkótyavetyélése, de nem vethető el a betegek érdekében a magántőke bevonása az ellátórendszer fejlesztésébe. Ez azonban addig nem támogatható, amíg nincsenek meg a magántőke közérdekekkel összhangban történő működésének rendszerfeltételei. Egyre több tudományos bizonyíték szól amellett, hogy **a szolgáltatók hatékony működésében a tulajdonforma helyett jóval nagyobb jelentősége van a megfelelő finanszírozási ösztönzőknek** és az ezzel összhangban lévő, **a működési kereteket meghatározó jogszabályoknak**, a menedzsment és a tulajdon kapcsolatának, valamint az egészségtudományi és menedzsment tudás és tapasztalat egyesítésének. Ennek alapján támogatható az orvosoknak és az egészségügyi dolgozóknak a szolgáltatók menedzsmentjébe történő bevonása, illetve meghatározott esetekben a tulajdonszerzésüket is.

26. **Szolgáltatói betegút-szervezés a hatékonyság, a minőség, a hozzáférés és a jövedelmi helyzet javítása érdekében:** a szolgáltatókat nemcsak ellenőrzéssel, hanem anyagilag is érdekeltté kell tenni a hatékonyabb működés elérése érdekében. Tökéletes ösztönzőrendszer nem építhető fel, de fontos feladat olyan intézményi megoldás kialakítása, ahol a legkevesebb ellenőrzési igénnyel biztosítható az ellátás hatékonysága, azaz az ellátórendszer minél alacsonyabb szintjén befejezett, definitív ellátás nyújtása, a hatástalan, illetve marginális haszonnal járó beavatkozások visszaszorítása, a felesleges párhuzamosságok elkerülése. **Fontos, hogy a hatékonysági nyereségek a rendszerben maradjanak, és az élet- és munkakörülmények jobbítását szolgálják.** Többletforrások elsősorban működőképes hatékonysági ösztönzők beállítása esetén és mentén kerülhetnek a rendszerbe. A hatékonysági ösztönzőket nem a finanszírozási technikák gyökeres megváltoztatásával, hanem ezek kiegészítésével, finomításával, illetve ezekre való ráépítéssel célszerű megjeleníteni. A csökkenő kórházi esetszámok lehetőséget teremtenek a díjtételek fokozatos növelésére; így a kórházak nem járnak rosszul a volumencsökkenéssel, azaz megszűnik a teljesítménykényszer.
27. **Szolgáltatók közötti verseny a betegekért:** a biztosítók közötti versennyel szemben a szolgáltatók közötti verseny kívánatos eszköze az alulkezelés elkerülésének, megfelel a betegek elvárásainak, és megfelelő keretek között elősegítheti az ellátás minőségének javulását is. A szolgáltatók közötti verseny akkor működik a leghatékonyabban, ha a betegek választási szabadsága (az orvosi indokoltóság és progresszivitás korlátain belül) minden szolgáltatóra kiterjed. Ehhez biztosítani kell az átjárhatóságot, amely legkisebb adminisztrációs költséggel az országosan egységes, standardizált szerződéskötés és finanszírozási technikák rendszerének megőrzésével valósítható meg.
28. **Paraszolvencia elleni küzdelem:** A paraszolvencia megszüntetéséhez egyszerre szükséges kezelni a beteg-oldali és a szolgáltatói oldali motivációkat. Egyértelműen **elválasztandók egymástól a közszolgáltatásban, illetve a magánszektorban végzett gyógyító tevékenység keretei,** szervezeti, finanszírozási és jogosultsági szempontból, amely feltételezi a paraszolvenciához köthető többletszolgáltatások elemzését, világos meghatározását is. A paraszolvencia szolgáltatói oldali kezeléséhez a források három nagy területről származhatnak: (1) az ágazati, illetve ágazatközi funkcionális szolgáltatói integráció, a betegút-szervezés és az új gyógyszerpolitika alkalmazásával nyerhető források reallokációja elsősorban az orvosok és szakdolgozók megtartását és pozitív ösztönzését segítő életpálya modell fedezetére használandók fel; (2) az ország gazdasági fejlettségének megfelelő közkiadási szint fokozatos eléréséből származó többletforrások felhasználásából; (3) valamint a magánforrások ellenőrzött és átlátható bevonásából. Szervezeti szempontból kiemelt jelentősége lehet a **járóbeteg-szakellátás fejlesztésének,** amely a magyar orvosok itthon tartására, számukra új életpálya-perspektíva megnyitására hordoz lehetőséget. Páciensközpontú szabályozók kidolgozása és szükségletalapú országos kapacitástervezés mellett, az állampolgárok szabad orvosválasztásának és egyes OEP által nem finanszírozott szolgáltatások rendszerelvű megjelenítése révén plusz állampolgári források szolgálhatják az egyébként mobilis szakember-nemzedékek hazai egzisztencia-teremtését. A paraszolvencia megszüntetésében kiemelt szerepe van az **életpályamodell** kialakításának, és építeni lehet a Magyar Rezidens Szövetség által felvetett "zöldkeresztes" mozgalom ötletére is. A magánforrások ellenőrzött és átlátható bevonása során szerepet kaphatnak a kiegészítő biztosítási konstrukciók is, különös tekintettel az önkéntes kölcsönös egészségpénztári mozgalomra.

29. **Népegészségügyi program és akcióterv:** a feltárt problémákra válaszolva, a felkutatott és újragondolt fejlesztési forrásokra építve paradigmaváltó program és akcióterv készül, amely a **népegészségügyi célok** elérése érdekében mozgósítani kívánja az egész nemzetet. Egy új alapokra helyezett népegészségügyi program keretein belül szükség van a népegészségügyi intézményrendszer megújítására, valamint a fenntartható finanszírozás megteremtésére, amely az egészségügyi ellátórendszeren túl is mozgósítani képes a forrásokat. A hatékony ágazatközi koordináció elengedhetetlen, különös tekintettel a prevenció erősítés és, az egészségi egyenlőtlenségek csökkentése céljából: ennek egyik fontos eszköze az *Egészséget minden szakpolitikában* működési mód érvényesítése. A stratégiai fejlesztések mellett 2011-13-as időszakban azonnali intézkedésekre van szükség a lakosság egészségi állapotának javítása érdekében.
30. **Földrajzi-, és szakterületi ellátás-fejlesztési programok a területi és szakmai hozzáférési aránytalanságok csökkentésére, a hatékonyság és a minőség javítására:** Cél, hogy a programok kiterjedjenek az összes népegészségügyi szempontból jelentős szakterületre, különös tekintettel az egészségmegőrzésre és a betegség megelőzésre, az alapellátásra, a foglalkozás-egészségügyi ellátásra, a sürgősségi ellátásra és a rehabilitációra, valamint a kardiovaszkuláris, pulmonológiai, onkológiai, pszichiátriai és **gyermek-egészségügyi ellátásra.**
31. **Sürgősségi ellátás, mentőszolgálat, ügyeleti ellátás és betegszállítás egységének megvalósítása:** A sürgősségi ellátásban az „egy kapus” modell megvalósítása indokolt a prehospitalis és az intézményi szakban egyaránt. Így meg kell szervezni az Országos Mentőszolgálathoz (OMSZ) centralizált egységes diszpécseri és az ehhez kapcsolt ügyeleti rendszert, illetve a megfelelő szintű sürgősségi osztály kialakítását minden aktív ellátást végző kórházban. Alapvető cél, hogy a kritikus megbetegedések és sérülések szakmailag meghatározott időablakai az ország egész területén betarthatók legyenek. A megfelelő **informatikai és építészeti beruházások** a rendelkezésre álló fejlesztési forrásokból megvalósíthatók. Az **OMSZ járművek** jelentősen megnőtt futásteljesítménye még inkább aláhúzza az amortizálódott járműpark csere már megkezdett folyamatának szükségességét. A **légmentés** szervezése és pénzügyi helyzete átvilágításra szorul, ezt a mentési formát is az OMSZ-ba kell integrálni. Az **örzött betegszállítások** fejlesztésének jelentős eleme lesz a felesleges és gyakran igen megterhelő epizódok számának csökkentése a telediagnosztika preferálásával és a beteg helyett a szakember mozgását célzó mobil konziliáriusi rendszer ösztönzésével. Nem a sürgősségi ellátás része, de az OMSZ-ból való kiválása óta az **örzést nem igénylő betegszállítás** területén súlyos anomáliák jelentkeznek. A betegeket megterheli a gyakran túlsúlyolt járművel történő „kóborlás”, ugyanakkor utóbbi időben a szolgáltatók egy része – a magas üzemanyagárak miatt – csak „területi” beteget hajlandó mozgatni kórházak, rendelések között. Egységes irányító és informatikai rendszer híján a szolgáltatások végzése és elszámolása teljességgel nem kontrollálható, ami súlyos morális és hatékonysági veszteségeket okoz. Ezért a **betegszállítás** feltételeinek és teljesítményének szigorú ellenőrzése szükséges. Pontosítani kell a **rendezvények egészségügyi biztosításával**, az esetleges katasztrófa helyzetek kezelésével kapcsolatos eljárási rendet, felelőségeket, azok fedezetének forrását.
32. **Az alapellátás megerősítése, praxisközösségek, csoportpraxisok kialakítása:** az ellátórendszer kulcseleme, ezért **prioritásként kell kezelni az alapellátást.** Erősíteni szükséges a háziiorvosi, házi gyermekorvosi hálózat képességét és *érdekeltségét a helyben*

K

M

F

G



befejezett ellátások arányának növelésére, a prevencióban, egészségnevelésben való aktív részvételre. Ennek érdekében *csökkenteni kell adminisztratív terheit*, támogatva egyúttal a korszerű *műszerpark* kialakítását. Egyik lépésként néhány hónapon belül elérhetővé válik az az informatikai fejlesztés, aminek eredményeképpen a házi orvosok TAJ szám alapján követni tudják betegeik közfinanszírozott intézményekben történt ellátásait. Ezáltal egyfelől sokkal alaposabb rálátásuk lesz betegeik általuk korábban nem látott szakellátási igénybevételeire, másrészt így ki lehet küszöbölni a felesleges párhuzamosságokat, és ennek köszönhetően hatékonyabb lesz a rendszer. A szükséges többletet a helyi morbiditási adatok alapján súlyozva, illetve *kiegészítő teljesítményfinanszírozási elemek* révén lehet biztosítani. Vissza kell adni az alapellátásban dolgozók munkájának értékét, hogy ez a szakmai terület újra vonzó alternatívát jelenthessen a jövő szakemberei számára, csökkentve ezzel a hozzáférés esélyét súlyosan veszélyeztető intenzív elvándorlást a területről. Ösztönözni szükséges a helyi területi és **szolgáltatói együttműködés** elmélyítését a **praxisközösségek, kistérségi alapellátási központok kialakítása**, illetve a védőnői hálózat, valamint az otthoni szakápolást, hospice ellátást és szociális gondozást végző önkormányzati, civil és egyházi szervezetek munkájának szorosabb integrációja irányában. A *praxisjog megújításával* kell segíteni a fiatal házi orvosok pályakezdését, és a méltó nyugdíjba vonulást.

33. A járóbeteg ellátás fejlesztése: A kórházi és területi szolgáltatók elkülönülése, a magán és a közfinanszírozott tevékenység keveredése hozzájárul a járóbeteg ellátás zavaraihoz. Az intézményi szervezeti keretek tisztázása és átláthatóságának megteremtése mellett a járóbeteg szakellátóknak, mint a betegút-szervezés kistérségi központjainak, kiemelt szerepet kell adni az ellátórendszer struktúra-átalakításában, a hatékonyság javításában. Finanszírozási eszközökkel szükséges ösztönözni a fekvőbeteg-ellátást kiváltó járóbeteg szolgáltatások és a „hungarikumnak” tekinthető gondozói hálózat ellátási részarányának növelését.
34. **A kórházi rendszer átalakítása:** A fekvőbeteg ellátás intézményeit, a kórházakat, mint helyi tudásközpontokat, egyúttal legnagyobb munkaadókat a nemzeti erőforrások megkülönböztetett értékeiként, az egészségipari fejlesztések fontos elemeként kell kezelni. Cél az egyértelmű feladat-kijelölés (szükséglet alapú kapacitás szabályozás) és az ehhez társuló finanszírozás, a **párhuzamosságok megszüntetése**, a szakmai **progresszivitás** elvének maradéktalan érvényesítése, a **határterületi feladatok** (rehabilitáció, idősellátás) komplex kezelésének megvalósítása az érintett társágzatok szorosabb bevonásával. Az önkormányzatok jelentős hányada súlyosan eladósodottá vált, ezért nem képes a szakmai és tulajdonosi – fejlesztési, állagmegóvási – elvárásoknak megfelelni. Mivel itt az ágazat egyéb területein jelentős arányban részes magánszektor sem ért el sikereket, **az állami szerepvállalás erősítése kerül előtérbe.**
35. **A progresszív betegellátás újrászervezése:** A *súlyponti kórházi fogalom megszüntetése után* a morbiditási mutatók folyamatos monitorozására alapozva **újra kell szervezni a fekvőbeteg ellátás progresszív, hierarchikus rendszerét**, amelyben kiemelt szerepet kapnak a megerősített *megyei kórházak és a szakkórházak*. A városi kórházak működtetése átszervezésre szorul. E folyamatban alapvető a munkahelyek és a kapacitások volumenének, valamint a sürgősségi ellátáshoz való biztonságos hozzáférés színvonalának a megőrzése. Ugyanakkor a szakmai, epidemiológiai és logisztikai paraméterek figyelembevételével egyedi módon kell meghatározni a helyi fejlesztés jövőképét, újszerűen építve a szociális ellátással való kooperációban, az egynapos és

járóbeteg szakellátásban, a kistérségi betegút-szervezésben és a szűrővizsgálatok kiterjesztésében rejlő lehetőségekre. A speciális progresszív szolgáltatásokat elsősorban nyújtani képes *nagyterségi központok* kialakításakor alapvetően az orvosegyetemekre kell építeni. A jelentős költségigényű, különleges jártasságot és műszerezettséget igénylő, ritkábban végzett ellátások (égett sérültek, transzplantáció, speciális fertőzések, stb.) *országos szakmai központokba* koncentrálása szükséges, a megfelelő feltételek és hozzáférés biztosításával. A klinikák és egyes szakkórházak mellett ebben jelentős szerephez jutnak azok az országos intézetek, amelyek népegészségügyi szempontból kiemelt területen tevékenykednek. Ezért is elengedhetetlen a baleseti és a pszichiátriai szakma módszertani központjának újraszervezése, az utóbbihoz kötődően pedig a hazai alkohológiai és addiktológiai ellátás kiemelt fejlesztése. A szakmai kollégiumok aktív bevonásával kell **újraértékelni a szakmai minimumfeltételeket és irányelveket** valamint a **területi ellátási kötelezettség rendszerét**, elsősorban a sürgősségi ellátásban bevezetve a progresszivitással összefüggő, lépcsőzetesen egymást átfedő, világos betegutakat kijelölő városi, megyei illetve nagyterségi-országos szinteket.

36. **A rehabilitáció valós szakmai fejlesztése, krónikus ellátás, gyógyturizmus:** Az orvosi rehabilitáció nem a költségcsökkentés, hanem a **gyógyító-helyreállító folyamat kiteljesítése** szempontjából fejlesztendő. A közösségbe visszailleszkedés és a munkaképesség biztosítása csak a többi érintett ágazattal együttműködve érhető el, és vezethet az egyéni és társadalmi szempontból súlyosan káros inaktív lét megelőzéséhez. Ezért meg kell szervezni a **rehabilitációs szakma egyetemi oktatását** és hálózatának az aktív ellátáshoz hasonló, **progresszív, hierarchikus rendszerét**, megkülönböztetve attól az ápolási, szociális feladatokat és a szanatóriumi típusú kezeléseket. Ugyanakkor többletforrások révén is biztosítani kell a **speciális krónikus feladatok** (pl. súlyos gerinc- és agyvelősérültek, kómás vagy tartós gépi lélegeztetésre szoruló betegek ápolása, hospice) megoldását. A krónikus, illetve az ápolási osztályokon tartósan ellátott betegek finanszírozása 2010-ben degresszív módon csökkent az előző kormány által bevezetett restriktív következtében. Ezek az intézkedések azonban nem képesek a szociális kapacitások nagyobb arányú igénybevitelére ösztönözni a lakosságot, mert ilyen irányú jelentősebb férőhely bővítésre évek óta nem került sor. Célszerű szakítani az egészségügyi alap- és krónikus fekvő-illetve a szociális szolgáltatások eddig dogmaszerű szétválasztásával és a szükségletek valamint lehetőségek felmérésével törekedni a kapacitások konverziójára, az ott dolgozó ápolók és gondozók kompetenciáinak pontosítására. Hasonlóan elengedhetetlen az Európában kiugróan népes rokkantnyugdíjas réteg további növekedését megelőzni képes valódi, komplex – egészségügyi, szociális, képzési, foglalkozási – rehabilitáció és társadalmi reintegráció elmélyítése. Ennek előfeltétele az összefogás a többi érintett ágazat vezetésével, az új minisztériumi keretrendszer kihasználásával. A *geológiai gyógyhelyeket* egy nemzeti gyógyturisztikai program részeként kiemelten kell kezelni.

37. **A szétzilált, korábban világszínvonalú pszichiátriai ellátórendszer megerősítése:** Hazánk vezető helyet foglal el a mentális betegségek előfordulásában is, az alkoholizmust magyar népbetegségnek tekinthetjük, továbbá a súlyos neurológiai, pszichiátriai krónikus problémák (például a demencia) emberek százezreit érintik. Ennek ellenére nemcsak az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet (OPNI) bezárása történt meg, hanem jelentős (24%-os) országos pszichiátriai aktív ágyszám csökkentés is lezajlott az elmúlt években, a krónikus férőhelyek minimális (4%-os) bővülése mellett és a járóbeteg ellátás

érdemi átalakulása nélkül. Ez azt eredményezte, hogy Magyarország jelenleg a pszichiátriai fekvő kapacitások tekintetében Európában az utolsó előtti helyen áll, a járóbeteg-ellátó kapacitását tekintve pedig jelentős területi egyenetlenséget mutat. Ellátatlanul maradtak bizonyos területek, betegcsoportok, speciális ellátási igényű betegek. Nagy szükség van tehát a korszerű, betegközpontú pszichiátriai és addiktológiai gondozó és kezelő-rehabilitáló intézmény-hálózat kialakítására, továbbá egy, a módszertani-szervezési valamint kutatási feladatokat elvégző, és egyes speciális területeken kiemelt ellátásra képes központ újraszervezésére.

38. **Gyógyszerpolitika:** Az új gyógyszerpolitika középpontjában a **minőség és a költséghatékonyság** áll. **Transzparenssé** kell tenni a **gyógyszerek befogadási eljárását**. **A generikus program továbbfejlesztése** lehetőséget teremthet források felszabadítására. Lényeges, hogy a nagy hatékonyságú, új gyógyszerek a hazai lakosság rendelkezésére álljanak. Hangsúlyt kell helyezni a **gyógyszerfogyasztók egészségtudatosságának növelésére**, az **orvosok** és a **gyógyszerészek érdekeltségének** megteremtésére a gyógyszeres terápia eredményességének növelésében, bevonva őket a népegészségügyi programokba. Egyszerűsíteni illetve **igazságosabbá és ellenőrizhetőbbé** kell tenni a **közgyógyellátás** rendszerét, hogy minden rászoruló hozzájuthasson a szükséges gyógyszereihez. Fontos célkitűzés a **gyógyszerbiztonság növelése**. Ehhez védeni kell a legális gyógyszer-forgalmazási csatornákat a hamis gyógyszerektől.
39. **Lakossági gyógyszer és gyógyászati segédeszköz ellátás:** A jogszabályok és a napi működés területén is folytatni kell a **gyógyszertárak egészségügybe történő visszaintegrálásának feltételeit**. Az Európai Bíróság határozatával összhangban a 2010-ben hozott új jogszabályok **megállították a gyógyszerpiac liberalizálását** és újraszabályozták a gyógyszertár-létesítést és –működtetést. Megteremtődtek a feltételei a gyógyszerészi tudáson és etikán alapuló gyógyszertár-működtetésnek. Korlátozódott a gyógyszertár-láncok további kiépítésének lehetősége, és határidőhöz kötve megindult a többségi gyógyszerészi tulajdonon alapuló gyógyszertár-működtetés megvalósítása. **Szigorodtak a gyógyszertárakban folytatott marketing szabályait**. Az előírások napi gyakorlatban való megvalósításához és a lakosság biztonságos gyógyszerekhez jutásának garantálásához hatékonyabbá kell tenni az ellenőrzést. Folytatni kell a gyógyszerforgalmazás átalakítását, **garantálva a térben és időben egyenletes gyógyszerellátás feltételeit**, külön figyelmet fordítva a hátrányos helyzetű területekre. A közforgalmú gyógyszerellátást integrálni szükséges a népegészségügyi programokba. **A gyógyászati segédeszköz ellátás** területén is biztosítani kell az **átláthatóságot** a finanszírozásba történő befogadás és a kiszolgálás vonatkozásában egyaránt. Előnyben kell részesíteni a forgalmazáson túl tanácsadást, egyedi átalakítást, szervizelést, kölcsönzést is nyújtó **komplex szolgáltatásokat**. Biztosítani kell, hogy a rászorultak a szakmai szempontok figyelembe vételével hozzájussanak a nagyértékű segédeszközökhöz is, de csak a megfelelő rehabilitációs team vagy osztály által végzett ellátás keretében.
40. **Egyszerűbb adminisztráció, átláthatóság és rendszermenedzselhetőség:** a jelenlegi adminisztrációs és adatszolgáltatási kötelezettségeket felülvizsgálva, a fölöslegeseket meg kell szüntetni, elindítva a legfontosabb információrendszerek standardizálását. Az egészségügyi rendszer teljesítményének értékeléséhez hiányzó adatok beazonosítása után át kell alakítani a rutin statisztikai adatgyűjtési rendszereket egy **valódi ágazati teljesítményértékelési rendszer** kialakítása érdekében.

41. **Minőségfejlesztés az egészségügyi ellátásban:** Az egészségügyi kormányzat a nehéz gazdasági helyzetben különös prioritásként kezeli az egészségügyi szolgáltatások minőségének kérdését, azaz azt, hogy az ellátások során biztonságos, megfelelő, időszerű és ezek eredményeként eredményes, a betegek elégedettségét szolgáló betegellátás valósuljon meg. A minőségpolitikai célkitűzések, melyek illeszkednek a hazai egészségpolitikai irányokhoz és az Európai Unió trendekhez, ezen elvek figyelembe vételével kerülnek meghatározásra. A következő egy év feladata a kapcsolódó minőségügyi stratégia kidolgozása. A **házi orvosi ellátásban** minőség célként a primer, szekunder és terciér prevenciós tevékenység erősítése, és a gyógyszerellátás megfelelőségének fejlesztése került meghatározásra. Ennek érdekében olyan ösztönző rendszer kerül kiépítésre és folyamatos fejlesztésre, amely indikátorokon keresztül vizsgálja a végzett szakmai munkát, és az egyes házi orvosok által elért eredményeket pénzügyi elismerésben részesíti. Az indikátorok használata emellett lehetővé teszi a házi orvosi ellátás általános minőségi problémáinak a feltárását, és az erre alapozott rendszer szintű intézkedések megalapozását. A **szakellátásban** a betegbiztonság, mint prioritás érvényesítéséhez, a minőségellenőrzés és minőségértékelés eszköztára hiányzik, így szükséges annak megteremtése. Unió források bevonásával átfogó minőségértékelési programot kell indítani, a standardok egységes felülvizsgálatán alapuló akkreditációs rendszerrel. Ezen belül kiemelt prioritás a betegbiztonság kérdése, támogatva az erre irányuló betegbiztonsági kutatásokat és a gyógyszerbiztonságát. A szakellátóknak pályázati lehetőséget kell biztosítani az akkreditációs programba való belépéshez. A gazdasági lehetőségek függvényében szükséges megalapozni az akkreditációs státuszt szerzett szolgáltatók elismerési rendszerét. Kiemelt prioritásként kell kezelni a betegközpontú ellátás fejlesztését, e célból első lépésként az ellátottak véleményének és az ellátás eredményének megismeréséhez standardizált felmérési rendszer kidolgozása szükséges.

I

### Termelési tényezők előállítása, emberi erőforrás menedzsment

42. **Az ellátók működési biztonságának, társadalmi elfogadottságának növelése:** Az ellátók biztonságának növelése a finanszírozási és jogi környezet kiszámíthatóságának megteremtésével lehetséges. Tudatos **kommunikációs kampányt** kell indítani az egészségügy értékeinek bemutatására. Az egészségügyi dolgozókat meg kell védeni a fizikális és verbális erőszaktól – a jogszabályi háttér megerősítésével is.
43. **Emberi erőforrások képzése és megőrzése:** Az emberi erőforrás stratégia a jelenlegi problémák felméréséből, az azonnal megteendő, megtehető válságkezelési intézkedésekből, valamint egy hosszútávú intézkedési tervből tevődik össze. Eddig a helyzetfelmérés, a források megtalálása és az azonnali intézkedések voltak napirenden. Az eddigi szakértői munka alapján az **életpálya modell** többféle koncepcionális elemből táplálkozik, úgy mint a jövedelem, a képzés, a munkavégzés feltételei és egyéb ösztönző lehetőségek. Elengedhetetlen emellett számos további a munkavégzéssel, alkalmazással összefüggő kérdés tisztázása: önkéntes tevékenység paramétereinek pontosítása, munka- és pihenőidő kérdése, túlmunka honorálása, a gyakran kötelező továbbképzések költségeinek elismerése, ápolók, szakdolgozók mellett a nem klinikai tevékenységet végző ágazati munkatársak (informatikusok, mérnökök) szerepének figyelembe vétele.

L

## 6. MEGVALÓSÍTÁS ÉS ÜTEMTERV-KERET

### 6.1. Megvalósult intézkedések

1. A *Semmelweis Terv*ben megfogalmazott, valamint az Egészségügyért Felelős Államtitkárság első kormányzati félévére (azaz 2010 második félévére) eső egyéb azonnali intézkedések közül a terveknek megfelelően **megvalósultak azok a jogszabályi, illetve forrásteremtési és finanszírozási változások**, amelyek megnyitották a lehetőséget az egészségügyi rendszer szerkezeti átalakítása, és hosszabbtávú konszolidációja előtt.
2. **A megvalósult forrásteremtési és finanszírozási intézkedések közé tartozik** többek között: (1) a 27,5 milliárd Ft többletforrás-juttatás a szakellátásnak, de ide tartozik az OMSz-nek és a házi orvosoknak juttatott többletpénz valamint az E-Alap tartalékkeret felhasználása a vörösiszap-tragédia és más, rendkívülinek tekinthető események által felmerült egészségügyi többletforrás-igények kielégítésére is; (2) az ÚSZT keretén belül átcsoportosításra kerültek a megmaradt fejlesztési források, hogy támogassák a 2011-re tervezett struktúra-átalakítást, (3) a 2011-es finanszírozási évre vonatkozó TVK keretek elosztása, amely egyéb szakmapolitikai célok mellett fellazította a számos torzulást okozó merev TVK rendszert; (4) az egyéb finanszírozási változások, például a gondozóintézetek esetében a teljesítményelemek bevezetése, vagy a térítési díjak rendszerének újraszabályozása (ez utóbbi esetében a részleges térítési díjakról leválasztásra került az úgynevezett kiegészítő térítési díjak kategóriája, amely teljes egészében a szolgáltatókat illeti meg).
3. A teljesség igénye nélkül a következő **jogszabályi ésszerűsítésekkel** lehetett csökkenteni az ellátókra háruló terheket, illetve megakadályozni a rendszer összeomlását:
  - a szolgáltatók számára betarthatatlan új minimum feltételek hatályba lépésének a felfüggesztése;
  - az ellátásban súlyos működési zavar előidézésének kockázatával járó ápolói kompetenciarendelet visszavonása;
  - a szakorvosi rezidensek képzési rendszerét szabályozó rendeletek módosítása, az elvándorlásnak újabb lökést adó „röghözkötés” eltörlése;
  - a közreműködői szerződések esetében az előző kormány által hatályba léptetni kívánt szigorítás eltörlése, amely a közreműködő számára megtiltotta volna akár egy további közreműködő alvállalkozóként való foglalkoztatást, ez pedig ellehetetlenítette volna a járóbeteg szakrendelőkben a speciális ellátások megoldását;
  - a felesleges adminisztratív többletterhet jelentő elszámolási nyilatkozatok betegek számára történő kötelező kiadását előíró rendelkezés megszüntetése – ezt a jövőben a szolgáltatóknak csak a beteg kérésére kell kiadnia (ugyanakkor megmaradt a külön adminisztratív terhet nem jelentő ügyfélkapun keresztüli betekintés lehetősége is);
  - arányossá vált és 100%-ról 20%-ra csökkent az adminisztratív hiba miatt a szolgáltatókra kiróható szankció mértéke; súlyos csalás, illetve károkozás esetén ugyanakkor 150%-ra emelkedett a kiróható büntetés felső határa;

- rugalmasabbá vált az ellátási feladat tovább szerződésének rendszere (egy-egy szakfeladatra külön-külön is lehet szerződést kötni);
  - megszűnt a korábbi progresszivitási rendszert szétziláló súlyponti kórházi rendszer, valamint a kapacitások törvényi rögzítése, amely rugalmatlanná tette, akadályozta a szükséges átalakításokat, egyben rugalmasabbá váltak a kapacitás-átcsoportosítás szabályai is;
4. **Strukturális változtatások és helyes ösztönzők kialakítása alapozta meg az ellátórendszer hatékonyság-javulás irányába történő áthangolását:** (1) megteremtve a gyógyszerárak egészségügyi rendszerbe való visszaintegrálásának a feltételeit; (2) megállítva a gyógyszerpiac további liberalizációját és intézkedéseket hozva a nemkívánatos piaci folyamatok visszafordítására, valamint (3) szankciók helyett ösztönözve a gyógyszerfelírásban a hatékonyság szempontjának érvényesülését (pl. „korbácsrendelet” megváltoztatása).

## 6.2. A főbb folyamatban lévő és tervezett intézkedések ütemezése

5. A *Semmelweis Terv*ben megfogalmazott főbb átalakítási irányok, illetve intézkedések megvalósítása négy időszakra tagolódik:
- **2010. második félévében** valósultak meg az **azonnali válságintézkedések**, valamint a 2011-re tervezett változtatásokat **előkészítő intézkedések**; az erre az időszakra vonatkozó összefoglalót az előző alfejezet tartalmazza;
  - **2011. a fenntartható átrendeződés éve:** az első félév feladata a második félévben esedékes struktúra-átalakítás megtervezése és előkészítése, majd az átalakítást támogató legfontosabb intézmények illetve struktúrák kiépítése.
  - **2012-2014:** az elindított változások konszolidációját, az átalakítás rendszeres értékelését, a szükséges korrekciók megtételét és az egészségügy növekedési pályára állítását helyezi a középpontba.
  - **2015-2018:** az elért átalakítások értékelése, a rendszer további finomhangolása, a képzési kapacitások és az egészségipar fejlesztése.
6. **2011 első félévében** megkezdődött az **ellátórendszer felmérése**, a tulajdonos önkormányzatokkal és az ellátóintézmények vezetésével való tárgyalások, az egészségügyi dolgozókkal való **párbeszéd elmélyítése**, és az **állami egészségügyi szervezési rendszer kiépítése**. A második félév elejére elkészül az **ellátórendszer átalakításának keretrendszere**, valamint az átalakítási és beteg- szervezési **módszertan**. Ekkor születnek meg a szükséges **struktúra-átalakítási** döntések is, amelyeket az *Új Széchenyi Terv* (ÚSzT) keretében rendelkezésre álló pályázati források támogatnak. A 2012-es finanszírozási év szabályait az új struktúrával összhangban dolgozza ki a finanszírozási rendszer megújítására létrehozott módszertani központ. Megkezdte működését az *Állami Egészségügyi Központ*.
7. **Ennek megfelelően a 6.1. ábra mutatja be a 2011-re vonatkozó legfontosabb intézkedések ütemezését és mérföldköveit.**

# Konceptció







8. **A megvalósítás előfeltételei, illetve kockázatai:** A sikeres átalakítás egyik legfontosabb külső feltétele a források biztosítása, ami a pályázatok előkészítésétől és időben történő kiírásától függ. Hasonlóan fontos feltétel a fenntartók megnyerése és bevonása az átalakításba. Ennek érdekében 2011 első három hónapjában az Egészségügyi Államtitkárság országjáró körutat folytat, amelynek keretében minden megye, illetve nagytérség érdekeltjeivel megbeszélést folytat a tervezett átalakításokról. Az átalakítás megközelítésmódja az érintettek megfelelő informálására és részvételére helyezi a hangsúlyt.

konceptió

**Programtervek**

**Szakterületi bontásban**

**Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére**

## 7. PROGRAMTERVEK

A.	Azonnali pénzügyi-gazdasági intézkedések .....	45
B.	Szakellátók finanszírozása .....	49
C.	Állami egészségügyi szervezési intézményrendszer .....	52
D.	Ágazati informatika fejlesztése .....	60
E.	Tulajdonlás és menedzsment .....	66
F.	A magyarországi sürgősségi ellátórendszer fejlesztési terve .....	71
G.	Alapellátás .....	80
H.	Gyógyszer-, és gyógyászati segédeszköz politika.....	85
I.	Minőségfejlesztés .....	93
J.	Járóbeteg-szakellátás .....	96
K.	Népegészségügy .....	99
L.	Életpálya .....	106
M.	A magyar csecsemő-, és gyermek-egészségügyi ellátás fejlesztése.....	116
N.	Szakmai kollégiumi rendszer átalakítása .....	124
O.	Országos Betegjogi és Dokumentációs Központ és az ellátói hibák kompenzálása 128	
P.	Koncepció a főváros és vonzáskörzete egészségügyi ellátásának átalakítására..	132
Q.	Függelék .....	134

## A. AZONNALI PÉNZÜGYI-GAZDASÁGI INTÉZKEDÉSEK

A megvalósíthatóság szempontjából (időkeret, források, technikai feltételek) **a pénzügyi-gazdasági intézkedések három fő elemből állnak:** (1) azonnali forrásjuttatás 2010. december 31-ig; (2) a finanszírozási rendszer 2011-es finanszírozási évre vonatkozó átalakítása, és (3) az egészségügyi ellátórendszer struktúrájának átalakítása, amelynek hatása 2012-től lesz érezhető. A beruházások az EU-s források terhére tervezhetőek; eredményük a források hatékonyság és hozzáférhetőség mentén történő reallokációja, valamint a pénzügyi, költségvetési egyensúly hosszú távú fenntarthatósága lesz. Az **azonnali forrásjuttatás intézkedéscsomagjának** keretében 2010 végéig 27,5 milliárd többletforrás jutott a szakellátásba, ezen felül kiemelt támogatásban részesült az Országos Mentőszolgálat és egyszeri többletforrás került biztosításra a háziorvosok részére is.

### A.1. Helyzet meghatározás, rendszerdiagnosztika

1. Az egészségügyi ellátórendszer 2010-ben az összeomlás szélére sodródott. Az ellátórendszerből a konvergencia program keretében történő forráskivonás, az átgondolatlan és áterőszakolt strukturális átalakítások, leépítések, a feleslegesen túlbonyolított szabályozás és értelmetlen adminisztrációs terhek, valamint a rendszer egyéni hatalmi és politikai érdekek mentén történő kiszámíthatatlan és követhetetlen alakítások azonnali intézkedést kívánó válsághelyzetbe sodorta az egészségügyi ágazatot. Ennek tünetei közé tartoznak:
  - Az első negyedévtől kezdődően fokozatosan felszaporodó kórházi **adósság-állomány**. A tárca felmérése szerint az összes fizetési határidőn túli kötelezettség 2010. június végén elérte a 36,5 milliárd forintot, 2010. szeptember végén pedig a 47,5 milliárd forintot. A fekvőbeteg szolgáltatók összes kötelezettsége (amely tartalmazza a lejárt és nem lejárt szállítói tartozásokat, az önkormányzatokkal, az állammal, és a tb alapokkal szembeni kötelezettséget, továbbá a peres és peren kívüli kötelezettséget, az OEP felé való kötelezettséget, valamint a tulajdonos felé fennálló és az egyéb kötelezettséget, a működési hitelt, a fejlesztési hitelt is) 2010. szeptember 30-án 138,7 milliárd Ft összeget is. A pénzügyi tartozások mellett az egészségügyi intézmények **a dolgozók felé is eladósodtak**, a bérek alacsonyan tartásával, illetve csökkentésével (2009-ben először nettó bércsökkenés a 13. havi juttatás megvonása miatt), valamint az egyéb járandóságok, béren kívüli juttatások visszatartásával.
  - **Az egészségügyi dolgozók elvándorlása.**
  - Az egészségügyi **ellátás minőségének és az ellátáshoz való hozzáférésnek a romlása**, melyet többek között a szolgáltatások kiüresítése, és hosszú várólisták kialakulása, és az idő előrehaladtával a válságtünetek súlyosbodása fémjelmez. (A Bajai Kórházban például 2010 végén 745 szürkehályog műtétre várakozó beteg volt, a listára kerülőknek 2,5 évet kell várniuk, azaz 2013 júniusában kerülhetnének sorra, miközben a műtétre kerülők várakozási ideje korábban még „csak” 1 év volt. Gerincműtétek esetében a korábbi várakozási idő 5 évre emelkedett.)

- Az ellátórendszer válsághelyzete a szakellátó intézményeken kívül érinti többek között a **mentést** (mentőautók tömeges cseréjének szükségessége), a **szakember utánpótlást** (szakorvosi rezidens elhelyezésének megoldatlansága és tömeges elvándorlása), az **alapellátást, valamint** egyes megkezdett **intézményi beruházások kérdését** is.
2. A jelen válsághelyzet kialakulásának legfőbb oka az abszolút és relatív **forráshiány**, az elmúlt kormányzati időszakban történt **forráskivonás**. Ezeket a megállapításokat a következő adatok támasztják alá:
- **Magyarország gazdasági fejlettségéhez képest az egészségügyi közkiadások szintje nagyon alacsony:** mind a környező országokhoz képest, mind pedig saját korábbi kiadásainkhoz képest jelentős az elmaradás. A Magyar Nemzeti Bank elemzői által készített tanulmány szerint 2007-ben, a nettó költségvetési pozíciót tekintve, az egészségügyi közkiadások aránya a GDP-n belül **2,1 százalékponttal (azaz több mint 500 milliárd forinttal) alacsonyabb**, mint a másik három visegrádi ország átlaga (P. Kiss, Szemere, 2009).

Közkiadások a GDP %-ában, 2007. (P. Kiss, Szemere, 2009)

Terület	SK	PL	CZ	V3	HU	HU-V3
Általános közszolgáltatások	1,5	2,4	2,3	2,1	3,6	1,5
Védelem	1,0	1,0	0,8	0,9	0,9	-0,1
Közrend, közbiztonság	1,2	1,2	1,1	1,1	1,0	-0,2
Gazdasági tevékenységek	3,9	4,2	6,0	4,7	5,7	1,0
Környezetvédelem	0,5	0,5	0,8	0,6	0,6	0,0
Lakásügyek és kommunális szolgáltatás	0,7	0,9	1,0	0,9	0,8	0,0
<b>Egészségügy</b>	<b>6,9</b>	<b>4,0</b>	<b>7,0</b>	<b>6,0</b>	<b>3,9</b>	<b>-2,1</b>
Szabadidő, kulturális és vallási tevékenység	0,5	0,9	1,1	0,8	1,1	0,3
Oktatás	2,5	3,8	2,7	3,0	3,1	0,1
Szociális védelem	9,0	9,8	10,9	9,9	14,2	4,3

- Az Egészségbiztosítási Alap gyógyító-megelőző ellátásokra fordított kiadásai **reálértéken számolva 250 milliárd forinttal maradnak el a 20 évvel ezelőtti, 1990-es szinttől**, amely csak az akkori technológia szinthez képesti elmaradást jelenti, és nem számol az azóta lezajlott fejlődéssel.

Az Egészségbiztosítási Alap Gyógyító-megelőző kasszájának alakulása 2006-2010. (milliárd Ft)

	2006.	2007.	2008.	2009.	2010. (augusztusi állapot)
1. Előirányzat a tervezett vízdíjjal, kórházi napdíjjal	660,9	713,8	741,4	727,6	757,6
2. Kassza a beszedett vízdíjjal, kórházi napdíjjal		703,7	735,1		
3. Évközben beépült plusz források	53,1	15,0	22,1	4,5	
Évközbeni elvonások				-13,0	
A Pénzügyminisztérium által hivatalosan ki mutatott					
4. Gyógyító-megelőző kassza kiadás	714,0	718,7	757,2	719,1	757,6
5. Céltartalék címén bérpolitikai intézkedésekre és 13. havi pótlásra fordított összeg	0,0	22,6	24,5	10,0	(11,2)
6. Tényleges Gyógyító-megelőző kassza kiadás	714,0	741,3	781,7	729,1	757,6
7. Egészségbiztosítási Alap tervezett egyenlege	-111,3	-27,5	2,0	-8,9	-72,9
8. Egészségbiztosítási Alap tényleges egyenlege	-111,3	27,4	0,0	-149,5	
9. Összevont szakellátás a Gyógyító-megelőző kasszából	522,8	526,3	553,4	519,4	545,7
10. Aktív fekvőbeteg ellátás a Gyógyító megelőző kasszából	362,0	336,1	354,9	325,2	344,2

- A rövidtávú válsághelyzetet jellemzi, hogy a **2009. év gyógyító-megelőző ellátás finanszírozása** összességében nominálértékben **több mint 50 milliárd forinttal marad el a 2008-as szinttől**. A 2010 elején juttatott 45,5 milliárd Ft többletforrás csak arra volt elegendő, hogy az intézmények ki tudják fizetni az addig felhalmozódott adósságaikat, így az eladósodás folyamata már 2010 első negyedében újra elindult, és a forráselosztás első félévre történő koncentrálása miatt a második félévben gyorsuló ütemben folytatódott.

## A.2. Okok, megoldási javaslatok és megvalósítás

1. **A pénzügyi stabilizáció kezdetének az egészségügyben a 2010 novembere és 2011 decembere közötti időszak** tekinthető. Ez kétlépcsős kormányzati beavatkozást igényelt: a 2010. év azonnali forrásjuttatását a 2011. év stabilizációs többletforrásai kell, hogy kiegészítsék. A két naptári év során juttatandó többletforrások csak együttesen képesek elérni a kitűzött célt, de az ország gazdasági helyzetétől függően többféle megoldás is elképzelhető. A forrásjuttatás abszolút mértéke határozza meg azt, hogy milyen gyorsan stabilizálható a rendszer.
2. 2010-ben az Egészségbiztosítási Alap 2007-ben keletkezett többletének (27,5 milliárd Ft) felhasználása jelentette a szakellátás azonnali pénzügyi stabilizációjának forrását, és ehhez társult az év végi E. Alap kasszasöprésből és egyéb maradványokból származó többletforrás.
3. A többletforrások, a tervekkel összhangban három prioritási területen kerültek felhasználásra: (1) **Országos Mentőszolgálat (OMSz)** alapszintű működtetéséhez az elhasználandó mentőautók pótlásához. (2) **Az alapellátás** esetében az év végén kiosztott rendkívüli forrásjuttatás azért volt indokolt, mert ennek az ellátási formának alapvető szerepe van a szakellátás tehermentesítésében. Az alapellátás megerősítése képes tompítani a válsághelyzetnek a lakosság egészségi állapotára gyakorolt negatív következményeit. A forrásjuttatást jogszabályi változások egészítették ki (a „korbácsrendelet” néven elhíresült szabályozás elveinek megváltoztatása: büntetés helyett ösztönzés a gyógyszerfelírásban). (3) **A kórházi, egészségügyi szakellátói szolgáltatói adósságállomány csökkentése**, amelyhez az említett 27,5 milliárd forint állt rendelkezésre.
4. Az egészségügyi szakellátói adósságállomány kezelésében alapvető elvárás volt, hogy a rendszerbe juttatott források ne csak a pillanatnyi válsághelyzetet kezeljék, hanem segítsék **elő a rendszer hosszútávú gazdasági, szakmai és szervezeti stabilitásának kialakítását, és járuljanak hozzá a válsághelyzet újratermelődésének megakadályozásához**.
5. **A válsághelyzet kialakulásának rendszerszintű és intézményi okai közül öt ok azonosítása történt meg:** (1) abszolút és relatív forráshiány, forráskivonás, (2) a finanszírozási rendszer torzulásai, aránytalanságai, (3) a finanszírozási rendszer rigiditása, gyakori, kiszámíthatatlan változtatásai, valamint a rapszodikus és igazságtalan ellenőrzési gyakorlat, (4) az egészségügyi rendszer strukturális hibái, aránytalanságai; (5) rendszer- és intézményi szintű menedzsment hibák.
6. **A megvalósíthatóság szempontjából (időkeret, források, technikai feltételek) az intézkedéseket három részre oszthatók:** (1) azonnali forrásjuttatás 2010. december 31-

ig; (2) a finanszírozási rendszer 2011-es finanszírozási évre vonatkozó átalakítása, és (3) az egészségügyi ellátórendszer struktúrájának átalakítása, amelynek hatása 2012-től lesz érezhető. A beruházások az EU-s források terhére tervezhetőek; eredményük a források hatékonyság és hozzáférhetőség mentén történő reallokációja, valamint a pénzügyi, költségvetési egyensúly hosszú távú fenntarthatósága lesz.

7. **A kialakult torz, igazságtalan rendszer felszámolásában az azonnali forrásjuttatás jelentette az első lépést** Az eredeti terveknek megfelelően az intézmények szakmai-gazdasági mutatói alapján, őket több szempont figyelembevételével hasonló csoportokba osztva történt, a rendelkezésre álló 27,5 milliárd forint, normatív felosztása a szakellátásban. Az összeg 50%-ának odaítélését a korábbi bevételek, illetve (egy adott szintig) a TVK feletti többletteljesítmény határozta meg (1-3. intézményi csoport). Az összeg másik fele három további szempont alapján lett szétosztva: további 20% jutott az intézményi TVK megállapítása korábbi kormányzati ciklusban kialakult anomáliáinak, igazságtalanságainak korrekciójára (2. csoport), amelynek kiszámítása az egy ágyra jutó TVK intézmény-csoportonkénti átlagához viszonyított eltérése alapján történt. A teljes összeg 10%-a (5-5%) jutott két nagy népegészségügyi jelentőségű beavatkozás-csoportban (invazív kardiológia, protézis műtétek) kialakult várólisták csökkentésére (1-3. csoport), végül a teljes összeg 20%-a jutott a legeladósodottabb intézményeknek (2. és 4. csoport). Az adósság mértéke csak bizonyos határok között került figyelembevételre.
8. Az intézkedéshez számos, külön kidolgozott **kiegészítő javaslat** tartozott (szabályozási változások, 4 intézmény peren kívüli eljárásban való kárpótlása illetve a 4 egyházi kórháznak a vatikáni szerződése ellenére korábban nem kifizetett bérjellegű elmaradások pótlása). A konszolidációs intézkedések integráns részét képezték azok a **szabályozási változások**, amelyek a rendszer működését terhelő, akadályozó, megbénító értelmetlen rendelkezéseket helyezték hatályon kívül, illetve változtatták meg. Ezek körébe tartozik például az elszámolási nyilatkozatadás kötelezettségének eltörlése-, 2011-től ezt az elszámolást csak a beteg külön kérésére kell az egészségügyi intézménynek kiállítania.



## B. SZAKELLÁTÓK FINANSZÍROZÁSA

A megvalósíthatóság szempontjából (időkeret, források, technikai feltételek) a **pénzügyi-gazdasági intézkedések három fő elemből állnak**: (1) azonnali forrásjuttatás 2010. december 31-ig; (2) a finanszírozási rendszer 2011-es finanszírozási évre vonatkozó átalakítása, és (3) az egészségügyi ellátórendszer struktúrájának átalakítása, amelynek hatása 2012-től lesz érezhető. A **finanszírozási rendszer átalakításának koncepciója** alapján, normatív alapon meghatározásra kerültek a 2011-es évre vonatkozó intézményi teljesítmény volumen korlátok (TVK-k), de ugyanakkor degressziós sávok bevezetésével elindult a súlyos torzulásokat okozó merev TVK rendszer felszámolása.

### B.1. Helyzetelemzés, probléma-meghatározás

1. Az egészségügyi szolgáltatók pénzügyi helyzetének elemzésének kiindulópontja az volt, hogy az elmúlt 4 év megszorításai eredményeképpen olyan helyzet alakult ki, amelyben a jelenlegi keretek között **az egészségügyi intézmények napi működése sem volt fenntartható**. A szakellátás finanszírozásában jelentkező, azonnal kezelendő krízishelyzetet a leköszönő kormány egyszerűen áttolta az új kormány térfelére, azáltal, hogy a 2010-es költségvetési év első felében „kezelte” a problémát. Ez csak arra volt elegendő, hogy az akkor felszaporodott adósságállományt az ellátó intézmények ki tudták fizetni, de az az év 2. negyedétől lényegében újratermelődött. Ezen túlmenően még olyan kormányzati intézkedések is bevezetés előtt álltak, amelyek a krízishelyzetet tovább fokozhatták volna (pl. minimumfeltételek módosítása, krónikus ellátás restriktív finanszírozási szabályai). Az egészségügyi rendszer konszolidációja tehát nem pusztán finanszírozási kérdésként merül fel, hanem magában foglalja a rossz szabályozásból adódó torzulások korrekcióját (ide tartozik pl. a területi ellátási kötelezettség újraszabályozása).
2. A pénzügyi fenntarthatóság megingása mellett a kialakult helyzetben **sérült az erőforrás-allokáció hatékonysága és az ellátáshoz való hozzáférés esélyegyenlősége horizontálisan és vertikálisan is (területi ellátási egyenlőtlenségek, szolgáltatás-specifikus várólisták)**. A TVK nem normatív módon, az ellátási szükségletekkel összhangban került meghatározásra, TVK- piac alakult ki és a TVK-k átláthatatlan módon történő, önkényes osztogatása tovább torzította a nyújtott ellátások és a valós szükségletek közötti diszkrépanciát. A globális TVK arra ösztönözte a szolgáltatókat, hogy a nagy változó költségű ellátások nyújtását visszafogják, így egyes területeken (pl. protézis-műtétek) hosszú várólisták alakultak ki. Ezek a területeken a meglévő kapacitások nem a szükségletek hiánya miatt állnak kihasználatlanul. A hiányhelyzet lökést adott a „**magán szolgáltatások**” nyújtásának, amely azonban átláthatatlanul összefonódott a közfinanszírozott ellátásokkal, gyakran fél-legális, vagy illegális módon. Kiegészítve a kiszámíthatatlan és ezért méltánytalan **ellenőrzési rendszerrel** az egész rendszer demoralizáló hatásúvá vált, és a még meglévő morális gátak leomlásának irányába, a szétesés felé irányította az egészségügyet.
3. **Az egészségügyi intézmények és fenntartóik különbözőképpen reagáltak a kialakult helyzetre**. Egy részük visszafogta a TVK feletti teljesítményeket, más részük nem. Egy részük eladósodott, egy másik részük nem. Egy adott kategóriában lévő intézmény

többféleképpen kerülhetett valamelyik csoportba, amelyben szerepet játszott a fenntartó, illetve az intézmény menedzsmentjének hozzáállása, a menedzsment hatékonysága, az intézmény adottságai, lobbyereje és TVK kerete.

4. Az egészségügyi rendszer mindenkori állapotának leíráshoz rendszeresen gyűjtött és jó minőségű adatokra van szükség (kapacitások, teljesítmények, adósságállomány részletezése). A szakmai szervezetekkel együttműködésben kialakításra került az **adósságfelmérés új rendszere**, amely negyedéves gyakorisággal szolgáltat új adatot. Emellett folyamatban van az elérhető rutin adatbázisok összekapcsolásával és egy közös felületen történő elemzési célú megjelenítés kialakításával a **szükségletterkép és kapacitástervezési rendszer** kiépítése.

## B.2. A megoldással kapcsolatos alapelvek

5. Leépítés helyett a meglévő **emberi erőforrások megőrzésére** kell a hangsúlyt helyezni. A munkaerő megtartásával kapcsolatban, a 2011-es finanszírozási évre vonatkozó intézkedések között, elsősorban a **TVK rendszer torzító hatása miatt mesterségesen kihasználatlanul álló kapacitások újraindítását** szükséges elősegíteni.
6. Az erőforrás-allokáció legyen mindenki számára **átlátható, normatív alapú** és igazodjon az ellátási **szükségletekhez**.
7. Az erőforrás-allokáció a **hatékonyan működő intézményeket preferálja és támogatja a hatékonyság növekedését** az intézmények közötti funkcionális integráció ösztönzésén keresztül. Bár a kibocsajtás tekintetében egyelőre nincs lehetőség a nyújtott ellátás minőségének figyelembe vételére, egy e célt szolgáló rendszer kialakítása elkötelezettséget kell, hogy jelentsen.
8. **Az egyes finanszírozási változások**, technikai és pénzügyi fenntarthatósági szempontból is **szervesen épüljenek egymásra**.
9. A rövidtávon megvalósítható megoldási **javaslatokkal** kapcsolatban nem lehet elvárás, hogy a 2002-2010 közötti időszak minden igazságtalanságát, minden torzulását egyszerre orvosolják.

## B.3. A finanszírozási rendszer korrekciója a 2011-es finanszírozási évre vonatkozóan

10. Az alapelvekkel összhangban és a lehetséges elosztási szempontok előnyeinek és hátrányainak mérlegelése után kidolgozásra kerültek a **2011-es teljesítménykeretek elosztásának** szabályai, amelyek alapján a teljesítménykeretek szétosztása megtörtént és az OEP közölte azt a szolgáltatókkal. A finanszírozási változások a merev TVK rendszer fellazítását és a szakmapolitikai prioritások érvényesítését szolgálták.
11. **Az elosztás a következő szempontok alapján valósult meg:** (1) az alapidíjak emelése; (2) a TVK feletti teljesítmény átlag határkölségen történő finanszírozása; (3) korábbi torzulások, igazságtalanságok korrekciója; (4) célzott többleteljesítmény (szakmai TVK) az egynapos ellátások arányának növelésére; (5) a sürgősségi betegellátó osztályok (SBO) fix térítési díjának emelése (6) a rehabilitációs kapacitásokon belül a szakmailag kiemelkedő tevékenység szorzóinak (1,6-3,6) emelése (1,8-3,8-ra), (7) a krónikus

ellátásban az igazságtalan degresszió megszüntetése, az ápolási díj kiemelése az OEP finanszírozásból, de egyidejűleg méltányosság biztosítása a rászorulóknak felé. A fekvőbeteg-ellátásban alapelv volt, hogy egyetlen ellátó sem kaphatott kevesebbet, mint a 2010-es össz- TVK kerete.

#### B.4. Intézkedések 2011-re

12. **Egészségügyi finanszírozási módszertani központ létrehozása**, a módszertani, fejlesztési feladatok leválasztása a besorolások végzéséről: a finanszírozási technikák fejlesztésére, karbantartására autonómiát élvező szervezet felállítása szükséges az egészségügy egységes háttérintézményi rendszerének keretében. Fontos szerepet kell, hogy kapjon a nemzetközi kitekintés és a részvétel a terület tudományos életében. A besorolások és pénzügyi kimutatások elvégzése szervezetileg is különüljön el a módszertani központtól, hogy egy adott időszakban (pl. évközben, két éven belül, stb.) ne történjenek a finanszírozási rendszer stabilitását veszélyeztető változtatások (kiszámíthatóság követelménye). A besorolás végzése esetében indokolt az állami fennhatóság megtartása, de az autonóm működést és a professzionalitást lehetővé tevő szervezeti keretek kialakítására van szükség.
13. **Finanszírozási technikák felülvizsgálata, karbantartás, generáljavítás:** A karbantartás kiemelt feladata legyen a progresszivitás méltányossági problémáinak enyhítése. Javasolt a csak centrumokban végezhető ellátástípusok finanszírozási rendszerének a kompetenciák, akkreditációk mentén történő továbbfejlesztése, ezen ellátások súlyszámának valamint az áthelyezett, szövődményes esetek térítésének felülvizsgálatával párhuzamosan. Megfontolandó az oktatási és kutatási ráfordítások térítésének felülvizsgálata is.
14. **Finanszírozási akkreditációs szervezet felállítása:** A kódolás végzését a jelenleginél részletesebben, pontosabban előíró szabályok alkalmazásának szigorú betartatása megfelelő minőségbiztosítási és audit rendszer alkalmazásával. A teljesítmény-jelentések ellenőrzésére korszerű módszertan kialakítása, ellenőrzést végző személyek kiválogatása, képzése.
15. A járóbeteg-ellátás finanszírozásában a jelenlegi tételes rendszer leváltása érdekében az **ambuláns HBCs rendszer** kidolgozásának megkezdése jön szóba.

## C. ÁLLAMI EGÉSZSÉGSZERVEZÉSI INTÉZMÉNYRENDSZER

Az állam fokozódó szerepvállalásának első lépéseként a Nemzeti Erőforrás Minisztérium (NEFMI) felügyelete alá tartozó, három területi egység szintjén működő (országos szint, nagytérégi szint, kistérségi szint), az egészségügyi szolgáltatók és fenntartók összefogására épülő, a már meglévő egészségügyi igazgatási szervekkel – OEP, ÁNTSZ és a kormányhivatalok finanszírozási és a szakmai hatósági szerveivel – szorosan együttműködő, az önkormányzati politikához illeszkedő, **kapacitás-átrendező, a területi ellátó-intézmények menedzsment-koordinációját végző, betegút-szervezést támogató intézmény jön létre, országos központtal és területi egységekkel.** Ez egyrészt támogatja a **kistérségi szinten működő járóbeteg-szakellátó betegút-szervezőjét,** irányítja a magasabb progresszivitási szinthez tartozó egészségügyi, valamint a területi egységhez tartozó szociális intézmények közötti esetleges kapacitásátrendezést, illetve bizonyos funkciók (közös beszerzés és szolgáltatói háttér, energiaellátás) esetében azok integrációját. A betegút-szervezési funkció megvalósulásának érdekében a nemzetközi ajánlások és tapasztalatok alapján célszerű az országot 9-10 ilyen nagyobb területi integrációs egységre osztani, 1 000 000 – 1 100 000 lakossal. A területi szervezési felelősség kiterjedése azonban nem mindig követi a hagyományos vagy újabb közigazgatási tervezési-statisztikai határokat (megye, EU régió), mivel egyrészt egyes, speciális egészségügyi ellátások jobb szervezhetősége szélesebb földrajzi egységek koordinációját igényli (nagytérégi), másrészt figyelembe veszi az idők folyamán kialakult természetes betegmozgásokat is. Az egészségszervezési igazgatóságok a feladatukhoz éppen elégséges, az integrációs feladatok végzéséhez szükséges emberi és tárgyi erőforrásokkal jönnek létre, részben a meglévő struktúrára építve, azok átszervezésével. Kialakításukat az erre a célra rendelkezésre álló TÁMOP forrás biztosítja.

### C.1. A nagytérégi ellátás szakmai alapjai és a szakellátási progresszivitási szintek

1. **Az állami egészségszervezési intézményrendszer létrehozásának a célja, hogy javítsa a magyar egészségügyi rendszer teljesítményét:** (1) mindenki, betegségétől és anyagi helyzetétől függetlenül, a jelenlegi esetleges helyett, közel egyforma eséllyel férjen hozzá az ellátáshoz, (2) a rendszerben csak hatásos és eredményes gyógyító eljárásokat alkalmazzanak, (3) javuljon az erőforrás allokáció hatékonysága és a struktúra fenntarthatósága, valamint (4) érvényesüljenek a betegjogok, csökkenjen az információhiány és kiszolgáltatottság.

#### Helyzetelemzés, a nagytérsegek kialakításának szükségessége

2. **A mai magyar megyei közigazgatási egységek területén a lakosság teljes spektrumú egészségügyi ellátása nem megvalósítható,** mert nincs elegendő képzett szakember, nem kielégítő a tárgyi feltételrendszer, korlátozottak az anyagi erőforrások, és az egy-egy megyében megjelenő esetszámok számos szakterületen nem elegendőek ahhoz, hogy a megyei ellátók biztonságos, eredményes és hatékony ellátást biztosítsanak.

3. A korábbi alul-, majd túlszabályozott, a spontán folyamatoknak és fenntartói, szolgáltatói és egyéni ambícióknak eleinte túl nagy teret engedő, majd azt évek óta bénító progresszivitási rendszer és betegút-szervezés nem tudta az említett okok miatt a megyei szintű ellátási modellt érvényesíteni. Ugyanakkor **az egészségpolitika korábban a megyénél nagyobb területi egészségügyi szervezési egységeket a fekvő-, és járóbeteg szolgáltatói struktúra szervezésekor nem, vagy csak rendszertelenül és erőltetve alkalmazott.** A (Regionális Egészségügyi Tanácsok által szervezett) regionális, és a mindmáig definiálatlan „pólus kórház” központú szervezések valós és hosszú távú betegút-szervezési eredményeket ugyanis nem hoztak.
4. A 2007. évi kapacitásváltozások előtt elsősorban **a klinikai centrumok, de nem ritkán esetlegesen szerveződő megyei, városi vagy szakkórházakban létrehozott szakmai műhelyek láttak el olyan feladatokat, melyek túllépték a megyehatárokat, sokszor több megyét lefedve.** Ez a jórészt spontán ellátásszervezés máig él, de nagyon esetlegesen, és egyre inkább elerőtlenedve. Ezek a megyéknél nagyobb területet ellátó szakmai központok ugyanis megfelelő progresszív finanszírozás és definiált ellátási kötelezettség nélkül, nagyobb szakmai igényességükből (és ehhez társuló fokozott forrásigényükből) adódó ellátási felelősségükkel arányos forrásokhoz nem jutottak, és így nem ritkán a kórházait és önkormányzataikat anyagilag súlyosan megterhelő méltatlan helyzetbe jutottak. Ugyanakkor a pusztán egyszerűbb eseteket ellátó, megyei szinten bonyolult szakmai feladatokat nem végző kórházak anyagi előnyökre tehetek szert.
5. A 2007-2010 között elvben működő **súlyponti kórházi rendszer a megyeinél alacsonyabb szintre helyezte a központi (súlyponti) kórházakat** – úgy, hogy erőforrásokat és megfelelő számú speciális beteget nem tudott és nem is tudhatott számukra biztosítani. Az ehhez a rendszerhez illesztett területi ellátási kötelezettség pedig adminisztratív alapú, **életképtelen volt.** Így a rendszer lényegében a hivatalos szabályozástól szinte függetlenül, a korábban spontán kialakult központokra építve, a betegeknek és a szolgáltatóknak is sok bosszúságot okozva működött és új átfogó betegút-szervezés és progresszivitási rendszer nélkül így működik ma is. A hektikusan ellátott feladatokhoz a finanszírozást sem illesztették hozzá (mert nem is lehetett), így az nem feladatarányosan, hanem jórészt hagyományokon alapulva, esetenként protekcionálisan jutott el a szolgáltatókhoz. Különösen a sürgősségi jellegű feladatok leírt szervezetlensége és esetlegessége vezetett és vezet ma is a betegbiztonság és a gyógyítás eredményességének alacsony szintjéhez.
6. **Mindezek alapján új átfogó betegút-szervezési és progresszivitási rendszerre van szükség.** Az egészségügyi ellátásokat a megyénél nagyobb, de a jelenlegi régióktól eltérő, a lakosság szám szempontjából kiegyenlítettebb és természetes betegmozgásokat is figyelembe vevő területi egységekben, **nagyterészekben** célszerű szervezni. Ezek a területi egységek a közlekedési és földrajzi adottságok figyelembevételével, a jelenlegi kórházhálózat fejlettségi szintjének ismeretében alakítandók ki. A strukturális átalakulásnak, a progresszivitási rendszer újraépítésének és az új betegút-szervezésnek az egészségügyi nagyterészekben kell megvalósulnia.

### Egészségügyi szervezési alapelvek

7. Az ellátásokat legnagyobb mértékben lefedő és szervező nagyterészekben **világos betegutakat** kell kialakítani, **egyértelmű szakmai progresszivitási lépésekkel, egészséges szakmai**

- elvek** mentén végzett ellátásokkal, a **szükségletekhez igazított** kapacitásokkal, valamint a feladatokhoz illesztett finanszírozással.
8. **A magasabb progresszivitási szint szakmai szabályrendszere kell, hogy érvényesüljön az alacsonyabb szinten is.** A betegutak illetve a járó- és fekvőbeteg kapacitások is a magasabb progresszivitási szintű ellátó központokból kiindulva szervezhetőek meg eredményesen és hatékonyan az egészségügyi szervezési egységen, a nagyteréségen belül.
  9. **Fontos elv, hogy minden ellátást azon a szinten célszerű nyújtani, ahol az a leghatékonyabban és legjobb minőségben megtehető:** vannak olyan ellátások, amelyek esetében ez központosítást kíván meg, vannak azonban olyan ellátások is, ahol ezzel ellentétesen, éppen, hogy alacsonyabb szinten célszerű az ellátást megszervezni. Ezt az elvet ki kell egészíteni **az azonos ellátási szinten lévő egészségügyi szolgáltatók működésének összehangolásával**, a funkcionális integrációval. Az egészségügyi ellátórendszer szervezésében a tiszta centrum- és a periféria-modellek helyett a **hálózatokban** való működtetési modellek tűnnek hatékonyabbnak és a környezeti gyors változásokhoz rugalmasabban alkalmazkodónak. A nagyteréségeken belül a szakmák csoportokba szerveződnek, illetve az országos intézetek szakmai irányításának megfelelően működnek, és egyúttal biztosítják az alapellátás felé a szakmai integrációt.
  10. **A Szakmai Kollégiumnak és a kollégiumi tanácsoknak** a progresszivitási szintek, az azokon megjelenő kapacitások, valamint az egyes szakmai feladatok szakmánkénti meghatározásában, a szakmai irányelvek és protokollok megalkotásában, a szakmai ellenőrzésekben, valamint a finanszírozási igazságtalanságok felszámolásában kiemelt szerepük van. Szakmánként és azokon belül szubspecialitásonként meghatározandók, hogy mely ellátásokat szükséges járóbeteg ellátásként a lakossághoz minél közelebb vinni (járóbeteg szint), és mely ellátások szervezendők a progresszivitás magasabb szintjeire, illetve mely területeken szükséges nagyteréségeken átívelő országos központokat létesíteni.

---

**Egy példa:**

- **Járóbeteg szint:** gyermek pulmonológiai szakrendelés;
  - **I. szint:** gyermek pulmonológiai fekvőbeteg ellátás a gyermekosztály kereteiben (pl. pneumonia, obstruktív bronchitis ellátására);
  - **II. szint:** gyermek pulmonológiai szakellátás (pl. légzésfunkciós vizsgálatra, mellkas csővezésre pleuropneumoniánál);
  - **III. szint:** speciális szaktudást és infrastruktúrát igénylő ellátások (pl. lélegeztetés, idegentest eltávolítás);
  - **IV. szint, országos központ:** kiemelkedő, központosítandó szakellátás (pl. tüdőátültetés, otthonlélegeztetés).
- 

### Nagyteréségi ellátási egységek

11. **A hazai ellátási térkép és a nemzetközi tapasztalatok** is azt mutatják, hogy a speciális erőforrásokat igénylő szakterületek (pl. idegsebészet, komplex onkológiai ellátás) hozzávetőlegesen egymillió lakosra szervezhetőek meg optimálisan (nagyteréségi egységek).
12. **A megyei szintnél nagyobb egységet igénylő szakmai központok optimális lokalizálását meghatározó legfontosabb szempontok:**
  - az egy-egy szakterülethez vagy beavatkozáshoz tartozó esetszám,

- a személyi és tárgyi erőforrás-igény és -lehetőség,
  - a beavatkozás vagy szakma sürgősségi jellege,
  - a szakmai környezet szükségessége,
  - a nagytérségen belüli szakmai hagyományok.
13. A nagytérségi feladatok közül **a sürgősségi jellegűek** (pl. idegsebészet) a társszakmák közelségének szükségessége miatt **sürgősségi központokba szervezendőek**, míg **mások** (pl. onkológia) azoktól **távolabb is** megvalósíthatóak.
14. A lakossághoz közeli ellátásban megyei vagy kistérségi szinten is megjelenő **alapszakmák** (pl. belgyógyászat) és **egyéb szakterületek** (pl. szemészet) esetében is a **specializálódás** az előbb leírthoz hasonló helyzetet teremtett: egyes beavatkozások elvégzése vagy betegcsoportok kezelése a megyéknél nagyobb területi egységben optimális. Így ezen szakterületek esetében is a nagytérségekben szervezhető legjobban a betegutak és a kapacitások – a fölösleges párhuzamosságok megszüntetése, a szakmai programok megfelelő szintre és szakmai közegbe való allokálása és így a biztonságos, magas színvonalú és egységes szemléletű ellátás megvalósítása céljából.
15. **A mentést, illetve a sürgősségi betegszállítást** ezzel párhuzamosan, arányosan **erősíteni kell** a megváltozó betegutak mentén.

#### A nagytérségek határai

16. A nagytérség, mint egy több megyényi területet magában foglaló egészségügyi szervezési egység, **nem biztos, hogy a hagyományos régiókból vagy megyékből álló határok mentén szerveződik, hiszen az nem mindig esik egybe a betegek progresszív ellátás mentén megvalósuló szokásos mozgásával és a közlekedési útvonalak adta lehetőségekkel.**

#### Szolgáltatói progresszivitási szintek

17. Az egészségügyi ellátórendszer **progresszivitási szintjei** a következők:
- **Háziorvosi és házi-gyermekorvosi ellátás:** alapellátó központok, csoportpraxisok és praxisközösségek (kórházi rendszeren kívüli szint);
  - **Kistérségi szint :** kistérségi kórházak és/vagy járóbeteg központok révén lakosság közeli ellátást biztosít a szakemberek területre mozgatásával, bázisa a helyi, kistérségi betegút-szervezésnek, a betegutak optimalizálását irányítja az alapellátási szinttel együttműködve;
  - **I. Városi szint:** városi kórházak és járóbeteg központok révén, elsősorban az „alapszakmákban” a demográfiai, közlekedési és földrajzi sajátosságok szerint szervezve, biztosítja a lakosság-közeli fekvőbeteg és társuló járóbeteg ellátást;
  - **II. Megyei szint:** megyei kórházak és szakrendelőik, szakkórházak; minden megyei szinten megjelenő szakmában biztosítják a megyei szintű ellátást;
  - **III. Nagytérségi szint:** képes az egészségügyi ellátás csaknem teljes vertikumának megvalósítására, ami alól csak az országos központokba és alközpontokba szervezett ellátások jelentenek kivételt;
  - **IV. Országos szakmai központok és alközpontok:** A jelentős költségigényű, speciális tapasztalatot és műszerezettséget igénylő, ritkábban végzett ellátásokat

országos szakmai központokba (indokolt esetben néhány alközpontba) kell szervezni. Ezek az ellátások így nem jelennek meg minden nagytertségben, hanem országos szinten centralizáltak.

18. **Egy-egy nagytertség tehát a nem országosan központosított ellátások összességét biztosítja.** A szükséges kapacitások egy-egy területi egységre oszthatók le az epidemiológiai adatok messzemenő figyelembevételével. Egy-egy területi egységen belül az ellátások szakmánként, esetleg a szakmán belül szubspecialitásonként is a progresszivitás elvei szerint szerveződnek. A nagyterstégen belül a kapacitások leosztása és a szakmai progresszivitási szintek meghatározása a közlekedési, népességi és aktuális strukturális és humánpolitikai feltételek mentén történik. **Az egyes szakfeladatok a nagyterstégen belül különböző szintű szolgáltatókhoz helyezhetőek, tehát a progresszivitás magasabb szintjei egy-egy szakmán belül nem feltétlenül a nagytertség központjában vannak – ezeknek helye a szakmai hagyományoknak és lehetőségeknek megfelelően határozandó meg.** A szolgáltatói progresszivitás ezért nem esik minden esetben egybe a szakfeladat progresszivitásával, így például nagyterstégi szintű feladatok megyei és szakkórházakban, esetleg városi kórházakban is végezhetőek, illetve nagyterstégi központként működő kórházban is lehetnek a szakmai progresszivitás alacsonyabb szintjén levő feladatok.

#### Az egyes progresszivitási szintek szakmai tartalma

19. **A háziorvosi és házi-gyermekorvosi szint:** Az alapellátó praxisok, csoportpraxisok és praxisközösségek a betegek által könnyen megközelíthető kistérségi és városi szinteken szervezett ellátások közül választhatnak. A választott szakmai ellátók és a praxisok között rendszeres konzultációt biztosító rendszer jön létre. Az alapellátás területén egészségügyi ellátást végző szereplők, valamint a határterületi ellátások (pl. szociális ellátás) tevékenységének összehangolása is ezen a szinten történik.
20. **Kistérségi, szint (kistérségi kórházak és/vagy járóbeteg központok):** A legkisebb kapacitású, nagyobb kórházakhoz közel eső jelenlegi kórházak struktúráját úgy kell átalakítani, hogy a szükséges lakosság közeli ellátások a helyszínen maradjanak és a munkahelyek megőrződjenek. A sürgősségi fogadás biztosítása mellett a járóbeteg-ellátási háttér megalósítása a cél. Alkalmassak lehetnek ezek a központok arra is, hogy a szűréseket a lakossághoz közelebb vigyék. Szervezési alapelvek:
- krónikus és szociális ellátási kapacitások kialakítása;
  - járóbeteg szakrendelés;
  - nappali kórházi és kúraszerű ellátás (rehabilitáció);
  - összevont alapellátási központi ügyelet megalósításának lehetősége;
  - alapszintű sürgősségi fogadóhely kialakítása;
  - kistérségi betegút-szervezés (a lokális alapellátási-, járóbeteg-, valamint fekvőbeteg igénybevétel optimalizálása előbbieket preferálásával, ösztönzőkkel);
  - a helyi munkaerő helyzetének stabilizálása.
21. **Városi (I.) szint (városi kórházak és/vagy járóbeteg központok):** A megfelelő hozzáférés miatt nélkülözhetetlen városi kórházak széles körű, általános, lakosság-közeli, decentralizált kórházi ellátást biztosítanak. Elsősorban a sürgősségi, traumatológiai,



belgyógyászati, sebészeti, szülészeti és gyermekgyógyászati ellátást kell biztosítani, egyidejűleg megszervezve a párhuzamos rehabilitációs – krónikus profilokat is. Alapelvek:

- elsősorban a nem speciális diagnosztikát és terápiát igénylő akut sebészeti, traumatológiai (lényegében monotrauma), belgyógyászati, neurológiai, szülészeti, gyermekgyógyászati esetek ellátása;
- célszerű a mátrix modell preferálása;
- SO2 sürgősségi osztályok fokozatos kialakítása.

22. **Megyei (II.) szint (megyei kórházak és szakrendelőik, szakkórházak):** A megyei kórházakban a lakosság-közeli teljes ellátási spektrumot (kis szakmák is) meg kell jeleníteni. Alapelvek:

- speciális diagnosztikát és terápiát igénylő akut esetek ellátása – polytraumatizáción belül minden manuális területen (kivéve pl. súlyosabb koponya-gerinc-mellkas-, és medencesérüléseket, ha a teljeskörű ellátás csak a III. szinten biztosított);
- invazív kardiológiai és stroke esetek fogadása és ellátása (ha a feltételrendszer hiánytalanul adott);
- optimálisan SO1, vagy annak hiányában legalább SO2 szintű sürgősségi osztályok fokozatos kialakítása;
- a szakkórházak, sajátos feladataikkal a nagyterületi rendszerbe értelemszerűen illesztendők.

23. **Nagyterületi (III.) szint (nagyterületi központok):** A nagyterület vezető egészségügyi intézményeként a területi és kiemelt ellátások nyújtása mellett a szolgáltatók közötti koordináció, továbbképzés központjai is. Alapelvek:

- a nagyterületi központok elsősorban az ellátás **sürgősségi–traumatológiai** központjai; minden esetben a nagyterületi központban szervezendők;
- integráltan, egykapus rendszerrel (párhuzamosan szervezett gyermek sürgősségi ellátással) működnek a kiemelt sürgősségi ellátások is;
- nagyterületenként koncentráltan, de nem feltétlenül a nagyterületi központban történik a kiemelt erőforrást igénylő ellátások (pl. onkológia és onkoradiológia, sugárterápia); vagy pl. a gyermekkorot érintő szakmacsoportok és szubspecialitások (gyermeksebészet és traumatológia, gyermekonkológia, PIC III, gyermek endoszkópia, gyermek intenzív- aneszteziológia, gyermekpszichiátria) megszervezése.

24. **Országos (IV.) szint (országos szakmai központok és alközpontok):** Vannak ellátások, amelyek a *sürgősség–erőforrásigény–esetszám–szakmai környezet–szakmai hagyomány* tényezők miatt egymilliónál több lakosra szervezendők. A jelentős költségigényű, speciális tapasztalatot és műszerezettséget igénylő, ritkábban végzett ellátásokat ezért országos szakmai központokba, indokolt esetben néhány alközpontba kell szervezni. Ezek az ellátások így nem jelennek meg minden területi egységben, hanem országos szinten centralizáltak. A szóba jövő ellátások szakmai, megbízhatósági, hozzáférhetőségi és költséghatékonysági okból is a lehető legnagyobb mértékben centralizálандók. A központok bármelyik nagyterületbe, megyei, fővárosi kórházakba, egyetemi klinikákra, országos intézetekbe vagy szakkórházakba szervezhetők a szakmai hagyományok és

logisztikai tényezők figyelembevételével. Az országos szakmai központokkal és alközpontokkal szembeni elvárások és szervezési feltételek:

- kizárólagosság az ellátásban;
- megfelelő és folyamatos elérhetőség (szállítás, ügyelet, stb.);
- tudományos és oktatási tevékenység;
- alközpontok esetén szoros szakmai együttműködés;
- nemzetközi szintű ellátás, nemzetközi szakmai integráció;
- központi, tervezhető kiemelt finanszírozás;
- kiemelt amortizációpótlási és logisztikai-infrastrukturális támogatás.

## C.2. Betegút-szervezési intézményrendszer

25. A **Nagyterségi Egészség szervezési Igazgatóságok** illetékességi körébe tartozik az összes a nagyterségben lévő, közfinanszírozott, szakellátást végző intézmény. Az alapellátási szint integrálása, a **kistérségi szinten megvalósuló, betegút-szervező járóbeteg szakellátók**on keresztül történik. A speciális, országos központokba szervezett ellátásokat, valamint az állami fenntartású intézmények ellátásait a Budapesten működő **Állami Egészség szervezési Központ** irányítja. Az intézményrendszer humánerőforrás szükségletének, jogkörének és az egészségügyi ellátórendszerben jelenlévő szereplőkkel való viszonyának meghatározása az egészségügyi kormányzat feladata.

### Nagyterségi Egészség szervezési Igazgatóságok

26. A **Nagyterségi Egészség szervezési Igazgatóság** a nagyterség egészségügyi intézményeinek ellátási körébe tartozó esetek ellátását szervezi. Így az egy-egy Igazgatóság alá tartozó lakosok ellátása mind az alapellátás, mind a szakellátás minden szintjén lefedett. Az érintett **Igazgatóság** a *szakmai módszertani útmutató alapján* az egyedi lehetőségek figyelembevételével és az ellátó intézményekkel együttműködésben alakítja ki az egészségügyi ellátó intézmények szervezeti, gazdasági, szakmai kapcsolati hálóját..
27. A **Nagyterségi Egészség szervezési Igazgatóság feladatai:** (1) alapfeladata a Nagyterségi Egészség szervezési Igazgatóság illetékességéhez tartozó lakossági betegutak optimalizálását végző helyi szintek összefogása, ezek szakma-specifikus nyilvántartása, nyilvánosságra hozása, monitorozása; (2) A szükséglet alapú kapacitástervezés a nagyterségben; (3) A nagyterségi együttműködési modell részletes tartalmának, a megvalósítás működési formáinak és a lehetséges közös vezetési rendszereknek a kidolgozása; (4) Együttműködési megállapodások kialakítása, projektszervezetek/gazdasági társaságok létrehozása, amelyek kiterjedhetnek a közös közbeszerzésen át, a közös adósságkezelésig is, a nagyterségben és országos szinten is. (5) Szakmaspecifikus támogató tevékenységek megszervezése, amely magába foglalhatja a telediagnosztikát, patológiát, labor szolgáltatásokat és a többi még érintett ellátási területet is; (6) Gazdasági támogató tevékenységek megszervezése; (7) Ellenőrző funkciók, felülvizsgálati rendszer működtetése; (8) Egyéb olyan feladatellátás, amely támogatja a nagyterségi betegút-szervezést, illetve az ott lévő intézmények ellátó tevékenységének hatékonyabb szervezését; (9) Képzések, tréningek szervezése az ellátó

intézmények dolgozói számára, ahol a szükséges menedzsment ismereteket, vagy a speciális ellátásszervezésből következő ismeretek elsajátítását oktatják.

28. **Nagytérsegi Egészségsszevezési Igazgatóság szervezete:** több működési modell képzelhető el (állam által felügyelt, nonprofit szervezet vagy államigazgatási szervezet). A vezetési modell tekintetében is több megoldás lehetséges, de mindegyikben szoros kapcsolat szükséges a helyi ellátó-intézmények képviselőivel, és az egészségügyi hatósági-finanszírozási-ellenőrzési feladatokat jelenleg is ellátó szervekkel (OEP, ÁNTSZ, Kormányhivatalok szakigazgatási szervei).

### Állami Egészségsszevezési Központ

29. **Feladatai:** (1) Az állami tulajdonlású egészségügyi ellátó intézmények és a Nagytérsegi Egészségsszevezési Igazgatóság ellátási körét meghaladó intézményekbe irányuló betegutak szervezése, ezek szakma-specifikus nyilvántartása, nyilvánosságra hozása, monitorozása; (2) módszertanban hozzá rendelt feladatok elvégzése, (3) a Nagytérsegi Igazgatóságok felügyelete.
30. **Különbözö szervezeti és finanszírozási modellek** képzelhetők el, amelyek közül a végleges feladatmegosztás, feladatlista ismeretében célszerű kiválasztani az adott kontextushoz leginkább illöt.
31. **Általános rendszer- monitoring:** a jelen helyzetet, az átalakítás idöszakát, illetve a célállapotot is megfelelő rendszer-monitoring kiépítésén keresztül, teljesítmény indikátorok alapján rendszeresen értékelni szükséges. E módszerek részletes kidolgozása, illetve szakmailag is megfelelő finomítása az új Szakmai Kollégium egyik fontos feladata lesz.

## D. ÁGAZATI INFORMATIKA FEJLESZTÉSE

Az egészségügyben keletkező nagy mennyiségű és nagy értéket képviselő adatmennyiség hasznosulási foka nem kielégítő. Ennek alapvető okai a hiteles és „egyszeres” törzsadatok és alapnyilvántartások hiánya, a formai és tartalmi ellenőrzések nem megfelelő volta, az alapidokumentációk szabályozatlansága és heterogenitása, az adatáramlási útvonalak rendezetlensége és az adatszerkezetek inadekvát mivolta. A megoldás alapvető eszköze az ágazati jelentések technikailag is egységes rendszerbe foglalása, amit az **ágazati portál** valósít meg, a vonatkozó jogszabályi eszköztár megfelelő, támogató, párhuzamos alakításával együtt. A portál egyben közhiteles módon publikálja a törzseket, a jelentési rekordszerkezeteket és kitöltési szabályokat. Az ágazati adatok elemzési célú integrációját az **egészségmonitor és kapacitástervező rendszer** valósítja meg. A tartalmi hitelesség javítása érdekében az egészségügyi szolgáltató intézmények transzparens elszámoláshoz kapcsolódó alapfunkcióit központilag fejlesztett és karbantartott rendszerek biztosítják. A nagytérsegi funkcionális területi integrációkat megfelelő interoperábilis informatikai megoldások támogatják. Szükséges továbbá az egészségügyi dolgozók adatkezelési (esetkódolási) ismereteinek fejlesztése és munkájuk megfelelő támogatása.

### D.1. Helyzet meghatározás, rendszerdiagnosztika

1. Az egészségügyi ellátórendszer nagyobb ütemű informatikai fejlesztése az 1990-es évektől kezdődött. A parlamenti ciklusokhoz kötődően 1990 és 2002 között négy évente megújított ágazati informatikai stratégiák mellett jelentős fejlesztési programok kerültek végrehajtásra: (1) Kórházvezetést támogató informatikai rendszerek (Világbanki KTI program) a 90-es évek közepén; (2) a Magyar Információs Társadalom Stratégia és annak ágazati vonatkozású komponense a MITSESZ (Magyar Információs Társadalom Stratégia, Egészségügyi és Szociális ágazat), illetve az ennek nyomán elindult eEgészség Program (2004-2006); az NFT I-ben végrehajtott HEFOP 4.4 Regionális intézményközi rendszerfejlesztés. Nem elhanyagolható azoknak a fejlesztéseknek a volumene sem, amelyet egészségügyi intézmények önerőből illetve üzleti alapon, központi támogatás nélkül hajtottak végre.
2. A fenti fejlesztések és programok eredményeként **egyedülálló, jelentős nemzeti adatvagyon jött létre, amely azonban rendkívül alacsony mértékben hasznosul**, a finanszírozási rendszerben történő közvetlen fölhasználáson túl leginkább ad-hoc elemzések történnek. Nem történik meg az adatok szisztematikus "visszaforgatása", hasznosítása az egészségügyi rendszer fejlesztése során. Ugyancsak nem történik meg az egészségügyi ellátórendszer adatokon alapuló szisztematikus minőségvizsgálata, illetve a minőségvizsgálat eredményeink hasznosítása a jobb gyakorlat érdekében.
3. **Az adatvagyon hasznosulásának több korlátja van:** (1) az adatminőséggel kapcsolatos problémák és kifogások; (2) A megbízható, hosszabb időszakon át követhető (idősoros), hiteles illetve közhiteles törzsadatok hiánya; (3) adatszerkezeti hiányosságok; (4) adatkésedelem; (5) adatvédelmi szabályok szűkítő értelmezése; (6) alacsony szintű, szabályozatlan és esetleges horizontális adatkapcsolat a betegellátó intézmények közötti,

- horizontális adatkapcsolat; (7) az irányító intézmények sok esetben, többszörösen redundáns alap-adat nyilvántartásokat vezetnek.
4. **Az adatminőséggel kapcsolatos problémák és kifogások.** A finanszírozási rendszer adattorzító hatására való hivatkozással sokan kétségbe vonják az adatok elemzési célú használhatóságát. A torzítás mértékére vonatkozó részletes vizsgálat azonban nem készült. Az adatok tartalmi pontatlanságának más tényezői is lehetnek (pl. kódolási hibák, hiányos, szabályozatlan alapidokumentáció stb.).
  5. **A megbízható, hosszabb időszakon át követhető (idősoros), hiteles ill. közhiteles törzsadatok hiánya.** Ez kétségtelenül és nagymértékben korlátozza az adatok hasznosíthatóságát, különösen kritikus a szolgáltatók azonosítása, és a gyógyszer-törzs problémái. A megoldásra korábban számos kísérlet történt, amelyek a gyakorlatban nem hoztak eredményt.
  6. **Adatszerkezeti hiányosságok.** A 90-es évek elején meghatározott adatszerkezetek (rekordképek) már régen nem felelnek meg sem a mai technikai követelményeknek, sem az azóta jelentős mértékben bővült adatigénynek. A döntéshozók a rekordszerkezet megváltoztatását a vele járó fejlesztési, programozási költségek és időigény miatt rendre elhalasztották, és olyan "áthidaló" megoldásokat választottak, amelyek az elemzéseket nagyon bonyolulttá teszik, a lekérdezések eredménye emiatt bizonytalan, és ez tovább növeli az adatok használhatóságával kapcsolatos bizalmatlanságot.
  7. **Adatkésedelem.** Az adatáramlási útvonalak megfelelő szabályozásának hiányában egy esemény bekövetkezése és a rá vonatkozó adatnak a döntéshozóig való eljutása között nagyon sok idő telhet el, sőt sok esetben teljesen esetleges, hogy egyáltalán eljut-e valamilyen adat a megfelelő helyre.
  8. **A sok esetben aggályosan értelmezett adatvédelmi szempontok,** az adatvédelmi szabályozás problémái mesterséges információhiányos állapotot teremtenek, amely – éppen az adatvédelem céljával ellentétesen – az adatokhoz való illegális hozzáférésre csábítanak.
  9. **Alacsony szintű, szabályozatlan és esetleges horizontális adatkapcsolat a betegellátó intézmények közötti, horizontális adatkapcsolat.** Egyaránt előfordul az elektronikus kapcsolat teljes hiánya és az adatvédelmi szempontból kritikus megoldás (pl. egészségügyi adatok továbbítása e-mailben).

## D.2. A jelen állapot kialakulásának fő tényezői

10. A fenti jelenségek részben már említett okai mellett fontos tényező, hogy egy negatív spirál alakul ki, **az adatrögzítés és adatszolgáltatás érdektelenségbe fulladhat.** Ezt az érdektelenséget csak fokozza a finanszírozott teljesítmény adminisztratív korlátozása (TVK).
11. **Az adatok tartalmi hibájának okai,** a már említett finanszírozási torzításon túl a kódrendszerek használatában való jártasság hiányosságai, a folyamatba épített ellenőrzés hiánya, illetve késedelmes hibajelzés, valamint a következménynélküliség. Ugyancsak tartalmi hibákat okoz – főleg a feldolgozási folyamatokban – a korszerűtlen adatstruktúra.
12. **A közhiteles törzsadatok hiányának oka** kisebb részben szintén a megfelelő szakértelem szűkössége egyes intézményekben, nagyobb részben az egymásra épülő

- nyilvántartásokat vezető intézmények közötti együttműködés zavara. Hiányzik továbbá a megfelelő informatikai támogató eszköz.
13. **Az adatstruktúra elavultságának** már említett oka, hogy a változtatás költség- és időigényes, azonban éppen ezért elodázhatatlan egy rugalmas, az igények későbbi változását már könnyebben kiszolgáló képes adatmodell kialakítása.
  14. **Az adatáramlási útvonalak szétszórtan**, különböző jogszabályokban **vannak rögzítve**, amelyek nem tükrözik egységes elveket. A finanszírozási kényszereken kívül nincs olyan funkcionális vagy technikai megoldás, amely kikényszerítené a jogszabályok maradéktalan megvalósulását, ezért a gyakorlatban esetenként a jogszabályoktól való eltérés tapasztalható.
  15. A horizontális kapcsolatrendszer fejletlenségének fő okai **az alapidokumentációk alacsony fokú strukturáltsága** (gyakori a szabad szöveges tárolás) és a szabványos kommunikációhoz szükséges üzenet-típusok (**szabványos archetípusok**) **hiánya**. A jelenlegi adatvédelmi jog alkalmazása is nehezíti az intézmények közötti adatcserét.
  16. **Hiányzik** az ágazatban – és a társágzatokban – keletkezett adatok legfelsőbb szintű integrálását, összehasonlító elemzését, térinformatikai vizsgálatát lehetővé tevő **integrált monitor-alkalmazás**.
  17. Az ágazat irányító intézményeire vonatkozó rendeleti környezet jelenleg lehetővé teszi **a redundáns alap-adat nyilvántartást**, nemcsak az intézmények közötti szerepmegosztásokban, hanem adott intézményeken belüli funkciók között is. Ez a redundancia mind az intézmények közötti erőforrás felhasználásban (emberi, technikai), mind a nagy mennyiségű információ keletkezésében, ám ugyanekkor összefésülhetetlenségében és ezáltal elemzhetetlenségében jelent pazarlást, közvetlenül és ágazati szinten jelentkező hatékonyság veszteséget.

### D.3. Megoldási javaslatok

18. **Szervezeti alapok megteremtése:** Az Egészségügyért Felelős Államtitkár közvetlen irányítása alatt álló intézmények elsődlegesen az ágazat érdekeit szem előtt tartva hangolják össze informatika-vonatkozású fejlesztési és üzemeltetési tevékenységeiket.
19. Az ágazati informatikai tevékenységek összehangoltságának biztosítására az ESKI koordinálásával *Egészségügyi Informatikai Tanács (EIT)* működik, amely az egészségügyért felelős államtitkár közvetlen tanácsadó testülete. Tagjai az ágazat irányító intézményeinek felsővezetői, további eseti meghívottak pedig témák szerint az ágazat más intézményeinek és szakmai szervezeteinek képviselői.
20. Az ágazati informatikát érintő, - csaknem minden témakörben kiemelt projekteként kezelendő - fejlesztésekhez az ágazat saját forrásai, és az ÚMFT 2011-13-ra tervezett fejlesztési forrásai biztosítanak anyagi alapot. A témakörök az ágazat intézményeinek projektgazdái szerepével, a tartalmi és a szakmai összehangoltság biztosítása végett az EIT szakmai felügyeletével kerülnek kivitelezésre..
21. Az ágazati informatika a megoldásaival, fejlesztési törekvéseivel, szakmai ajánlásaival az egészségügyi ágazati stratégiát szolgálja.

22. **Stratégiai igazodás:** Az egészségügyi ágazati informatika fejlesztése igazodik az egészségügyi ágazatban körvonalazódó stratégiai irányokhoz, ezeket kívánja szolgálni az informatika által alkalmazható eszközökkel és módszertanokkal: az állam fokozott szerepvállalása az ellátás szervezésében és a kapacitások tervezésében; transzparens ágazati működés és elszámolórendszer kialakítása; funkcionális területi integrációt, progresszív ellátásszervezést és intézményközi együttműködést lehetővé tévő támogató informatikai rendszerek megalkotása, szükséglet alapú kapacitástervezést szolgáló informatikai megoldások.
23. **Ehhez igazodva az ágazati informatika 2011-2014-re azonosított stratégiai céljaiként a jelzett problémák átfogó megoldása a következőképpen valósítható meg:** Meg kell teremteni az ágazati jelentések egységes rendszerét, illetve annak technikai alapját az egészségügy minden szereplőjére vonatkozóan. Ennek eszköze az ágazati közhiteles nyilvántartások publikálását, a jelentések validálását és a jelentés tartalmától függő redisztribúcióját megvalósító **ágazati portál**. A portál az egyetlen jogilag hiteles forrása az ágazat közös törzsadatainak, a jelentések adatstruktúra leírásainak és a formailag ellenőrizhető kitöltési szabályoknak. A portál mindezeket transzparens módon, gépi és felhasználói hozzáférés biztosításával teszi közzé. A portál alapvető feladata, hogy csak a törzsadatoknak, rekordszerkezeteknek és kitöltési adatoknak megfelelő jelentéseket fogadjon el, képes legyen azokat rekordonként hitelesíteni és továbbküldeni, illetve hiba esetén a megfelelő hibajelzéssel együtt a feladónak visszaküldeni. Így megvalósul a folyamatba épített ellenőrzés és garantálható, hogy csak ellenőrzött adat kerül a rendszerbe. Mivel a portál – szintén transzparens szabályok alapján – gondoskodik a jelentések szétosztásáról, megszűnik, de legalábbis minimálisra korlátozódik az ágazat szereplői közti másodlagos adatátadás és információkérés. A portál létrehozása (létrehozhatósága!) feltételezi az ágazat adattároláshoz közvetlenül kapcsolódó jogszabályi környezet áttekintését, az irányító intézmények szerepköreinek redundancia mentesítését, ezek szükség szerinti pontosítását, módosítását, illetve a közhiteles adatkörök rögzítését.
24. Az ágazati portál adatgyűjtő és elosztó funkciójának megvalósítása kapcsán **modernizálandók a jelentések adatstruktúrái**, úgy, hogy megfelelő rugalmasságot biztosítva a jelen és jövőbeli információigények kielégíthetőek legyenek. Ezt az EIT – a vonatkozó megoldás-portfólió egyik fontos pilléréként – az ágazat informatikai rendszerei interoperabilitásának és a 2011-2013 során tervezett stratégiai projektek közös adatkommunikációs alapjainak lerakásával kívánja katalizálni egy olyan egészségügyi adatkommunikációs ajánlás kialakítását, amely figyelembe veszi mind a hazai mind a nemzetközi tapasztalatokat, gyakorlatokat és trendeket.
25. A portál bevezetése révén kiemelt cél, hogy **ágazat szolgáltató intézményeit terhelő, redundáns jelentési kötelezettségek felszámolásra kerüljenek**.
26. Az adatok legteljesebb újrahasznosítását teszi lehetővé az **egészségügyi monitor és szükséglet alapú kapacitástervező rendszer**, amely integrálja az ágazatban keletkező és különböző adatgazdák által aggregált adatokat, és adatbányászati valamint térinformatikai alkalmazások segítségével elemezhetővé teszi azokat. Az EIT az ágazat minőségpolitikai erőfeszítéseivel és célkitűzéseivel karöltve, a hatáskörében álló eszközökkel katalizálni kívánja az ágazat szereplőinek olyan szemléletváltását és szakmai kulturális átalakulását, hogy azok természetes eszközként használják a „mérésen”, a rendszeres „jelentéseken és

- trendkövetésen” alapuló, folyamatos hatékonyságkereső, „önellenőrző” szakmai magatartást. Az EIT az ágazat minőségfejlesztési munkacsoportjának vezetőivel karöltve, a hatáskörében álló eszközökkel törekszik arra, hogy az egészségmonitor és kapacitás-térkép mint alkalmazás az ágazat minőségfejlesztési monitoringjának, az ehhez kapcsolódó indikátorrendszernek domináns forrása legyen. Az egészségügyi monitor a rendszeresen ismételhető jelentésekkel az ágazat motivációs/ösztönző stratégiáinak operatív kiszolgáló-támogató (követő) eszközévé válhat. Az egészségmonitoring rendszert a lakossági prevenció erősítések fundamentális információforrásává és „kontrolling” eszközévé kell tenni.
27. A jelentések tartalmi hitelességének valamint a horizontális kapcsolatok erősítésének érdekében definiálni kell a kórházi, szakrendelői és háziorvosi rendszerek "core" (~központi mag) funkcionalitását. Az ezeket megvalósító informatikai megoldásokat és rendszereket az interoperabilitási képességek biztosításának érdekében központi koordinációval kell kialakítani és egységesen szolgáltatni (eTAJ funkcionalitás, eRecept rendszer, stb ...). Az országosan homogén követelményrendszernek való megfelelést, a vonatkozó piaci megoldások (frissítések) bevezetését az ágazat piaci szereplőivel, EIT által központilag lefolytatandó tárgyalások révén szükséges költséghatékonyan megvalósítani.
  28. A nagytérségi funkcionális területi integrációkat, a progresszivitást támogató, interoperabilis informatikai megoldások segítik. Központi elemük az ellátottak vizsgálati eredményeinek és esettörténetének elektronikus úton való elérhetősége, az ellátottak önrendelkezésének támogatása (egyúttal a papír alapú dokumentáció szükséges minimum felé szorítása), mindezt a vonatkozó adatbiztonsági és adatvédelmi szempontok teljeskörű betartásával, illetve esetenként azok – technológiai fejlődés új lehetőségei által kikényszerített – finomhangolásával, újragondolásával.
  29. A jelentések adatstruktúráinak modernizálása, az alapnyilvántartások minimális kötelező tartalmának meghatározása és a nagytérségi interoperabilis informatikai megoldások tartalmának részletes kialakítása mellett a koordináció során az EIT által képviselt vezérelv, hogy a rendszerek az elektronikus adatkezelést támogassák, már az elemi adatok keletkezésének pillanatától kezdve. Az adatstruktúrákat úgy kell ajánlásba foglalni, hogy azok alkalmasak legyenek szakma-specifikus mozzanatok integrálására is, alkalmasak legyenek ezen „részletek” továbbítására akár szakma-specifikus regiszterek, akár az egészségmonitor alkalmazás felé.
  30. Ugyancsak a tartalmi hitelesség javítása érdekében szükséges **az egészségügyi dolgozók** adatkezelési, illetve a kódrendszerek használatával kapcsolatos **ismereteinek javítása**, támogató alkalmazások fejlesztése és rendelkezésre bocsátása.
  31. Ki kell dolgozni **a szabványos üzenetminták (archetípusok)** minimális körét, illetve szükség esetén további, egyszerűen alkalmazható kvázi-szabványokat kell alkotni, amelyek transzformálhatók a hivatalos hazai, az európai, ill. nemzetközi szabványok által előírt formára.





32. Az ágazat informatikai rendszereinek korszerű, napi informatikai trendeknek megfelelő üzemeltetési és fejlesztési képességei egységes módszertanának és színvonalának kivívásához mind a külső szolgáltatói, mind az intézményi szereplőkre egyaránt vonatkozó követelményrendszert alakítunk ki, és tesszük az ágazati minőségfejlesztés rendszeresen auditált eljárásai közé.

## E. TULAJDONLÁS ÉS MENEDZSMENT

**Tulajdonlás és menedzsment az ellátórendszerben; az orvos, mint menedzser:** A tulajdonlás és működési mód megválasztása, tehát a magántulajdon és köztulajdon szerepe az egészségügyi szolgáltatások nyújtásában nem cél, hanem eszköz. Határozottnan el kell utasítani az elmúlt időszak szabályozatlan kényszerprivatizációit és az egészségügyi vagyon elkótyavetyélését, de nem kell elvetni a betegek érdekében a magántőke bevonását az ellátórendszer fejlesztésébe. Ez azonban addig nem támogatható, amíg nincsenek meg a magántőke közérdekkel összhangban történő működésének rendszerfeltételei. Egyre több tudományos bizonyíték szól amellett, hogy a szolgáltatók hatékony működésében a tulajdonforma helyett jóval nagyobb jelentősége van a megfelelő finanszírozási ösztönzőknek és az ezzel összhangban lévő, a működési kereteket meghatározó jogszabályoknak, a menedzsment és a tulajdon kapcsolatának, valamint az egészségtudományi és menedzsment tudás és tapasztalat egyesítésének. Ennek alapján támogatni szükséges az orvosok és egészségügyi dolgozók egészségügyi ellátók menedzsmentjébe történő bevonását, illetve meghatározott esetekben a tulajdonszerzésüket is. Támogatni kell az egyházak egészségügyi szerepvállalását, mivel jelentős hozzáadott értékkel vesznek részt az ellátásban.

### E.1. Helyzetmeghatározás, rendszerdiagnosztika

1. A szolgáltatói oldal tulajdonviszonyai az elmúlt 20 évben jelentősen át lettek alakítva a túlcentralizált állam-szocialista modellhez képest. Jelentős átrendeződés történt a közszférán belül, ahol az önkormányzati tulajdon lett meghatározó, központi kormányzati tulajdonban csak az orvosegyetemek, az országos intézetek és néhány ágazati és egyéb speciális állami egészségügyi intézmény maradt. Az önkormányzatokhoz rendelt területi ellátási kötelezettség azonban nem jelent kötelezettséget saját tulajdonú szolgáltatók működtetésére; az ellátási feladat kiszervezésének lehetősége adott, amely legelterjedtebb a háziorvosi ellátásban, ahol a praxisok döntő többsége funkcionálisan privatizált. Az önkormányzati tulajdonú rendelőben és eszközökkel, az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral szerződésben lévő, vállalkozó háziorvos nyújtja az ellátást. Teljes (tulajdoni) privatizáció történt a gyógyszer-kiskereskedelemben (patikák), de jelentős a magántőke és a magántulajdon szerepvállalása néhány speciális egészségügyi szolgáltatás (művese kezelés, CT, IVF) esetében is és az egyházi kórházak is önkormányzati és állami feladatokat vállalnak át a járó- és fekvőbeteg kapacitásaikon.
2. Az új kapacitások befogadásának folyamata jelenleg nem kellően átlátható, és nem biztosított, hogy csak az ellátási szükségleteknek megfelelő kapacitások kerüljenek be a közfinanszírozás körébe. A jelenleg is működő finanszírozási rendszer további sajátossága, hogy az OEP-finanszírozás deklaráltnak csak a működési költségeket téríti. A tőkeköltségek fedezése az intézményfenntartó tulajdonosok kötelessége az egészségügyi törvény rendelkezései szerint. Ez a kétcsatornás, duális finanszírozás lehetővé teszi a kormány számára, hogy befolyásolja az egészségügyi beruházásokat, viszont a beruházási döntésekben jelentéktelenné teszi a kihasználtság szempontját, így hatékonysági veszteséghez vezethet. A duális finanszírozás ugyanakkor a legfontosabb gátja a magánberuházásoknak is. Azokon a területeken, ahol eddig megjelent a tulajdonosi

magántőke, az OEP úgy hidalta át a problémát, hogy arányosan jelentősen nagyobb térítési díjakat állapított meg; természetesen a többi, dominánsan köztulajdonú szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások kárára. A szolgáltatások közötti belső térítési díj aránytalanságok általánosságban is veszteséges és nyereséges szolgáltatásokat eredményeznek, és megfelelő szabályozás nélkül fennáll a veszélye annak, hogy a magántőke a nyereséges termékvonalak kimazsolásával a köztulajdonú szolgáltatókat csődbe kergeti és súlyos működési krízist idéz elő, a köz- és magántulajdon keveredésének egyéb anomáliáiról (pl. illegális magánpraxis közintézményekben) nem is beszélve.

3. Az egészségügyi szolgáltatói piac kibővítése, a magán- és köztulajdon keveredése tehát számos anomáliát okozhat, amely nem akadályozható meg megfelelő egészségügy specifikus szabály-, és feltételrendszer nélkül. Az első ilyen szabályozási kezdeményezés az első Orbán-kormányhoz köthető, azonban a törvényt a Medgyessy-kormány hatályon kívül helyezte, mert túl restriktívnek találta. A helyébe lépő MSZP-s elképzelés elvérzett az Alkotmánybíróságon és a 2004-es népszavazás érvénytelensége ellenére a kérdés nem került újra napirendre, így a privatizációs folyamatok jelenleg is ellenőrizetlenül, átgondolatlanul és szektorspecifikus szabályozási korlátok nélkül zajlanak.
4. Az elmúlt években a szolgáltatók privatizációja nem volt az egészségügyi kormányzati politika fókuszpontjában, de a leépítések, a forráskivonás és az abszolút teljesítménykorlát bevezetése olyan helyzetet teremtett, amelyben a közszolgálati egészségügyi intézmények „kiéheztetése” és a feltehetően szándékosan generált tömeges csődhelyzet lökést adott a szabályozatlan, és a tulajdonos önkormányzatok számára előnytelen (elsősorban funkcionális) privatizációnak. **Így olyan erjedési folyamat indult meg, amelynek megállítása elsődleges feladat éppen a visszafordíthatatlan károk megelőzése és a jelenlegi helyzetben a kormány egészségügy megmentését célzó cselekvési szabadságának minél szélesebb körű megőrzése érdekében.**
5. **Az egyházi kórházak** jelentős hozzáadott értékkel (holisztikus szemlélet, lelkipozítás, önkéntesmunka, stb.) teljesítik gyógyító feladataikat. Így a történelmi egyházak által fenntartott egészségügyi intézmények közszolgálati tevékenysége az állami és önkormányzati kórházakkal egyező mértékben támogatandó. Ezzel szemben az egyház intézményekben dolgozó egészségügyi dolgozók 2007-től nem részesültek azokból a kiegészítő személyi juttatásokból, melyek a közalkalmazotti státuszú egészségügyi dolgozókat központi forrásokból elérték. Tekintettel arra, hogy az önkormányzati vagy állami tulajdonban lévő egészségügyi intézmények amortizáció- pótló és infrastrukturális fejlesztést célzó tulajdonosi hozzájárulásait az adófizetők pénzéből fedezik, az egyházi intézményeket (illetve fenntartójukat) is megilletné az oktatási és szociális szférához hasonlóan kiegészítő normatíva jellegű, az egészségügyi közszolgálati ellátás szektorsemleges finanszírozását biztosító juttatás, amit 2002 óta nem kaptak meg. Az egyházi kórházak az ország egész területéről ellátják mindazokat a betegeket, akik az Alkotmányban rögzített módon vallásszabadságukat gyakorolva egészségügyi ellátásukat egyházi intézményben kívánják megkapni. Ez a területen kívüli ellátási kötelezettség nem jelent meg a területi ellátási kötelezettségben és finanszírozatlan maradt.

## E.2. Alapelvek, tudományos bizonyítékok

6. A probléma-orientált programalkotás módszertanából és az egészségpolitika célkitűzéseiből származtatható alapelvek jelölik ki a szükséges beavatkozások kereteit. A privatizáció, a magántulajdon és a nyereségérdekelt működés (a piaccal és a versennyel együtt) nem cél, hanem eszköz. Felhasználásukat csak abban az esetben érdemes megfontolni, ha olyan működési feltételrendszer lehet teremteni, amelyben a magánérdek és a közösségi érdek összhangba hozható egymással, tehát a magántulajdon elősegíti az egészségpolitikai célok elérését, nem pedig hátráltatja azt.
7. Az egészségügyi piac sajátosságai miatt az államnak komoly szerepet kell vállalnia a piaci szereplők magatartásának szabályozásában. Enélkül a szabályozás nélkül a piac súlyos hatékonysági veszteségeket okoz, pazarolja az erőforrásokat, nem garantálja az ellátás klinikai minőségét és területi hozzáférhetőségét sem.
8. Az egészségügyi közgazdaságtani szakirodalom számos példával szolgál arra, hogy a magántulajdon és a profitorientált működés önmagában nem eredményez hatékonyabb, sőt jobb klinikai minőségű ellátást sem. A hatékony működésben jóval nagyobb jelentősége van a megfelelő finanszírozási ösztönzőknek és az ezzel összhangban lévő, a működési kereteket meghatározó jogszabályi környezetnek. Ennek alapján hatékonysági megfontolásból nem indokolt az egészségügyi szolgáltatók privatizációja, megőrizhető a köztulajdon dominanciája. Például a HBCs rendszer az aktív fekvőbeteg ellátás finanszírozásában pontosan azokat az eredményeket hozta, amit a HBCs-tól, mint finanszírozási technikától várni lehetett úgy, hogy a kórházak köztulajdonban (kisebb részben nem profit orientált – egyházi, alapítványi – magántulajdonban) voltak.
9. A finanszírozói oldallal ellentétben a szolgáltatók közötti verseny (a tulajdonviszonyoktól függetlenül) ösztönözheti a hatékonyabb működést és az ellátás minőségének javítását, azonban ehhez, az egészségügyi piac sajátosságaiból adódóan, kiterjedt állami szabályozásra, és a verseny egyéb feltételeinek megteremtésére van szükség.
10. A hatékony működés megteremtésének fontos feltétele a tulajdonosi célok és az intézményi menedzsment céljainak összehangolása.
11. Egyre több ígéretes kutatási eredmény szól amellett, hogy az orvosok, egészségügyi dolgozók az egészségügyi szervezetek menedzsmentjébe történő fokozottabb bevonásával növelhető a működés hatékonysága: az alaptermészetű kapcsolatos tudatlanságból eredő rossz menedzsment költségei ugyanis nagyobbak, mint az egyébként valóban drága orvosi idő egy részének menedzsmentre való felhasználása. Az egészségügyi szervezeteken belül ez elfogadottság, tekintély kérdése is, ami szintén az orvosok bevonása mellett szól.
12. Az egyházakat a meglévő infrastruktúrájuk, az országot mélyen átszövő hálózatos szerkezetük, tradíciójuk, kultúrájuk és diakóniai-karitatív szemléletük valamint magas bizalmi indexük alkalmassá teszi a költséghatékony és eredményes egészségügyi szervezési megoldásokban való még aktívabb részvételre. Így az állami egészségügy érdeke, hogy egyebek mellett a rehabilitációs és krónikus betegek ellátásában, a hospice rendszerben, a prevencióban, a szenvedélybetegek ellátásában, a lelki gondozásban, az otthonápolásban, valamint az oktatás, szociális ellátás és egészségügy határterületein az egyházak és intézményeik szerepe jelentős mértékben növekedjék. Az egyházak intézményeik

alulfinanszírozása és sorozatos diszkriminálása miatt bizalmukat az egészségügyi ellátásban való részvételre az elmúlt évtizedekben nagyrészt elvesztették. Ennél előbbi visszaszerzésére kell törekedni, mert az egyházi szervezetekben rejlő energiataralékok az egészségügyi közellátásban jól hasznosíthatók.

### E.3. Megoldási javaslatok

13. Az elmúlt évek kormányzati politikájának egyenes következményeként kialakult kedvezőtlen folyamatokat meg kell állítani. Az egészségügyi intézmények szabályozatlan, ellenőrizetlen tulajdonosi, vagy funkcionális privatizációja nem támogatható.
14. Azoknál a tulajdonos önkormányzatoknál, ahol a funkcionális privatizáció korábban lezajlott, felül kell vizsgálni a működtetési szerződéseket és az előnytelen megállapodásokat módosítani szükség esetén felmondani kell.
15. A magántőke bevonása addig semmi esetre sem támogatható, amíg ennek feltételrendszerét ki nem alakul: (1) az egészségügyi ellátórendszer specialitásait figyelembe vevő, egészségügy specifikus szabályozásra van szükség; (2) a finanszírozó részéről tisztázandók a rendszerbe való belépés feltételei és eljárásrendje; a befogadási döntések folyamatát átláthatóvá, a döntések szempontjait és magukat a döntéseket nyilvánossá és jogszabályban szabályozottan megtámadhatóvá kell tenni; (3) az azonos szolgáltatást nyújtók azonos finanszírozást, valamint az eltérő szolgáltatást nyújtók eltérő, de rendszerarányos finanszírozást kapjanak (szektorsemleges finanszírozás); (4) a tőkekötségeket célszerű beleépíteni a társadalombiztosítási finanszírozásba; (5) a kapacitások átstrukturálásának (befogadásának és leépítésének) alapját egy országos, szükséglet alapú ellátás-fejlesztési program adja. Az átláthatóság, illetve kiszámíthatóság a befektetők érdeke is, hiszen ez ad lehetőséget a hosszú távú tervezésre, és a viszonylag alacsony tőkefinanszírozásra.
16. A fekvőbeteg ellátó intézményeket ennek a keretrendszernek a kialakítása után is célszerű köztulajdonban (illetve non-profit magán működtetésben – egyházak) megőrizni. Tulajdonosi privatizáció a megfelelő keretrendszer kialakítása után is elsősorban az alapellátásban, illetve a járóbeteg szakellátásban támogatható, a munkavállalói tulajdonszerzés lehetőségének megteremtésével együtt.
17. Az egészségügyi intézmények működtetésében a menedzsment hatáskörét és gazdálkodási jogosítványait a megfelelő jogszabályi keretek között érdemes szélesíteni, hogy eredményesen tudjanak reagálni a finanszírozási ösztönzőkre. Ennek konkrét formáját (korporatizáció, vagy egészségügyi közintézményekre vonatkozó speciális szabályozás kialakítása) az eddigi korporatizációs tapasztalatok elemzése és értékelése alapján célszerű kiválasztani.
18. Az orvosokat és egészségügyi szakdolgozókat célszerű bevonni az egészségügyi ellátók menedzsmentjébe és a kompetenciákat célzott menedzsmentfejlesztő programokkal építeni.
19. A közellátással járó minden jog és kötelesség az egyéb fenntartású intézményekkel teljesen azonos mértékben megilleti az egyházi intézményeket, így szükséges, hogy a szabályozás és a társuló finanszírozás minden részében ugyanazon elbírálás alá essenek. 2010. decemberében összesen 655,15 Mft mértékben megtörtént az egyházi kórházak kompenzációja a megelőző három évben elmaradt bérjellegű kifizetések miatt.

A duális finanszírozás tulajdonosi lábát jelentő egyházi egészségügyi kiegészítő normatíva bevezetése érdekében már történtek lépések. Jogszályban került rögzítésre 2010-ben, hogy az egyházi kórházakat választani szándékozók a meglévő kapacitások határáig ilyen intézményben vehessék igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat, és ehhez mérten a teljesítményvolumen korlát 10 %-os emelése is megtörtént.

## F. A MAGYARORSZÁGI SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÓ-RENDSZER FEJLESZTÉSI TERVE

A sürgősségi ellátásban az „egy kapus” modell megvalósítása kívánatos a prehospitális és az intézményi szakban egyaránt. Támogatni szükséges az Országos Mentőszolgálathoz centralizált egységes diszpécseri és az ehhez kapcsolt ügyeleti rendszer megszervezését, illetve megfelelő szintű sürgősségi osztály kialakítását minden aktív ellátást végző kórházban. Cél, hogy a kritikus megbetegedések és sérülések szakmailag meghatározott időablakai az ország egész területén betarthatók legyenek. A megfelelő *informatikai és építészeti beruházásokat* a rendelkezésre álló fejlesztési forrásokból kell támogatni. Az *OMSZ járművek* jelentősen megnőtt futásteljesítménye még inkább aláhúzza az amortizálódott járműpark cseréjének azonnali megkezdését. A *légimentés* szervezését és pénzügyi helyzetét át kell világítani, és ezt a mentési formát is az Országos Mentőszolgálatba kell integrálni. Az *őrzött betegszállítások* fejlesztésének jelentős eleme lesz a felesleges és gyakran igen megterhelő epizódok számának csökkentése a telediagnosztika preferálásával és a szakember mozgását célzó mobil konziliáriusi rendszer ösztönzésével. Az *őrzést nem igénylő betegszállítás* területén súlyos anomáliák jelentkeznek. Be kell vezetni a betegszállítás feltételeinek és teljesítményének szigorú ellenőrzését. Pontosítani szükséges a *rendezvények* egészségügyi biztosításával, az esetleges katasztrófa helyzetek kezelésével kapcsolatos eljárási rendet, felelősségeket, azok fedezetének forrását.

### F.1. Problémák és célok

1. A **sürgősségi ellátás-oxylógia jelenleg nem egységes** Magyarországon: nem ritka, hogy ugyanarra az ellátási szükségletre az ország különböző pontjain térben és időben eltérő, néha esetleges válaszok születnek. Ennek eredményeként a rendszer által biztosított egészségnyereség is indokolatlanul változékony. Az ellátás minden tekintetben problémákkal terhelt: sérül az eredményesség, a hatékonyság, az igazságosság, a hozzáférés biztonsága, az időszerűség, a tudományos-technikai minőség, a megbízhatóság. Az egészségügyi rendszer **emberi erőforrás krízise a sürgősségi ellátás terén** hatványozottan jelentkezik, azonnali válaszok után kiáltva.
2. A sürgősségi ellátórendszer stratégiai fejlesztési tervének **fő célja** meghatározni azokat a válaszokat, amelyek mentén hozzávetőlegesen 5-10 év alatt felszámolhatók a felsorolt problémák háttérben álló okok és amelyekkel biztosítható egy fenntartható, ugyanakkor hatékony és igazságos, országosan egységes elvek mentén működő, szükségletalapú, viszont ezzel egyidejűleg betegközpontú sürgősségi ellátás.

### F.2. Megoldási javaslatok, intézkedések

#### Mentés

3. A **mentést** amit a nagy múltú **Országos Mentőszolgálat (OMSZ)** végez az egész országban, **kizárólagosan állami feladatként** kell megtartani a jövőben is, , biztosítva az azonos elvek mentén szervezett, egységes irányítású, szakmaiságú és eszközparkú

embermentést Magyarországon. Az országos szervezet előnyei messze meghaladják a „mamut-szervezetekben” kódolt – ismert, ebből adódóan jobbra kiküszöbölhető, vagy csökkenthető – hátrányokat. A jelenleg számos sebből vérző OMSZ még mindig a hazai egészségügy országosan a legegységesebben működő és legmegbízhatóbb gyorsreagálású egysége. E képességét megerősítve – és sebeire gyógyírt találva – az OMSZ biztos alapot, kiszámítható háttérrel nyújt a hazai egészségügyre váró jelentős átalakításoknak, és **válik az oxyológia proaktív, professzionális intézményévé.**

4. Az OMSZ e küldetésének eléréséhez egységesíteni és erősíteni kell a prehospitalis ellátásban részt vevő valamennyi szereplő szakmaiságát, amelyhez elengedhetetlen **az oktatási rendszer fejlesztése.** A közeljövőben meg kell erősíteni és korszerűsíteni kell az OMSZ oktatási központjait, az érintett szakterületek képzési gócpontjaivá téve azokat. Az ellátás szakmai minőségét **a szakmai minőségfejlesztési rendszer** működtetése, és a **teljesítményarányos motivációs rendszer** megalkotása biztosítja. A magas színvonalú mentőellátás biztosításához fontos az intézményi szinten bevezetendő professzionális képzés. A különböző munkaköri csoportok folyamatos (CME continuing medical education), kompetencia központú képzésének érdekében fejleszteni kell az OMSZ oktatási tevékenységét. Ehhez megfelelő oktatói humán erőforrás, valamint – a jelenlegi OMSZ oktatási struktúra fejlesztésével – oktatóközpontok létrehozása szükséges. Az OMSZ oktatással és szakmai képzéssel foglalkozó központi osztályán felül ki kell alakítani és fel kell készíteni egy, a munkaidejük jelentős részében oktatói tevékenységgel foglalkozó – orvosokból, mentőtisztokból, szakképzett mentőápolókból álló – csapatot. A képzésekhez szükséges a megfelelően felszerelt oktató központok megyénkénti létrehozása. Az Országos Mentőszolgálat fent vázolt oktatási potenciál növelésével a mentődolgozók képzésén felül javítható a prehospitalis ellátásban résztvevő szakemberek képzése is.
5. A mentés egyik kulcseleme, a **mentésirányítás**, szükségképpen az OMSZ elválaszthatatlan része, mely szintén jelentős fejlesztések előtt áll. Az időben meghozott megfelelő döntéseket elektronikus döntéstámogató algoritmusok, és térinformatikai-logisztikai rendszerek alkalmazása támogathatják már a közeljövőben. Indokoltság: döntéstámogató szoftver használatával Bécsben a találati biztonság a korábbi 50% alatti szintről 90% fölé emelkedett. Döntéstámogató rendszer használatával a költségek csökkenthetők, mert a magas költségű egységek bevetésének indokoltsága emelkedik, nincsenek (csökkennek) a felesleges indítások. Ezáltal a kapacitás indokolt kihasználtsága emelkedik: kevesebb magas kompetenciájú egység is elegendő az összes felmerülő indokolt eset ellátásához. A „hasznos” munkaidő növekszik. A jelentős fejlesztést igénylő mentésirányítás korszerűsítése már kivitelezés alatt áll, befejezése 2012-ben lesz. **Pénzügyi forrását** az Európai Regionális Fejlesztési Alap és a Magyar Köztársaság költségvetése társfinanszírozásában biztosítja mintegy 4,1 Mrd Ft értékben. A projekt keretében az OMSZ egységes segélyhívás-fogadási és mentésirányítási – tevékenységirányítási rendszere valósul meg és kap korszerű szakmai-informatikai támogatást. Ezzel egy időben, a projekt szerves részeképpen kialakításra kerül az integrált vállalatirányítási rendszer, valamint a minőségbiztosítási rendszer alapjai is lerakásra kerülnek. Mentésirányítási központok kerülnek kialakításra és felszerelésre. A mentőállomásokon és a mentőkocsikon, valamint a rendszerbe már bekapcsolódott központi orvosi ügyeleteken fix illetve mobil eszközök biztosítják majd a szükséges, biztonságos információáramlást. Lehetőség nyílik a gyógyintézetekbe beszállított



betegekre vonatkozó releváns adatok gyógyintézet számára történő átadására is. Egyúttal a készenléti szervek (105, 107, katasztrófavédelem), valamint a 112 (Európai Parlament és a Tanács „Egyetemes szolgáltatás irányelve”) rendszerekkel való együttműködés és **műszaki kapcsolódás lehetősége** is megvalósításra kerül. A fejlesztés elsődleges célja, hogy a prehospitalis, egykapus belépési modell sürgősségi ellátáshoz való hozzáférés jelenlegi egyenlőtlenségeit csökkenjenek, és biztosítani lehessen az egyenletes és folyamatos, azonosan magas színvonalú hozzáférést Magyarország lakosai részére, növelve ezáltal az esélyegyenlőséget és az életésélyt. További cél a 15 percen belüli helyszínre érkezés arányának legalább 7%-os javítása. Végsőként (más fejlesztésekkel együtt szinkronban) a 15 percen belüli helyszínre érkezés arányának 90% fölé emelését kell elérni. (Ez egyben projektindikátor is.) A fejlesztés eredményképpen az OMSZ működése előre kiszámítható és költséghatékony lesz, illetve szolgáltatásainak minősége nemcsak javul, hanem mérhető is lesz. A rendszer egyúttal folyamatos információkat szolgáltat majd a szakmai felső vezetés számára.

6. Ellentétben a múltbeli, erősen érdekvezérelt gyakorlattal, **a mentőállomás-hálózatot szükséglet-alapon** kell továbbfejleszteni. Az egészségügyi ellátórendszer egyéb elemeinek változása előtt az OMSZ megfelelő fejlesztéseinek (például az eset- és rohamkocsik számának növelése) mindenképp meg kell történnie ahhoz, hogy a betegek hozzáférése az ellátórendszerhez ne csorbuljon.

Az OMSZ mentőállomás-hálózatát a 15 percen belüli kikerkezési lehetőség arányának 90 % fölé emelése érdekében bővíteni szükséges, ugyanis önmagukban a technikai feltételek (korszerű mentőjárművek, mentésirányítási döntéstámogató rendszer, járműfelügyeleti rendszer) javítása illetve a szervezési változtatások (mentőállomások ellátási területének módosítása) a fizikai korlátok miatt erre nem elegendők. A hálózatbővítés helyszíneinek meghatározásához korszerű térinformatikai alkalmazások, a mentőellátás adatai, népességi és morbiditási adatok figyelembe vételével kell eljutni. Nem mellékesen figyelembe kell venni hatékonysági számításokat is a megfelelő erőforrás-allokáció érdekében.

A mentőállomás-hálózat bővítési tervét az egészségügyi ellátó rendszer struktúra-átalakítási koncepciójával összhangban, az aktuális illetve kialakítandó betegutak, a progresszív ellátórendszer elérhetősége figyelembe vételével kell kialakítani. A javaslatok megfogalmazásához több tényezőt együttesen kell figyelembe venni. Elsőként a település topográfiai pozícióját (domborzat, más mentőállomásoktól mért távolsága) szükséges áttekinteni és elemezni szükséges az ellátatlan térségek centrális pozíciójú településeit, így kialakítva az optimális lefedettséget.

Mérlegelni kell az adott térség településszerkezetét, térszerkezeti adottságait, illetve közlekedés-földrajzi helyzetét is. Elkerülhetetlen az optimálisnak vélt település társadalmi adottságai közül a népességszám, demográfiai jellemzők (korösszetétel, vitalitási index, népességdinamika, vándorlás, iskolázottság) részletekben való feltárása. Figyelemmel kell lenni a települési és térségi infrastrukturális és gazdasági (fejlettségi) mutatókra - az Önkormányzati Minisztérium várossá nyilvánítási szempontrendszer alapján - különös tekintettel a község vagy város településhatáron túlmutató középfokú funkcióira, annak térségi érvényesülésére, valamint egyéb alapfokot meghaladó intézmények létre. A potenciális mentőállomások helyének meghatározásakor a nemzetközi gyakorlattal (HDI) harmonizáló, hazai (KSH) adatbázisból képzett humán erőforrás mutatót is számításba kell venni.

7. A közelmúltban mesterségesen elválasztott szervezeti elemet, a **légi mentést** ismét az OMSZ integráns részévé kell tenni, megőrizve ugyanakkor az egész ország területi lefedettségét, és az egységes, kiemelkedő szakmai színvonalat.
8. Az **OMSZ szakmai adatbázisa** az egész ország mentési szükségletének térképe, amelynek ismerete elengedhetetlen az egész ellátórendszer fejlesztéséhez. Ez az adatbázis jelenleg csak korlátozottan felel meg annak az elvárásnak, hogy az ellátórendszer fejlesztésének, a szükséges döntések meghozatalának információs alapja legyen. Az adatbázist korszerűsíteni szükséges. Az ebből nyert információk révén biztosítható az, hogy a mentési rendszer méginkább a lakosság szükségleteihez illeszkedjék.

Megoldási javaslatok: A célok elérése érdekében át kell tekinteni és felül kell vizsgálni a prehospitalis ellátórendszerben keletkező adatokat, azok tartalmát és rögzítésének módját, és a jogszabályi háttérrel. Célszerű a digitális rögzítés mielőbbi megvalósítása. A folyamat már megkezdődött, hónapokon belül eredmény várható. Standardizált diagnózis-csoportok kialakítása, a felhasználók ilyen irányú képzése – 2011-ben megvalósítható.

A „real-time”, vagy az ellátást közvetlenül követő, formalizált adattartalmú elektronikus bevétel és rögzítés az uniós forrásokra alapozó fejlesztési tervek része. 2012 végéig főbb vonalaiban bevezethető a projektek sikeres végig vitelével.

Az adatbázisban történő keresés/szűrés lehetőségeinek bővítése már rövidtávon is lehetséges, amennyiben az adatbányászattal (is) foglalkozó szervezeti egység személyi állományának bővítése megtörténik.. Érdemes azonban tágabb kontextusban is felvetni a megoldás lehetőségét. Ágazati szinten kezelve az információk rögzítésének és kezelésének problematikáját felmerül az egységes formátum és az adatbázisok átjárhatóságának biztosítása. Valós megoldást ez jelenthetne, de figyelembe kell venni, hogy ennek időtávja hosszabb, komolyabb befektetést és előkészítést igényel. Erre tekintettel ennek megvalósítása 2014-15 előtt nem valószínűsíthető.

9. A népegészségügyi szempontból kiemelkedő jelentőségű főbb kórképek (például hirtelen halál, akut koronária szindróma, stroke, légzési elégtelenség, súlyos sérültek) terén **regisztereket** kell elindítani és működtetni. A szolgálat egyéb pontokon is kapcsolódik a népegészségügyi program meghatározott elemeihez (pl. „Szívroham = 104!”, „Gutaütés = 104!”), illetve a különböző szintű és struktúrájú laikus elsősegélynyújtó szerveződésekhez: iskolai oktatás, Vöröskereszt, gépjárművezetői oktatás stb.

Az OMSZ szakmai adatbázisának korszerűsítését követően a **regiszterek** elindításának feltételei is adottak lesznek. Bizonyos kiemelt kórképek rendszeres követése, meghatározott szempontok szerinti szűrése folyamatossá válhat, illetve a rögzítendő adatok köre szakmai kollégiumi javaslatok alapján bővíthető is. Már 2011-től megvalósítandó az újraélesztések Utstein-úrlapra alapozott korábbi regiszterének folytatása, amely terén nemzetközi kitekintésben az OMSZ már eddig is egyedülálló teljességűnek bizonyult.

10. A **szervezti irányítást** korszerű döntéstámogató rendszer alkalmazásával kell hatékonyá tenni.

Az OMSZ szervezet- és szolgáltatás-irányítását végző menedzsment számára a megalapozott döntések meghozatalához nélkülözhetetlen a mentés- és vállaltirányítási

valamint minőségirányítási rendszerek bevezetése, a belőlük nyerhető adatok, információk. Mindezek nemcsak a költséghatékonyság irányába fejtik ki hatásukat, hanem hozzájárulnak a megfelelő időben megfelelő „flottaszolgálat” biztosításával a minőségi szolgáltatások nyújtásához és a felelősségteljes koordináció, mentésirányítás kialakításához. A minőségirányítási rendszer bevezetésére történő felkészülés az egységes protokollok és eljárások szerint történő ellátások bevezethetőségét segíti elő, ezzel hozzájárulva a szakmai fejlődéshez, bizonyítékon alapuló ellátások elterjedéséhez.

A fejlesztések célja a megfelelő időben nyújtott ellátás okozta kedvező következmények pozitív társadalmi hatásainak növelése, ezáltal az alapvető társadalmi biztonság erősödése, a versenyképesség növekedése. (2012-14.)

11. A különböző **rendezvények egészségügyi biztosításának** megkerülhetetlen, míg az állami rendezvények kizárólagos szereplője az OMSZ. Rendeleti szinten szabályozásra kerül az állami rendezvények egészségügyi biztosításának kérdése (2011.). Ezen felül a rendezvény-biztosítások eddigénél jóval nagyobb hatékonyságú ellenőrzése szükséges (2011. 2. félévtől).
12. Mivel a korszerű mentésben a **mentőorvosok** bevetése meghatározott betegkörökben bizonyíthatóan járulékos hasznot eredményez az orvosok nélkül működő mentési rendszerekhez képest, a több mint 100 éves múltra visszatekintő mentőorvosi rendszer – egyik hungarikumunk – megtartandó Magyarországon. A mentőorvosok helye és szerepe ugyanakkor újragondolandó a rendszerben. A mentőorvosok bevetését – strukturális, illetve mentésirányítási átalakításokkal – azokra a betegcsoportokra kell összpontosítani, akiknél ez a járulékos haszon megalapozottan várható (pl. a „Mentőorvosi Kocsi” használatának általánossá tétele – „randevú szisztéma”). Ezzel, illetve az alábbiakban vázolt változtatásokkal a hazai mentőorvosok emberi erőforrás-krízise is megszüntethető, illetve enyhíthető.
13. Meg kell teremteni a **sürgősségi ellátók biztonságát**: elsősorban kórházon kívül, de kórházon belül is egyre gyakrabban fenyegetik agresszív cselekmények az ellátó személyzetet. Ez ellen a jog megfelelő eszközeivel sürgős és határozott fellépés szükséges.

### Prehospitalis „egy kapu” ellátási modell, orvosi ügyelet

14. Az alapellátás, ezen belül a háziorvosi ellátás a beteg és az orvos által választott, tervezhető időben végzett kuratív és/vagy „szociál-medikális” tevékenység. A sürgősségi ellátás – rendszerszerű – végzése ebbe nem tartozik bele. A földrajzi elhelyezkedés következtében azonban a háziorvos, mint aki helyben van és elérhető, gyakorta arra „kényszerül”, hogy a sürgősségi ellátást megkezdjé. A háziorvosok ez irányú szerepének hatékony oktatása szükséges a továbbképzési rendszeren belül.
15. Az **ideáltípusú ellátórendszer** országosan egységes prehospitalis sürgősségi rendszert kíván, amely egyetlen, ugyanakkor jól ismert, bárki számára megfelelően elérhető belépési kaput biztosít az ellátási szükséglettel bíró betegek számára (**„prehospitalis egy kapu”-modell**, a kórházi „egy kapu modell” analógiájaként). Ebben a mentési rendszerben a betegek a hirtelen jelentkező panaszok, riasztó tünetek kezdetét követően késedelem nélkül, közvetlenül a mentőszolgálatot értesítik problémáikról (a „104” illetve majd a 112 hívószám révén). A kiképzett és fejlett informatikával támogatott mentésirányítás előre lefektetett elvek (nyílt, kemény sorolás) mentén dönt a problémákra

adandó válaszok időbeli sorrendjéről, illetve szakmai szintjeiről, és indokolt esetben biztosítja a szükséges számú és szintű mentőerő mielőbbi összpontosítását a helyszínen. A megfelelően felkészült mentőerők a betegeket/sérülteket a prehospitalis betegosztályozást követően késedelem nélkül és maradéktalanul ellátják, majd a gyógyintézetbe szállítandó betegeket/sérülteket közvetlenül a helyszínről a kellő közelségben elhelyezkedő végleges ellátóhelyre szállítják. Ezen ideáltipikus modell nélkülözhetetlen elemei: a jól képzett betegek és társadalom minden tagja számára biztosított „egyetlen kapuban” kiváló mentésirányítás, kellően nagyszámú különféle mentőegység-típus, és térben/időben szinte korlátlan kórházi kapacitás a gondosan meghatározott progresszivitás minden egyes szintjén. Az Országos Mentőszolgálatnál kialakított mentésirányító központokat alkalmassá kell tenni az összes orvosi sürgősségi hívás feldolgozására, azzal, hogy a dolgozók képzettségét ki kell egészíteni az orvosi ügyeletre vonatkozó ismeretekkel.

16. A mai orvosi ügyeleti funkció sok elemét érdemes megtartani, jó néhányat – pl. nem sürgősségi receptírás – pedig meg kell szüntetni. Meg kell határozni az orvosi ügyeleti rendszer kompetenciaszintjeit (2011. 2. félév, 2012.).
17. Az ügyeletek telephelyei és a mentőállomások között településbeli hasonlóság van. Számos helyen egy épületben is üzemelnek. Ez a szakmailag is kívánatos, és egyben költségkímélő megoldás.
18. Kívánatos és elérendő cél, hogy az orvosi ügyeleti szolgálatok folyamatosan, az év minden napján **24 órában működjenek**. A következő hónapokban célszerű annak részletes elemzése, hogy milyen költségekkel jár a 24 órás ügyeleti rendszer kialakítása, az ebben résztvevők kiképzése (alapvető sürgősségi beavatkozások készség szintű oktatása), az irányításuk centralizálása. Az elérhetőséget és a hatékonyságot biztosítani hivatott az egykapus hívásfogadási és irányítási lehetőség, azaz az OMSZ-hoz integrált diszpécierszolgálat. Ennek kialakítása az OMSZ megkezdett uniós fejlesztésével párhuzamosan 2012-ig megvalósítható.
19. A **finanszírozást** célszerű az állami ellátórendszer keretei között végezni, tekintettel arra, hogy az eddigi rendszer esélyegyenlőtlenséget generált, számos esetben az önkormányzatok sokszor irreális terheit jelentette, jórészt a kistérségek hátrányára. Középtávú célnak kell tekinteni a prehospitalis ellátórendszer elemzése során az orvosi ügyelet szükségességének, helyének és feladatának ismételt meghatározását.
20. **Sürgősségi osztályok (SBO) melletti alapellátási ügyeletek:** Azon településeken, ahol van SBO, ott mindenképpen javasolt a legalább épületi integráció, amit az új SBO-k befogadása során is figyelembe kell venni. Azokban a városokban, ahol SBO működik, az ott dolgozók forgó rendszerű foglalkoztatása kívánatos és célszerű a sürgősségi ellátás különböző elemei (SBO, mentők, „ügyelet”) között. (2012-14.)
21. Az **orvosi ügyeletek országosan egységes adatbázisának kialakítása** a beteg biztonságát fokozó tényező. Ennek megvalósításához szükséges, a különböző szereplők (alapellátás, ügyelet, OMSZ, kórház) közös informatikai rendszerének kiépülése. Az Országos Mentőszolgálatnál a TIOP234 és KMOP 433B projektek finanszírozásával, európai uniós forrásból kialakítandó mentésirányítási rendszer adatbázisai az ellátásban résztvevőkre vonatkozó valamennyi releváns adat folyamatos rendelkezésre állását biztosítják. A rendszer elérést nyújt a szintén európai uniós forrásból megvalósuló IKIR

rendszerhez, mely lehetővé teszi bármely, a rendszerhez csatlakozott gyógyintézetben végzett ellátások lekérdezését, ennek alapján a helyszíni ellátók számára szükséges információk biztosítását. Hasonlóan szükséges kialakítani az alapellátási ügyeletek informatikai rendszereit is, amelyekből mind az ellátókra vonatkozó (ügyeleti rend; ügyeleti helyszínek; elérhetőségek), mind az ellátottakra vonatkozó, a helyszíni ellátás során szükségessé váló adatok elérhetők.

Megfelelő kapcsolódási felület kialakításával lehetőség nyílik az ellátott, illetve gyógyintézetbe beszállított betegek releváns adatainak (pl. személyi adatok, a betegellátás adatai, a mért, monitorozott élettani paraméterek, beavatkozások stb.) a gyógyintézeti fogadólhelyen az intézményi betegadatbázisban való felhasználásra történő átadására. Szükség esetén a beteg létfontosságú körelőzményi adatai (pl. túlérzékenység, alapbetegségek, gyógyszerelés) is lekérdezhetőek részben az OMSZ adatbázisából, illetve megfelelő jogosultság (és kiépítettség) megléte esetén az IKIR rendszer országos kialakítását követően elérhetővé váló gyógyintézeti adatbázisokból is, annak érdekében, hogy a helyszíni ellátás ezen adatok rendelkezésre állásával teljesebbé, gyorsabbá válhasson.

A mentésirányítási rendszer (interfészek specifikálása, kialakítása) várható kialakítása: 2011. III. negyedév. Az IKIR részben megvalósult (Észak-Alföldi Régió) illetve folyamatban van (Dél-Dunántúli Régió).

Szükséges változtatás, hogy az orvosi ügyelet állami feladat legyen, ne önkormányzati. Az orvosi ügyeletek jelen informatikai rendszereinek kapcsolódási lehetőségeit fel kell mérni, fejlesztésük központi költségvetési támogatással valósítható meg.

22. Hosszú távon megfontolandó a főiskolai szintű alapellátási ügyelet képzésének elindítása. Az új rendszerben szerveződő ügyeletek a mai fogalmaink szerinti, kiegészített tananyag alapján képzett szakemberek (pl. mentőtisztek) alkalmazásával is biztosíthatók. (2014. után)

### Kórházi sürgősségi ellátás

23. Az önálló diszciplínaként megjelenő oxyológia-sürgősségi orvostan szemléletében hangsúlyos az ellátási rendszer idő-dependens, allokatív és integratív eleme, melynek kórházi része a sürgősségi osztályokon érvényesül. A kórházi sürgősségi ellátást két alapelv mentén kell megszervezni: (1) akut beteget ellátó kórház nem működhet megfelelő **sürgősségi betegellátó osztály (SBO)** nélkül; (2) **sürgősségi ellátásra szoruló beteg csak** megfelelő, akut betegek ellátására felkészült, **SBO-val rendelkező kórházba kerülhet** (2012-14.).
24. E két alapelvből kiindulva az SBO működtetése mind a betegek, mind a jövőben akut ellátást biztosító kórházak alapvető létérdeke. E kórházak néhány kötelező ismérve: egy telephely, azon belül egy sürgősségi belépési pont („**egy kapu**”), amely a meghatározott felkészültségű SBO-ra nyílik. Az SBO-n a szükségletalapú sürgősségi ellátás összes feltétele adott: épület, eszközpark, emberi erőforrás, valamint az érintett társszakták háttérkapacitása az intézmény azonos telephelyén, lehetőleg egy épületen belül. Az SBO előre lefektetett elvek mentén rendelkezik az adott kórház szabad kapacitásával, operatíván elosztva a kórház erőforrásait.
25. Az SBO-k a kórházi sürgősségi ellátás **gyógyító, oktató és kutató fellegrárai**.

26. A sürgősségi szakemberek a helyszíni illetve kórházi sürgősség között előre megtervezett **forgó rendszerben** dolgoznak, ennek összes előnyét kihasználva. E forgó rendszer biztosítja a helyszíni és a kórházi sürgősségi ellátás azonos szakmai elvek mentén működő egységességét és folytonosságát, ugyanakkor enyhítően hat a szakorvosi emberi erőforrás-krízisre is (2012-2014).
27. A szükségletalapú sürgősségi ellátórendszer emberi erőforrás-igényének (újra)tervezése, valamint a hiánypótlás szorosan monitorozott ütemezése szükséges – az OMSZ és az SBO-k között, illetve az ország egyes területei között is.
28. Fel kell mérni a hazai sürgősségi osztály-hálózat jelenlegi infrastrukturális adottságait és eszközös felkészültségét, a kórházon belüli elhelyezését illetve kapcsolódási pontjait, és mindezt megfeleltetni az elvárásoknak és lehetőségeknek.
29. Az oxyológia-sürgősségi ellátás szakmai irányelvei és folyamatai terén ki kell alakítani a szakmai konszenzust az érintett társszakmákkal. A konszenzusnak ki kell térnie a szakterületek közötti együttműködésre, valamint a kórházon belüli és kórházak közötti betegutakra is.
30. Meg kell határozni a **mentőtisztek helyét és szerepét** a vázolt sürgősségi rendszerben, a képzés megfelelő átalakításával ahhoz, hogy a már említett forgó rendszerben, illetve az alapellátási ügyeleti rendszerben is megállhassák a helyüket (2011.: a beteg-osztályozás, triage szakmai kollégiumi szabályzása; 2011-12.: a mentőtisztek egyéb szerepének meghatározása)
31. A reguláris **egyetemi oktatáson** belül az oxyológia-sürgősségi orvostan oktatása terén országos egységesítés szükséges. Hazánkban a sürgősség és az oxyológia oktatása az általános orvostudományi karokon különböző hangsúllyal szerepel. A magyar orvostársadalom sürgősségi kompetenciájának színvonala fejlesztést igényel. Valamennyi szakterület művelőjének rendelkeznie kell az életmentéshez szükséges alapismeretekkel és készségekkel. Ezen felül biztosítani kell mind a prehospitális mind a hospitális sürgősségi ellátórendszer orvos utánpótlását. Ezért az oxyológia-sürgősségi orvostannak kötelező tantárgyként kell megjelennie a graduális képzésben mind a négy képzőhelyen, legalább fél éves időkeretben. Az egységes szakmai tartalom összeállítása az Oxyológiai-Sürgősségi, Honvéd-, és Katasztrófaorvostani Szakmai Kollégium munkatervében szerepel, a munka megkezdődött.
32. **Budapest:** a jelenlegi akut kórházi ellátás rendszere szinte áttekinthetetlen, ráadásul sok beteg nem, vagy csak kerülőutakkal, késve kerül a betegségének, állapotának megfelelő szintű ellátóhelyre. A fentebb tárgyalt két alapelv mentén a fővárosban csak **néhány, akut ellátást biztosító központ** létrehozása indokolt. A területi elv alapján az összes beteg/sérült e központok valamelyikében kapna kórházi sürgősségi ellátást. E központokba települnének át az érintett országos intézetek is. A központok közötti sürgősségi átszállítás (ún. őrzött szállítás) csak különösen indokolt esetben lenne indokolt. Ennek érdekében meg kell jelölni azon fővárosi intézményeket, melyekbe integrálható minden olyan szakma, amely a sürgősségi ellátásban szerepet játszik. A jövőben ennek figyelembe vételével történjen bármely intézményben bővítés, fejlesztés (2011. 2. félév, 2012-14. illetve utána is).
33. A hazai **intenzív osztály-hálózat** kapacitása az egyik, de nem az egyetlen igen szűk keresztmetszet a sürgősségi ellátás terén jelenleg. E kapacitást át kell világítani; az e téren

is kifejezett emberi erőforrás-krízist szükséglet-alapú tervezéssel meg kell szüntetni (2011. 2. félév – 2012.).

### Betegszállítás

34. 2008. január 1. után megtörtént a mentés és a betegszállítás teljes szétválasztásának végrehajtása. **Az átalakítás hatékonysági elemzése**, a minőség alakulásának vizsgálata a kormányváltást megelőzően elmaradt. Ugyanakkor az OMSZ-nál országosan emelkedik a primer mentések és a kórházi átszállítások száma is.
35. A cél a betegszállítási rendszer **transzparenciájának** kialakítása, egy hatékony rendszer megalkotásával és fenntartásával. Egyértelművé kell tenni a betegszállítás helyét és szerepét, azaz mind a megrendelés lehetőségeit és körülményeit, mind az igénybe vétel jogosságát. Az egyik és leghamarabb bevezethető elem a **nyilvántartott betegszállítás megrendelés bevezetése**, hasonlóan a gyógyszerfelíráshoz. Egyúttal meg kell kezdeni az eddiginél jóval hatékonyabb ellenőrzést, a leadott teljesítések teljes körét illetően (2011. 2. félév – 2012.).

A transzparens, ugyanakkor hatékony rendszer egyik eleme az **országosan egységes irányítási rendszer**. Ma a betegszállítók országosan egységes irányítása nem megoldott. Megfontolandó megoldás az OMSZ mentésirányítását és a betegszállításokat magába foglaló integrált irányítási rendszer. Ezzel megszűnnek a párhuzamosságok és a nem indokolt feladatátadások, ugyanakkor megoldódik a nyilvántartás és egységes adatszolgáltatás, valamint biztosítható a betegszállítási kapacitás katasztrófa-tartalékként való működtetése, és szükséges esetben az azonnali bevetetősége – mely jelenleg egyáltalán nem megoldott. Mintaértékű lehet az országos irányítás egy központból való megoldása. Az így alkalmazható számítástechnikai megoldás a legtakarékosabb és legésszerűbb szervezést biztosítja, és ennek alapján a kapacitás átcsoportosítására is irányadó lesz. Ez a megoldás pozitív kihatással bír a tevékenység áttekintésére, e mellett a felmerülő szervezési lehetőséget is biztosítja. Az ellenőrzés és az elszámolás továbbra is az OEP feladata marad, az OMSZ csak a szükséges adatokat szolgáltatja (2011. 2. félév – a vonatkozó rendelet kidolgozás alatt.).

## G. ALAPELLÁTÁS

**Az ellátórendszer kulcselemének tekintendő, és így prioritásként kell kezelni az alapellátást.** Erősíteni szükséges a háziorvosi, házi gyermekorvosi hálózat képességét és érdekeltségét a helyben befejezett ellátások arányának növelésére, a prevencióban, egészségnevelésben való aktív részvételre. Ennek érdekében csökkenteni kell adminisztratív terheiket, támogatni a korszerű műszerpark kialakítását. A szükséges többletet a helyi morbiditási adatok alapján súlyozva, illetve kiegészítő teljesítményfinanszírozási elemek révén lehet biztosítani. Vissza kell adni az alapellátásban dolgozók munkájának értékét, hogy újra vonzó legyen ez az életpálya jelenthessen a jövő szakemberei számára, csökkentve ezzel a hozzáférés esélyét súlyosan veszélyeztető intenzív elvándorlást a területről. Ösztönözni szükséges a helyi területi és szolgáltatói együttműködés elmélyítését a *praxisközösségek*, kistérségi alapellátási központok kialakítása, illetve a védőnői hálózat, valamint az otthoni szakápolást és szociális gondozást végző önkormányzati, civil és egyházi szervezetek munkájának szorosabb integrációja irányában. A praxisjog megújításával segíteni kell a fiatalok praxishoz jutását.

1. **A közfinanszírozott állami egészségügyi rendszer alapköve az alapellátás.** Az alapellátás teszi ki az orvos-beteg találkozások legnagyobb arányát, s emellett itt jelenik meg nyomatókusan a „megelőzés – gyógyítás – gondozás triászának” mindhárom eleme. Alapellátáson értjük a háziorvosi-házi gyermekorvosi ellátás mellett a fogászati alapellátást, a védőnői hálózatot, illetve az iskolaorvosi ellátást is ( a munkaegészségügy helyzetének és szerepének újraértelmezése látszik szükségesnek). Az alapellátási szint képes leginkább elvégezni azokat a szűrővizsgálatokat és egészségügyi állapotfelméréseket, amelyek a népegészségügyi mutatók szempontjából elengedhetetlenek. A jelenlegi forráshiányos környezetben a szakmai szempontok mellett **stratégiai jelentőségű**, hogy a költséghatékonyság és a lakosságközeli definitív ellátás ösztönzését figyelembe véve, a **szubszidiaritás elve prioritást kapjon**. Mindehhez az alapellátó egységek ellátó kapacitását a szükséges eszközökkel (forrásteremtés, finanszírozás, szervezet/emberi erőforrás, jogi szabályozás, egészség-magatartás) bővíteni kell.
2. A települési önkormányzat törvényi kötelezettsége, hogy gondoskodjék a településen lakók alapellátásáról. Ennek keretében kijelöli az ellátási körzetek határait és egyben gondoskodik a körzet lakosait ellátó háziorvosi szolgálat működtetéséről, illetve működőképességének fenntartásáról. Az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény bevezette a „**praxisjog**” fogalmát, mely személyhez fűződő vagyoni értékű jogként feljogosítja tulajdonosát, hogy háziorvosi tevékenységet végezzen. Az ezredforduló környékén az alapellátásban bekövetkező **funkcionális privatizáció** keretében az önkormányzat tulajdonában levő rendelőt működtetésre vette át a háziorvos, azonban az amortizáció fedezet továbbra is sok esetben vita tárgya, a duális finanszírozás hátulütőjeként. Nincs pontosan rögzítve, hogy a működéshez szükséges feltételek közül melyiket kell az egészségbiztosítótól származó finanszírozásból kigazdálkodni, illetve melyiket kell az önkormányzatoknak fedezni. Ennek megfelelően jelentős eltérések mutatkoznak abban, hogy az adott önkormányzat mit gondol saját feladatának, és milyen terheket ró a háziorvosi praxisokra.



3. Ezen a helyzeten kell változtatni (1) a feladatátvállalási szerződések tartalmának egységesítésével, és (2) az eszköz- és ingatlantámogatás rendszerének felújításával, és (3) a praxisjog rendszerének megújításával.
4. Az önkormányzat és a működési engedéllyel bíró háziorvos közti **feladatátvállalási szerződések tartalmának egységesítésével** (tartalmi minimum meghatározása) el kell érni, hogy a felelősségi határok egyértelműen elhatárolhatóak legyenek.
5. Fel kell frissíteni a korábban már működő **eszköz- és ingatlantámogatás** jól bevált rendszerét. A 2001-2005. közötti időszakban a költségvetési támogatást kaptak azok a vállalkozó háziorvosok, házi gyermekorvosok, valamint a fogászati alapellátást nyújtó fogorvosok, akik az önkormányzatok eredeti kötelezettségei közül, a külön jogszabályban meghatározott szakmai minimumfeltételek közé tartozó eszközök, a kulturált betegfogadást szolgáló berendezési tárgyak beszerzését, illetve folyamatos pótlását szerződésben átvállalták, valamint azoknak, akik saját tulajdonú ingatlanban működtek közre az önkormányzatok egészségügyi alapellátással kapcsolatos kötelezettségeik teljesítésében. A támogatással elérhetővé vált, hogy a duális finanszírozás nem kellően tiszta viszonyai között ne maradjanak el a rendelői eszközpark szükséges fejlesztései. Az informatikai eszközök intenzív fejlődése, illetve a definitív ellátásra való törekvés következtében az orvosok informatikai és (a szakellátás terheit csökkentő) diagnosztikai eszközigényei fokozottan megnöttek, az alapellátás ingatlanállománya legtöbb esetben tragikus állapotban leledzik, azonban az ehhez szükséges forrásokat a jelenlegi finanszírozási keretek között nem képesek kigazdálkodni, ezért szükséges az eszköz- és ingatlantámogatás rendszerének újraélesztése.
6. **A praxisjog intézménye alapvető megújításra szorul.** A korábbi jogalkotók szándéka szerint piacképes vagyoni jog keletkezett, mely a praxisokból kilépők részére biztosított egyszeri, nagyobb mértékű "végkielégítést. Napjainkra azonban a finanszírozás elértéktelenedése miatt jelentősen leszűkült a piacképes praxisok száma, nagymértékben csökkent a kereslet, s így a kilépni szándékozó, sokszor bőven a nyugdíjkorhatár felett tevékenykedő háziorvos nem tudja eladni praxisát. A finanszírozás szükségyszerű optimalizálásán kívül megoldási lehetőségként körvonalazódik egy önfenntartó, úgynevezett „**praxisalap**” létrehozása, amely átvenné az eladni kívánt (de piaci körülmények között eladhatatlan) praxisokat egy előre meghatározott értékelési sémának megfelelően, ugyanakkor lehetőséget nyújtana fiatalok részére kedvezményes hitelkonstrukció keretében, támogatott praxisvásárlásra, illetve az életkezdéshez szükséges feltételek megteremtésére is. A tartósan betöltetlen praxisok esetében többféle megoldást kell kidolgozni, bevonva és építve a kellően képzett és tapasztalt szakszemélyzetre.
7. A másik megoldandó probléma az értékesítés nehézsége mellett, hogy a praxisok eladási ára nem tükrözi valós értéküket, azaz az ár jelenleg egyáltalán nem mutatja az ott végzett munka minőségét, a praxis általános állapotát. Az ismert **nyugdíjkielégítések** miatt a praxisalap mellett megfontolandó lehet létrehozni egy olyan kötelező, kisebb mértékű járulékot, amelyet minden háziorvos az ennek összegével megemelt egészségbiztosítótól származó finanszírozásából fizet, és a nyugdíjba menő, vagy egészségi okból nem munkaképes kollégáinak nyújt a várhatóan igen alacsony nyugdíj mellett megélhetést biztosító forrást.

8. A házi orvos, kapuóri funkciójának megfelelően, megfelelő ösztönzők beépítésével alkalmas arra, hogy a szakellátási szintet tehermentesítse. Bár ez elmúlt években volt rá törekvés, de igazi áttörést nem sikerült elérni azon a téren, hogy a **más klinikai szakvizsgálóval** is rendelkező házi orvosok, a más szakterületen szerzett jártasságukat a praxisban egy kidolgozott, finanszírozott és szabályozott rendszer mentén is kamatoztathassák, - ezen változtatni szándékozunk. A XXI. században a technika és a tudomány fokozott fejlődés következtében nem elvárható, hogy a korszerű alapellátáshoz szükséges tudás egy ember birtokában legyen, ezért az egyedi praxis mellett célszerű lehet a csoportpraxis létesítés lehetőségének jogi és finanszírozási alapjait is megteremteni. A **csoportpraxis** az orvosi együttműködésnek olyan emelt szintű, közös gazdálkodású szervezeti formája, amely több szakterületet integrálva nyújthat egy szomszédos házi orvosi körzetekben ellátott lakosság számára emelt szintű alapellátást. Az (elsősorban a négy) alapszakmákban is tevékenykedő szakemberek nagyobb arányban lennének képesek befejezett ellátás nyújtására. Megoldást jelenthet, főként az országbeli ellátási különbségek, hozzáférési elégtelenségek kiküszöbölésére a más klinikai szakvizsgálóval is rendelkező házi orvosok horizontális orvosi együttműködése, **praxisközösségbe** (azaz területi ellátási kötelezettséggel rendelkező házi orvosi szolgálatok feladatainak ellátására létrejött egészségügyi társas vállalkozás) tömörülése is. Ezen csoportosulási forma (az önállóan megtartott gazdasági működés mellett) hatékonyabb működést eredményezhet, és a közösen alkalmazott, jelentős kiegészítő tevékenységeket ellátó szakemberek (gyógytornász, dietetikus, masszőr, stb.) javíthatják az ellátás minőségét. Az említett példák az együttműködés lehetőségeit mutatják, de nem kötelező irányokat jelölnek ki.
9. Rendszerszinten költséghatékonyabb működést eredményezhet és a házi orvos valódi **kapuóri funkcióját erősítheti**, amennyiben a házi orvos részére törvényi felhatalmazottság mellett biztosítjuk, hogy a hozzá bejelentkezett biztosítottak, jogosultak tekintetében, **valamennyi a társadalombiztosítás terhére történt szolgáltatásról** (támogatott gyógyszer kiváltása, nem beutaló köteles szakorvosi vizsgálatokon történő részvétel) **tájékoztatást kapjon**. A gördülékeny működéshez az adatvédelmi szabályozás minimális változtatása mellett azonban szükséges egységes informatikai hálózat kialakítása, amely az alapellátás egységeit összeköti minden szakellátó intézménnyel és kórházzal, illetve az egészségbiztosítóval. A hálózaton keresztül a házi orvos részére lekereshetők a betegek kórelőzményei, kiszűrhetőek a párhuzamosságok. (A későbbiekben a rendszer másik irányba, a szakellátók felé történő nyitása is felvetődik, természetesen a kellő betegjogi és adatvédelmi feltételek kiépítése esetén.)
10. A hozzáférés és az ellátás minősége régióként és praxisonként nagymértékben eltérő. Különös problémát jelentenek a **tartósan betöltetlen praxisok**, melyek száma az idősödő orvosok arányával párhuzamosan növekszik, és figyelembe véve az aggasztó humán erőforrás tendenciákat, a folyamat állami beavatkozást igényel. Megoldást jelenthet rövidtávon a más, klinikai szakmákból való **átképzés megkönnyítése** (rövidített rezidensi program, licenc vizsga), hosszútávon pedig a **házi orvosi életpálya modell kialakítása**, nem titkoltan azzal a céllal, hogy a házi orvosi tevékenység újra szakmailag és megélhetés szempontjából a vonzó szakmák közé emelkedjen. Ennek érdekében már az **egyetemi képzés keretében** hangsúlyosabbá kell tenni az alapellátó orvosok munkára való felkészítését, s az elméleti szakismeretek mellett szerepet kell kapjon a mélyreható gyakorlati oktatás, és a kommunikációs képzés. A házi orvosi praxishoz jutást az

- egzisztenciával még nem bíró fiatalok számára a praxisalap intézményesítésével kell lehetővé tenni. A háziiorvosi munka szakmai színvonalának emelése (**adminisztrációs és kompetencia gátak, jelentési kötelezettségeket racionalizálása – „egyablakos jelentés”, körzethatárok újragondolásával az általános túlterheltség lebontása**) egyúttal presztízsemelő hatást is jelent, ugyanakkor elkerülhetetlen a finanszírozás rendezése.
11. A praxisok finanszírozásának nem pontosan definiált eleme **a társadalombiztosításon kívüli szolgáltatások köre**, melyek vagy hatóságilag szabályozottak (pl. jogosítvány), vagy az orvostól és a kialakult helyi viszonyoktól függ a nagyságuk (pl. nem kötelező oltások beadása). Főként az utóbbi, feszültséget támaszt az orvos-beteg kapcsolatban, és a konfliktus elkerülési technikák miatt finanszírozási veszteséget is okoz, tehát **pontosabban szabályozni kell, szolgáltatási típusonként díjtételekkel**.
  12. A meglévő finanszírozási mechanizmusok mellett lehetőséget kell biztosítani bizonyos területeken a **teljesítmény finanszírozására**. Ennek módja lehet a háziiorvosi indikátor rendszer eredményeinek a jelenlegi finanszírozási rendszerbeli arányának növelése, valamint a más szakvizsgával rendelkezők számára a kompetencialista szélesítése, így a finanszírozás bővítése érdekében **2011. április 1-én hatályba lépett a háziiorvosok indikátor alapú teljesítményértékeléséről és az orvosok gyógyszerrendelés értékelésének egyes szabályairól szóló 2011/11. NEFMI rendelet**.
  13. A háziiorvosi és házi gyermekorvosi alapellátó praxisok, csoportpraxisok és praxisközösségek a betegek által könnyen megközelíthető kistérségi és városi szinteken szervezett járó- és fekvőbeteg ellátások közül választhatnak. Ez biztosítja a szolgáltatók piaci kontrollját és egyúttal a **betegút-szervezés alaplépcsőjét**. A választott szakmai ellátók és a praxisok között rendszeres konzultációt biztosító rendszer jön létre. Az alapellátás területén egészségügyi ellátást végző szereplők, valamint a határterületi ellátások (pl. szociális ellátás) tevékenységének összehangolása is ezen a szinten történik.
  14. A **szűrővizsgálatok** egyik fő akadályja, hogy a lakosság igen nagy százaléka soha nem megy orvoshoz, csak amikor már késő. Ezért fontos szerepe van az **alapellátás egyéb szereplőinek** is (védőnő, iskola-orvos, foglalkozás-egészségügyi orvos) a **megelőzés fontosságára való figyelemfelhívásban**. Mindemellett az előbb említett háziiorvosi indikátorok között is értékelésre kerül a háziiorvos szűrési tevékenysége, és az indikátorok felülvizsgálata során emelni lehet majd azon komponensek számát, amelyek a népegészségügyi szempontból fontos **szűréseken való részvétel ösztönzését díjazták**.
  15. A **háziiorvosi ügyelet** szervezeti formája jelenleg túlzottan sokrétű, a háziiorvosokon kívül magánszolgáltatók, kistérségi ügyeleti társulások, illetve az OMSZ is lát (látott) el ügyeletet. Ennek megfelelően áttekinthetetlenül egyenetlen és ellenőrizhetetlen a szakmai színvonal, sértve ezzel az igazságosság és a hozzáférés elvét. A megoldást a sürgősségi rendszer átalakításához kötötten lehet megtalálni.
  16. A **védőnői hálózat** minden szempontból a magyar egészségügy egyik igen komoly vívmánya. Megfelelő átalakítással az egyre jobban fenyegető orvoshiány okozta probléma megoldásának egyik kitörési pontja lehet. Tovább lehet fejleszteni azokat a már elindult népegészségügyi, prevenciós és szűrési programokat, amelyekkel a védőnők munkáját szélesebb és komplexebb módon lehet bevonni az ellátásba. Ezzel szemben az **iskolaorvosi ellátás** nem kellően tölti be funkcióját; népegészségügyi jelentőségének

megfelelően újjá kell építeni. A 18 év alatti fiatalokkal foglalkozó alapellátási szakemberek munkáját a korábbi hagyományok alapján a **házi gyermekorvos** vezető szerepének deklarálásával újra integrálni kell. A **fogászati alapellátás** speciális körülményei és problematikája miatt külön elemzést igényel, szerepe viszont nem elhanyagolható az igen rossz magyar szájhigiénés viszonyok (és az abból kiinduló megbetegedések) ismeretében, különösen a megtartó kezelések aggasztó alulfinanszírozottsága miatt. Fontos a különböző **otthoni szakápolási és ápolási tevékenységek kompetenciáinak és finanszírozásának bővítése**, mely az intézményi szakellátás terheit csökkenti költséghatékonyabb módon.

## H. GYÓGYSZER-, ÉS GYÓGYÁSZATI SEGÉDESZKÖZ POLITIKA

Az új gyógyszerpolitika középpontjában a minőség és a költséghatékonyság áll. Transzparenssé kell tenni a gyógyszerek befogadási eljárását. A generikus program továbbfejlesztése lehetőséget teremthet források felszabadítására. Lényeges, hogy a nagy hatékonyságú, új gyógyszerek a hazai lakosság rendelkezésére álljanak. Hangsúlyt kell helyezni a gyógyszerfogyasztók egészségtudatosságának növelésére, az orvosok és a gyógyszerészek érdekeltségének megteremtésére a gyógyszeres terápia eredményességének növelésében, bevonva őket a népegészségügyi programokba. Egyszerűsíteni illetve igazságosabbá és ellenőrizhetőbbé kell tenni a közgyógyellátás rendszerét, hogy minden rászoruló hozzájuthasson a szükséges gyógyszereihez. Fontos célkitűzés a gyógyszerbiztonság növelése. Ehhez védeni kell a legális gyógyszer-forgalmazási csatornákat a hamis gyógyszerektől. Lakossági gyógyszer és gyógyászati segédeszköz ellátás: A jogszabályok és a napi működés területén is folytatni kell a gyógyszertárak egészségügybe történő visszaintegrálásának feltételeit. Az Európai Bíróság határozatával összhangban a 2010-ben hozott új jogszabályok megállították a gyógyszerpiac liberalizálását és újraszabályozták a gyógyszertár-létesítést és –működtetést. Megteremtődtek a feltételei a gyógyszerészi tudáson és etikán alapuló gyógyszertár-működtetésnek. Korlátozódott a gyógyszertár-láncok további kiépítésének lehetősége, és határidőhöz kötve megindult a többségi gyógyszerészi tulajdonon alapuló gyógyszertár-működtetés megvalósítása. Szigorodtak a gyógyszertárakban folytatott marketing szabályait. Az előírások napi gyakorlatban való megvalósításához és a lakosság biztonságos gyógyszerekhez jutásának garantálásához hatékonyabbá kell tenni az ellenőrzést. Folytatni kell a gyógyszerforgalmazás átalakítását, garantálva a térben és időben egyenletes gyógyszerellátás feltételeit, külön figyelmet fordítva a hátrányos helyzetű területekre. A közforgalmú gyógyszerellátást integrálni szükséges a népegészségügyi programokba. A gyógyászati segédeszköz ellátás területén is biztosítani kell az átláthatóságot a finanszírozásba történő befogadás és a kiszolgálás vonatkozásában egyaránt. Előnyben kell részesíteni a forgalmazáson túl tanácsadást, egyedi átalakítást, szervizelést, kölcsönzést is nyújtó komplex szolgáltatásokat. Biztosítani kell, hogy a rászorultak a szakmai szempontok figyelembe vételével hozzájussanak a nagyértékű segédeszközökhöz is, de csak a megfelelő rehabilitációs team vagy osztály által végzett ellátás keretében.

1. Minden közösségi szolgáltatással kapcsolatban jogosan támasztható általános társadalmi igény a biztonság, a minőség és a hatékonyság érvényesítése. Ez a követelményrendszer a gyógyszerellátás esetében **(1) a gyógyszer- és betegbiztonság, (2) az ellátásbiztonság, (3) a szolgáltatás-minőség** érvényesítését és **(4) a közforrások és lakossági befizetések hatékony felhasználását** jelenti. A korábbi politikai döntések e négy alapkövetelmény érvényesülését gátolták, a nyilvánvaló problémák miatt veszélyeztetett a gyógyszer-, a beteg- és az ellátásbiztonság, nem érvényesülhetnek megfelelően a szakmai szolgáltatások és a rendszerszintű költséghatékonyság helyett az egyes egységek üzemgazdasági hatékonyságára helyeződik a hangsúly.

## H.1. A lakossági és intézeti gyógyszerellátás rendszere

2. **A lakossági gyógyszerellátás hazai rendszerét a gyógyszerpiaci liberalizáció alapvetően versenypiaci keretek közé kényszerítette, ahol nem érvényesült sem a szükségleti elv, sem az intézményhálózat viszonylagos egyenletességének igénye.** A versenypiaci szabályozás nem gátolta az azonos feladatot ellátó párhuzamos struktúrák kiépülését és nem volt képes arra sem, hogy a kis népsűrűségű térségek (kistelepülések) gyógyszerellátása megfelelő szinten legyen biztosított. Ez a hozzáférési esélyegyenlőtlenséget növelte. A liberalizált rendszer nem volt alkalmas a gyógyszerellátás működésére rendelkezésre álló források hatékony felhasználására sem. A felelősségi viszonyok rendezetlenek voltak, a gyógyszertárak működtetésének szakmai garanciái hiányoztak. A gyógyszertárak közötti verseny néhány elem viszonylagos javulása (pl. városokban a nyitvatartási idő növekedése, a sorban állás csökkenése) mellett a bizalmi jellegű gyógyszertári szolgáltatások színvonalának romlását okozta. *A gyógyszer-gazdaságossági törvény Nemzeti Együttműködés Kormánya által kezdeményezett és 2011. elején hatályba lépett változásai lehetővé teszik, hogy új gyógyszertárak a szükségleti elvnek megfelelően létesüljenek. Egyértelművé váltak a gyógyszertár-működtetés felelősségi viszonyai és a gyógyszertár-működtetésben megteremtettük a gyógyszerészi kompetenciák rendezésének a feltételeit. A változtatások azonban csak az első lépést jelentik gyógyszerpolitikai céljaink elérésében. Ahhoz, hogy a gyógyszerellátás rendszere alkalmassá váljon feladatai ellátására, biztosítani kell, hogy a jogszabályi változások a napi gyakorlatban is érvényesüljenek. Transzparens gazdasági viszonyokat kell teremteni. Folytatni kell a szakmai követelmények megújítását és erősíteni kell a hatósági ellenőrzés rendszerét. Folytatni kell a szakmai kompetenciák rendezését, beleértve a szakgyógyszerészi képzésekhez kötött kompetenciákat is. Cél, hogy a gyógyszerellátás az egészségügyi ellátás rendszerének részeként betölthesse társadalmi hivatását, a gyógyszerész pedig a gyógyszer és a gyógyszeres terápia szakértőjeként szakmailag és egzisztenciálisan függetlenül végezhesse feladatát.*
3. További probléma, **hogy a jelenlegi szabályozás elsődlegesen a gyógyszerek és egyéb termékek kiskereskedelmi jellegű értékesítésében teszi érdekeltté a gyógyszertárakat, ahelyett, hogy a gyógyszertári szolgáltatásokat igénybe vevők egészségügyi problémájának a megoldására is fókuszálnának.** Ennek alapvető oka, hogy a gyógyszertárak működésének forrása kizárólag termékértékesítéshez kötött, **árrés-jellegű bevétel.** A gyógyszertárak anyagilag nem érdekeltek sem a közösségi források hatékony felhasználásában, sem a lakossági hozzájárulás minimalizálásában. Hiányoznak azok az ösztönzők is, amelyek a betegek racionális gyógyszeres terápiájának kialakításában és felügyeletében a gyógyszerészek érdekeltségét biztosítják. Meg kell tehát teremteni a feltételeit annak, hogy a gyógyszertárak a források költséghatékony felhasználásában, a népegészségügyi programok és az egészségpolitikai célok megvalósításában **érdekeltek legyenek és részt vegyenek.** **A gyógyszerészi gondozási programok** fejlesztése és végzési feltételeinek megteremtése kiemelt feladat. *Ennek első lépését 2011-ben az egészségügyi szolgáltatók gyógyszerrendelésének és kiszolgáltatásának értékeléséről, valamint a háziiorvosi és a gyógyszertári érdekeltségi rendszer kialakításáról szóló kormányrendelet teremtette meg. A rendszer további bővítése, a generikus helyettesítés ösztönzésének kiszélesítése és egyéb a terápia*

- eredményességét javító egyéb ösztönzőkkel való kiegészítése az elkövetkező évek (2012-2014) feladata.*
4. Úgyszintén gondot jelent, hogy a gyógyszertárak – mint a gyógyszerpiacba integrált szereplők – működését a gyógyszer-gyártók és nagykereskedők termék-értékesítési és promóciós érdeke is befolyásolja, ugyanakkor a háziorvosi ellátás egészségügyi prioritásainak **patikai érvényesítését a rendszer nem preferálja**. A gyógyszerellátási feladatokat gátolja az ágazat eladósodása és a körbetartozás, továbbá gondot jelentenek az átláthatatlan tulajdonosi viszonyok. *Ez utóbbi rendezése érdekében 2011. május 31-i határidővel már megtörtént az off-shore cégek kizárása a gyógyszertár-működtetésből és a Nemzeti Együttműködés Kormányja társadalompolitikai célkitűzéseinek megfelelően jogszabály rendelkezik a többségi gyógyszerészi tulajdon határidőhöz kötött biztosításáról. A gazdasági lehetőségek figyelembe vételével az elkövetkezendő időszakban további lépések szükségesek az eladósodás és a körbetartozás felszámolásához, a gyógyszertárak gazdaságilag kiegyensúlyozott és költségracionális működtetéséhez, az elvárásokkal és a társadalompolitikai célokkal harmonizáló tulajdonosi struktúra kialakulásához.*
  5. **A gyógyszertárakban jelenleg alkalmazott minőségbiztosítási rendszerek** elsődlegesen a gyógyszer mint termék minőségi jellemzőinek biztosítására fókuszálnak. Ennek és a gyógyszerellátás teljes vertikumában a „zárt” forgalmazási rend előírásának előnye, hogy a gyógyszertárakban a gyógyszerek hamisításának kockázatával eddig érdemben nem kellett számolni. A termékbiztonság erősítése a gyógyszertárakban forgalmazott többi termékcsoporthoz képest indokolt. A gyógyszertárak által nyújtott szakmai szolgáltatások minőségét garantáló minőségbiztosítási rendszerek jellemzően hiányoznak, ezek minél teljesebb körű bevezetése egészségpolitikai cél. *Ehhez már 2011-ben segítséget nyújthat a minőségfejlesztés területén elinduló gyógyszerbiztonsági program, mely egyben a gyógyszerellátási standardok fokozatos bevezetését is segíti.*
  6. **Cél egy olyan gyógyszerellátó rendszer kialakítása, ahol a gyógyszertári intézményrendszer struktúrája a - rendelkezésre álló források figyelembe vételével – a szükségletekhez igazodik és lehetőség szerint egyenletes hozzáférést biztosít a betegeknek.** Feladat a vidéki gyógyszerellátás biztosítása, az évtizedek óta vitatott gyógyszertári ügyeleti rendszer rendezése. Folytatni kell az egyértelmű felelősségi viszonyok megteremtését és a gyógyszerész-szakember tényleges felelősségvállalására kell alapozni a gyógyszertár-működtetést. A személyi jogos gyógyszerész menedzsment-kötelezettségeinek ténylegesen érvényt kell szerezni. A tulajdonosi viszonyok fokozatos átrendezése, a gyógyszerész szakember kompetenciáinak fejlesztése és a menedzsmenthez kötődő kötelezettségek előírása jelentősen hozzájárulhat ahhoz, hogy a lakossági gyógyszerellátás az egészségpolitikai célok megvalósításában meghatározó tényezővé váljék. *A tulajdonosi viszonyok fokozatos átrendeződése a gyógyszergazdaságossági törvény módosításában foglaltak szerint valósul meg. A gyógyszertári ügyeleti ellátási rendszer újraszabályozása, és ennek más ügyeleti ellátási formákhoz való illesztése 2011-es év folyamán megkezdődik.*
  7. **A gyógyszertárak visszaintegrálódnak az egészségügy rendszerébe és megteremtődnek a feltételei annak, hogy az orvosokkal és az egészségügy többi szereplőjével együttműködve vegyenek részt az egészséges életmód promóciójában, a prevencióban és a betegek gyógyításában.** A gyógyszertáraknak be kell kapcsolódnia a

népegészségügyi programokba. Alkalmassá kell válniuk arra, hogy a gyógyszerterát orvos közreműködése nélkül felkereső beteg szakszerű ellátása és – ha szükséges – az ellátó rendszer orvosi szintjeire történő irányítása biztosított legyen. A gyógyszerterának részt kell vennie a nagy népegészségügyi kockázatú betegségek gyógyszerészi gondozásában és a gyógyszeres terápia menedzsmentben. Részt kell venniük a gyógyszerelési problémák kiszűrésében és elsődleges feladatukká kell válják a betegek gyógyszereléssel kapcsolatos együttműködésének megteremtése. Részt kell venniük a betegeknek szóló gyártó-független gyógyszerinformációban, a generikus program hatékonyságát növelő betegtájékoztató tevékenységben. Elő kell segíteniük a betegek személyes felelősségének növelését a gyógyszerhasználat hatékonyságát illetően. Ehhez a megfelelő felkészültséget a gyógyszerészek graduális és posztgraduális képzési rendszerében kell megteremteni. A szolgáltatások színvonalát megfelelő standardok és protokollok bevezetésével kell biztosítani és a szakmai minimumfeltételeket az elvárásokhoz kell igazítani. A gyógyszerterai szakdolgozók képzésének követelményeit a velük szemben támasztott követelményekhez kell igazítani. *A 2010-ben elfogadott metabolikus szindróma gyógyszerészi gondozási protokoll mellett a szakmai szervezetekkel együttműködve szükséges, hogy 2011-ben a gyógyszerkiadáshoz kapcsolódó gyógyszerészi gondozási protokollok elkészüljenek, és az azt követő években (2012-2014) a főbb krónikus betegségek területén a megfelelő gyógyszerészi gondozási protokollok rendelkezésre álljanak.*

8. **A gyógyszerterák minőségi rendszerének megújításával és az etikai rendszer helyreállításával** biztosítani kell a gyógyszer- és betegbiztonság maradéktalan érvényesülését, a gyógyszerterai szolgáltatások protokollokhoz kötött, egységes és magas színvonalú nyújtását. A minőségi és etikai rendszer fejlesztésében és intézményrendszerének kialakításában a Magyar Gyógyászati Kamarával és a szakmai szervezetekkel szoros együttműködést kell kialakítani.
9. A gyógyszerteráknak garantálniuk kell a közösségi források költséghatékony felhasználását. **A források hatékony felhasználásában érdekeltté kell tenni a gyógyszerterákat.** Ennek érdekében olyan ösztönzőket kell bevezetni, amelyek támogatják a gyógyszerterák népegészségügyi programban való részvételét és a gyógyszerterák által nyújtott szolgáltatásokat.
10. A gyógyszerterák – mint vállalkozások – gazdaságilag racionális működésének előfeltétele a menedzsment megfelelő **gazdálkodási felkészültsége.** Ennek, valamint a gyógyszerészettel szemben megfogalmazódó társadalmi és egészségpolitikai elvárásoknak megfelelően a **gyógyászati képzés és –továbbképzés** célirányos korrekciója indokolt, ami a szakmai szervezetekre is feladatot ró. Szükséges a gyógyszerészsakképzés és az ehhez kapcsolódó megfelelő kompetenciarendszer kidolgozása. *A gyógyszerész sakképzés és az ehhez kapcsolódó kompetenciák újragondolása a 2011-es év feladata, melyet követően a szabályozás módosítására a 2012-2014 évek során kerülhet sor.*
11. **A kórházak, fekvőbeteg-gyógyintézetek gyógyszerellátását** az intézet részeként működő intézeti gyógyszerteráknak teljes körűen kell biztosítani. Az intézeti gyógyszerteráknak elő kell segíteniük az intézetek racionális gyógyszerfelhasználását és gyógyszer-gazdálkodását, a rendelkezésre álló források költséghatékony felhasználását. Biztosítani kell a gyógyszerészek részvételét az intézetben ápolt, kezelt betegek terápiáját kialakító



és felügyelő teamekben. Cél, hogy a fekvőbeteg-ellátó intézményeinkben a gyógyszerelés minőségi, szakmai mutatói az európai gyakorlattal harmonizáljanak. Ehhez biztosítani kell, hogy a megfelelő felkészültségű gyógyszerészek megfelelő létszámban dolgozzanak az intézeti gyógyszerertárakban. Ennek előfeltétele az életpályamodell kiterjesztése a kórházi gyógyszerellátás területén dolgozóakra is. *Az intézeti gyógyszerellátás megújítása a kórházak területén zajló funkcionális integrációval párhuzamosan valósul meg.*

12. Az Európai Unió szabályozásával összhangban szükséges **megerősíteni a gyógyszerfigyelés rendszerét**, valamint a legális kereskedelmi lánc védelmét a hamis gyógyszerek Magyarországra való bejutásának megelőzése érdekében. Felismerve annak kockázatát, hogy a legális gyógyszer kereskedelem útján jelentős közegészségügyi kockázatot jelentő **hamis gyógyszerek** juthatnak el a lakossághoz, fontos célkitűzés a **büntetőjogi szankciórendszer szigorítása** és olyan hatósági gyakorlat bevezetése, amely kizárja a hamis gyógyszerek forgalmát hazánkban. *Az uniós jogharmonizációs kötelezettségekből adódóan a legfontosabb területek szigorítását, melyek a lakosság gyógyszerbiztonságát garantálják, 2011-ben szükséges elvégezni.*

## H.2. Támogatáspolitikai megfontolások

13. Az egészségügyből történt forráskivonás **a lakossági gyógyszerterhek növekedése** miatt különösen érzékenyen érintette a krónikus betegségben szenvedő, szociálisan hátrányos helyzetű csoportokat. Napi jelenség, hogy szükséges gyógyszereiket pénz hiányában nem tudják kiváltani. Emellett a gyógyszerertárak gazdasági ellehetetlenítése miatt a betegek sokszor szembesülnek azzal, hogy **nem tudnak felírt gyógyszereikhez azonnal hozzájutni**, hanem 1-2 nap múlva vissza kell térniük a patikába. Ez a helyzet jelentősen rontja a beteg-együttműködést, ami a népegészségügyi mutatók további romlásához vezet.
14. Szembe kell nézni azzal, hogy mivel a fekvőbeteg-gyógyintézetben kezelt betegek ellátását a kórházak a jelenlegi finanszírozási helyzetben nem képesek maradéktalanul biztosítani, részben a járóbeteg-gyógyszerkassza terhére történik ezen betegek gyógyszerellátása. *A tisztázatlan viszonyok felszámolása már a 2011-es év során indokolt.*
15. Ma számos **nagyértékű**, jellemzően onkológiai készítményt nem a felhasználás optimális helyén finanszíroz a biztosító. Szükséges, hogy ezen **készítmények fekvőbeteg ellátásba történő átsorolásával**, a hatékony országos szintű beszerzés elindításával, és pontos elszámolást biztosító szabályozással a finanszírozás hatékonyságát és a hozzáférés egyenlőségét javítani lehessen. *Az egyes készítmények átsorolása a 2012-es év során megkezdődik.*
16. Az egészségpolitika hosszú évek óta adós a **költséghatékonyság gyógyszer és gyógyászati segédeszköz támogatási értelmezésének megfelelő irányelv kidolgozásával**. Ez mind a gyógyszerbefogadás, mind pedig a fenntarthatóság szempontjából szükséges a támogatás felülvizsgálat során, a hatékony allokáció mérlegelése, a megalapozott döntések meghozatala érdekében. Mára szerte a világon jelentősen meghaladta az orvosilag lehetséges terápiák köre a gazdaságilag megengedhető mértéket. Fontos cél, hogy csak igazolt hatékonyságú gyógyszerek

- támogatását tegyük lehetővé. *Az egészség-gazdaságtani, technológia értékelési elemzések rendszerének irányelvként való kidolgozása a 2011. évi szakmai egyeztetések megindítását követően 2012-ben megtörténik, melyben a jelenlegi intézményi háttér mellett a szakmai kollégium bevonása is indokolt.*
17. **A gyógyszerek és gyógyászati segédeszköz támogatásba történő befogadásának elvei és folyamata korrekcióra szorul. A befogadások jelenlegi rendszerének nyomonkövethetőbbé, átláthatóbbá alakítása szükséges,** a befogadási döntéshozatalt segítheti, ha az ország gazdasági teljesítőképessége, egészségügyi helyzete alapján az egy megnyert életévre, vagy QALY-ra fordítható összeg, mint felső korlát, meghatározásra kerül. Ez a gazdasági növekedés újraindulásával növekvő lehetőségeket biztosíthat az új befogadások rendszerében és a támogatási csoportok körében. A befogadások vonatkozásában ki kell térni az ún. **orphan (ritka betegségek gyógyszerei)** gyógyszerek kérdéskörére is, mely készítmények esetében EU-s szintű kockázatvállalást kezdeményezünk. *A gyógyszerbefogadások rendszerének újraszabályozása még a 2011-es év során elindul.*
18. *A forrás-felszabadítás egyik lehetséges módszere a **gyógyszertámogatásban a generikus termékek előtérbe helyezésével lehetséges.** Azonban a jelenlegi rendszerben az originális készítmény szabadalmának lejártá után a generikus készítmények viszonylag magas áron kerülnek forgalomba, másrészt a piacra lépését követően, a fixesítés során meghatározott referencia termék nem élvez olyan mértékű piaci előnyöket, amelyek érdekeltté tennék a forgalmazókat, hogy a szabadalom lejártát követően a lehető leghamarabb a megfelelő logisztikai garanciák mellett végrehajtott árcsökkentés révén készítményeik preferált referencia ársávba kerülő terméké váljanak. Biztosítani kell a kiszámíthatóságot. A generikus gyógyszerfelhasználást és árcsökkentést elősegítő szabályozók életbe léptetése 2011-től folyamatosan megvalósul.*
19. A generikus program további költségracionalizálás lehetőségét hordozza, melynek megvalósítása során a kiszámíthatóság, az átláthatóság és a tervezhetőség biztosítása a gyógyszerpiaci szereplőkkel való konstruktív együttműködés érdekében indokolt. **A preferált referencia ársáv rendszer kialakítása** során egy olyan több összetevős rendszert szükséges létrehozni, amely a betegek mellett a piac minden szereplőjét érdekeltté teszi a preferált referencia ársávú termék státuszának erősítésében. Ennek elérése érdekében lépéseket kell tenni, melyek egyrészt ösztönzik a gyártókat a belépéskor nagyobb árkedvezmény biztosítására, más részről érdekeltté teszik az orvosokat a kedvezőbb költséghatékonyságú gyógyszer rendelésében, a gyógyszerészeket a kedvezőbb térítési díjú és támogatású gyógyszer expediálásában, és a közgyógyellátási rendszer változásával kedvező piaci pozícióba hozza a legkedvezőbb feltételeket garantáló gyártót. A rendszer kiszámíthatóbbá teszi a gyógyszerpiacot, és nem kényszeríti sem a beteget, sem az orvost a negyedévenkénti, vagy havonkénti gyógyszer váltásra. Mindezek a gyógyszerkassza megtakarítása mellett ez a betegterhek csökkenését is elősegítik. *A preferált referencia ársáv rendszer első támogatáspolitikai elemei már 2011-ben bevezetésre kerülnek*
20. A biológia terápiák egyre szélesebb körű elterjedésével a megfelelő szakmai előírások figyelembe vételével meg kell teremteni a **biosimilar készítmények** megjelenéséből adódó költségcsökkentés lehetőségét. *A biosimilar készítmények új támogatási rendszere fokozatosan 2011-től kidolgozásra kerül.*

21. Az elmúlt években jelentősen (több mint százezer fővel) csökkent a **közgyógyellátásban** részesülők köre. Ennek oka a szociális helyzetük alapján korábban közgyógyellátásban indokolatlanul részesülők kiszűrése mellett az eljárás bonyolultsága és az önkormányzatok jelentős mértékű közvetlen anyagi kötelezettsége, ami településenként eltérő gyakorlatot generál. Ugyanakkor a közgyógyellátás keretében kifizetésre kerülő összeg – az Állami Számvevőszék jelentésében foglaltak szerint – magas. A jelenlegi rendszer túlbürokratizált, kiszámíthatatlan és tervezhetetlen mind a jogosultság megszerzését, mind a támogatás mértékét illetően. Eltérőek a hozzájutás feltételei és a rászorultsági elv is eltérően érvényesül településenként és jogcímenként. A közgyógyellátási rendszerben szükséges a hozzáférés településenkénti különbségeinek megszüntetése, a jogosultsági eljárás egyszerűsítése, a közgyógyellátás keretén belül rendelhető gyógyszerek körének felülvizsgálata. *A közgyógyellátási rendszer újraépítése hosszabb folyamat, melynek első lépései már 2011-ben elkezdődnek.*
22. Az orvosokkal, gyógyszerészekkel és betegekkel szemben foganatosított intézkedések során az elmúlt évtizedben az orvosok és gyógyszerészek esetében kizárólag adminisztratív szankciókat alkalmaztak, és a betegeknek csak a költségérzékenységre voltak tekintettel (támogatás-mértékek változtatása, helyettesíthetőség). A jogszabályoknak és a szakmai előírásoknak (pl. protokollok) való megfelelés biztosítása mellett indokolt, hogy **a költségtakarékos gyógyszerrendelést, kiszolgáltatást és a racionális (együttműködő) gyógyszerfelhasználást megfelelő szabályozókkal ösztönözzük. A támogatások során hangsúlyt kell helyezni arra, hogy a készítmények valódi eredményessége legyen a támogatás meghatározója.** Fontos, hogy a támogatott gyógyszerek lakossági felhasználása megfelelő életmód-korrekciónal történjen, ami egyrészt a hatékonyság záloga, másrészt a valódi egészségnyereség feltétele. Az ehhez szükséges lakossági attitűd kialakításában az egészségügy valamennyi szereplőjének aktív közreműködése és ennek központi szervezése indokolt. *Ennek első lépését 2011-ben az egészségügyi szolgáltatók gyógyszerrendelésének és kiszolgáltatásának értékeléséről, valamint a háziorvosi és a gyógyszerári érdekeltségi rendszer kialakításáról szóló kormányrendelet teremtette meg, melynek bővítése, és a háziorvosok mellett szakorvosokra történő kiterjesztése az elkövetkező évek (2012-2014) feladata. Továbbá a beteggyüttműködést, valamint a gyógyszerek valódi eredményességét szolgáló komplex rendszer a 2012-es évben indul el.*
23. **A támogatásba már befogadott gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök esetében ki kell dolgozni a rendszeres felülvizsgálat szempontrendszerét, mely egyes terápiás területeket áttekintve, megfelelő költséghatékonysági elemzések alapján valósul meg, és szorosan kapcsolódik egy-egy terület finanszírozási protokolljaihoz.** Ezen felülvizsgálati szempontrendszer, amely az egészségpolitikai, népegészségügyi célok mellett az egyes terápiás területekre fordított költségeket, valós eredményességet is figyelembe veszi, biztosítja az átláthatóság, tervezhetőség, kiszámíthatóság kritériumait. *A gyógyszerekre vonatkozó új felülvizsgálati eljárás rendszere 2011-ben lép hatályba, mely eredményességének folyamatos monitorizálásával a rendszer finomhangolása megvalósítható.*
24. Az információtechnológiai fejlesztések során biztosítani szükséges **egységes gyógyszer törzs** kialakítását, valamint ennek elérhetőségét a gyógyszerellátás rendszerében résztvevők részére. Szükséges a betegek terápiás nyomonkövetését, gyógyszereszi gondozását mind a fekvő, mind pedig a járóbeteg-ellátásban lehetővé tevő

az adatvédelmi szempontokat szem előtt tartó egységes adatbázisok kialakítása. Az *információtechnológiai fejlesztések az elkövetkezendő években (2012-2014) valósulnak meg.*

25. A támogatási rendszerben jelenleg a horizontális méltányosság elve érvényesül, mivel az adott támogatás minden biztosítottnak egyformán jár, aki adott betegségben szenved, függetlenül a speciális élethelyzettől (a közgyógyellátási rendszert leszámítva). Ugyanakkor szükséges a **vertikális méltányosság erősítése**, a gyógyszer-támogatási rendszer progresszivitási szintjeinek megteremtése, és a gyógyszer-támogatások rendszeréhez kapcsolódóan, de attól független társadalom- és családpolitikai szempontok érvényesítése is célszerű. Magyarországon a sajátos demográfiai helyzet miatt, a gyermekvállaláshoz kapcsolódóan, megfontolandó olyan – személyhez kapcsolódó – támogatási forma bevezetése, amely – megfelelő feltételek esetén – adott életkorig átvállalja a beteg gyermek gyógyszerelésének (részbeni) költségét. *Külön feladat az egyedi méltányossági gyógyszer-támogatás átalakítása, melynél az értékválasztási, és etikai szempontokat is magában foglaló testületi döntéshozatal elősegítése, az önkéntes lakossági hozzájárulás formáinak kidolgozása jelenthet előrelépést. A méltányossági rendszer jelzett átalakítása az elkövetkezendő évek (2012-2014) feladata.*
26. Az eddigi gyakorlattal szemben olyan rendszer kialakítása szükséges, mely **növeli a beteg tájékozottságát és személyes felelősségét** a gyógyszerhasználat hatékonyságának növelésében. Megfelelő állami szakmai háttérintézmény koordinálásával, az egészségügyi ellátórendszer valamennyi szereplőjét integráltan kezelő, a gyártói promóciótól független egységes beteg-tájékoztatási rendszer, és a beteg-együttműködést javító programok elindítása nagymértékben javítja a terápia hatékonyságát. *Az egységes beteg-tájékoztatási, együttműködést javító rendszer első pilot programja már 2011-ben elindul, a továbbiak ennek eredményességét követően kerülnek kialakításra.*
27. Mind költséghatékonysági, mind orvos-szakmai szempontból lényeges előrelépést jelentene, az egyes terápiás területeken a **kasszák közötti átjárhatóság** biztosítása.
28. **A nem kívánatos gyógyszer-gyártói promóció visszaszorításának** lényeges eszközei között, mind a jelenlegi szabályok szigorítása, mind az orvosi gyógyszerészi ösztönzők helyes alkalmazása. Ezt egészítheti ki az állami-biztosítói egységes kommunikáció, és marketing javítása. *A gyógyszer-gyártói promóció visszaszorítására vonatkozó intézkedések már 2011-ben megjelennek.*

# I. MINŐSÉGFEJLESZTÉS

A nehéz gazdasági helyzetben kiemelt prioritásként kezelendő az egészségügyi szolgáltatások minőségének kérdése azaz, hogy az ellátások során **biztonságos, megfelelő, időszerű** és ezek eredményeként **eredményes és hatékony, a betegek elégedettségét szolgáló betegellátás** valósuljon meg. A minőségpolitikai célkitűzések, melyek illeszkednek a hazai egészségpolitikai irányokhoz és az Európai Unió trendekhez, ezen elvek figyelembe vételével kerülnek meghatározásra. A következő egy év feladata a kapcsolódó **minőségügyi stratégia** kidolgozása.

A megfelelőség és hatékonyság szellemében a **házi orvosi ellátásban** minőségi célként a primer, szekunder és terciár prevenciók tevékenység erősítése, és a gyógyszerellátás megfelelőségének fejlesztése került meghatározásra. Ennek érdekében olyan **öszönző rendszert kell** kiépíteni és folyamatosan fejleszteni, amely indikátorokon keresztül vizsgálja a végzett szakmai munkát és az elért eredményeket pénzügyi elismerésben részesíti az érintett házi orvosok számára. Az indikátorok használata emellett lehetővé teszi a házi orvosi ellátás általános minőségi problémáinak a feltárását, és az erre alapozott rendszer szintű intézkedések megalapozását.

A szakellátásban a **betegbiztonság, mint prioritás érvényesítéséhez, a minőségellenőrzés és minőségértékelés eszköztára hiányzik**, így szükséges annak megteremtése. Ezért – követve az európai tendenciákat – Unió források bevonásával átfogó minőségértékelési programot kell indítani, **a standardok egységes felülvizsgálatán alapuló akkreditációs rendszert**. Ezen belül kiemelten kell kezelni a betegbiztonságra való törekvést, így **támogatni szükséges a betegbiztonsági kutatásokat és a gyógyszerbiztonságát**. A szakellátóknak **pályázati lehetőséget kell biztosítani az akkreditációs programba való belépéshez**. A gazdasági lehetőségek függvényében **meg kell alapozni az akkreditációs státuszt szerzett szolgáltatók elismerési rendszerét**.

Kiemelt prioritásként kezelendő a **betegközpontú ellátás fejlesztése**. Ennek érdekében első lépésként az ellátottak véleményének és az ellátás eredményének megismeréséhez **standardizált felmérési rendszert kell kidolgozni**.

## I.1. Helyzet meghatározás és rendszerdiagnózis

1. Az egészségügyi ellátás nyújtásával kapcsolatban egyre hangsúlyosabb kérdés a nemzetközi gyakorlatban a betegellátás biztonságának fejlesztése, az egészségügyi szolgáltatók működésének átláthatósága, a minőség elvárása, illetve az elismerés lehetősége. Az Új Széchenyi Tervben hangsúlyosan jelenik meg az egészségipar, ezen belül az egészségturizmus és a külföldi betegek ellátásának fejlesztése, ami igényli az ellátás külső megítélésének lehetőségét, az egészségügyi szolgáltatók szakmai tevékenységének, eredményeinek nemzetközi szintű összehasonlíthatóságát hazánkban is.
2. Magyarországon az egészségügyi szolgáltatók munkájának minőségértékelése a különböző ellátási szinteken eltérő formában zajlik.
3. A **házi orvosi ellátásban** 2010-ben indult el az indikátorokon alapuló értékelési és elismerési rendszer. A program próba fázisban van. A képzett indikátorok, az értékelés módszere nem mindenben felel meg a mérési módszerek szakmai követelményeinek.

Szükséges az indikátorok átgondolása, újabb indikátorok beemelése és a bónuszok odaítélési kritériumainak módosítása.

4. **A szakellátásban kötelező belső minőségügyi rendszerek** működési felülvizsgálatát az **ÁNTSZ** végzi különböző mélységben és formában, ismert tapasztalati eredmények a felülvizsgálatokból nem állnak rendelkezésre. **Külső auditot** a minőségirányítási rendszer megfelelőségére vonatkozóan a szolgáltatók kérésére **egymástól független cégek végeznek**, amelyek az auditokat - a nyilvánosság számára nem közzétett - különböző módszerekkel, mélységben és döntési kritériumok mentén hajtják végre. 2001-től, amikor az egészségügyi tárca megjelentette az első standardokat, nem csupán az ISO, hanem az ellátási standardok szerinti tanúsítvány megszerzésére is lehetőség nyílt, de a külső értékelési rendszer formája és módszerei nem változtak. Az auditok eredményei nem ismertek, így nem hasznosulnak sem a szolgáltatók működését elemző tanulmányokban, sem az egészségpolitikai döntéshozatalban, sem a standardok további fejlesztése során. Nem ismertek a tanúsítás odaítélésére vonatkozó döntési kritériumok sem. Az auditok során a hangsúly a minőségirányítási rendszer megfelelőségén és nem a működés megfelelőségén van. A kiadott tanúsítványok nem alkalmasak a szolgáltatók tevékenységének összehasonlítására. **A tanúsítási rendszer mindezek miatt nem lehet egy minőség elismerési rendszer alapja.**
5. Az **Egészségbiztosítási Felügyelet** – megszűnéséig – indikátorokat és a működésre vonatkozó audit elemeket is tartalmazó **kérdőíves felméréssel** elemezte a kórházak tevékenységét. A felmérés módszertana, a válaszadás esetlegessége azonban nem volt alkalmas az ellátás minőségének átfogó értékelésére, a minőségcélok megalapozására másrészt nem adott támogatást a szolgáltatóknak a működés megfelelő irányba való tereléséhez.
6. A szakmai munka alapjául a **szakmai irányelvek**, a megfelelőség, azaz az irányelvek szerinti ellátás megítélésére a klinikai auditok szolgálnak. A kihirdetett szakmai irányelvek különböző módszerekkel kerültek kialakításra, tartalmi mélységük változatos, többségük rövidesen érvényét veszti. Ebből fakadóan is az irányelvek alkalmazása esetleges, **a szakmai munka elemzését végző klinikai audit program működése pedig nem teszi lehetővé a kellő motivációt az irányelvek alkalmazására és az eredmények visszacsatolását a fejlesztési programokba.** Szükséges mind a szakmai irányelvek fejlesztésének, mind a szakmai tevékenységet elemző klinikai auditok megújítása.

## I.2. Megoldási javaslatok

7. Átfogó minőségügyi és megbiztonsági stratégiát kell kidolgozni az érintett érdekcsoportok bevonásával. A stratégia mentén határozandók meg a minőségügyi és megbiztonsági célok, és a teljesítésüket lehetővé tevő eszközök és módszerek..
8. A **házi orvosi ellátásban** folytatódik az indikátorokon alapuló értékelési és elismerési rendszer fejlesztése. Az eddigi tapasztalatokra támaszkodva, az érintettek bevonásával átdolgozásra és kiegészítésre kerülnek az indikátorok. Fejlesztésre kerül a visszajelzési rendszer. Módosulnak **a bónuszok odaítélési kritériumai.**
9. **Betegbiztonsági kutatások támogatása.** Az említett akkreditációs rendszer részeként kerül további fejlesztésre – **az Európai Unió által a tagállamoktól elvárt – nemkívánatos események jelentési rendszere,** amelyhez minden, akkreditációs státuszt

elnyerni kívánó szolgáltató csatlakozik. Az anonim jelentések alapozzák meg az oki kutatásokat és a megbízhatóságot szolgáló standardok kidolgozását, de alkalmasak rendszer szintű döntések megalapozására is.

10. **Akkreditációs rendszer kialakítása és működtetése a szakellátásban:** Az egészségügyben az amerikai sebészek kezdték el kidolgozni, és azóta világszerte egyre nagyobb intenzitással terjednek a standardok, és a standardok szerinti intézményi működés egységes felülvizsgálati rendszere, az akkreditáció. Az Európai Unióban a 2008-ban közzétett eredmények szerint a 27 tagállamból 15-ben működik, és aktuálisan 2-ben fejlesztenek akkreditációs rendszert. Kutatások arra utalnak, hogy az **akkreditációs** programok segítik **leginkább a megbízhatóság javítását** az ismert minőségmenedzsment stratégiák közül. A hazai program nemzetközi ajánlások mentén épül ki.

11. **Az akkreditációs rendszer bevezetésének konkrét céljai:**

- a betegellátási tevékenység egységes szemléletű, releváns, objektív megítélése,
- a standardok szerinti ellátás megvalósulásával az egészségügyi szolgáltatók működésének átláthatóbbá, eredményesebbé, hatékonyabbá és biztonságosabbá tétele, összességében magasabb minőségű ellátás biztosítása és a folyamatos minőségfejlesztés, és ezeken keresztül
- a kívánt minőségű szolgáltatások előnyhöz juttatási lehetőségének megteremtése,
- tudásbázis létrehozása a szolgáltatások minőségére vonatkozóan a felülvizsgálatok eredményei alapján,
- a lakosság és ellátók kedvezőbb véleményének kialakításához való hozzájárulás,
- a bevételt teremtő külföldi betegek ellátási lehetőségének elősegítése.

A program az Európai Unió támogatásával az EMKI koordinálásával valósul meg. A kórházak **pályázati lehetőséget** kapnak – ugyancsak uniós forrásokból – az akkreditációs státusz elnyeréséhez **szükséges feltételek megteremtéséhez**.

12. A **megbízhatósági kockázatok** kiemelt területe a **gyógyszerelés**. Az említett akkreditációs program keretében elindul a **gyógyszerelési gondozási** szolgáltatás, amely javíthatja az érintett betegek egészségi állapotát, életminőségét, és csökkenti a járulékos költségeket.

13. Az ellátórendszer működését támogató irányelvek (egészségügy gazdaságtani, informatikai, stb.) kifejlesztése és a gyakorlati alkalmazás megalapozása az ellátórendszer átfogó fejlesztéséhez járul hozzá.

14. A szakmai kollégiumok és a szakfelügyelet átalakulását követően, az újjászervezett EMKI-n keresztül, **módszertani támogatás adható a szakmai irányelvek fejlesztéséhez**. Hosszabb távon kerülhet sor a klinikai auditok átfogó bevezetésére.

15. Az egészségügyi szolgáltatók szakmai munkájának megítélését segíti az **egységes betegelégedettségi kérdőív kidolgozása** és gyakorlatba ültetése, illetve egyes betegcsoportokban az ellátásokat követően végzett egészségi állapot önértékelési felmérés („*patient reported outcome*”) elindítása.

## J. JÁRÓBETEG-SZAKELLÁTÁS

**A járóbeteg ellátás fejlesztése:** A kórházi és területi szolgáltatók elkülönülése, a magán és a közfinanszírozott tevékenység keveredése hozzájárul a járóbeteg ellátás zavaraihoz. Az intézményi szervezeti keretek tisztázása és átláthatóságának megteremtése mellett a **járóbeteg szakellátóknak, mint a betegút-szervezés kistérségi központjainak**, kiemelt szerepet kell adni az ellátórendszer struktúra-átalakításában, a hatékonyság javításában. Finanszírozási eszközökkel szükséges ösztönözni a fekvőbeteg-ellátást kiváltó járóbeteg szolgáltatások és a „hungarikumnak” tekinthető gondozói hálózat ellátási részarányának növelését.

### J.1. Helyzetértékelés

1. A jelenlegi egészségügyi struktúrában a járóbeteg-szakellátás nem a megfelelő hatékonysággal és kapacitással működik. Tendenciózan követni kell a gazdaságosabb és definitívebb ellátás iránti igényeket. A betegutak újragondolása az egészségügy alapvető kérdése, amelyet már egy egységes (morbiditási és hozzáférési) nagytérségi rendszeren belül kell elhelyezni. Az ellátás alapja ebben az esetben is az alapellátás, de sok, jelenleg kórházban kezelt betegség esetén a járóbeteg-szakellátás lehet az első olyan szint, ahol a szükséges diagnosztikai háttér mellett **definitív ellátás történik**.
2. Cél a járóbeteg-szakellátás színvonalának fokozatos javítása, és a lakóhely közeli hozzáférés biztosítása. Ez természetesen feltételezi ennek az ellátási formának is a progresszivitását.

### J.2. Főbb átalakítási irányok

#### Szerkezeti felépítés

3. A szakellátó intézményrendszert tehermentesítő, lakossághoz közeli ellátási formaként szóba jön az egyéb **sakvizsgálóval is rendelkező házi orvosok** tudásának felhasználása, ha a morbiditási szükségleteknek megfelelő óraszámú járóbeteg-szakellátást is biztosíthatnak kompetencia határaikon belül a térségi ellátási rendszer keretében.
4. A házi orvosi és házi-gyermekorvosi alapellátó praxisok, csoportpraxisok és praxisközösségek a betegek által könnyen megközelíthető kistérségi, városi és megyei szinteken szervezett járóbeteg-ellátások közül választhatnak a progresszivitási szintnek megfelelő beutalási rend alapján. A szakellátók és a praxisok között a betegség- és eszménedzsment céljait szolgáló konzultációt biztosító rendszert kell megvalósítani a kistérségi betegút-szervezés keretében.
5. **A kistérségi járóbeteg-szakellátó hálózat már működő, vagy uniós forrásokból újonnan létrejövő önálló járóbeteg szakrendelőkből, illetve kistérségi kórházakból szerveződő központokból áll.** Rendelkezniük kell az alap szakmák elérhetőségével, de a szakmai háttértől függően részterületeket is képviselhetnek a helyi morbiditási mutatóktól függően. A sürgősségi fogadás biztosítása mellett kialakítható a nappali- és kúraszerű ellátás, rehabilitáció, valamint az összevont alapellátási központi ügyelet, megfelelő diagnosztikai háttérrel és gondozási tevékenységgel. Ahol megoldható célszerű ezeket az



alapellátással közösen működtetni. Csak időszakos (műszakos nappali munkarend szerinti) hozzáférést biztosítanak.

6. **A fekvőbeteg háttérrel rendelkező ambulanciák komplex háttérrel és ügyeleti szinten 24 órás szolgáltatást nyújtanak.** Itt a progresszió magasabb szintjén elhelyezkedő járó szakellátás érhető el, de folyamatos hozzáférést biztosít, és az adott terület igényeinek megfelelően folyamatosan kielégíti a diagnosztikai igényeket is. Ez a szervezeti szint biztosítja a közvetlen átmenetet a sürgősségi ellátás irányába. Itt valósulhat meg kiemelt mértékben az ambuláns beavatkozások, illetve egynapos sebészeti tevékenység kapcsolata. Ezen a szinten az egykapus sürgősségi rendszer elvei szerint működő sürgősségi fogadóhely vagy SO2 osztály kialakítása szükséges.

### Kapcsolatrendszer

7. A jelenlegi gyakorlatban **az alapellátási ügyelet** ellátása sok esetben inkompetens, működési gyakorlata miatt jelentős szakorvosi teljesítményt generál a fekvőbeteg osztályhoz tartozó ambulanciákon, sürgősségi betegellátó osztályokon. Az alapellátási ügyelet integrálása és minőségi javítása ezt a terhelést hivatott csökkenteni.
8. **A házi szakápolás és a járóbeteg-szakellátás** kölcsönösen kiegészítik egymást a szakorvosi javaslat alapján történő indikáció és a folyamat menedzselése szintjén.
9. **A szűrővizsgálatok területén** a minél hatékonyabb rendszer kiépítése érdekében fontos a kooperáció az alap-, járó- és fekvőbeteg ellátás között.
10. **A fekvőbeteg szakellátások jelentős hányadában – részint a kúraszerű ellátások és nappali kórházi funkciók révén -** megfelelő finanszírozási és adminisztratív szabályokkal lehetőség nyílik szélesebb körben a magasabb szintű járóbeteg-ellátás közvetlenebb elérésére. **Az ambuláns beavatkozások és egynapos beavatkozások** nyitják meg legszélesebb körben a fekvőbeteg ellátások számának csökkentési lehetőségét. Egyre nagyobb szakmai igény van az egynapos sebészet kiterjesztésére és azon belül az ambuláns (járóbeteg-szakellátás keretein belül végezhető) beavatkozások számának növelésére, hazánk ráadásul jelentősen elmarad e téren az európai gyakorlattól. A fekvőbeteg ellátó egységgel is rendelkező szolgáltatóknál a betegbiztonság magasabb szintjén végezhetik ezeket, de kórházi háttérrel a távolabban fekvő területeken megfelelő sürgősségi és szállítási szervezéssel kizárólag járóbeteg-ellátásra szakosodott szolgáltatóknál is megvalósíthatóak.
11. A járóbeteg-szakellátás egyik fejlesztési lehetősége az ezen ellátási formában résztvevők szakmailag is érdekeltté tétele a finanszírozási ösztönzők révén. Az adott területen belül a kórházi szakmai bejárás (kórházi szakmai nap), vagy a beteg követése a hospitalizáció során növeli a szakmai megbecsülést és a betegbiztonságot – ehhez a járóbeteg-, és fekvőbeteg-ellátó szolgáltatók szorosabb funkcionális integrálása szükséges. a nagyterületi betegút-szervezési modell részeként.

### Finanszírozás

12. **Ambuláns (járó) HBCs:** Mind finanszírozási, mind adminisztratív szempontból egyszerűbb és követhetőbb eset menedzselés. Csökkenti a felesleges beteg megjelenéseket és a fekvő – járó ellátások is konzekvensebben összehasonlíthatóvá válhatnak.

13. **Definitív ellátás preferálása:** finanszírozási ösztönzőkkel biztosítani kell, hogy ezen az ellátási szinten minél nagyobb számban valósuljanak meg a kezelések.
14. **A kasszák (járó-fekvő) részleges átjárhatóvá tétele:** azonos ellátási forma (fekvő-járó) alacsonyabb szinten történő preferálása.
15. **A szakorvosi óraszámokat és a morbiditási helyzetet össze kell hangolni.** Egyes szakrendelések a területi morbiditási mutatóknak megfelelően jóval nagyobb megterhelésnek vannak kitéve, ez vagy a várólisták növekedéséhez vagy finanszírozási deficithez vezet.
16. A járóbeteg szakellátásban is meg kell valósítani a **progresszivitás elvét** és szükség szerint a magasabb szintű ellátás igénye esetén a területi ellátási kötelezettséget is módosítani kell. (lefedettség kérdése)
17. **A szűrővizsgálatokat a járóbeteg szakellátás keretein belül is külön központi keretből szükséges finanszírozni.**

### Ütemezés

18. **2011:** Jelenlegi adminisztratív jellegű finanszírozási korlátozások felülvizsgálata (pl. egy beavatkozásra általánosan megállapított minimum idő alkalmazása).
19. **Gondozói finanszírozás átalakítása** a fix díj helyett egyszerűbb, de a TAJ alapján a betegút követését lehetővé tévő, és ahhoz köthető járóbeteg finanszírozás kialakítása. 2011. első félévben e célból pilot program segítségével történik a ráfordítások monitoringja, majd ennek alapján a második félévtől az új rendszer bevezetése mind az öt érintett szakmában (pulmonológia, bőr-nemibeteg gyógyászat, addiktológia, pszichiátria, onkológia). A terület finanszírozása nem csökkenhet tovább, az ide jutó volument védett kapacitásként kell meghatározni.
20. Állapotfelmérés befejezése, betegutak meghatározása, illetve integrálása a nagyteréségi betegellátásba, progresszivitás kidolgozása, jelenlegi finanszírozás módosítása (nappali kórház, perc átlagok, ambuláns beavatkozás törzs), kasszák részleges átjárhatóságának biztosítása.
21. **2012:** ambuláns HBCS, járóbeteg-szakellátáson belül a definitív ellátás preferálása finanszírozási ösztönzőkkel.

## K. NÉPEGÉSZSÉGÜGY

**Népegészségügyi program és akcióterv:** a feltárt problémákra válaszolva, a felkutatott és újragondolt fejlesztési forrásokra építve paradigmaváltó program és akcióterv készül, amely a **népegészségügyi célok** elérése érdekében mozgósítani kívánja az egész nemzetet. Egy új alapokra helyezett népegészségügyi program keretein belül szükség van a népegészségügyi intézményrendszer megújítására, a fenntartható finanszírozás megteremtésére, amely az egészségügyi ellátórendszeren túl is mozgósítja a forrásokat. A hatékony ágazatközi koordináció elengedhetetlen, különös tekintettel az egészségi egyenlőtlenségek csökkentése szempontjából, ennek egyik fontos eszköze az *egészséget minden szakpolitikában* működési mód érvényesítése. A stratégiai fejlesztések mellett szükség van a 2011-13-as időszakban azonnali intézkedésekre a lakosság egészségi állapotának javítása érdekében.

### K.1. Bevezető megjegyzések, a népegészségügy jelentősége

1. **A lakosság egészségi állapotának javítása, egészségének fejlesztése társadalmi prioritás.** Minden magyar állampolgárnak alapvető emberi joga az elérhető legkedvezőbb egészségi állapot. A jó egészség önmagában is jelentős egyéni és társadalmi érték, ugyanakkor egyéni és társadalmi erőforrás is. A lakosság jó egészsége a fenntartható gazdasági növekedés záloga.
2. **A lakosság jó egészségnek megőrzése, illetve fejlesztése egyéni és társadalmi felelőség.** Az államnak alapvető feladata, hogy minden állampolgára számára elérhetővé tegye az egészség előfeltételeit, forrásait (béke, lakhatás, élelem, jövedelem, oktatás, stabil ökológiai rendszer, fenntartható erőforrások, társadalmi igazságosság), valamint az egészségük fejlesztéséhez szükséges ismereteket és lehetőségeket, jogi és egyéb eszközeivel védje egészségüket.
3. Az egészségügyi ellátórendszernek ugyan jelentős szerepe van a lakosság egészségi állapotának javításában, de tevékenysége elsődlegesen a betegek ellátása. **A népegészségügyi tevékenység** azonban ennél szélesebb körű, **elsődlegesen az egészség meghatározó tényezőire irányul**, ezért nem egy ágazat vagy szakma kizárólagos kompetenciája; **össztársadalmi feladat**, amelyet egy átfogó népegészségügyi program keretében szükséges megvalósítani.
4. A központi állami intézményeken kívül, partnerségi keretek között, **a társadalom valamennyi alrendszerének és szereplőjének bevonása szükséges a Népegészségügyi Programba.** Az önkormányzatok, a magánszektor, a civil közösségek, a lakosság kezdeményező és cselekvő részvétele nélkül a Program nem lehet sikeres. A központi intézményeknek szakmai segítséget, pénzügyi forrást és egyéb ösztönzőket kell biztosítaniuk annak érdekében, hogy **a közösségek** a saját problémáikhoz igazodó **autonóm egészségfejlesztési tevékenységet** folytathassanak. A koordinált és egy irányba mutató, az egészség ügyét szolgáló befektetések és programok, akciók közösségi támogatottságának erősítése az összbefektetés mértékének növelése nélkül is a lakosság egészségi állapotának javulását eredményezi.

## K.2. Helyzetértékelés, rendszerdiagnózis

5. **A magyar lakosság egészségi állapota nemzetközi összehasonlításban igen kedvezőtlen, jelentősen elmarad az ország gazdasági fejlettsége alapján várttól.** Egy 2008-ban született magyar fiúgyermek 7,4 évvel, egy leánygyermek 5,1 évvel rövidebb életre számíthat, mint egy átlag európai, és életük 21, illetve 25%-át nem egészségesen fogják leélni, ha a jelenlegi népegészségügyi helyzet nem változik.
6. Az egészségi állapotot és annak meghatározó tényezőit tekintve **jelentős a területi, illetve társadalmi-gazdasági tényezők szerinti egyenlőtlenség** hazánkban. Különösen kedvezőtlen a többszörösen hátrányos helyzetű roma lakosság egészségi állapota.
7. **A betegségteher túlnyomó részét a krónikus nem fertőző betegségek jelentik.** E betegségek okozta korai halálozás Magyarországon többszöröse a fejlett államokénak. E megbetegedések okozta betegségteher jelentős részéért **életmódbeli tényezők** (dohányzás, alkoholfogyasztás, kedvezőtlen táplálkozási szokások, fizikai inaktivitás) tehetők felelőssé. A kedvezőtlen életmód háttérben meghatározó módon **pszicho-szociális tényezők** állnak.
8. **Az elmúlt évtizedekben számos népegészségügyi program született a helyzet javítása érdekében, de ezek egyike sem ért el áttűző eredményeket, annak ellenére, hogy 2001 óta célrendszerét tekintve konzisztens és folytonos stratégia jellemzi a népegészségügyi programokat.** A célkitűzések megvalósításához a **46/2003. (IV. 16.) OGY határozattal** meghirdetésre került az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja. A 4/2006. (II. 8.) OGY határozat a Program elnevezését „Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja” elnevezésre módosította, mely szakmapolitikailag a 2001-2010. évekre szóló Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program (1066/2001. (VII. 10.) Korm. határozat) szerves folytatásának tekinthető. A programok elvben megfelelő koncepcionális és stratégiai keretet biztosítottak a szükséges intézkedésekhez. Rövid időszakokban és egyes területeken történtek érdemi beavatkozások, de nem kellő intenzitással, nem kellő ideig, és nem voltak képesek a lakosság széles rétegeit elérni. Ennek **főbb okai** a hosszantartó megfelelő politikai támogatottság és a kiszámítható finanszírozás hiánya – **2003-ban 1832,818 millió Ft, ugyanakkor 2010-ben 371 millió Ft állt rendelkezésre a költségvetésben a népegészségügyi feladatok ellátására** –, a népegészségügyi intézményrendszer nem megfelelő szervezettsége, valamint az ágazatközi interszektoriális együttműködések elégtelensége voltak.
9. **Ugyanakkor vannak kedvező hazai és nemzetközi tapasztalatok és szakembergárda, amelyre építeni lehet.**

### Specifikus problémák és okok

10. **A lakosság széles és egyre növekvő rétegei számára nem biztosítottak az egészség előfeltételei.**
11. **A lakosság egészségmagatartása és egészségtudatossága elmarad az EU átlagtól.** Az egészségvédelemmel (betegségek megelőzése, védőoltás, szűrés) kapcsolatos ismeretek elemei az oktatás minden szintjén megjelennek, ugyanakkor az egészségi állapot, az életminőség javításával kapcsolatos kompetenciák készségszintű elsajátítása/elsajátítása megreked az egyéni kezdeményezések szintjén. Amennyiben az egészségvédelmi és

- egészségi állapot javítási kompetencia** komplex módon érvényesül az egészségügyi ellátórendszer és az oktatás valamennyi szintjén beleértve a felnőtt oktatást is, akkor az elvárt lakossági egészségállapot javulás kulturális háttere is megerősödik. Ebben a folyamatban kiemelkedik a **média** szerepe.
12. **Az igazságtalan egyenlőtlenségek csökkentésének gyakorlata nem megfelelő.** Az egészségi állapotban megmutatkozó egyenlőtlenségek csökkentése hatékony ágazatközi együttműködést igényel a stratégiaalkotástól a végrehajtásig, amelybe elengedhetetlen az érintett közösségek aktív bevonása.
  13. **A kormányzati szakpolitikákban az ágazatok közötti, egészség szempontú koordináció nem hatékony.** A népegészségügy nem vált horizontális közpolitikává, a tárca közötti **koordináció nem hatékony.** Az egészséget meghatározó legfontosabb tényezők nagy része az egészségügyi szektoron kívül esik. A népegészségügyben szükséges országos és helyi szinteken megjelenő tevékenységek ágazatközi és szakmák közötti koordinációt igényelnek, amelyek **mechanizmusai elégtelenül működtek, vagy ki sem alakultak.** Az **egészség hatás vizsgálatok** széleskörű bevezetése elmaradt.
  14. **A népegészségügy finanszírozása** nem biztosította az intézmények fenntarthatóságát, a szükséges fejlesztési forrásokat és a népegészségügyi intézkedések fedezetét.
  15. A népegészségügyi intézményrendszer **szervezeti keretei** a népegészségügyi lakossági szolgáltató funkciók biztosítására nem alkalmasak.
  16. Az egészségügyi **alapellátás prevenció tevékenysége** nem kielégítő.
  17. Az **országos és helyi szintek összekapcsolása** nem hatékony, együttműködésük esetleges.

### K.3. MEGOLDÁSI JAVASLATOK, INTÉZKEDÉSEK

#### Legfontosabb feladatok 2011 - ben:

1. A Nemzeti Népegészségügyi Program működési módjának kialakítása, a működtetéshez szükséges népegészségügyi intézményrendszer fejlesztése és a népegészség ügyét szolgáló ellátási formák koordinálása kiemelt feladat. Ennek keretében egy támogató tudásmódszertani bázis, a népegészségügyi stratégiaalkotást, a végrehajtás koordinációját, monitorozását és szakmai felügyeletét biztosító szervezeti háttér kialakítása szükséges. Létrejön egy új módszertani központ, a **Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség-és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI)** elnevezéssel, az Egészségügyi Minőségfejlesztési és Kórháztechnikai Intézet (EMKI) alapjain az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet (ESKI), az Országos Gyógyszerészeti Intézet (OGYI), az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet (ETI) és az Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ (OSZMK) összeolvadásából. Teljes egészében átveszi az EMKI, ESKI, OGYI és ETI jelenlegi hatósági és egyéb szakmai feladatait, továbbá az OSZMK tevékenységének egy részét. Az integrálódó szervezetek eddigi munkáján túl, a GYEMSZI jövőbeni feladata lesz - a Semmelweis tervben lefektetett stratégiai céloknak megfelelően - az országos egészségügyi minőségfejlesztési és megbízhatósági stratégia megalkotása, az egészségügyi intézmények közötti funkcionális integrációhoz szükséges kataszterek nyilvántartása, az ágazat informatikai központjának létrehozása, a Nagytérségi Egészség-szervezési Igazgatóságok kialakítása, monitorozása, a szakfelügyeleti rendszer működtetése, és ez a szervezet végzi majd az ágazatot érintő európai uniós projektek menedzselését is.

A GYEMSZI 2011. május elsejével jön létre.

Ezt követően folytatódik az intézményrendszer átalakulása, amelyhez kapcsolódva az **Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat intézményrendszere szerveződik át**. Az Országos Tisztifőorvosi Hivatal látja el továbbra is a népegészségügyi igazgatási, hatósági funkciókat, a szakmai irányítási, módszertani, koordinációs feladatokat ellátó országos intézetek rendszere átszerveződik, létrejön az Országos Járványügyi Központ, az Országos Közegészségügyi Központ és az Országos Népegészségügyi Központ. Az Országos Járványügyi Központ az Országos Epidemiológiai Központ alapján jön létre. Országos Közegészségügyi Központba integrálódik az OKK, OSSKI, OKBI, OÉTI.

Az **Országos Népegészségügyi Központ** az Országos Egészségfejlesztési Intézet bázisán alakul meg, amelyhez kapcsolódik az Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Országos Alapellátási Intézet, az Országos Szakfelügyeleti és Módszertani Központ feladataiból a Velezületett Rendellenességek Országos Nyilvántartása, az Egészségmonitorozás/nem fertőzőbetegségek epidemiológiája, az Országos Addiktológiai Központ az Országos Pszichiátriai Központ és a Ritka Betegségek Központja, valamint az Országos Élelmezéstudományi Intézettől a táplálkozás egészségügy feladatai integrálódnak. Továbbá az Országos Környezetegészségügyi Intézetből átkerülnek a környezet epidemiológiával és az egészséghatás előrejelzéssel kapcsolatos feladatok. Ugyancsak az Országos Népegészségügyi Központba integrálódik a Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ.

Az Országos Népegészségügyi Központ legfontosabb feladatai lesznek az alábbiak:

- a népegészségügyi stratégia szakmai megalapozása, népegészségügyi programok tervezése és végrehajtásuk koordinálása;
- népegészségügyi monitorozás, népegészségügyi előrejelzések, egészséghatás vizsgálatok készítése, koordinálása;
- egészségkommunikációs, egészségnevelési, egészségfejlesztési programok kidolgozása, koordinálása, részvétel azok megvalósításában, valamint megvalósításuk és eredményességük monitorozásában;
- népegészségügyi szakemberképzés, együttműködve a felsőoktatási intézményekkel.

Ütemezése: 2011. február -2011. június

2. A WHO ajánlása szerint „a közpolitikák egymástól való függése új kormányzati megközelítést igényel, melyek összehangolásakor a kormány közös célokat, integrált beavatkozásokat meghatározó, megnövelt összkormányzati felelősségre építő stratégiai tervet készíthet”. Az egészséget támogató közpolitika szervezeti kereteinek kialakítása, az **egészséghatás vizsgálatok bevezetése** és alkalmazásának bővítése az „egészséget minden szakpolitikában” elvnek megfelelően.

Ütemezése: 2011. február - 2011. június

3. A népegészségügyi **fejlesztési források felhasználásában szakmai prioritások érvényesítése** szükséges. Ezek a források a Népegészségügyi Programban megfogalmazott prioritásokkal és célkitűzésekkel összhangban kerüljenek felhasználásra. Biztosítani kell, hogy a fejlesztési forrásokból finanszírozott programok a fejlesztési ciklust követően beépüljenek a népegészségügyi gyakorlatba, és finanszírozásuk a fejlesztési szakaszt követően is megoldható legyen.

Ütemezése: 2011. február -2011. április

4. **Közösségi szintér alapú** (munkahelyi, iskolai, települési) **egészségfejlesztési programok** elterjesztése, folyamatos támogatása. Ennek feltétele a fenntartható finanszírozás, az ösztönző mechanizmusok kialakítása, a megvalósítók számára a tudástranzfer biztosítása, az **önkormányzatok**, a gazdasági élet szereplői, az egyéb munkáltatók és a civil szervezetek részvétele. A helyi erőforrásokat, azaz az egészség koalíciókat (egészségterv partnerségi csoportok) minél teljesebb mértékben be kell vonni a népegészségügyi dolgozók kapcsolati hálójába. .

Ütemezése: 2011. március – 2011. október

5. Az **alapelállításban** résztvevők prevenció, egészségnevelési szerepének erősítése. A háziorvosi és a foglalkozás-egészségügyi ellátás **prevenció szemléletű átalakítása**, komplex érdekeltségi rendszer megteremtése és népegészségügyi, pszichológus és mentálhigiénés szakemberek bevonása révén. Ehhez kapcsolódóan a **védőnői preventív tevékenység** bővítése.

Ütemezése: 2011. május – 2011. december

6. A **dohányzás visszaszorítása** érdekében a nyilvános, közösségi terekben a dohányzás teljes betiltása és **dohányzásról való leszokást** segítő intézményrendszer fenntartása és fejlesztése. Dohányzás fókuszpont fejlesztése.

A nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvény módosítását önálló képviselői indítvány kezdeményezte. A törvénymódosító javaslat az egész magyar lakosság egészségének javítását célozza, a dohányosok és nemdohányzók egészségvédelmét egyaránt szolgálja. A Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért felelős Államtitkársága egyetért az indítvánnyal. A Kormány megtárgyalta a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvény módosításáról szóló T/2489. számú törvényjavaslathoz benyújtott módosító javaslatokra vonatkozó kormányállápontról szóló előterjesztést, és a törvényjavaslathoz benyújtott módosító javaslatokat, melyet követően a 1999. évi XLII. törvény módosításáról az Országgyűlés várhatóan 2011. áprilisban dönt.

7. A **népegészségügyi szűrőprogramok hatékonyságának javítása** elsősorban lakossági ismeretközléssel, a helyi közösségek fejlesztésével és az önkormányzatok bevonásával 2011. április 1-én hatályba lépett a háziorvosok indikátor alapú teljesítményértékeléséről és az orvosok gyógyszerrendelés értékelésének egyes szabályairól szóló 2011/11. NEFMI rendelet, mely tartalmazza a népegészségügyi célú szervezett emlőszűrésre (mammográfia) vonatkozó indikátort, ezzel hozzájárulva az emlőszűrés hatékonyságának javításához. A szervezett szűrőprogramok mellett a pilot jellegű szűrőprogramok pl.: védőnői méhnyak szűrési, illetve vastagbélvizsgáló programok országos kiterjesztésének előkészítése szükséges.

Ütemezése: 2011. február – 2011. december

8. A **gyógyszerészek bevonása az egészségfejlesztési tevékenységbe**, a gyógyszerészeti gondozás kiterjesztésével és ösztönzésével.

Ütemezése: 2011. március – 2011. október

**További intézkedések 2012 - től:**

9. Az azonnali cselekvés érdekében szükséges a 2011-2013-as időszak népegészségügyi akcióhoz a jelenleg hatályos Nemzeti Népegészségügyi Program stratégiai keretén belül prioritásokat és cselekvési irányokat kijelölni. Emellett elengedhetetlen a stratégia megújítása is, legkésőbb **2013-ban új népegészségügyi program létrehozása.**

Indítása: 2012. első félév

10. A népegészségügyi tevékenység fenntartható finanszírozásának biztosítása, a **„népegészségügyi termékdíj” bevezetése.** Ennek révén biztosítható, hogy az ÚSZT keretében európai uniós forrásból megvalósuló népegészségügyi fejlesztések fenntarthatóak legyenek, ill. az egyéb népegészségügyi tevékenységek finanszírozási háttere hosszútávon biztosíthatóvá váljon.

Indítása: 2012. első félév

11. Népegészségügyi **jó gyakorlatok intézményesülése.** Az igazoltan eredményes és fenntartható hazai és nemzetközi jó gyakorlatok átvétele, felhasználása és kiterjesztése. Ennek érdekében ki kell dolgozni a transzparens finanszírozás és az egységes szakmai értékelés feltételrendszerét.

Indítása: 2012. első félév

12. **Egészség-műveltség fejlesztése.** Ennek eszköze a folyamatos, konzisztens, a célcsoportokhoz igazított, a programokat támogató egészség-kommunikáció, a teljes körű **iskolai egészségfejlesztés a közoktatásban** - melynek megvalósítási kereteit részben a TÁMOP 6.1.2. Egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramok pályázati lehetősége adja - (egészségtan oktatás, egészséges táplálkozás az iskolai közétkeztetésben, mindennapi testnevelés, személyiségfejlesztés személyközpontú pedagógiai módszerekkel), valamint készségfejlesztés a felnőttoktatásban és az egészségügyi ellátórendszerben.

Indítása: 2012. első félév

13. A méltánytalan egyenlőtlenségek csökkentése érdekében a szociális, oktatási, foglalkoztatási és egészségügyi **ellátások összehangolt fejlesztése** és alkalmazása a hátrányos helyzetű térségekben különös tekintettel a roma népességre, a gyermekvállalásra készülőkre és a gyermekeket támogató ellátásokra.

Indítása: 2012. második félév

14. A **Nemzeti Táplálközpolitika** részeként elő kell készíteni a közétkeztetés keretében szolgáltatott élelmiszerekre vonatkozó táplálkozás-egészségügyi előírásokról szóló jogszabályt, le kell folytatni a jogszabály-tervezet szakmai koncepciójának megvalósulásához szükséges, a központi költségvetést érintő kérdések szakmai-pénzügyi egyeztetését. A rendelkezésre álló keretforrás a TÁMOP 6.1.2. Egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramok pályázat keretében kerül megvalósításra. A tervezett megvalósítás során az első az előkészítő év, majd az azt követő megvalósítási évben az iskolai közétkeztetés pilot programként kerül végrehajtásra, ehhez megoldást nyújt az



iskolai közétkeztetéssel a helyi termelés-helyi fogyasztás összekapcsolása, hiszen a helyben előállított magyar termékek, élelmiszerek közétkeztetésben való közvetlen felhasználása az új jogszabályból eredő többletkiadásokat jelentősen csökkentheti.

E célkitűzésnek megfelelően a Nemzeti Táplálkozáspolitika cselekvési területei az elkövetkezendő három évben az egészséges élelmiszer-választás elérhetővé tétele, az egészségtudatos választáshoz elengedhetetlen minőségű fogyasztói tájékoztatás, valamint a végrehajtott intézkedések nyomonkövetése. A prioritási célok megvalósítása érdekében új jogi szabályozás várható a magas cukor-, só-, és zsírtartalmú élelmiszerek kínálatának visszaszorítására vonatkozóan. Ezen túlmenően folyamatosan biztosítani kell, hogy a fogyasztók hozzájussanak a táplálkozással, a túlsúllyal, elhízással, azok kockázataival kapcsolatos információkhoz, kiemelten az élelmiszerek csomagolásán feltüntetett adatok útján. A közösségi egészségfejlesztési programokban a fizikai aktivitást javítására irányuló programok számának növelése.

Indítása: 2012. második félév

15. A **környezet-egészségügyi és a járványügyi biztonság megőrzése**. A nemzeti környezetegészségügyi akcióprogram folytatása, a védőoltási rendszer folyamatos korszerűsítése, a HIV/AIDS prevenciós programok folytatása, a TBC szűrés szabályozásának korszerűsítése és hatékonyságának fokozása

Indítása: 2012. második félév

16. Az **addiktológiai ellátórendszer fejlesztése**. A gondozói finanszírozás átalakítása, az ÚSZT rehabilitációs pályázati kiírásban priorizált kapacitásbővítés, a TÁMOP források révén a munkatársi gárda megőrzése, fejlesztése.

Indítása: 2012. második félév

17. A **lelki egészség védelme, fejlesztése**. Célzott kisközösségi programok, az öngyilkosság és a depresszió megelőzését támogató helyi programok feltételrendszerének kialakítása, a közösségi gondozói hálózatok megerősítése és fenntarthatóságának biztosítása.

Indítása: 2013. első félév

18. Az akadémiai szféra és az állami népegészségügyi intézményrendszer együttműködésének fejlesztése, ennek révén a **népegészségügyi humán erőforrás és a népegészségügyi kutatás fejlesztése**. Továbbá szükséges a népegészségügyi humán erőforrások átgondolása az életpálya modell (rövidtávú-, posztgraduális képzések, foglalkoztatás, jövedelem) vonatkozásában is.

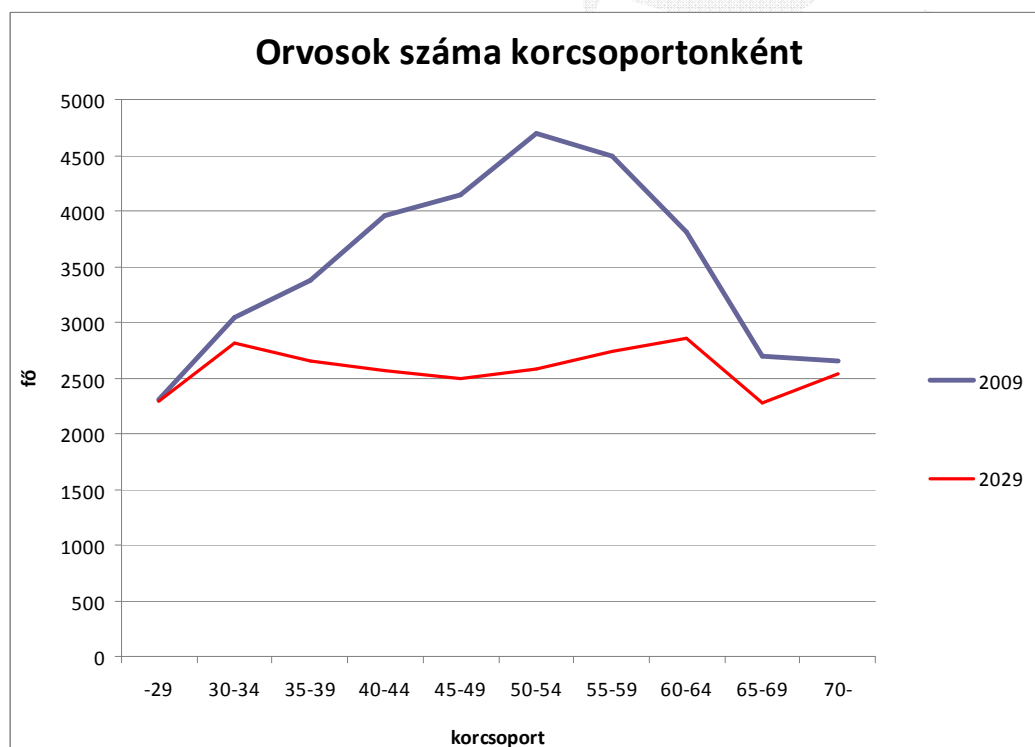
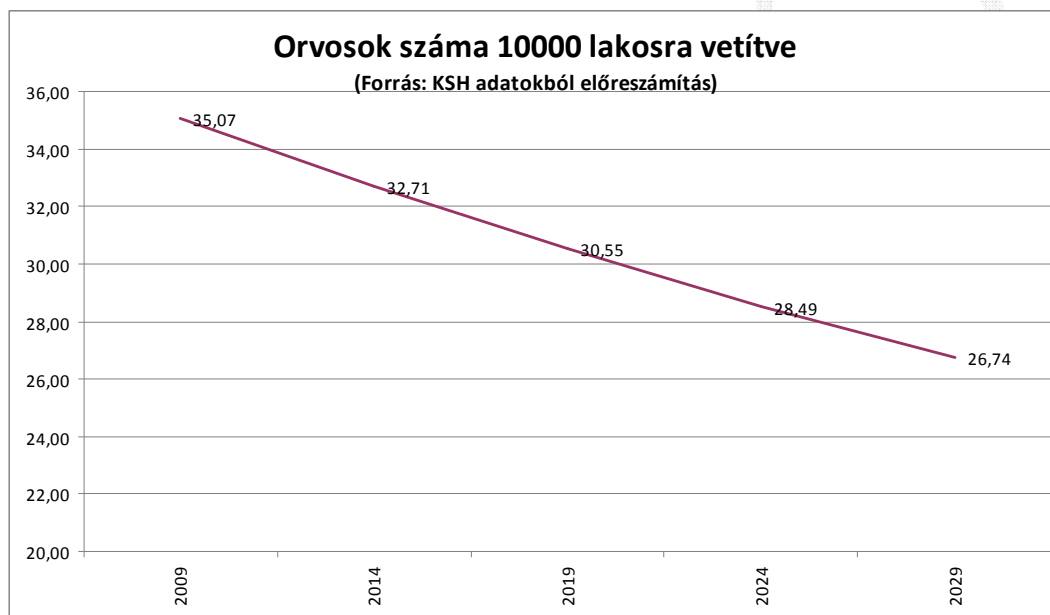
Indítása: 2013. első félév

## L. ÉLETPÁLYA

**Emberi erőforrások képzése és megőrzése:** Az emberi erőforrás stratégia a jelenlegi problémák felméréséből, az azonnal megteendő, megtehető válságkezelési intézkedésekből, valamint egy hosszútávú intézkedési tervből tevődik össze. Eddig a helyzetfelmérés, a források megtalálása és az azonnali intézkedések voltak napirenden. Az eddigi szakértői munka alapján az életpálya modell többféle koncepcionális elemből táplálkozik, úgy mint a jövedelem, a képzés, a munkavégzés feltételei és egyéb ösztönző lehetőségek. Elengedhetetlen emellett számos további a munkavégzéssel, alkalmazással összefüggő kérdés tisztázása: önkéntes tevékenység paramétereinek pontosítása, munka- és pihenőidő kérdése, túlmunka honorálása, a gyakran kötelező továbbképzések költségeinek elismerése, ápolók, szakdolgozók mellett a nem klinikai tevékenységet végző ágazati munkatársak (informatikusok, mérnökök) szerepének figyelembe vétele.

1. Az egészségügyi dolgozók jövedelemhelyzetének megítélése nem egyszerű, mivel számos alkotóelemből tevődik össze. A társadalmi hierarchiában is alacsonynak mondható bért számos egyéb juttatás polarizálja, mint például a túlmunkadíj, ügyeleti díj, pótlék rendszer, illetve a természetbeni juttatások, amelyeket egyes szűk csoportok esetében a tudományos tevékenységgel kapcsolatos juttatások egészítenek ki. A többes jogviszonyokból adódó költség-elszámolás lehetősége vagy az alkalmi külföldi munkavállalás tovább színesíti a „körképet”. Mindezek mellett a jövedelmek reális megítélésének legnagyobb gondja a paraszolvencia (hálapénz, borralaló) kérdésköre, amely az egészségügyben dolgozók egyes csoportjainak kiegészítő (olykor domináns) jövedelmét képezi. Ez a jelenség nem csak hazánkban jelent nagy gondokat, hiszen Európában a várólisták megjelenése generálja ezen jövedelmi forma elterjedését, amely ágazaton belüli, illetve társadalmi feszültségek forrásává vált. Ez viszont nem biztosítja az időskor anyagi biztonságát, hanem a nyugdíjas években további munkavállalást tesz szükségessé az életminőség nagyobb romlásának elkerülése érdekében.
2. Az egészségügyi ellátórendszerben foglalkoztatottak **korfája** hűen tükrözi a társadalom előregedő tendenciáit. E folyamatot tovább rontja az utánpótlás elégtelensége, a korai pályaelhagyás, illetve a pályára lépés motivációjának hiánya, amely az orvosok és az ápolók vonatkozásában egyaránt érezteti a hatását. Az EU csatlakozásunk után egyre nagyobb mértékben megjelenő kifelé irányuló migráció is növeli a deficitet. Egyre inkább megjelenő tendencia a pályaelhagyás, amely egyes csoportok vonatkozásában (pl. pszichiáterek, ortopéd szakorvosok, ápolók) kifejezett, és az esetlegesen visszatérőket sem segíti a kialakult rendszer.

Ha a jelen tendenciák folytatódnak, akkor az alábbi ábrákon látható mértékben, jelentősen csökkenni fog a dolgozó orvosok száma a lakosságszámhoz viszonyítva. Az előregedés, elvándorlás és ennek következtében az utánpótlás hiánya felveti az egészségügyi ellátórendszer fenntarthatóságának kérdését. A második diagramon látható, hogy a most nyugdíjkorhatár környékén dolgozók jelentős arányt képviselnek a dolgozó orvosok között, és e korosztály munkából való kivonulásával rendkívül komoly hiányokat prognosztizálhatunk.



- A gazdasági szemlélet és a szakmai **értékek** között feszültség alakult ki, amely az egészségügyi foglalkozások társadalmi megbecsülésének relatív csökkenésével, a tevékenységből adódó kiégettség, a szakmai elhivatottság gyengülésével és az orvos-beteg viszony megváltozásával magyarázható.
- Az **érdekérvényesítés** lehetősége és készsége az ágazat megosztottságát eredményezi, amelyet a lokális lobbik, az irracionális érdekérvényesítések tovább nehezítenek. Megosztottság jellemzi a szakmai érdekképviseletet, az egészségügyi dolgozók belső viszonyrendszerét (orvos-ápoló).

5. Tisztában kell azzal lennünk, hogy az egészségügy valódi közügy, amelynek változásaira és gondjaira **szenzitíven** reagál a társadalom, a politika, a gazdaság és a média. Nem alakult ki megfelelő ágazati humán erőforrás politika, a monitoring koordinálatlan, a foglalkoztatási és munkaerő-piaci eszközök nyújtotta lehetőségeket nem használjuk ki kellőképpen.
6. Az évtizedeken keresztül kialakult ellátási **struktúra** is számos problémát hordoz. A feudálisan hierarchizált viszony-rendszer nem teszi lehetővé a valódi team munka kialakulását, nehezíti a szakmai kommunikációt, időközönként elmosza az egyéni felelősség kérdését. A kompetencia körök tisztázatlansága számos ütközést eredményez, amelyet a tradicionális vezetési és szervezeti kultúránkkal nem vagyunk képesek kompenzálni. A merev, időközönként túlszabályozott, gyakran változó jogrendszer nem képes kezelni az olykor megjelenő ellenérdekeltséget a változással szemben.
7. Kétségtelen tény, hogy egészségügyi **szakképzési** rendszerünk színvonala Európa-szerte elismert és eredményeit értéként kell kezelnünk. Mégis vannak olyan elemek, amelyek arra utalnak, hogy a képzési rendszer nem veszi figyelembe a megjelenő gyakorlatorientált szükségleteket. Az oktatási rendszerünkre jellemző, hogy általában elmélet-centrikus, a képzési szintek nem épülnek egymásra, illetve a szakképzés során megszereshető kompetenciák nem tisztáztak. A különböző képzési szintek között nem alakult ki párbeszéd, és így sok a párhuzamosság. Oktatási eszközparkunk főként hagyományos elemekre épül, és csak szórványosan jelennek meg a korszerű módszerek (pl. probléma alapú oktatás, e-learning, szimuláció) oktatóink fegyvertárában. Továbbképzési rendszerünk - az elmúlt években tapasztalható fejlődése ellenére - még kevésbé épül a life-long learning filozófiájára és egyes területei még szabályozatlanok. A képzések támogatási rendszere forráshiányos, szórványos és szétaprózott.
8. Az elmúlt években szűkült a **pályán tartást** szolgáló juttatások köre. A **szociális juttatások** között egyre ritkábban találjuk meg a belső mobilitást támogató orvos- és nővérzállókat, a folyamatos munkarendhez igazodó bölcsődei vagy éppen óvodai elhelyezést. Csak elvétve találunk a családbarát munkahely szempontjait figyelembe vevő munkáltatókat. Ez elengedhetetlen lenne, hiszen egyes területeken a munkaerőhiány aránytalanul nagy a többi ágazathoz viszonyítottan is. A nem éppen komfortos munkakörülmények, az egészségkárosító munkahelyek relatív nagy száma sem kedvez a pályán maradásnak. A további gondok között kell megemlítenünk a munkaidő direktívából adódó, olykor megoldhatatlannak tűnő problémákat. Az EU **munkaidő irányelvének** az egészségügyi szektorban történő alkalmazása következtében mintegy egyharmaddal nőtt meg az egészségügyi szakemberek iránti szükséglet, az EU tagállamaiban kb. **1 millió szakorvos és egészségügyi szakdolgozó** hiányzik ahhoz, hogy maradéktalanul betarthatók legyenek az irányelv előírásai. A vonzóbb fizetést nyújtó tagállamok a munkaerő szabad áramlása elv érvényesülésével próbálják biztosítani egészségügyi szakember szükségletüket, ami nagymértékben hozzájárul ahhoz, hogy egyes – jól képzett szakemberekkel rendelkező, de alacsonyabb jövedelmi szintet garantáló – államokban a migráció következtében komoly szakember-hiány keletkezett az elmúlt néhány évben.
9. Összefoglalva tehát a problémakör igen komplex, és újabb források bevonása nélkül megoldása csak szűk sávban képzelhető el. A helyzetelemzésre építve ki kell dolgozni az **egészségügyi ágazati életpályára vonatkozó stratégiát**, amely átfogó, komplex, hosszú-

közép-, és rövidtávú intézkedéseket tartalmaz. **A stratégia végrehajtása felmenő rendszerben jól körülhatárolható, homogén életpálya csoportok mentén valósítható meg 2011-től.**

## L.1. Megoldási javaslatok

### A megélhetést támogató intézkedések

10. Az egészségügyi humán erőforrás esetében az egyik legfontosabb kérdéskör és a kormányprogramban is kiemelten szerepel, hogy *„Orvosainknak és szakdolgozóinknak megfelelő társadalmi és anyagi megbecsülésre van szükségük: méltó munkakörülményeket, méltó bérezést kell számukra biztosítani”*, azaz meg kell tenni a szükséges intézkedéseket annak érdekében, hogy az egészségügyi dolgozóknak kiszámítható, stabil versenyképes jövedelmet lehessen biztosítani. Ehhez elengedhetetlen a jelenlegi helyzet felmérése és ez alapján rövid-, valamint hosszú távú stratégiai programok kidolgozása.
11. A komoly tudást, felkészültséget és felelősségvállalást igénylő egészségügyi munka fokozott anyagi megbecsülésének szükségessége nem vitatható. Alapvető törekvés, hogy:
  - az egészségügyi dolgozók jövedelmét a hasonló végzettségi szintű munkavállalók munkaerőpiacra elérhető jövedelméhez igazítsuk,
  - a munkavállalás szempontjából kevésbé vonzó, vidéki területen, valamint a „veszélyesebb körülmények között” dolgozók és a többletmunkát vállalók arányosan magasabb bérezésben részesüljenek,
  - az egészségügyi dolgozók bére fokozatosan közelítsen az Unió átlagbérekhez.
12. Az egészségügyi dolgozók jövedelmi helyzetének javítása nem egyik napról a másikra megoldható feladat. A fokozatosságot kell szem előtt tartani, a bérfelzárkóztatást több lépcsőben, **homogén életpályacsoportok** mentén kell és lehet megvalósítani az ország gazdasági mozgásterének függvényében.
13. A megélhetést támogató, a jövedelmi helyzet javítását célzó intézkedések forrását meg kell teremteni. Ez egyrészt a létrejövő nagytérségek keretében megvalósuló új beteggútszervezési modell keretében felszabaduló, valamint az ellátórendszerben meglévő, és hatékonyabb szervezéssel kiaknázható **belső források átcsoportosításával** valósítható meg, másrészt alternatív forrásokat kell az egészségügyi humán erőforrás-krízis kezelésére fordítani. Ilyen **alternatív forrást** teremt a **népegészségügyi termékdíj** bevezetése. Meg kell vizsgálni továbbá annak lehetőségét, hogy **nemzetközi szinten milyen intézkedéseket** lehet bevezetni annak érdekében, hogy a nemzetközi migráció eredményeként az egészségügyi szakembereiket elvesztő, **donor országok vesztesége kompenzálható legyen.**
14. Az átlagostól eltérő munkakörülmények között foglalkoztatott egészségügyi dolgozók **illetménypótlékra** jogosultak. Ilyen eltérő körülmények lehetnek az egészséget veszélyeztető munkahelyi környezet, magasabb fizikai, mentális terhelést jelentő munkaterületek, a folyamatos munkarendből adódó, az átlagostól eltérő munkaidő beosztás, illetve a nagyobb felelősséggel járó vezetői munkakör. Ezen körülmények kompenzálására szükséges az alapilletménytől eltérő anyagi elismerés, amelyet - differenciáltan - a pótlékrendszer tud megvalósítani. Fontos kiemelni, hogy az alkalmazási formáktól függetlenül kell az ezt garantáló rendszert kialakítani. A fent leírtaknak

megfelelően **indokolt a pótlékalapok differenciált emelése**. A pótlék-rendszer mellett egyéb olyan ösztönzők bevezetése is indokolt, amelyek úgy juttatják többletbevételekhez az egészségügyi dolgozókat, hogy közben hozzájárulnak az egészségügyi ellátórendszer költséghatékony működtetéséhez. Ilyen lehet pl. a háziorvosi indikátorok bevezetése vagy a gyógyszer-felhasználást racionalizáló gyógyszerészi ösztönző-program.

### Képzés, felsőoktatás, továbbképzés

15. A **jelenlegi felsőoktatási képzési struktúra** kialakulása a hatályos jogszabályok keretei között a felsőoktatási intézmények kezdeményezésére történt, így létrejöttében a szakmai szempontok mellett a felsőoktatási intézmény, illetve a **Bolognai folyamat képzési szempontjai is jelentős szerepet kaptak** Jelenleg **nem számítható be a szakképzés során szerzett szakmai ismeretanyag a felsőoktatási képzés kreditrendszerébe**, azonban az átalakítás tervezett reformja során **ennek az igénynek is érvényt kell szerezni**.
16. A **foglalkoztatási igényeknek megfelelően** az osztatlan egységes képzés (orvos-fogorvos-gyógyszerész) során **előtérbe kell helyezni a gyakorlati ismereteket**, ennek érdekében meg kell határozni azokat a **kompetenciákat**, amelyek gyakorlására a végzett orvosok további képzés nélkül jogosultak. Ennek a kompetenciakörnek a bővítését jelenti azoknak a minimális kompetenciáknak a meghatározása, amelyeket a szakképzés előrehaladása során a jelölt megszerez, és amelyeknek önálló gyakorlására a szakképzés 3-4-5-6. évében jogosulttá lesz. A gyakorlati képzés megerősítése érdekében a létrejövő **nagytersegek egészségügyi szolgáltatóit is intenzíven be kell vonni a képzésbe**. Ehhez szükséges az oktató kórházzá minősítés feltételrendszerének meghatározására.
17. **Szükséges a szakorvos-szakfogorvos-szakgyógyszerész (és klinikai szakpszichológus) képzés új rendszerének** áttekintése és részbeni **újraszabályozása**, ezen belül meg kell oldani a munkahely és szakváltás lehetőségét. Meg kell teremteni az egyes szakképesítések legalább egyes elemeinek **részállásban** történő teljesítésének lehetőségét. Jelenleg csak egy alap és három ráépített szakképzés szerezhető meg a törvényes munkaidő legalább felét elérő részmunkaidőben (a foglalkozás-orvostan (üzemorvostan), mint elsőként megszerezhető szakképesítés, illetve az iskola-egészségtan és ifjúságvédelem, valamint az egészségbiztosítás ráépített szakképesítések). A szakképzés legalább egy részének részmunkaidőben történő teljesítése lehetővé teszi pl. a GYES-en, GYED-en lévők, vagy a PhD képzésben résztvevők bevonását, és szakképesítésük korábbi megszerzését. A képzés nem kevés anyagi terhet ró a rezidensre is (pl. utazási és szállásköltség), ezért a **költségek egy részének kompenzálására** évente – az éves központi költségvetés által megengedhető mértékű - **támogatást** biztosítunk a szakképzésben résztvevők számára.
18. A **továbbképzés esetében** vissza kell állítani az orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek és klinikai szakpszichológusok folyamatos továbbképzésének 1999-ben bevezetett, de 2009-ben megszüntetett rendszerét, amely szerint az 5 éves továbbképzési cikluson belül **egy kötelező továbbképzés mindenki számára ingyenes**. Ezt a támogatást **valamennyi egészségügyi dolgozóra** kiterjesztjük. A továbbképzések minősége nem minden esetben üti meg a szakmailag elvárható színvonalat. A minőség biztosítása érdekében ezért egyrészt továbbra is fenn kell tartani a továbbképzések egyetemi akkreditációjának rendszerét, másrészt szükséges bevezetni a **továbbképzések folyamatos kontrollját**

részben a megfelelő szakmai testületek közreműködésével, részben a továbbképzésben résztvevő egészségügyi dolgozók – továbbképzést értékelő - véleménye alapján. A gyenge szakmai színvonalú továbbképzések szervezői így kiszűrhetők lesznek a rendszerből.

19. Az elmúlt években a migráció, a pályaelhagyás és a korfa alakulása következtében számos egészségügyi területen mutatkozik szakemberhiány (pl. aneszteziológia, ortopédia, klinikai szakgyógyszerészet, házi gyermekorvosi ellátás). A probléma enyhítésére a **hiányszakmákban ösztöndíj programokat** kell bevezetni a szakorvos, szakgyógyszerész képzésben résztvevők számára, amely biztosítja, hogy a szakvizsga megszerzése után az ösztöndíjas az adott szakmában, Magyarországon helyezkedjen el.
20. A **nemrég** megalapított Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet keretein belül fel kell állítani egy olyan szervezeti egységet, amelynek feladata az egészségügyi dolgozók graduális képzésének, szak- és továbbképzésének szakmai és módszertani irányítása, elemzése és összehangolása. Ez a szervezeti egység egy helyen és **összefogottan elláthatná azokat a hatósági és egyéb feladatokat is**, amelyek jelenleg különböző struktúrájú intézmények/szervezetek hatáskörébe tartoznak, mint pl. a rezidensképzéssel kapcsolatos **szervezési és gazdálkodási feladatok**, a szakvizsgák szervezése és lebonyolítása, a nyilvántartások vezetése, továbbképzések jóváhagyása és meghirdetése stb. A szervezeti egység felállításának és működtetésének költségei részben a feladatot most ellátó szervezetektől történő átcsoportosítással, részben pótlólagos költségvetési forrásból lennének megoldhatóak.

### Egészségügyi szakképzés

21. A  **felnőtteképzési szabályok lehetővé tették az iskolarendszeren kívüli képzések számának a növelését.** Ez versenyt teremtett az iskolarendszerű szakképzést folytató szakképző intézmények és az iskolarendszeren kívüli képzést folytató felnőttképző intézmények között. **A felnőttképző intézmények a képzési idő lerövidítésében érdekeltek**, ezért egyre gyakoribb lett, hogy a képzési óraszámot csökkentették. (Adott esetben előfordult, hogy 4600 óra helyett 2000 órában folyt képzés.) Ez az óraszám csökkentés már veszélyezteti pl. az ápoló szakképesítésre irányadó követelmények teljesítését. A képzési programokban **végzettek, pályakezdők szakmai tudása nem elegendő a szakmai kompetenciák gyors alkalmazására.** Szükséges a munkáltatók által igényelt új készség-szükségletek azonosítása, a szakképzésben érdekelt szakmai szervezetek közreműködésével **meg kell határozni az iskolarendszerű szakképesítések körét**, és módosítani kell az **Országos Képzési Jegyzéket, továbbá** a végrehajtási rendeletekben az egyes szakképesítések minimális óraszámát meg kell határozni.
22. A szakmai képesítések elismeréséről szóló Európai Parlament és a Tanács 2005. szeptember 7-i 2005/36/EK irányelv szerint azt általános ápoló képzésnek a klinikai gyakorlat legalább a felét teszi ki. A klinikai gyakorlat csak meghatározott szakmai területen és feltételek között folyhat, erre tekintettel **a szakmai gyakorlati demonstrációs egység modelleket kell létrehozni, illetve fejleszteni nagytérségi keretek között.**
23. **A szakképzés intézményrendszere a 2000-es évek elejére elaprózódott.** A 2010. évre 84 Térségi Integrált Szakképző Intézet (a továbbiakban: TISZK) jött létre. **Az elismert, klasszikus egészségügyi szakképző intézmények a centralizáció áldozatai lettek.**

Budapesten 8 szakképző intézmény helyett egy humán TISZK működik. Kevés vagy nincs releváns adat arról, hogy a TISZK-ekben milyen egészségügyi szakképzést indítanak. A fenti problémák megoldását is szolgálhatja, hogy az **Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal keretén belül működtetett humánerőforrás monitoring-rendszerben** létrejövő adattárház információt szolgáltat az ágazat mindenkori helyzetével kapcsolatban és kapcsolódik más, az egészségügyi ágazat keretében megvalósításra kerülő projektekhez is. A gyűjtött adatok alapján az EEKH elemzéseket és időszakos jelentéseket készíti majd a rendszer keretében.

24. Az optimális tanulási környezet kialakítását nem támogatja az iskolák finanszírozása, ezért az iskola-fenntartók a **szakképzési évfolyam létszámának magas szinten tartására kényszerülnek**. Nem jelenik meg a finanszírozás differenciálásában a képzés minősége, az évfolyamok hossza, a képzett tanulók elhelyezkedése. A képzések moduláris rendszerű, kompetenciaalapú megszervezését megnehezíti a közoktatás keretében folyó szakképzés jelenlegi finanszírozási rendje is. A jogszabályok a pedagógusok, szakoktatók heti kötelező óraszámát írják elő, és **ez megköveteli a pedagógusok tanéven belüli egyenletes munkaterhelését. A moduláris rendszerű képzés ezzel szemben új szervezési formák alkalmazását, az elméleti és gyakorlati képzés integrált megvalósítását teszi szükségessé. A pedagógusok heti kötelező óraszámának, a heti órarendnek a kötöttségei ezt korlátozzák.**
25. A tanulók gyakorlati képzése a szakképzést folytató intézmények (szakképző iskola) és az egészségügyi szolgáltató intézmény közötti együttműködési megállapodás alapján folyhat. Amennyiben a szakmai gyakorlat költségvetési intézményben (kórházban) szerveződik, jogszabály alapján biztosítani szükséges a tanulók étkezését, munkaruháját, illetőleg a tanulónak a képzőhelytől meg kellene kapnia a szorgalmi idő befejezését követő összefüggő szakmai gyakorlat juttatásait.
26. Az Egészségbiztosítási Alapból működő, finanszírozott egészségügyi intézmények, akik a gyakorlati oktatást biztosítják a képzésben részt vevők részér, nem tudnak forrást elkülöníteni a tanulók juttatásaira, a kompetencia fejlesztéshez szükséges fogyó anyagok, gyakorlati képzés költségeire. Ezért szükséges az egészségügyi szakképző intézmények és a költségvetésből gazdálkodó egészségügyi szolgáltatók között létrejött megállapodás alapján szervezett szakmai gyakorlatok finanszírozási technikáinak, módszerének áttekintése.
27. A szakképzésre irányadó jogszabályok alapján a szakképesítésért felelős minisztérium nem vehet részt a vizsgajogosultság engedélyezésével összefüggő eljárásban, a vizsgajogosultságot szerzett intézmények köréről az Oktatási Hivatal honlapjáról lehet csak információt szerezni, erre figyelemmel az egészségügyi képzések hatékonyságának növelésére, a vizsgaszervező intézmények számára követendő egységes elvek, feltételek előírása indokolt. Ezért is szükséges a moduláris szakképzés és a szakmai vizsgáztatás általános szabályainak áttekintése, valamint a szakmai vizsgáztatásra és a vizsgák szakmai ellenőrzésére vonatkozó részletes szabályoknak, illetőleg a vizsgaszervezési engedély megszerzésének és a szakmai vizsgaszervezési tevékenység folytatásának speciális szakmai, tárgyi és személyi feltételeinek kidolgozása.
28. Szükséges a formális, informális oktatásban/szakképzésben megszerzett ismeretek beszámításához módszertani anyag kidolgozása, a szakmai-pedagógiai tanácsadó rendszer létrehozása, kompetenciamérő központok kialakítása.



29. A pályaválasztást nagyban elősegítené különösen az **ápolói területen az ösztöndíj rendszer** bevezetése a szakközépiskolai tanulók számára. A támogatás célja, ápolói, csecsemő és gyermekápolói szakképzésben résztvevők részére egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézmények által történő munkahelyi társadalmi ösztöndíj biztosításával az ápolói pálya vonzóbbá tételének elősegítése, valamint a nappali képzésben résztvevő tanulók anyagi támogatása. A program fő célja az egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézmények segítése, amelyek az ápolói humán erőforrást munkahelyi társadalmi ösztöndíj nyújtásával kívánják biztosítani.
30. Egyre több egészségügyi szakember dolgozik külföldön, azonban a jelenlegi jogi, adminisztrációs előírások nagymértékben megnehezítik a külföldön munkát vállaló szakorvosok, egészségügyi dolgozók **hazatérését és itthoni praktizálását**. Annak érdekében, hogy minél nagyobb számban térjenek haza a külföldön dolgozó egészségügyi szakemberek, **meg kell könnyíteni az egészségügyi ellátórendszerbe történő ismételt bekapcsolódást**, pl. úgy, hogy a külföldi munkavégzést figyelembe vesszük vagy elismerjük a külföldön végzett szakmai továbbképzést a működési nyilvántartásba történő felvétel során.

### Munkaterhelés, munkakörülmények

31. Az egészségügyi dolgozók munkafeltételei és körülményei több szempontból is elmaradnak attól, ami a biztonságos, egészséges és magas szakmai színvonalú ellátáshoz szükségesek. Ide tartozik a munka- és ügyeleti idő kérdése, az eszközök, berendezések elavultsága és hiánya, egyes területeken a megfelelő személyzeti, szociális helyiségek hiánya, illetve nem kielégítő állapota. Ezért minden lehető intézkedést meg kell tenni annak érdekében, hogy az **érintett területeken dolgozók a kor követelményeinek megfelelő módszerekkel, megfelelő szakmai színvonalon dolgozhassanak, a megfelelő védőfelszerelések biztosítása mellett, emellett rendszeres és folyamatos szupervíziós és szükség szerinti pszichológiai támogatásban részesülhessenek**.
32. Az egyes foglalkoztatási formák is nagyban befolyásolják a munkavégzést, így a **rugalmas foglalkoztatási formák támogatása** alapvető célkitűzés, valamint, hogy azonos módon legyen kezelve minden egészségügyi dolgozó, **azonos jogosultságok, lehetőségek, de azonos kötelezettségek** is vonatkozzanak rájuk. **A szabadabb, kreatívabb gondolkodást jobban támogató rendszer az egészségügyi dolgozók javát szolgálja**. Mindezen célkitűzések az egészségügyi dolgozókra vonatkozó **munkajogi szabályok módosításával megvalósíthatók**. Szintén a munkaszervezést szolgálja, ha **az egyes ellátási szintek** (alapellátás-szakrendelő, szakrendelő-kórház) **közötti kapcsolatok erősödnek**.
33. A kiegészítés az egészségügyi dolgozók esetében kiemelkedő jelenségnek tekinthető, ennek megakadályozására **életmódjavító, relaxációs lehetőségek** igénybevételét kell biztosítani az egészségügyi dolgozóknak, lehetőség szerint helyben vagy a munkavégzési helyhez minél közelebb.
34. Az egészségügyi dolgozók – különösen igaz ez a pályakezdőkre – sokszor nehezen birkóznak meg a nap-mint-nap jelentkező traumatikus élményekkel, a tragédiák hozzátartozókkal történő empatikus közlésének feladatával. Ennek megoldására, a napi trauma feldolgozására **krízis intervenciók, mentálhigiénés csoportok** létrehozása, rendszeres működtetése feltételeinek megteremtése szükséges.

35. Az egészségügyi dolgozók esetében a **pályaelhagyás** sajnálatos módon gyakori jelenségnek tekinthető, ennek **megakadályozása és a visszatérés biztosítására** meg kell teremteni a megfelelő lehetőséget. A rendszeres **állásbörzék, nyílt napok** nem csak az ágazat és az egyes egészségügyi szakmák népszerűsítését szolgálják, hanem biztosítják a lehetőséget a rendszerbe visszatérőknek is, hogy új, és képzettségüknek megfelelő álláslehetőséget találjanak.

### Egyéb ösztönzők

36. Az egészségügyi dolgozók helyzetének javítását a jövedelmen kívül számos béren kívüli juttatás, illetve szolgáltatáshoz való kedvezményes hozzájutás elősegítheti. Így a piacképes jövedelem mellett számos olyan pénzügyi ösztönzőnek is meg kell teremteni a lehetőséget, amely biztosítja az egészségügyi dolgozóknak a könnyebb megélhetést, a pályakezdet, ilyen például: egy **egészségügyi kártya** bevezetése, amely több helyen jelentene előnyt az egészségügyi dolgozóknak. Ilyen lehetőség a térítés köteles egészségügyi szolgáltatások kedvezményes vagy díjmentes igénybevétele, célzott szűrővizsgálatok biztosítása.
37. Az egészségügyi dolgozók egészsége sem elhanyagolható tény, ugyanis az e területen munkát végzők fokozottabban ki vannak téve megbetegedéseknek, egészségügyi ártalmaknak. Ennek elkerülése érdekében az egyes munkakörökhöz is kapcsolódóan **komplex szűrőprogramok** biztosítása szükséges. Meg kell teremteni a lehetőségét, hogy az egészségügyi dolgozók **kedvezményekben részesüljenek az ellátások igénybe vétele során**.
38. A túlterhelt egészségügyi dolgozók számára is kiemelten fontos szempont a családalapítás, így az „egészségügyi dolgozót segítjük”, ha megkönnyítjük a családi terheket, ezt szolgálhatja a **lakhatás, az otthonteremtés támogatása** az Új Széchenyi Terv adta lehetőségeket is kihasználva, az egészségügyi dolgozók munkaidejéhez is igazodó **óvodai, bölcsődei elhelyezés** biztosítása. Ez a nagytérsegi ellátórendszer kialakítása során esetleg megürülő ingatlanok hasznosításával lenne megoldható.
39. A jövedelem mellett a felmérések alapján a másik legfontosabb kérdés az egészségügyi dolgozók számára a **szakmai megbecsültség és a presztízs**. Ez több eszközzel is biztosítható. Egyik alapvető eleme a média, amely **rendszeres híradásokkal sikeres beavatkozásokról, kutatásokról, az egészségügyi életpálya bemutatásáról** elősegítheti az egészségügyi dolgozók megbecsültségét a társadalom többi rétegéhez viszonyítva. Azt kell hangsúlyozni, hogy az egészségügyi pálya hivatás.
40. Nem csak az egészségügyi szakmának, hanem az egészségügyi szakképzéseknek a **társadalmi presztízse** is **alacsony**, a szakképző intézményekben a beiskolázás során a „maradék elv alapján”, elsősorban a **hátrányos helyzetű, szociálisan rászorult családok gyermekei kapcsolódnak be a programokba**. A tanulói motiváció erősítésének érdekében szükséges például **tanulmányi versenyek** megszervezése, amely alkalmat adnak az egészségügyi pályaorientáció és a szakmai alapozás ismereteinek megerősítésére, orientálják a tanulókat az egészségügyi hivatások felé.
41. Szükséges a **pozitív média támogatás**, az egészségügyi pályára belépést ösztönző filmek, motivációs előadások támogatása, tájékoztató anyagok készítése. Az EEKH részére biztosított EU-s forrás keretén belül ki kell alakítani az ágazat életpálya modelljét

támogató programok rendszerét, amely állásbörzék, toborzások, információs szolgáltatók megszervezését jelenti.

Konkrecio

## M. A MAGYAR CSECSEMŐ-, ÉS GYERMEK-EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS FEJLESZTÉSE

**Földrajzi-, és szakterületi ellátás-fejlesztési programok a területi és szakmai hozzáférési aránytalanságok csökkentésére, a hatékonyság és a minőség javítására:** Cél, hogy a programok kiterjedjenek az összes népegészségügyi szempontból jelentős szakterületre, különös tekintettel az egészségmegőrzésre és a betegség megelőzésre, az alapellátásra, a neonatológiai, sürgősségi, baleseti és intenzív ellátásra, a gyermekpszichiátriára és onkológiai ellátásra, valamint a rehabilitációra. A csecsemő-, gyermek-, és ifjúság egészségügyi ellátás, komplex **gyermek-egészségügyi alrendszerként jelenik meg szoros harmóniában az érintett korosztályokat érintő oktatási, szociális, sport, ifjúságpolitikai és esélyegyenlőségi társadalmi programokkal.**

### M.1. Kiindulópontok, általános szervezési kérdések

1. A családok stabilitásának meggyengülése miatt egyre nagyobb feladat hárul a kormányzatra a gyermekek anyagi, fizikai és szellemi jólétével, végső soron az elkövetkező társadalom hosszabb távú jövőjével kapcsolatban. Fogó népességű és egyszerre gazdasági válsággal küszködő társadalmunkban különösen fontos, hogy **a gyermekek egészsége - mely nem a betegség hiányát, hanem testi-szellemi-szociális és spirituális jólétet jelent - a kormánypolitika hangsúlyos programjává váljon.** A gyermekek egészségére, jólétére irányuló hiteles, átlátható és koherens politikai program megkérdőjelezhetetlen pozitív tartalmakat hordoz, ösztönzi a társadalom összefogását, a jövő felé irányítja a társadalom figyelmét. Egy ilyen programnak már rövidtávú eredményei is közvetlenül javítják a társadalmi közérzetet, hosszú távon pedig javítja a gyermekből felnőtté érett társadalom egészségmutatóit, csökkenti az önpusztító **magatartásmódok előfordulását, a betegségben eltöltött/ inproduktív életévek számát és jelentősen növeli a társadalom versenyképességét. A társadalom befektetése a gyermekek egészségébe, a legbiztosabb befektetés a jövőbe.**
2. Jelenleg számos, a kormányzati működés szinte minden ágát érintő jogszabály és intézmény valamint témérdek nemzeti és nemzetközi program célozza a gyermekek egészségét, jólétét, biztonságát, és oktatását. Ugyanakkor jellemző a célokat és prioritásokat érintő ambivalencia, párhuzamosság, összehangolatlanság. A jelenleg is futó, gyermekekre irányuló programokban az egyes ágazatok koordinálatlanul működnek, ami a programok eredményességét és határfokát nagyban csökkenti. A WHO 2009. évi WHA/62.14 sz. Közgyűlési Határozatában felkérte a tagországokat, hogy az egészségre való esélyegyenlőség megvalósítása érdekében indítsanak az egészség társadalmi meghatározóira irányuló koordinált, komplex, nemzeti programot. A siker egyetlen módja, ha a kormány, a civil társadalom, az egyházak, a társadalmi és gazdasági szervezetek összefognak, és közösen lépnek fel a gyermekek egészségállapotának, testi-lelki-szociális jólétének javítása érdekében. A Lisszaboni szerződés elfogadta az egészség és jólét tiszteletben tartását, az egészség multiszektoriális megközelítését. („Egészséget minden szakpolitikában”). Több nemzetközi tanulmány megállapítja, hogy el kell mozdulni a biomedikális paradigmától, - amely a felelősséget az egészségügyi szektorra

teszi - az egészség társadalmi meghatározóira alapuló multiszektoriális modell irányába. A bio-pszicho-szociális egészség szemlélet alapján a csecsemők, gyermekek és serdülők egészségének, jóllétének előfeltétele, hogy legyen egy világos célokat megfogalmazó és összehangolt ágazatközi együttműködésen alapuló cselekvési tervet tartalmazó **Nemzeti Csecsemő-, Gyermek-, és Ifjúsági Stratégia**.

3. A gyermekek értékközpontú megközelítése (családközpontúság, nevelési és foglalkoztatási valamint szociális szükségletek, pedagógiai jelleg) és praktikus szempontok (infrastruktúra kialakítása, speciális eszközök és műszerek használata, humánpolitikai megfontolások –szakképzések, jártasságok), valamint a hazai egészségügyi hagyomány alapján is a **csecsemő- és gyermekegészségügyet önálló alrendszerként** kezeljük. Az ezen elven nyugvó gyermekegészségügyi program sikere jórészt a fenti elméleti alapokon nyugvó kormányzati gyermekpolitika egészének sikeréhez kötött. A gyermekek egészségügyi ellátásának fejlesztésére 2005 novemberében született meg a „**Közös kincsünk a gyermek**” Nemzeti Csecsemő- és Gyermek-egészségügyi Program. Ez a leírt elvi alapokon nyugvó, szakmai konszenzussal létrehozott program csak kisebb részben valósult meg, így megújítása és társuló cselekvési programmal való kiegészítése a szakterület organikus fejlődését biztosíthatja a komplex Nemzeti Csecsemő- Gyermek- és Ifjúsági Stratégia egészségügyi ágazati programjaként. Ennek leglényegesebb elemei:

- kiemelt emberi erőforrás program,
- a csecsemő- gyermek alapellátás megújítása,
- a fekvő- és járóbeteg ellátás nagytérségi rendszerbe illeszkedő strukturális átalakítása
- a gyermekellátás finanszírozási anomáliáinak megszüntetése, a nagy morbiditási és mortalitási betegségcsoportok kiemelt kezelése,
- a gyermekek egészségének megőrzésében a család szerepére, az életmódra és a prevenció programokra helyeződjön a hangsúly,
- valósuljon meg hatékony és a gyermekek érdekeit mindenekfelett képviselő egészségügyi, oktatási, szociális, sport, ifjúságpolitikai, esélyegyenlőségi ágazatok közötti együttműködés.

## M.2. Főbb intézkedési irányok, prioritások

### Emberi erőforrások

4. Mivel a korábbi rezidens keretszámokat csak a szakellátás adataira alapozva képezték és nem kalkuláltak az idősödő házi gyermekorvosok pótlásának szükségességére, ma kritikusan alacsony a feladatokhoz mért **csecsemő- és gyermekszakorvos-szám**. A Házi Gyermekorvosok Egyesületének emberi erőforrás adatgyűjtését felhasználva csecsemő- és gyermekorvosi humánpolitikai programot dolgozunk ki. A gyermekgyógyászok utánpótlását a hiányszakmaként való elismeréssel, a rezidens számok bővítésével kell biztosítani.
5. Párbeszédet kell kezdeményezni a szakképzési rendszer átalakításáról a szakmai szervezetekkel. A **gyermekgyógyászati szubspecialitásokban** a szakemberek képzése a második szakvizsga rendszerén belül, annak továbbfejlesztésével oldható meg.

6. A gyermek szakápoló és szakasszisztens képzés vonzóvá tétele nélkülözhetetlen a gyermekellátás színvonalának biztosításához.

### Alapellátás

7. Ma a 18 év alatti korosztály kb. 70%-át **házi gyermekorvosok** látják el, a többiek vegyes praxisokba (14 és 18 éves kor között esetenként a felnőtt családorvosi rendszerbe) kerülnek. A gyermekorvos hiány elsősorban a hátrányos északkelet-magyarországi és délkelet-dunántúli régiókban aggasztó, ugyanakkor a különböző eredményességi mutatók (pl. csecsemőhalálozás) is ezeken a területeken jeleznek népegészségügyi kockázatot. Az aktív házi gyermekorvosok átlagéletkora igen magas, ezért középtávon nem számíthatunk arra, hogy a vegyes praxisok felszámolhatóak lesznek. Erre hosszútávon a jelzett célzott humánpolitikai programmal törekszünk, mivel tudományosan igazolt, hogy a gyermekorvosok az alapellátásban eredményesebb munkát végeznek, mint a vegyes praxisban dolgozó családorvosok. Átmenetileg praxisközösségek és csoportpraxisok kialakításával biztosítható a csecsemő és gyermekgyógyász szakorvosok részleges elérhetősége.
8. Az alapellátásban a házi gyermekorvosok, az iskolaorvosok, a védőnők, a pszichológusok és egyéb gyermekegészségügyi szakemberek korábbi évtizedek hagyományaira épülő hatékony együttműködését újra el kell érni. A gyermekegészségügyi alapellátás és szakellátás valamint a szociális és egészségügyi alapellátás kapcsolatát is javítani kell. A **védőnői hálózat** az alapellátás egészébe szervesen integrált megerősítése különösen fontos. Elsősorban a hátrányos helyzetű térségekben, a roma közösségekben, a hátrányos helyzetű családok gondozásában kell a jelenlétüket ösztönözni. A területi, az iskolai, a kórházi és a családvédelmi szolgálatban dolgozó védőnők a megelőző-gyógyító ellátásban, elsősorban a megelőzés végzésére képzett, felsőfokú egészségügyi képesítéssel rendelkező szakemberek, akik közreműködnek a nő-, anya-, csecsemő-, gyermek-, ifjú- és család egészségének védelemében, valamint, a közegészségügyi, a járványügyi, egészségfejlesztési (nevelési) feladatok ellátásában.

### Szakellátás struktúrája

9. A gyermekek egészségügyi ellátásának struktúrája az egységes alrendszer elvén kívül a **progresszivitás elve szerint** határozandó meg az alábbi pontokban részletezett módon. A kórházban fekvő betegek pedagógiai és a krónikus betegséggel küzdő gyermekbetegek és családjaik pszichológiai ellátását országosan minden progresszivitási szinten meg kell szervezni. Egy szülőnek a gyermeke melletti kórházi tartózkodását folyamatosan meg kell teremteni - célzott infrastrukturális támogatással.
10. A jelenlegi **kistérségi és városi kórházi rendszer** egyetlen szakmai színvonalú gyermekellátást nyújt. Egyértelmű, betartható és ellenőrizhető személyi és tárgyi minimumfeltételek mellett ezen osztályok egy része a lakosság közeli aktív általános gyermekgyógyászati fekvőbeteg ellátás, a szülészetekhez szükséges neonatológiai és a legfőbb morbiditási jelentőségű szakellátások (pulmonológia, gasztroenterológia) végzésére alkalmas lehet. A területi ügyeleti ellátás integrálásával ezek az osztályok egyúttal gyermekgyógyászati egészségközpontokként is működhetnek, szoros kapcsolatot kialakítva az alapellátással. A szükséges minimumfeltételeket biztosítani nem tudó jelenlegi városi kórházak gyermekosztályai helyébe gyermekgyógyászati

egészségközpontok létesülhetnek alapellátási ügyelettel és nappali kórházi ellátással. Ez az ellátási forma egyúttal az új kistérségi járóbeteg központokban is megvalósítható.

11. A **nagyobb városi és a megyei kórházak gyermekosztályai** a progresszivitás következő lépcsőfokán a csecsemő- és gyermekgyógyászati valamint neonatológiai általános ellátás mellett a leggyakoribb betegségeket érintő gyermekgyógyászati szubdiszciplínákban (pl. pulmonológia, gasztroenterológia, nefrológia, neurológia, pszichiátria) akut ellátást és gondozást végeznek fekvőbeteg és járóbeteg kapacitásaikkal.
12. A **nagyteréségek vezető gyermekintézményei**, köztük a gyermekklinikák, gyermekegészségügyi központ és gyermekkórházak a progresszivitás legmagasabb szintjén minden olyan, a nagyteréségbe szervezendő gyermekegészségügyi feladatot elvégeznek, mely a nagyteréség más intézményében nem érhető el. Így egyebek mellett a gyermek aneszteziológiai és intenzív ellátás, a gyermeksebészet és gyermektraumatológia, az onkológia, a gyermekpszichiátria, a rehabilitáció, az endoszkópia, az extrém kis súlyú koraszülöttek intenzív ellátása, valamint a gyermekkardiológiai és addiktológiai gondozás ezen a szinten valósítandó meg.
13. A progresszivitás legmagasabb fokán álló intézmények a komplex gyermekellátás biztosításán túl egyes speciális szakterületeken **országos központokat és alközpontokat is** működtetnek. Ilyen, speciális szakembergárdát és/vagy műszerezettséget igénylő szakterületeken (pl. toxikológia, szívsebészet, csontvelő átültetés, szerv-transzplantáció, anyagcserebetegségek, égésbetegség, speciális fertőző betegségek, immundeficienciák, súlyos májbetegségek, speciális hematológiai betegségek, akut krízishelyzetben lévő, szuicid kísérletet elkövető, fiatalok ellátása, gyermekaddiktológiai aktív és rehabilitációs fekvőbeteg ellátás) ezekben az intézményekben vagy egyéb országos szakintézetben (pl. GOKI, Egyesített Szent István és Szent László Kórház) kell megszervezni az országos központokat. Ezek a központok és esetleges alközpontok minden olyan szakterületen létrehozandók, ahol a centralizált ellátás gazdaságilag hatékonyabb és szakmailag eredményesebb.

### Finanszírozás

14. A gyermek **fekvőbeteg szakellátás finanszírozása** rossz, az elmúlt évek változásai miatt más szakágakhoz viszonyítva is méltánytalanul romlott, mert a 2006 nyarán és 2009 őszén foganatosított teljesítmény finanszírozási szabálykönyv módosítások előzetes valós költségkalkuláció nélkül jelentősen lerontották a gyermekbetegségekhez társuló HBCS-k értékét. A finanszírozási szabályok nem fogadják be azt a tényt, hogy a csecsemők és gyermekek ellátása öngondoskodásuk hiányában nagyobb munkaerő-igényű. Annak elérése is adminisztratív elemekkel garantálható, hogy a gyermekellátásnak szóló finanszírozás lehető legnagyobb arányban jusson el a gyermekek ellátására (különösen a neonatológia területén).
15. A gyermekek járóbetegként való ellátását mind a családok, mind pedig az egészségügyi rendszer hatékonyabb működése érdekében kiemelten támogatni szükséges, ami a **korspecifikus járóbeteg pontszámok** jelentős megemelésével biztosítható.
16. A **házi gyermekorvosi ellátásban** a praxisalap biztosítása és a népegészségügyileg kiemelt jelentőségű kistérségekben kiemelt finanszírozással célzott emberi erőforrás program megteremtése segítségével kell biztosítani a szakorvosellátást.

17. A gyermekellátó intézményeknek a progresszivitás minden szintjén nemcsak a betegségek ellátására, hanem a komplex gyermekegészségügyi program megvalósítására is törekedniük kell. A **prevenációs és egészségnevelő népegészségügyi feladatok szervezését és finanszírozását** biztosítani szükséges.

#### Kiemelt szakterületek

18. A népegészségügyileg kiemelt jelentőségű szubspecialitásokban célzott beavatkozásokat kell végezni. A mortalitásban elfoglalt helye miatt ide sorolható gyermek **hematológiai és onkológiai ellátás** szervezési és ellátási hagyományait figyelembe véve a többi morbiditási és mortalitási adatok miatt kiemelt szakterületen is jelentős fejlesztéseket kel megvalósítani. Ezek közé tartoznak az alábbi pontokban megjelölt programok.

19. **Gyermek- és ifjúságpszichiátria:** A nemzetközi és hazai epidemiológiai vizsgálatok azt mutatják, hogy a 4-17 éves korú gyermekek között a mentális kórállapotok átlagos prevalenciája 15,8 %, azaz népbetegség szintjét éri el. Ugyanakkor hazánkban nem áll rendelkezésre a hatékony ellátást biztosító szakember hálózat és infrastruktúra. Ezért jelenleg a betegek túlnyomó többsége nem jut megfelelő gyermekpszichiátriai diagnosztikához és terápiához az ellátóhelyek hiánya és területi egyenetlensége miatt. A legfontosabb feladatok a következők:

- A szakemberek számának növelése, a rezidensek ösztönzése a gyermekpszichiátriai szakképzés felé.
- Az ellátás minden szintjén a közvetlen betegellátásban dolgozó klinikai szakpszichológus, speciális végzettségű szakápoló, gyógypedagógus, logopédus, mentálhigiénikus, pszichoterapeuta létszám nagyon alacsony, ennek növelése javítja az ellátást. Kiemelkedő fontosságú az **iskola pszichológusi hálózat** kiépítése.
- Az aktív gyermekpszichiátriai ágyszámok növelése.
- A gyermekpszichiátriai intézményeket alkalmassá kell tenni sürgősségi esetek ellátására (high security részlegek létrehozása).
- Nagytérségi gyermekpszichiátriai központok létrehozása szükséges. Elérendő cél, hogy nagytérségenként alakuljon meg egy gyermekek mentális gyógyítására szakosodott multidiszciplináris team, melynek tagjai: gyermekpszichiáter, pszichológusok, gyógypedagógusok, logopédus, fejlesztő pedagógus, szociális munkás, gyermekvédelmi szakember, családterapeuta, pszichoterapeuta.
- Különösen súlyos, egyelőre megoldatlan problémát jelent az akut krízishelyzetben lévő, öngyilkossági kísérletet elkövető, fiatalok ellátása. Az újonnan kialakítandó Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet területén egy 15 ágyas sürgősségi országos felvételű osztály kialakítása szükséges.
- A rehabilitációs ágyak megeremtése és a súlyos kórformákra specializálódott osztályok esetében a kiemelt finanszírozású intenzív rehabilitáció biztosítása (schizophrenia, autizmus, evészavar stb) szükséges.
- A gyermekpszichiátriai megyei szintű járóbeteg ellátás fejlesztése kiemelkedő fontosságú.



- Kiemelt feladat az állami gondoskodásban élő gyermekek mentális ellátásának megszervezése, az ott élők számára prevenciós programok szervezése. Az ilyen intézményekben működő szakdolgozók, pszichológusok számának emelése.
  - A gyermek- és serdülőkori addiktológiai szakellátás nincs megszervezve hazánkban. Az ellátóhálózat kialakítása a legsürgetőbb feladatok egyike. Gyermek-addiktológiai szakambulanciákat, országosan egy aktív fekvőbeteg és rehabilitációs központot kell létrehozni, ahol biztosítani lehet a fiatal drogbeteg ellátását.
20. **Újszülött és koraszülött ellátás:** A magyar csecsemőhalandóság medikális determinánsa a terhesgondozási és a neonatológiai ellátórendszer. A neonatológiai ellátás a 21 un. III. szintű Neonatális Intenzív Centrum (NIC) szakmai hatósugarában történik, amelyek közül a jövőben, a nagytérségi kórházrendszerhez igazodóan alakulnak ki extrém kissúlyú koraszülöttek és sebészeti ellátást igénylő újszülöttek kezelését végző un. „PIC III+” központok. A neonatológiai ellátó rendszerrel kapcsolatos célprioritás a csecsemőhalandóság csökkenésének fenntartása és a 4 ezrelék alatti országos csecsemőhalandóság mutató elérése 2014-re, továbbá a minőségi túlélés fokozása. A NIC-ek számának és kapacitásának (ágyszám) növelésére az ország egyetlen régiójában sincs szükség. A NIC-ek hatékonyságának és gyógyítási eredményeinek növelését, továbbá a csecsemőhalandósági célkitűzés elérését az alábbi intézkedések garantálják:
- 2011 év során megtörténik az újszülött intenzív ellátás gépparkjának megújítása a teljes országos NIC hálózatban.
  - 2011-ben a koraszülött szállítás pozícióit stabilizáljuk (az évek óta húzódo szervezési és finanszírozási kérdések rendszerszerű kezelése).
  - A NIC ellátás sürgősségi ellátásként való elismerése és integrálása a sürgősségi rendszerbe.
  - A koraszülések további centralizációja („PIC III+” központok létrehozása), az intrauterin transzport hatékonyságának további fokozása.
  - A neonatális intenzív ellátás teljesítmény volumen korlátjának leépítése. Garancia rendszer arra, hogy az intézményi keretgazdálkodáson belül az újszülött ellátásért járó finanszírozás nem fordítható nem újszülöttel kapcsolatos feladatok finanszírozására (egyedi eljárás az újszülött ellátás finanszírozásában).
  - Az újszülött szempontjából is biztonságos otthonszülés jogi feltételeinek megteremtése 2011 év során megtörténik.
  - A kórházstruktúra átalakításakor annak deklarálása, hogy szülészeti ellátás csak ott végezhető, ahol folyamatos gyermekgyógyász vagy neonatológus jelenlét biztosított. Mivel ez csak a működő gyermekosztályok esetében garantált, a szülészetek csak ezek mellett szervezhetők.
  - Nagytérségi szinten a korábban kötelező „csecsemőhalálozási értekezlet”- házi gyermekorvos, védőnő, gondozó szülész, OMSZ, neonatológus, szociális munkás, stb. részvételével - „case based” értékelő rendszer újraindítása.
  - Az egészségügyi ellátó rendszerben az aktív neonatológus és a csecsemő-gyermekápoló intenzívterápiás szakasszisztens kiemelt hiányszakmává minősítése és prioritizálása az életpálya modellhez illeszkedően.

21. **Sürgősségi, baleseti és intenzív ellátás, mentés:** A gyermekek sürgősségi, baleseti és intenzív ellátása valamint mentése az országban jelenleg esetlegesen szervezett – a gyermekspecifikus szakemberek és infrastruktúra nem általánosan biztosított és az ellátószervezet széttöredezett. Jelentős átszervezések re és finanszírozási változásokra van szükség az alábbi elvek mentén:

- Nagytérsegenként gyermeksebészeti – gyermektraumatológiai, gyermekaneszteziológiai és intenzív, és legalább SO2 szintű gyermek sürgősségi centrumok gyermekklinikai, gyermekkórházi vagy nagytérsegi gyermekegészségügyi központokba telepítésével a szükséges ellátási standard biztosítása.
- A gyermekek akut poly- és neurotrauma-, égés-, toxikológiai-, mellkas és szájszsebészeti valamint idegentest ellátásának folyamatos elérhetőséget biztosító, magas szakmai színvonalú országos központokban és alközpontokban való megszervezése.
- A sürgősségi ellátásban végzett stabilizálást követően gyermek-specifikus szállítással a gyermekek azonnal ezekbe a gyermekellátó központokba szállítandók. Ehhez a gyermekmentő hálózat országos lefedettségét meg kell valósítani. A prehospitális ellátás kiemelt jelentősége miatt a nagytérsegi gyermek- és újszülöttmentési központok kialakításával vagy újraszervezésével kell elérni, hogy az ország egész területén a súlyos betegek helyszíni ellátásába is mielőbb bekapcsolódhassanak a speciális újszülött vagy gyermek mentőegységek, és hogy a súlyos állapotú gyermekek szállítása is specialistával történjen.
- A nagytérsegi és országos központokban a folyamatos rendelkezésre állást és a korszerű infrastruktúrát a neonatális intenzív ellátásnál leírt egységes és védett rendszerben kiemelt finanszírozással kell biztosítani..
- A gyermekbalesetek prevenciója kiemelt program, interdiszciplináris együttműködést igényel.

## 22. **Habilitáció, rehabilitáció:**

Az elmúlt évek rehabilitációs beruházásainak ellenére a gyermekrehabilitációs ellátás országosan strukturálisan egyenetlenül szervezett. A nemzetközi hírű habilitációs, rehabilitációs, korai fejlesztő, koraszülött utógondozó, gyógytorna alapú és konduktív pedagógiai módszerek kompetitív módon jelennek meg az egészségügyi, szociális és oktatási ágazatban. A sérült gyermeket nevelő családokra jelentős és társadalmilag vállalhatatlan terhet ró a nem egységes szerveződésű, egymással versengő szolgáltatók közti „bukdácslás” és a minőségi ellátáshoz szükséges co-payment. Az átalakítás lépései:

- Nagytérsegenként 1-1 *gyermekrehabilitációs központ* (fekvő- és járóbeteg ellátás) kialakítása szükséges. A komplex központok szakemberekkel történő ellátása, infrastrukturális fejlesztése és működési finanszírozásának megteremtése kiemelt program.
- A megyei gyermekosztályokhoz rehabilitációs járóbeteg ambulanciák fejlesztése, a kistérségi egészségügyi központok szervezésekor a gyógytornászok jelenlétének biztosítása
- A *tartósan lélegeztetett gyermekek* ellátása jogi és szervezési akadályainak megszüntetése, az otthon lélegeztetés feltételeinek országosan történő biztosítása módszertani központ megteremtése révén

- Országos gyermek *kómacentrumot* létrehozása
- Az ágazatokat összefogó NEFMI keretein belül a rehabilitációs, rehabilitációs, korai fejlesztő, koraszülött utógondozó, gyógytorna alapú és konduktív pedagógiai csecsemő- és gyermekfejlesztő- és gondozó módszerek harmonikus, egymást kiegészítő és támogató együttműködésének megteremtése
- A sérült gyermekeket nevelő családok helyzetének komplex társadalmi – szervezési – finanszírozási programmal történő javítása

## N. SZAKMAI KOLLÉGIUMI RENDSZER ÁTALAKÍTÁSA

Az egészségügyi rendszer átalakítása szakmai kereteinek meghatározásában kiemelt jelentősége van az egészségügyért felelős államtitkár szakmai tanácsadó testületeinek, a szakmai kollégiumoknak. **A szakmai kollégiumi rendszer újjászervezése** elengedhetetlen ahhoz, hogy az ágazati átalakítással kapcsolatos tanácsadási igényeket a lehető leggyorsabb reagálási idővel, a lehető legrugalmasabban, ugyanakkor a legmagasabb szakmai színvonalon legyenek képesek kielégíteni. Ennek érdekében **kétszintű rendszert kell létrehozni**, amelyben a gyorsaságot és a rugalmasságot szakterületenként 3-3 fős alapegységekből (kollégiumi tagozat) összeadódó **egyetlen szakmai kollégium** képviseli. A 3 fős alapegységek a szakmai kérdés jellegétől függően nagyobb létszámú szakcsoportokká állhatnak össze. A második szinten szakterületenként egy-egy nagyobb létszámú, 5-15 fős, a szakmai társaságokat, egyesületeket reprezentáló képviselőkből álló **szakmai kollégiumi tanácsok** vannak. A Szakmai Kollégium tagozatainak tagjait a szakmai szervezetek, illetve a korábbi szakmai kollégiumok által állított jelöltek közül az államtitkár választja ki.

### N.1. A szakmai tanácsadói intézményrendszerrel szembeni elvárások

- A strukturális változtatások előkészítésének egyik első feladata a szakmai tanácsadó rendszer megújítása.** A feladatok progresszivitási szintekhez igazítása, az országos és nagytérési központokba szervezendő ellátások meghatározása, a szolgáltatók szakági kapacitásainak feladatokhoz illesztése, valamint a szakmai minimumfeltételek, vezetői és egyéb kompetenciák és a módszertani ajánlások és útmutatók megfogalmazása is a szakmai testületek feladata.
- Hatékony, rugalmas, gyors reagálású, megfelelő infrastrukturális háttérrel rendelkező testületekre van szükség,** amelyek mozgósítják az egészségügyben működő szakmacsoportok széles tudásbázisát.
- A tanácsadó tagok kiválasztásakor cél, hogy az **eltérő földrajzi és progresszivitási szintből** adódó, valamint az **oktatási és a korosztályos szempontokat** a lehetőségekhez mérten reprezentálják, a szakmai szervezeteknek, illetve a korábbi szakmai kollégiumoknak tehát az e kritériumoknak megfelelő jelölteket kell az egészségügyért felelős államtitkárnak ajánlaniuk.
- A szakmai ellenőrzés (szakfelügyeleti rendszer) tanácsadó rendszerrel való hatékony együttműködése is lényeges elem az átszervezésben.** A szakfelügyelet átalakítása a szakmai kollégiumi rendszerhez kapcsolódóan, azt követően kerül sorra. A két rendszer hatékony együttműködését rendszerszinten kell megvalósítani.

### N.2. Az új szakmai tanácsadói intézményrendszer

- A megfogalmazott elvárásoknak megfelelő új szakmai tanácsadói intézményrendszert egy 14 főből álló államtitkári szakértői bizottság alkotta meg. **Az új szakértői rendszer kétszintű:** (1) egy/a **Szakmai Kollégium** 60 szakmacsoportban 3-3 fővel (tagozatok),

- összesen 180 fővel; (2) **Szakmai kollégiumi tanácsok** ugyanebben a 60 szakmacsoportban, szakmacsoportonként 5–15 fővel.
23. **A Szakmai Kollégium tagjait az egészségügyért felelős államtitkár jelöli ki**, a tagok kijelöléséhez személyi ajánlást adhatnak a jelenleg működő szakmai kollégiumok, valamint a szakmai kamarák, egyéb szakmai szervezetek és az egészségügyi képzést folytató felsőfokú intézmények, egyetemek. **A 3 fős szakmai kollégiumi tagozatok a szakmacsoportba tartozó szakmai kérdésekben** az államtitkár felkérésére véleményt nyilvánítanak és a szakterület stratégiai kérdéseiről, adatgyűjtési rendszereiről koncepciót alkotnak. Határterületi, illetve több szakmát is átfogó kérdésekben **több tagozat együttműködése** vezet eredményre.
24. A Szakmai Kollégium tagozatai mellett **5-15 fővel**, a tagozatokkal megegyező szakterületeken, **60 szakmai kollégiumi tanács alakul**. Az egyes tanácsok tagjait az adott szakmában tevékenykedő szakmai társaságok és egyesületek delegálják úgy, hogy a szakmához tartozó legfontosabb szubspecialitások képviselve legyenek. Feladatuk, hogy a szakmai társaságok tagságának és tudásbázisának mozgósításával a tudományos bizonyítékokon alapuló szakmai irányelveket és módszertani leveleket összeállítsák, valamint a szakterület tudományos fejlődéséből adódó információkat és a napi gyakorlat legfontosabb problémás kérdéseit a Szakmai Kollégium érintett tagozata felé továbbítsák.
25. A 3 fős szakmai kollégiumi tagozatok és a zárójelben szereplő számú tagból álló szakmai kollégiumi tanácsok **az alábbi szakmacsoportokban alakulnak meg:**
- Aneszteziológia és intenzív terápia tagozat/tanács (15 fő)
  - Oxyológia–sürgősségi orvostan, toxikológia, honvéd és katasztrófa orvostan tagozat/tanács (15 fő)
  - Infektológia tagozat/tanács (10 fő)
  - Klinikai és járványügyi mikrobiológia tagozat/tanács (10 fő)
  - Gasztroenterológia és hepatológia tagozat/tanács (10 fő)
  - Belgyógyászat, endokrinológia, diabétesz és anyagcserebetegségek tagozat/tanács (15 fő)
  - Nefrológia és dialízis tagozat/tanács (10 fő)
  - Tüdőgyógyászat tagozat/tanács (10 fő)
  - Tüdő- és mellkas sebészet tagozat/tanács (5 fő)
  - Reumatológia tagozat/tanács (10 fő)
  - Klinikai immunológia és allergológia tagozat/tanács (10 fő)
  - Bőr- és nemibetegségek tagozat/tanács (10 fő)
  - Transzfuziológia és hematológia tagozat/tanács (10 fő)
  - Onkológia és sugárterápia tagozat/tanács (10 fő)
  - Kardiológia tagozat/tanács (10 fő)
  - Szívsebészet tagozat/tanács (5 fő)

- Érsebészet és angiológia tagozat/tanács (10 fő)
- Általános sebészet tagozat/tanács (15 fő)
- Transzplantáció tagozat/tanács (5 fő)
- Urológia tagozat/tanács (10 fő)
- Égés- és plasztikai sebészet tagozat/tanács (10 fő)
- Traumatológia és kézsebészet tagozat/tanács (15 fő)
- Ortopédia tagozat/tanács (10 fő)
- Sportegészségügy tagozat/tanács (5 fő)
- Szemészet tagozat/tanács (10 fő)
- Fül-orr-gégészeti tagozat/tanács (10 fő)
- Arc, állcsont és szájsebészet tagozat/tanács (5 fő)
- Fog- és szájbetegségek tagozat/tanács (15 fő)
- Idegsebészet tagozat/tanács (10 fő)
- Neurológia tagozat/tanács (15 fő)
- Pszichiátria és pszichoterápia tagozat/tanács (15 fő)
- Addiktológia tagozat/tanács (10 fő)
- Házi orvostan tagozat/tanács (15 fő)
- Gyermek alapellátás (házi gyermekorvostan, ifjúsági és iskolaorvoslás, védőnő) tagozat/tanács (15 fő)
- Foglalkozás orvostan tagozat/tanács (10 fő)
- Megelőző orvostan és népegészségügy, kórház higiénia tagozat/tanács (15 fő)
- Fizikális medicina, rehabilitáció és gyógyászati segédeszköz (15 fő)
- Balneoterápia tagozat/tanács (5 fő)
- Geriátria és krónikus ellátás tagozat/tanács (10 fő)
- Szülészet és nőgyógyászat, asszisztált reprodukció tagozat/tanács (15 fő)
- Csecsemő- és gyermekgyógyászat tagozat/tanács (15 fő)
- Neonatológia tagozat/tanács (10 fő)
- Gyermekpszichiátria tagozat/tanács (5 fő)
- Gyermeksebészet tagozat/tanács (10 fő)
- Klinikai genetika tagozat/tanács (10 fő)
- Orvosi laboratórium tagozat/tanács (15 fő)
- Radiológia tagozat/tanács (15 fő)
- Nukleáris medicina tagozat/tanács (10 fő)
- Patológia tagozat/tanács (10 fő)

- Igazságügyi orvostan, orvosszakértés és biztosítási orvostan tagozat/tanács (10 fő)
- Egészségügyi informatika (nem orvosi) tagozat/tanács (10 fő)
- Menedzsment és egészséggazdaságtan tagozat/tanács (10 fő)
- Klinikai szakpszichológia és pszichoterapeuta klinikai szakpszichológus tagozat/tanács (10 fő)
- Ápolás (szakdolgozói) tagozat/tanács (15 fő)
- Dietetika, humán táplálkozás (szakdolgozói) tagozat/tanács (10 fő)
- Mozgásterápia, fizioterápia tagozat/tanács (15 fő)
- Komplementer medicina tagozat/tanács (10 fő)
- Kórházi klinikai gyógyszerészet tagozat/tanács (10 fő)
- Gyógyszerellátási gyógyszerészet tagozat/tanács (10 fő)
- Ipari gyógyszerészet tagozat/tanács (10 fő)

## O. ORSZÁGOS BETEGJOGI ÉS DOKUMENTÁCIÓS KÖZPONT ÉS AZ ELLÁTÓI HIBÁK KOMPENZÁLÁSA

**Országos Betegjogi és Dokumentációs Központ és az ellátói hibák kompenzálása:** A betegjogok érvényesülése és (jog)intézményi biztosítása az állam alkotmányos kötelezettsége. Az egységes irányítás és az ellenőrzött színvonal elősegíti a hatékony jogvédelmet és a megbízhatóságot. A betegjogi jogérvényesítés nem igazgatási tárgykörbe tartozó részét, a betegjogok és megbízhatóság érvényesülésének és megszűnt intézményekből átvett betegdokumentáció kezelésének ellenőrzését önálló – a fenntartótól és a finanszírozótól független – intézménynek kell ellátnia. A hatékony felügyelet érdekében az összetartozó feladatokat egy intézményben célszerű egyesíteni. Ennek megfelelően szükséges egy **Országos Betegjogi és Dokumentációs Központ megalakítása**, amely ellátja a **betegjogvédelem feladatait** (többek között a betegjogi képviselők rendszere), a megfelelő **dokumentációs feladatokat** (pl. bezárt intézmények kórlapjainak őrzése, feldolgozása), valamint az **EU irányába a kapcsolattartói feladatot**. Az új intézmény **módszertani feladatai** között szerepel majd azon irányelvek, útmutatók kidolgozása, amelyek a megelőzés szintjén segíthetik a **kártérítési perek elkerülését, az orvos-beteg közötti bizalom növelését**, vagy a **jó hírnevet sokszor súlyosan sértő, orvosokat és szakdolgozókat érintő jogalap nélküli támadások elleni védelem** lehetőségeit. Megfontolandó a skandináv modell tapasztalatainak becsatornázása a betegeknek okozott orvosi műhibák következtében előálló kártérítések mérséklése érdekében (**no-fault rendszer**).

### Az Országos Betegjogi és Dokumentációs Központ megalakításának szükségessége

1. A betegjogok érvényesülése és (jog)intézményi biztosítása az állam alkotmányos kötelezettsége. Az Egészségügyi törvény részletesen szabályozza a betegjogokat és azok érvényesítésének intézményrendszerét, azonban az elmúlt évtized tapasztalatai azt mutatják, hogy a **betegjogi képviselet** az alkalmazott szervezeti keretek között **nem tudta kellő hatékonysággal végezni a feladatát**.
2. A **rendszer** egyébként is **töredezett és hiányos**. A betegek – bár többfajta, több egymástól függetlenül működő intézményhez köthető, bizonyos tekintetben egymást átfedő, párhuzamosan működő igényérvényesítési lehetőség is rendelkezésükre állt, illetve áll – nem tudják panaszukat megfelelő módon tisztázni, azokra megoldást találni, és ez mind őket, mind az ellátást nyújtókat nehéz helyzetbe hozza.
3. A normál körülmények között másként is megoldható **panaszok és konfliktusok egyre nagyobb csoportja torkollik kártérítési, azaz műhiba perekbe**. A 2001. óta működő közvetítői eljárás rendszerét alig használják, a szolgáltatói felelősségbiztosítás keretei pedig annyira szűkre szabottak, hogy nem nyújtanak valós segítséget egy komolyabb műhibaper kártérítési összegének kifizetésében, és emiatt súlyos anyagi megterhelést jelentenek a szolgáltatóknak, amelynek, paradox módon, a betegellátás látja kárát. Az ellátási hibák, illetve az ebből eredő károkozás bírósági kezelése azért diszfunkcionális, mert a hibák eltitkolására ösztönzi az ellátókat, így



kifejezetten akadályozza az intézményi, illetve rendszerszintű minőségfejlesztést. Ezek a hiányosságok az **igényérvényesítési rendszerek egységesítésével és új alapokra helyezésével** oldhatóak meg.

4. A jelenleg működő, illetve korábban működött intézményekkel kapcsolatban az is hiányosság, hogy **nem fedtek le minden, a betegjogok területén fontos funkciót**. Megoldatlan a betegek **egységes tájékoztatása, informálása**, és a **betegdokumentációkhoz való hozzáférés** gyakorlati megvalósítása több tekintetben is nehézkes. Segíteni kellene az ellátókat abban, hogy a betegek korábbi kezelési dokumentációjához hozzáférjenek, és a beteg ellátásához azt felhasználhassák. Egy új szervezeti egység alkalmas lehet arra is, hogy az egészségügyi adatok olvashatóságának fenntartására vonatkozó törvényi kötelezettségnek eleget tegyen.
5. Az **egységes irányítás és az ellenőrzött színvonal** elősegíti a hatékony jogvédelmet és a betegbiztonságot. A betegjogi jogérvényesítés nem igazgatási tárgykörbe tartozó részét, a betegjogok és betegbiztonság érvényesülésének és a megszűnt intézményekből átvett betegdokumentáció kezelésének ellenőrzését **önálló – a fenntartótól és a finanszírozótól független – intézménynek kell ellátnia**.

#### Az Országos Betegjogi és Dokumentációs Központ funkciói és szervezeti felépítése

6. Az új **Országos Betegjogi és Dokumentációs Központ** (továbbiakban OBDK) megalapítása két fontos alapelv, feltétel érvényesítése miatt elengedhetetlen a felvetett problémák megoldásához: (1) az ügyintézés, problémakezelés és információadás egységesítése, (2) szervezetenként független intézmény kialakításának szükségessége.
7. Ennek alapján az OBDK egyik fontos funkcionális-szervezési alapelve **az egykapus ügyintézés a betegek számára**. Minden, ami a betegek jogi védelmét szolgálja az ellátás folyamatában egy kapun át megközelíthető, a konfliktuskezelés, az ellátási hibák minőségfejlesztéshez igazodó szervezeti kereteinek kialakítása, a problémák megoldása mind a betegek, mind a szolgáltatók számára átlátható, egységes rendszerben biztosítandó.
8. Az OBDK az egészségügyért felelős miniszter irányítása alatt álló központi hivatalként kerül létrehozásra.
9. Kiindulási pontként, az OBDK 6 funkciót, feladatkört lát el:
  - **A betegek** (és a betegjogokkal kapcsolatosan a szolgáltatók) **tájékoztatása** az egészségügyi ellátást érintő kérdésekben.
  - **Betegpanaszok fogadása, kivizsgálása** az ÁNTSZ és az OEP közreműködésével.
  - **Betegjogi képviselők intézményi háttérét adja** a korábbi *Betegjogi Ellátottjogi és Gyerekjogi Közalapítvány* utódjaként a betegjogi képviselőket átvevő, *Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatallal* (NRSZH) együttműködésben, az NRSZH-val létrehozandó megállapodás alapján.
  - **A határon átnyúló egészségügyi ellátásokra** vonatkozó új Európai Uniósi direktíva rendelkezéseire való felkészülésként, az OBDK lesz a direktíva által igényelt **nemzeti kapcsolattartó pont**.
  - **Segítséget nyújt az ellátottak egészségügyi dokumentációjának kezelésében, a dokumentációhoz való hozzáférés biztosításában, tárolja a megszűnt egészségügyi**

**intézményekben felhalmozódott egészségügyi dokumentációt.** Ez utóbbi feladatot az Egészségügyi Készletgazdálkodási Intézettel veszi át, ahol ez a funkció nem megfelelően rendezett.

- **Módszertani központként** segíti a kormányt a betegek jogvédelmi feladatainak és az ezzel szoros kapcsolatban lévő feladatok ellátásában, ajánlásokat készít a megjelölt témákban, a szolgáltatók számára módszertani útmutatót tesz közzé a betegjogok gyakorlati megvalósítására. Ennek keretében döntés-előkészítő háttéranyagot és kormány-előterjesztést készít a **műhibaperek, kártérítések és felelősségbiztosítás** témakörében 2012 tavaszára.
10. Az NRSZH-val való együttműködés szükségességét, **a betegjogi képviselők új keretek közé helyezését** az támasztja alá, hogy a betegjogok védelme idegen az NRSZH jogelődjének a feladataitól. A szociális ellátottak, gyermekek, betegek közös jog-védelme számos elvi ellentmondást hordoz magában a szakterületek különbözősége és az igények inkongruenciája miatt. A betegjogok védelme (az egészségügy komplexitása miatt is) önálló háttérintézményt kíván. A közös jogvédelmet a korábbi kormányok koncepciójának alapján valósították meg a *Betegjogi, Ellátottjogi és Gyerekjogi Közalapítvány* létrehozásával, ennek fenntartása nem indokolt. A betegjogi képviselet a *Közalapítvány* megszüntetésekor került az NRSZH-hoz. Különböző kötöttségek miatt gyakorlati megoldást jelenthet az, hogy a kormánytisztviselői státuszban lévő betegjogi képviselőket az NRSZH munkavégzésre az OBDK-hoz rendeli ki.
11. Európai Unió vonatkozása a kérdésnek, hogy **az egészségügyi ellátások határon átvélt igénybevitelével** kapcsolatban a betegdokumentáció megfelelő kezelésére, az adatokhoz való hozzáférésre, a jogérvényesítés megfelelő biztosítására vonatkozóan uniós irányelv készült, amely e feladatok ellátásának segítésére **nemzeti kapcsolattartók kijelölését** írja elő. Az OBDK értelemszerű helye ezen feladat ellátásának, az állami szervek közötti megfelelő együttműködésre alapozva.

- 
- a. *„Annak lehetővé tétele érdekében, hogy a betegek élhessenek a határon átnyúló egészségügyi ellátással kapcsolatos jogaikkal, az ellátás helye szerinti tagállam nemzeti kapcsolattartó pontja (i) tájékoztatást nyújtanak számukra az egészségügyi szolgáltatókról, többek között kérésre egy adott szolgáltató szolgáltatás-nyújtáshoz való jogáról, vagy működésének bármilyen korlátozásáról, biztosítják a 4. cikk (2) bekezdése a) pontjában említett tájékoztatást, továbbá a betegek jogaival, a panasztételi eljárásokkal es jogorvoslati mechanizmusokkal kapcsolatos tájékoztatást is, a tagállam jogszabályainak megfelelően, valamint a vitarendezésre szolgáló jogi és közigazgatási lehetőségekről, beleértve a határon átnyúló egészségügyi ellátásból eredő károk esetét is.” (Részlet a Direktívából)*
- 

12. Az **orvosi felelősségbiztosítási rendszerünk áttekintését** az OBDK módszertani feladatai keretében, felállításkor meg tudja kezdeni. A felelősségbiztosítási rendszer új alapokra helyezésével kapcsolatban több lehetőség is felmerül.
13. Az egészségügyi szolgáltatók biztosítási kötelezettségét az *Egészségügyi törvény* szabályozza, azonban ez csak annyit ír elő, hogy ilyen biztosítással a szolgáltatónak rendelkeznie kell. Nincs szabályozás a feltételek, kizárások, limitek, önrészesedések vonatkozásában, ugyanakkor a törvény nem tárgyalja a háziorvost érintő felelősséget. A kórházak és szakrendelők és más ellátók esetében meglévő felelősségbiztosítások esetén alacsony a kártérítési limit. Megoldásként felmerül egy olyan **nyitott együtt-**

**biztosítási („POOL” típusú) rendszer** bevezetése, amely egy vezető biztosító irányítása alatt befogadná a piacon működő mintegy 30 biztosító társaság bármelyikét, amely kockázatvállalási kapacitása arányában hajlandó lenne részt venni.

14. Más országokban hasonló elven működnek **egészségügyi szolgáltatók által létrehozott kockázatközösségek** is, amelyben a befizetés mértékét az egészségügyi szolgáltatók által bevezetett betegbiztonságot fokozó intézkedésekkel csökkenteni lehet.
15. Skandináv országokban működik úgynevezett **„no-fault” (nem a vétkességen alapuló) rendszer**. A „no fault” elv alapján a betegnek nem kell bizonyítania, hogy a keletkezett kár oka az orvos, vagy más személyzet gondatlansága. Mindössze azt kell a betegnek bizonyítania, hogy ok-okozati kapcsolat van az egészségügyi ellátás és a károk bekövetkezése között, valamint hogy a kár nem tartozik az orvosi kezelés elfogadott kockázatainak körébe. Az ezt támogatók szerint a felelősséget nem firtató kártérítési rendszer kiemeli a kártérítés témáját a piaci mechanizmusból, tartósan finanszírozhatónak látszik, biztonságos a betegek, a betegelégedettség szempontjából, nem rongálja az egészségügybe vetett bizalmat, meghagyja a gyógyító személyzet számára a lehetőséget az orvosi, egészségügy szakmai szabályai szerinti értékelésre.

## P. KONCEPCIÓ A FŐVÁROS ÉS VONZÁSKÖRZETE EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSÁNAK ÁTALAKÍTÁSÁRA

A fővárosban a több kézben, több fenntartó által működtetett intézményrendszer évek óta bizonyítottan gátja a szakmai működés összehangolásának, a betegutak optimalizálásának, az erőforrásokkal való hatékony gazdálkodásnak, a némely területen túlzó, máshol elégtelen kapacitások alakításának. A széttagolt intézményi struktúra az egyes intézmények egyéni érdekeinek érvényesítését támogatja, az egyes intézmények gazdasági racionalitása sokszor kifejezetten ellentétbe kerül az ellátórendszer optimalizálására, a hatékonyság növelésére irányuló törekvéseknek. Ugyanakkor komoly hiányosságok mutatkoznak a fővárosi, illetve az állami és megyei kézben összpontosuló intézményrendszeren belüli szakmai és gazdasági-műszaki kiszolgáló területi együttműködésben is. Budapest egészségügyét alakítani óriási felelősség, hiszen hatással van nemcsak a főváros, és az agglomeráció, hanem az egész ország ellátására is, hiszen **Budapesten koncentrálódik az ország legmagasabb szintű ellátó intézményeinek döntő többsége**, Budapest rendelkezik arányaiban a legnagyobb kapacitásokkal, a legkorszerűbb műszerekkel, technológiákkal és eljárásokkal. **Az átalakítás modellként szolgálhat a magyar egészségügyi rendszer fejlesztéséhez.**

A főváros egészségügyének megújítása egyre kevésbé elodázható szükségszerűség. Az ellátórendszer széttagoltságából fakadó problémák egyszerre jelennek meg a lakosság ellátáshoz való hozzáféréseben, a nyújtott ellátás minőségében és hatékonyságában, az ellátórendszer hosszú távú fenntarthatóságában. A felmerült problémák minden érintett szereplő számára megnyugtató, tartós, végleges megoldása meghatározó **állami közreműködés, szerepvállalás nélkül nem képzelhető el**. Az átalakításhoz szükséges a fenntartói és tulajdonosi jogosítványok korlátozásmentes gyakorlása; ugyanis csak így biztosítható a megfelelő átcsoportosítások, ellátás szervezési intézkedések, egészségügyi központok kialakításának intézkedési háttere.

A főváros egészségügyi intézményei közül tizenkét intézmény működtetésének állam általi átvétele szükséges azok eszköz és ingatlanvagyonával egyetemben.

A közfeladatok átszervezése során felszabaduló ingatlanok értékesítéséből, hasznosításából származó bevétel kizárólag Budapest és vonzásokörzetében megvalósításra kerülő kórházi (egészségügyi) infrastruktúra fejlesztésére legyen fordítható.

A meglévő egészségügyi infrastruktúra célvagyonként kezelve és értékét megőrizve fejleszthetővé válik, és megnyílik az egységes beruházási- és fejlesztéspolitika kialakíthatóságának lehetősége. Ennek azonban az a feltétele, hogy az ellátás szervezése, az ellátási kötelezettség és az eszköz- és ingatlanvagyon a tulajdonosi joggyakorlás oldaláról is egy szervezethez kerüljön

**A sürgősségi ellátás területén a fővárosban csak néhány, akut ellátást biztosító központ létrehozása** indokolt. A területi elv alapján az összes beteg/sérült e központok valamelyikében kapna kórházi sürgősségi ellátást. E központokba települnének át az érintett

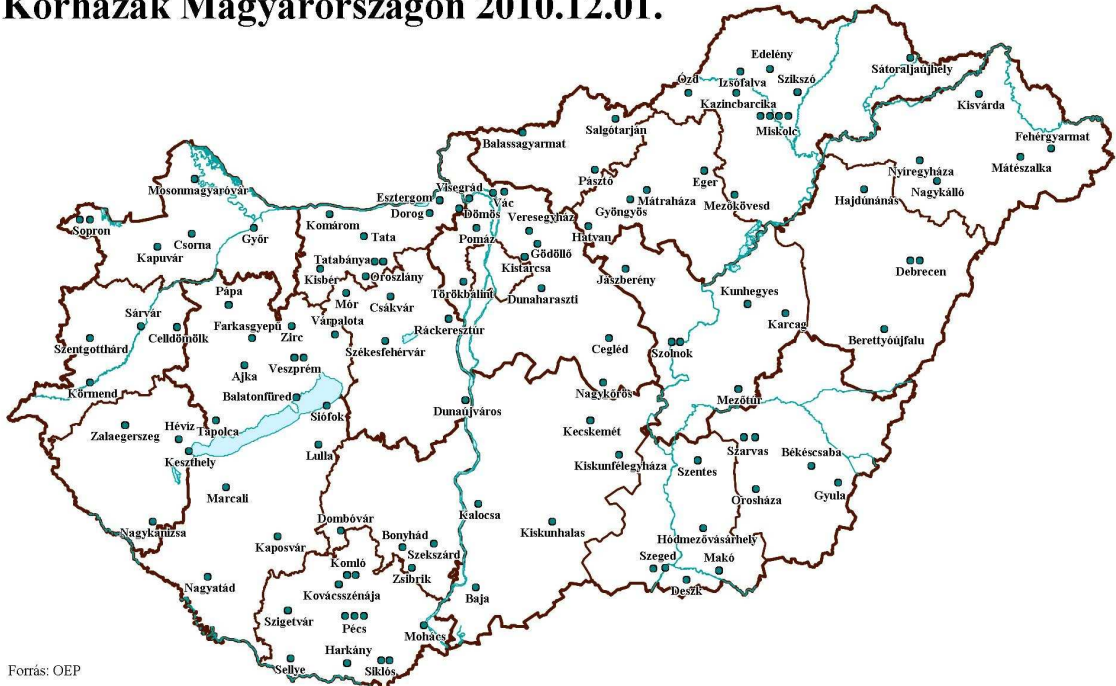
országos intézetek is. A központok közötti sürgősségi átszállítás (ún. őrzött szállítás) csak különösen indokolt esetben lenne indokolt. Ennek érdekében meg kell jelölni azon fővárosi intézményeket, melyekbe integrálható minden olyan szakma, amely a sürgősségi ellátásban szerepet játszik. A jövőben ennek figyelembevételével kell majd az intézmény-bővítéseket, fejlesztéseket megvalósítani.

**A három budapesti sürgősségi központ megvalósításának főbb elemei a következők:**

1. Az **észak-pesti** sürgősségi ellátás megalapozása a HM Állami Egészségügyi Központ (ÁEK, Honvéd Kórház) telephelyeinek koncentrációja révén
2. A Semmelweis Egyetem Kútvölgyi Tömb, a Szív- és Érsebészeti Klinika továbbá a Szent János Kórház egyes osztályainak koncentrációja, a **budai sürgősségi ellátás** megalapozása érdekében
3. További országos intézetek és a Semmelweis Egyetem Ortopédiai Klinika koncentrálása a) a SE külső klinikai tömb területén a Korányi projekt részeként; b) a Szent István és Szent László Kórház mellett; a **dél-pesti** sürgősségi ellátás megalapozása céljából.

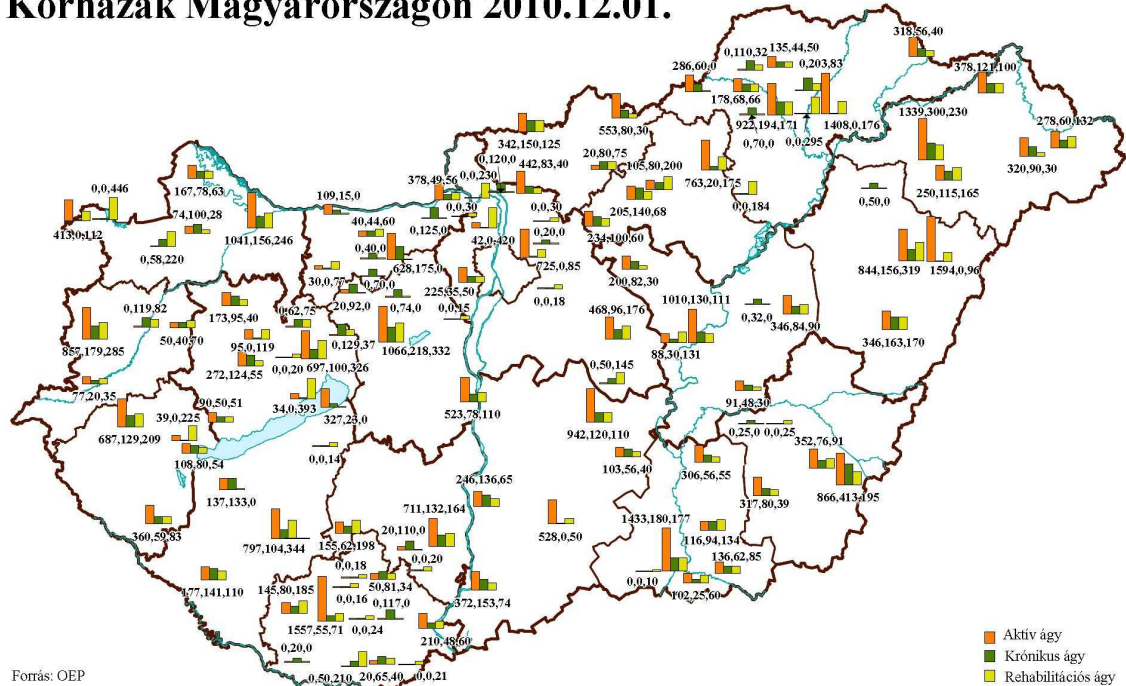
## Q. FÜGGELÉK

### Kórházak Magyarországon 2010.12.01.



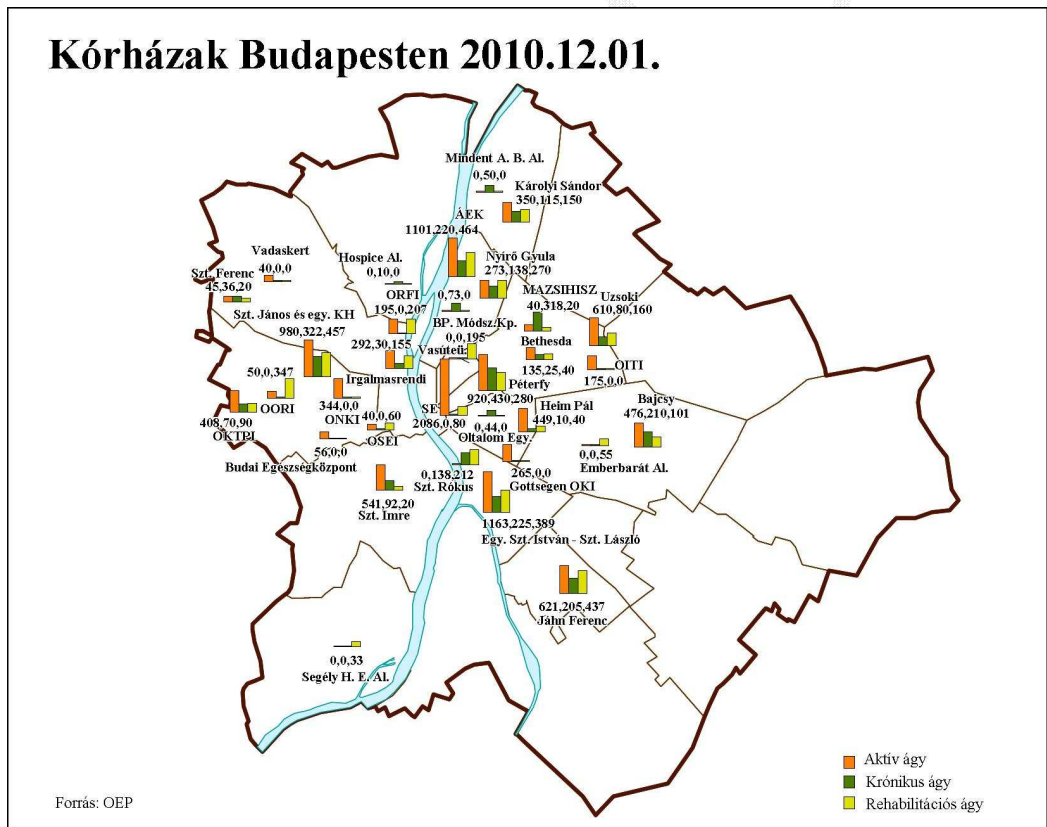
Forrás: OEP

### Kórházak Magyarországon 2010.12.01.

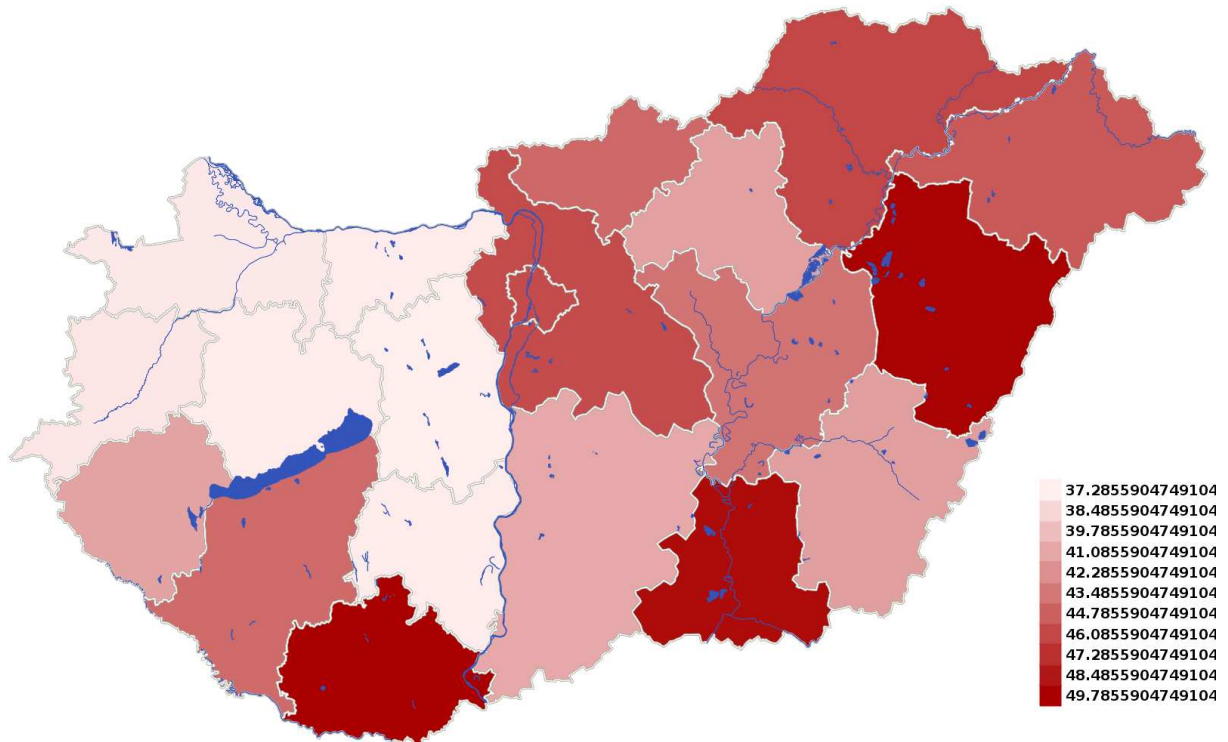


Forrás: OEP

## Kórházak Budapesten 2010.12.01.



## 10000 lakosra jutó ágyszám



## A nagytárségi egészségszervezés tervezett területi beosztása és magas progresszivitású központjai a fővárosban és vidéken

