

# BELÜGYMINISZTERIUM

## „Egészséges Magyarország 2021–2027”

### Egészségügyi Ágazati Stratégia

Budapest, 2024. december

*Az „Egészséges Magyarország 2021–2027” Egészségügyi Ágazati Stratégia kiegészítésére elsősorban az Európai Regionális Fejlesztési Alapra, az Európai Szociális Alap Pluszra, a Kohéziós Alapra, az Igazságos Átmenet Alapra és az Európai Tengerügyi, Halászati és Akvakultúra-alapra vonatkozó közös rendelkezések, valamint az előbbiekre és a Menekültügyi, Migrációs és Integrációs Alapra, a Belső Biztonsági Alapra és a határigazgatás és a vízümpolitika pénzügyi támogatására szolgáló eszközre vonatkozó pénzügyi szabályok megállapításáról szóló (EU) 2021/1060 európai parlamenti és tanácsi rendeletben meghatározott 4.6 tematikus feljogosító feltétel kritériumainak való megfelelés érdekében került sor 2024-ben. A dokumentumban sárga színnel jelölt részek jelzik az aktuális, 2024-ben tett módosításokat.*

*A Stratégia soron következő felülvizsgálatának keretében a dokumentum tartalma, ideértve a statisztikai adatok és a szakterületen megtett intézkedések bemutatása is aktualizálásra kerül.*

**A módosítást készítette a Belügyminisztérium**

**Egészségügyért Felelős Államtitkársága**

# Tartalomjegyzék

Tartalomjegyzék .....	2
1. Bevezetés .....	4
1.1. A stratégia készítésének célja, indokoltsága, a stratégia elhelyezkedése a programozási hierarchiában, a stratégiához kapcsolódó dokumentumok bemutatása .....	5
1.2. Tervezési módszertan, lehatárolás, definíciók.....	10
1.3. Időhorizont .....	12
1.4. A stratégia által tárgyalt szakmai területek meghatározása, lehatárolása .....	12
2. A stratégia megalapozása: helyzetkép, helyzetértékelés .....	13
2.1. A helyzetértékelés módszertana, információbázisa.....	13
2.2. Az ellátórendszer áttekintése.....	15
2.2.1. Népegészségügy .....	16
2.2.2. Alapellátás .....	28
2.2.3. Járó- és fekvőbeteg szakellátás.....	36
2.2.4. Gyógyszerellátás, gyógyszer támogatások.....	37
2.2.5. Ágazati humán erőforrások .....	41
2.2.6. Digitális egészségügy .....	44
2.3. Az egészségügyi ágazat finanszírozása .....	46
2.3.1. Finanszírozási rendszer megerősítése.....	46
2.3.2. Jövőkép és célok.....	46
2.3.3. Az egészségügyi ellátórendszerből kizárt, ingyenes egészségügyi ellátásra nem jogosult személyekre vonatkozó hatályos jogszabályi környezet .....	46
2.4. Az egészségügyi tudományos légkör általános helyzetképe .....	50
3. 2014-2020. közötti fejlesztések, eredmények .....	51
3.1. Népegészségügy .....	52
3.2. Alapellátás .....	58
3.3. Járó- és fekvőbeteg szakellátás.....	64
3.4. Ágazati humán erőforrás.....	67
3.5. Digitális egészségügy .....	72
3.6. Sürgősségi ellátórendszer fejlesztése .....	76
3.6.1 Pre-hospitális sürgősségi ellátórendszer – Országos Mentőszolgálat.....	77
3.6.2. Gyermek sürgősségi, baleseti ellátás fejlesztése (EFOP-2.2.1-VEKOP-16).....	79
3.6.3. Magyar Sürgősségi Triázs Rendszer .....	81
3.7 COVID védekezés.....	82

3.8. Országos Kórházi Főigazgatóság létrehozása, feladatai.....	83
3.9. Egészséginformatikai Szolgáltató és Fejlesztési Központ Nonprofit Kft feladatai.....	87
3.10. Ágazati kulcsindikátorok nemzetközi összevetésben.....	88
4. Kapcsolódás az Európai Szemeszterhez.....	93
5. Célrendszer.....	95
5.1. Jövőkép, általános cél.....	95
5.2. Specifikus célok .....	96
5.2.1. Népegészségügy .....	97
5.2.2. Alapellátás.....	101
5.2.3. Járó- és fekvőbeteg szakellátás.....	103
5.2.4. Ágazati humán erőforrás .....	105
5.2.5. Digitális egészségügy .....	107
5.2.6. Magyarország gyógyszerekkel kapcsolatos jövőképe, összefüggések az európai gyógyszerstratégiával .....	109
5.2.7. Magyarország orvostudományi kutatásokkal és klinikai vizsgálatokkal kapcsolatos jövőképe .....	115
5.3. A részletes célkitűzésekhez mérhető output és eredménymutatók, célértékek .....	118
6. Tervezett intézkedések .....	121
6.1. Népegészségügy .....	121
6.2. Alapellátás .....	125
6.3. Járó- és fekvőbeteg szakellátás.....	128
6.4. Krónikus ellátás és tartós ápolás .....	132
6.5. Ágazati humán erőforrás .....	134
6.6. Digitális egészségügy .....	138
6.7. Irányítási rendszer megerősítése.....	141
7. Társadalmi partnerség .....	143

## 1. Bevezetés

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

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

Magyarországon mind a születéskor várható életevek, mind a születéskor egészségesen várható életevek száma növekedett az elmúlt években, **melyek** az Európai Unió **átlagához közelítenek**. A hazai egészségveszteségek **87,9%**-át a nem fertőző betegségek okozzák, amelyek közül a keringési rendszer betegségei és a rosszindulatú daganatok okozták a veszteségek közel felét (**48,7%**). A halálozási mutatók tekintetében is a keringési rendszer betegségei és a rosszindulatú daganatos megbetegedések aránya a meghatározó. A magyar társadalom életmóddal kapcsolatos egészségkockázatait szem előtt tartva, kiemelt feladata az ágazatnak a lakosság egészségmagatartással kapcsolatos érzékenyítése, a szemléletmód váltás elősegítése annak érdekében, hogy az egészségügyi állapotjavulás tartós eredménnyel járjon. Ehhez biztosítani szükséges a megfelelő fizikai-, társadalmi-, gazdasági-, és jogi környezetet, fejleszteni kell az egyének és közösségek egészségtudatosságát, az egészséghez és az egészségüghöz való viszonyulását és a hazai egészségkultúrát.

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

A koronavírus világjárvány egy **új nemzeti egészségügyi program** megalkotására, kidolgozásának szükségességére hívta fel a figyelmet. **A Nemzeti Infektológiai Program** ugyanolyan struktúrában és tartalommal épül fel, mint a másik öt nemzeti egészségügyi program, kidolgozása 2021 áprilisában indult meg, tartalmazza az elsődleges, másodlagos prevenciót, a diagnózist, a terápiát, az intézményi struktúrát, a kutatást, az oktatást. A program országos infektológiai rendszer kiépítését tervezi meg, emellett mind a COVID-19 járvány legyőzéséhez, mind jövőbeli járványok megelőzéséhez, gyógyításához, rehabilitációjához, magasszintű struktúrát, infrastruktúrát, humán erőforrást és szakmai tartalmat biztosít.

A Nemzeti Infektológiai Programba illeszkednek majd be azok a kutatások, amelyeket az emberi erőforrások minisztere irányításával az Egészségügyi Tudományos Tanács (ETT), az érintett szakmai kollégiumi tagozatok és a Dél-pesti Centrumkórház – Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet dolgozott ki.

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

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

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

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

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

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

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

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

A **Semmelweis Tervben** megfogalmazott egészségügyi rendszer koncepció szervesen kapcsolódik a kormányprogramot jelentő „**Nemzeti Együttműködés Programja**”-hoz, valamint a 2014 októberében meghatározott **kormányzati stratégiai célokhoz**, amelyek a fenntartható nemzeti egészségügyi ellátórendszer kialakításának célrendszerét határozzák meg és az **Új Széchenyi Tervhez**. A kormányprogram az egészségügy megmentéséhez és

újjaépítéséhez szükségesnek tartja mind az ágazatba történő forrásbevonást, mind pedig a nagyobb állami felelősségvállalást.

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

A stratégia megalkotását az alábbi célrendszer motiválta:

1. Helyzetelemzés és a végrehajtott intézkedések monitorozása volt szükséges ahhoz, hogy értékelhető legyen a Semmelweis Terv által meghatározott cél- és eszközrendszer, és ezek a felülvizsgálat alapján megerősíthetők/újrafogalmazhatók legyenek, valamint megtörténhessen az eszközrendszer „finomra hangolása”.
2. A Semmelweis Terv megalkotását követően lépett hatályba a kormányzati stratégiai irányításról szóló 38/2012. (III. 12.) Korm. rendelet, amely meghatározta a kormányzati stratégiai dokumentumok kötelező formai és tartalmi elemeit.
3. Az Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív Program (EFOP) ex-ante kritériumainak teljesítéséhez – szintén más ágazati stratégiák között – szükséges volt a Kormány által elfogadott egészségügyi ágazati stratégia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Nemzeti Egészségügyi Programok bemutatása

### **1. Nemzeti Rákellenes Program (NRP)**

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

#### **A program konkrét célkitűzései:**

1. a lakosság egészségi állapotának javítása az onkológiai ellátórendszer hatékonyságának és minőségének növelésével,
2. esélyegyenlőség és területi kiegyenlítődés biztosítása az egészségügyi szolgáltatáshoz való hozzáférésben a megfelelő ellátási szinten,

3. korszerű infrastruktúra-fejlesztéssel a diagnosztikai feltételek javítása, valamint a minőségi ellátás biztosítása korszerű és hatékony eszközök szinergiájának kialakításával,
4. a munkában egészségesen eltöltött évek számának növelése.

### **Az általános és konkrét célok megvalósításához az alábbi területeken szükséges előrelépni**

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

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

## **2. Nemzeti Keringési Program (NKP)**

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

A program céljai:

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

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

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



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

### 3. Nemzeti Mozgásszervi Program (NMOP)

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

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

#### A program célkitűzései:

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

### 4. Nemzeti Mentális Egészségügyi Program (NMEP)

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

#### A program fejlesztési területei:

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

### 5. Nemzeti Gyermekeségzségügyi Program (NGYP)

Az NGYP alapvető célja az egészséges életkezdés esélyének biztosítása, a felkészült gyermekvállalás támogatása, a koraszülések és a fejlődési rendellenességgel születettek

arányának csökkentése és a túlélési arányok növelése, továbbá a felnőttkori krónikus betegségek kora gyermekkortól kezdett megelőzése, valamint a gyermekszegénység és hatásainak megszüntetése.

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

Fő célok:

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

## 1.2. Tervezési módszertan, lehatárolás, definíciók

A stratégiatervezés négy fő lépésben valósult meg.

### 1. Stratégia tervezésének előkészítése

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

### 2. A stratégiai tervezés folyamata – Elemző szakasz

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

### 3. A stratégiai tervezés folyamata – Tervezési szakasz

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

### 4. A stratégia összeállítása

A stratégia szerkezetének végleges kialakítását követően megkezdődött az egyes fejezetek tartalommal történő feltöltése. Ebben az előzmények összefoglalásán túl részletesen bemutattuk a szakpolitikai célokat, prioritásokat, a tervezett beavatkozásokat és eszközöket. A megvalósításhoz szükséges forrásokat, az értékelési és monitoring rendszert is kifejtettük, valamint a konzisztencia értékelés keretében fennálló illeszkedési témaköröket is összefoglaltuk.

### Egészségügyi fejlesztések lehatárolása

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

#### **1. Helyreállítási és Ellenállóképességi Terv (RRF)**

Mivel a program keretében az országspecifikus ajánlásokkal összhangban az egészségügyi ellátórendszer ellenálló képességének növelése érdekében –felhasználható forrás áll rendelkezésre, az ellátórendszer ellenálló képességét javító, szintén magas költségigényű, rendszerszintű beavatkozások – pl. alapellátás megerősítése, – megvalósítására kerül sor.

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

- a) A *Terület- és Településfejlesztési Operatív Program Plusz (TOP+/TOP Plusz)* keretében várhatóan a korábbiaknál nagyobb volumenű és nagyobb mozgásteret biztosító – ERFA és ESZA+ forrásokat egyaránt tartalmazó – forrástömeg áll rendelkezésre egészségügyi fejlesztésekre, azonban kizárólag az önkormányzati feladatellátás keretein belül, melynek figyelembe vételével az operatív program keretében tervezett ágazati beavatkozások az országos kihatású humán jellegű programokkal összhangban a lakóhelyközeli ellátások – alap- és járóbeteg szakellátás – korszerű infrastrukturális feltételeinek megteremtését, a területi egyenlőtlenségek és hozzáférésbeli különbségek csökkentését, valamint a helyi igényekre és sajátosságra reagáló humán jellegű beavatkozások – pl. célzott egészségfejlesztés a hátrányos helyzetű területeken, humán erőforrás-hiányos területek fejlesztése, stb. – megvalósítását szolgálják.

Fentiek mellett **lehetőség esetén** egyéb operatív programok keretében is **sor kerülhet** kisebb volumenű, az adott operatív program speciális célterületéhez kapcsolódó fejlesztések – pl. egészségügyi intézmények energetikai korszerűsítése a *Környezeti és Energiahatékonysági Operatív Program Plusz (KEHOP Plusz)*, **informatikai fejlesztések a Digitális Megújulás Operatív Program Plusz (DIMOP Plusz)** keretében, stb. – megvalósítására az egészségügyben. **A Svájci-Magyar Együttműködési Program II. időszaka keretében megvalósul a hazai hospice és palliatív ellátás rendszerének fejlesztése. A programkomponensek egymást kiegészítve, koherens rendszert alkotva a hospice-palliatív ellátás több ellátási szintjét érintő fejlesztések által segítik elő egy koordináltabb és magasabb minőségű hospice-palliatív ellátórendszer megvalósítását.**

### 1.3. Időhorizont

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

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

A stratégia célja egy olyan átfogó egészségügyi fejlesztés, amelyben a megelőzést szolgáló népegészségügyi intézkedések és az alapellátás rendszerszintű, hálózatos fejlesztése révén a lakóhely közeli, könnyen hozzáférhető ellátás a domináns, de amelyhez ezzel párhuzamosan egy magas szintű infrastruktúrával és eszközellátottsággal rendelkező szakellátás is társul, kiegészülve egy 21. századi színvonalú digitális támogatással. Ezen célok elérését az Európai Bizottság a tagállamok részére – 2021-ben – **indított Helyreállítási és Ellenállóképességi Terv (RRF) elősegítheti**, az RRF Program forrásai lehetőséget adhatnak arra, hogy az ellátórendszer **egyes területei** egy egységes koncepció mentén újulhasson meg. Az RRF Program keretében tervezett ágazati fejlesztések időhorizontja a 2021–2026 közötti éveket öleli fel.

### 1.4. A stratégia által tárgyalt szakmai területek meghatározása, lehatárolása

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

Ezen célok meghatározása során figyelemmel kell lenni mindazon indikátorokból, mutatókból és adatokból levonható következtetésekre, amelyek a hazai egészségügyi ellátórendszer jellemzőivel, struktúrájával, illetve a lakosság egészségi állapotára gyakorolt hatásaival vannak összefüggésben. A népegészségügyi célok csak más ágazatokkal együttműködésben valósíthatók meg. A dokumentumban megfogalmazott ágazati célkitűzések hatással lehetnek más ágazatok folyamataira is: a TB rendszerek finanszírozása, a foglalkoztatás érintése a közösségi ellátás koncepciójával kapcsolódnak az oktatás, a szociális ellátás és a társadalmi felzárkóztatás területeihez.

Az Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív Program Plusz (EFOP+/EFOP Plusz) egészségügyi ágazatot érintő **feljogosító feltételei** közé tartozik a **tartós ápolás-gondozásra vonatkozó stratégiai szakpolitikai keret** kidolgozása is, ami jelen stratégiától szeparáltan, egy különálló dokumentumban kap helyet. Figyelemmel azonban arra, hogy a tartós ápolás (long-term care) is szerves részét képezi az egészségügyi ellátórendszernek, jelen stratégia „6.4. *Krónikus ellátás*

és tartós ápolás” című fejezetében főbb vonalaiban bemutatjuk ezeknek a területeknek a megerősítését érintő célokat és fejlesztési irányokat.

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

## 2. A stratégia megalapozása: helyzetkép, helyzetértékelés

### 2.1. A helyzetértékelés módszertana, információbázisa

#### **Tartós ápolás-gondozás helyzetképe, helyzet elemzése**

Az egészségügyi és a szociális ellátásban az ápolás, gondozás más-más szerveződési módban és a szolgáltatási igénybevétel eltérő időintervallumában működik, szakmailag és a kompetenciák terén, valamint szervezetileg is eltérő módon, viszont feladat- és tevékenységi körében hasonló elemeket tartalmaz különböző hatáskörök megléte mellett. Az ápolási feladat az egészségügyi ellátáson belül a háziorvosi (körzeti) ápolók munkájában, az otthoni szakápolásban, járóbeteg-szakellátásban – mint az ambuláns gondozás helyszínein - valamint az aktív és krónikus kórházi ellátásban is megjelenik. A szociális ellátásban az ápolás az alap- és szakosított ellátásokat a beteg otthonához kötötten, vagy bentlakást nyújtó intézményben kaphatja meg.

A betegségük tartós progresszív jellege miatt tartós ápolást-gondozást igénylő betegek ellátása az egészségügyi és szociális ellátórendszer folyamatba épített szolgáltatások integrációját és a szakemberek folyamatos, koordinált együttműködését igényli.

#### **Szociális ellátórendszer**

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

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (a továbbiakban: Szt.) a szociális biztonság megteremtése és megőrzése érdekében meghatározza az állam által biztosított egyes szociális ellátások formáit, szervezetét, a szociális ellátásokra való jogosultság feltételeit, valamint érvényesítésének garanciáit. Az egyes szolgáltatások kialakítása, feltételrendszerének és működésének szabályozása során elsődleges cél, hogy a segítségre szoruló személyek az adott élethelyzetben felmerülő szükségletek kielégítését szolgáló hatékony segítséget kapjanak. Az ehhez szükséges intézményesült háttérrel az állam az Szt.-ben

foglalt alap és szakosított ellátást biztosító intézményeken keresztül valósítja meg. Az egyes ellátási altípusok részletszabályait a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet tartalmazza. A szociális szolgáltatások a következők:

Alapszolgáltatások:

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

Szociális szakosított ellátások:

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

### **Egészségügyi intézményrendszer**

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

#### - Krónikus ellátás

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

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (a továbbiakban: Ebtv.) 23/A. §-a alapján a biztosított kiegészítő térítési díj mellett jogosult az egészségügyi ellátás keretében saját kezdeményezésére igénybe vett egyéb kényelmi szolgáltatásokra, és amennyiben állapota indokolja, az e feladatra finanszírozott szolgáltatónál ápolás céljából történő elhelyezésre és ápolásra, ideértve a gyógyszereket és az étkezést is. 2023-ben a szakápolás átalakításával a 1993. évi III. törvény 131/C-131/I. § meghatározottak szerint megkezdődött a szakápolási központok létrehozása és működtetése.

#### - Otthoni szakápolás

Az otthoni szakápolási tevékenységről szóló 20/1996. (VII. 26.) NM rendelet szabályozza ezt az ellátási formát. Jellemzően adódóan feladata a kórházi ápolási tevékenység kiváltása a beteg otthonában is elvégezhető ápolási és egyéb szakirányú terápiás ellátásokkal. Az otthoni szakápolás a beteg otthonában vagy tartózkodási helyén, kezelőorvosa elrendelésére, szakképzett ápoló által végzett tevékenység. 2023. évben Magyarországon 245 szolgáltató 24 147 beteget látott el. Az ellátás 722 702 vizit keretében valósult meg.

#### - Hospice ellátás

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

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

2021. évben Magyarországon a hospice ellátásban 4 ellátási formában volt igénybe vehető a hospice ellátás, azaz 4 db hospice mobil team, 3 db gyermek hospice, 22 db intézményi hospice és 61 db otthoni hospice működött és 5970 beteget látott el. A százezer lakosra jutó ellátás 1704 ápolási nap keretében valósult meg.

A 2023. évben változatlan ellátási formákban országosan **26 intézmény 416 ágyon** végzett hospice ellátást, ezen intézmények átlagos ágykihasználtsága 75% volt. Emellett 76 otthoni hospice ellátást végző szolgáltató végzett hospice tevékenységet. A hospice ellátás esetszáma **közel 11 ezer volt** (ebből intézményi ellátás 4817, otthoni ellátás 6138).

A 2024. finanszírozási évben (2023.11-2024.09.) országosan **26 intézmény 424 ágyon** végzett hospice ellátást, ezen intézmények átlagos ágykihasználtsága 77% volt. Emellett 74 otthoni hospice ellátást végző szolgáltató végzett hospice tevékenységet országos lefedettséggel.

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

## 2.2. Az ellátórendszer áttekintése

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

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

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

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

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

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

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

### 2.2.1. Népegészségügy

A magyar lakosság egészségi állapotát, az állapotváltozást bemutató ágazati kulcsindikátorokat a „3.8. Ágazati kulcsindikátorok nemzetközi összevetésben” című fejezet tartalmazza.

#### a) *Megelőzhető halálozás és kezelhető halálozás*

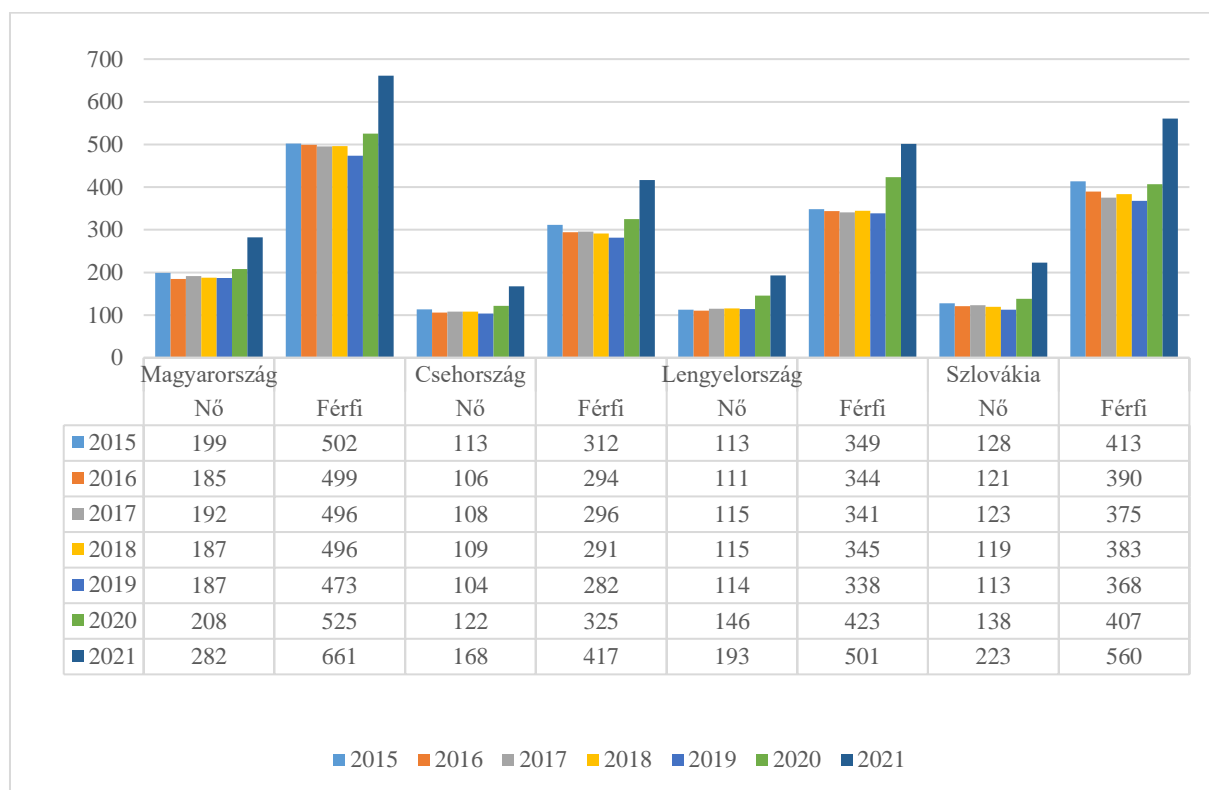
A megelőzhető halálozás (a 75 év alatti embereket érintő) olyan halálozási eseteket jelent, amelyek elkerülhetők főként hatékony egészségügyi és primer, valamint szekunder prevenciók beavatkozásokkal (azaz a betegségek/sérülések kialakulása, vagy preklinikai fázis előtt, az előfordulás csökkentése érdekében).<sup>1</sup> A megelőzhető halálokok az életmóddal és a társadalmi-gazdasági-környezeti tényezőkkel állnak összefüggésben, a megelőzés pedig az állapot kialakulására vonatkozik. A megelőzhető halálozási mutatók értékét befolyásolja az egészségmagatartás (ideértve az egészségtudatosságot és az egészségnevelést), valamint az egészségügyi és a népegészségügyi szolgáltatások minősége, a szolgáltatásokhoz való hozzáférés, továbbá egyéb társadalmi-gazdasági és fizikai környezeti tényezők földrajzi megoszlása. Az utóbbiak, mint a jövedelmi, foglalkoztatási viszonyok, az ezeket befolyásoló iskolázottság részben az egészségmagatartáson, részben a környezeti kockázati, illetve védő tényezőkön keresztül fejtik ki hatásukat.

A megelőzhető halálozási mutatót befolyásoló egyik egészségmagatartási kockázati tényező a mozgásszegény életmód. A serdülőkor kritikus időszak az egész életen át tartó egészséges szokások kialakításához, beleértve a rendszeres testmozgást is. Elegendő mennyiségű fizikai aktivitás gyermek- és serdülőkorban számos egészségügyi előnnyel jár, mint például a jobb szív- és érrendszeri egészség, a jobb egészségi állapot, kognitív funkciók, valamint az elhízás és a krónikus betegségek kockázatának csökkenése a későbbi életkorban (OECD/WHO, 2023). A fizikai aktivitás jól ismert előnyei ellenére az EU országaiban sok serdülő nem éri el a WHO által ajánlott szintet a napi legalább 60 perc mérsékelt vagy erőteljes fizikai aktivitást. Átlagosan

<sup>1</sup> OECD (2023), “Avoidable mortality (preventable and treatable)”, in Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, 68.



a 11 éveseknek csak 22%-a, és a 15 évesek 15%-a számolt be arról, hogy 2022-ben megfelelt ezeknek az iránymutatásoknak. Ez az arány Finnországban, Írországban és Magyarországon volt a legmagasabb – köszönhetően a 2015 szeptembere óta kötelező a mindennapos testnevelés bevezetésének az iskolákban-, míg Olaszországban, Litvániában és Franciaországban a legalacsonyabb, ahol a 11 és 15 évesek kevesebb mint hatoda felelt meg az ajánlásnak. A felnőttek esetében pedig az EU országainak arányát (32%) közel eléri a magyarországi (31%).

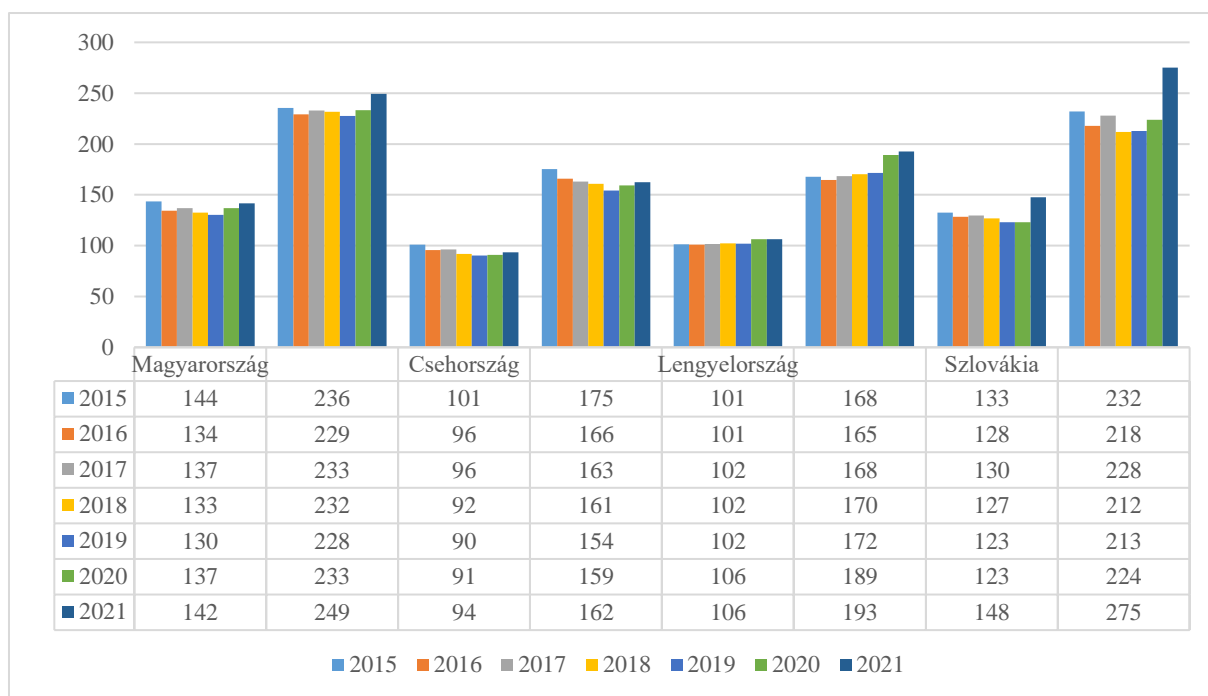


**1. ábra: Megelőzhető halálozás aránya a V4 országokban nemek szerint 100 000 főre vetítve (forrás: Eurostat,2024)**

**Kezelhető (vagy javítható) halálozás:** olyan halálesetek, amelyek elkerülhetők az időben megvalósult és hatékony egészségügyi beavatkozások által, ideértve a másodlagos megelőzést és kezelést (azaz a betegség kezdete után, a halálozások számának csökkentése érdekében).<sup>2</sup>

2010 óta az ellátórendszer fejlesztése érdekében tett kormányzati intézkedéseknek és uniós fejlesztéseknek köszönhetően az egészségügyi ellátórendszer teljesítménye javulást mutat.

<sup>2</sup> OECD (2023), “Avoidable mortality (preventable and treatable)”, in Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, 68.



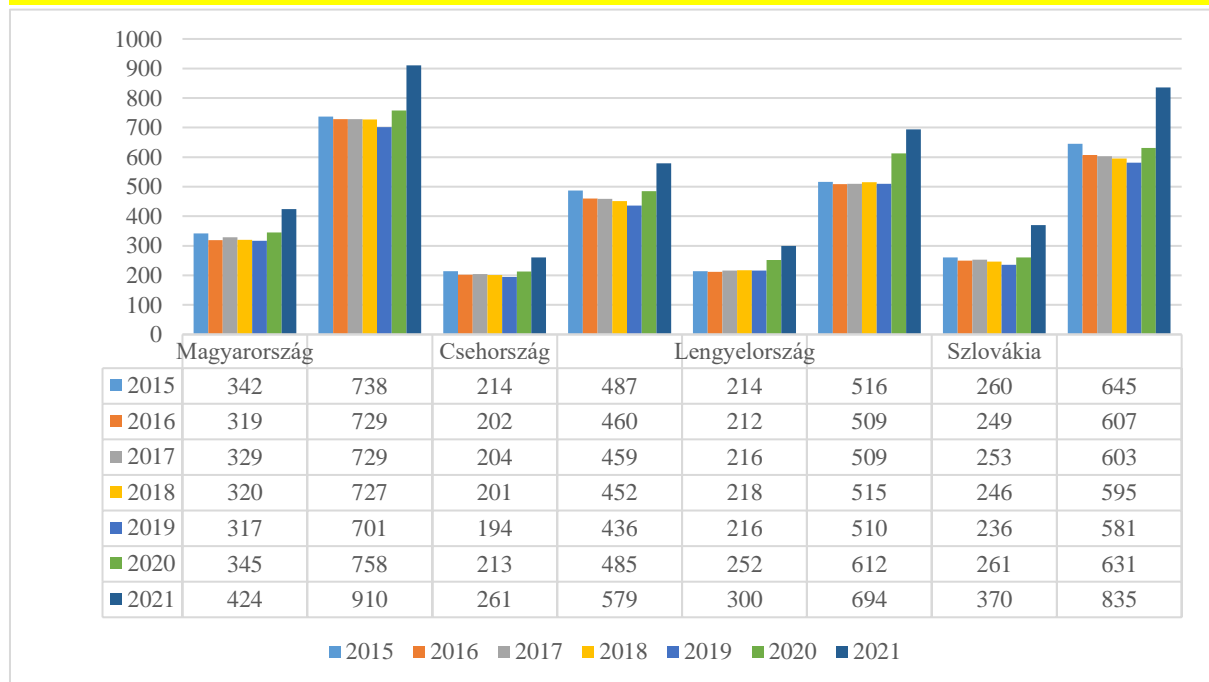
**2. ábra: Kezelhető halálozás aránya a V4 országokban nemek szerint 100 000 főre vetítve (forrás: Eurostat, 2024)**

### b) Elkerülhető halálozás

Az elkerülhető halálozás magában foglalja mind a megelőzhető haláleseteket, amelyek hatékony egészségügyi és prevenciós beavatkozásokkal, mind a kezelhető haláleseteket, amelyek időben és hatékony egészségügyi beavatkozásokkal elkerülhetők.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Uo.

Magyarországon az orvosi konzultációk száma az EU16 átlagot vizsgálva első helyen áll, a személyes konzultáció mellett a távkonzultációk száma is kiemelkedő.

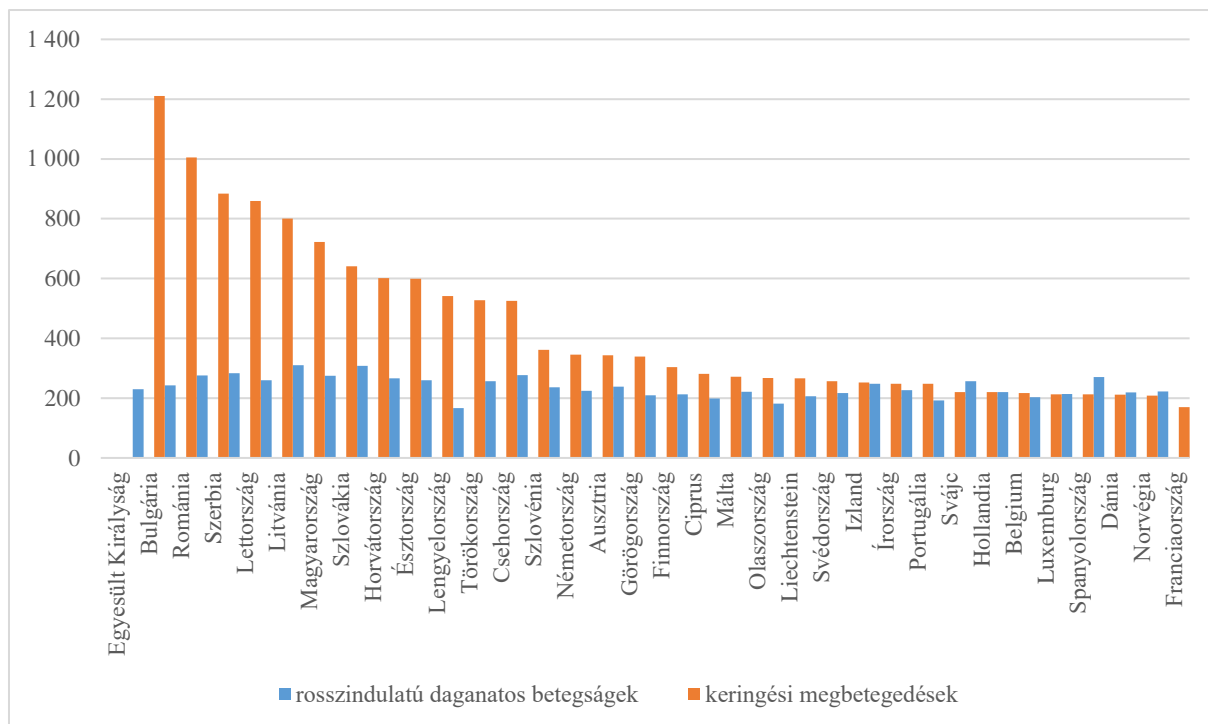


3. ábra: Elkerülhető halálozás aránya a V4 országokban nemek szerint 100 000 főre vetítve (forrás: OECD, 2019)

### c) Keringési megbetegedések okozta halálozás

A keringési megbetegedések visszaszorítása érdekében kialakult egy olyan heveny coronaria syndromákra specializált, az ország teljes területét lefedő, progresszív ellátási rendszer, amely azonnali invazív ellátást ad minden rászorulóknak. Hangsúlyosan a szív-és érrendszeri betegségek gyógyítása és megelőzésének eredményeként az elmúlt évtizedekben felére csökkent a szívinfarktusból elhunytak száma.

A keringési megbetegedésekből adódó halálozás az elmúlt 20 évben jelentősen csökkent Magyarországon.

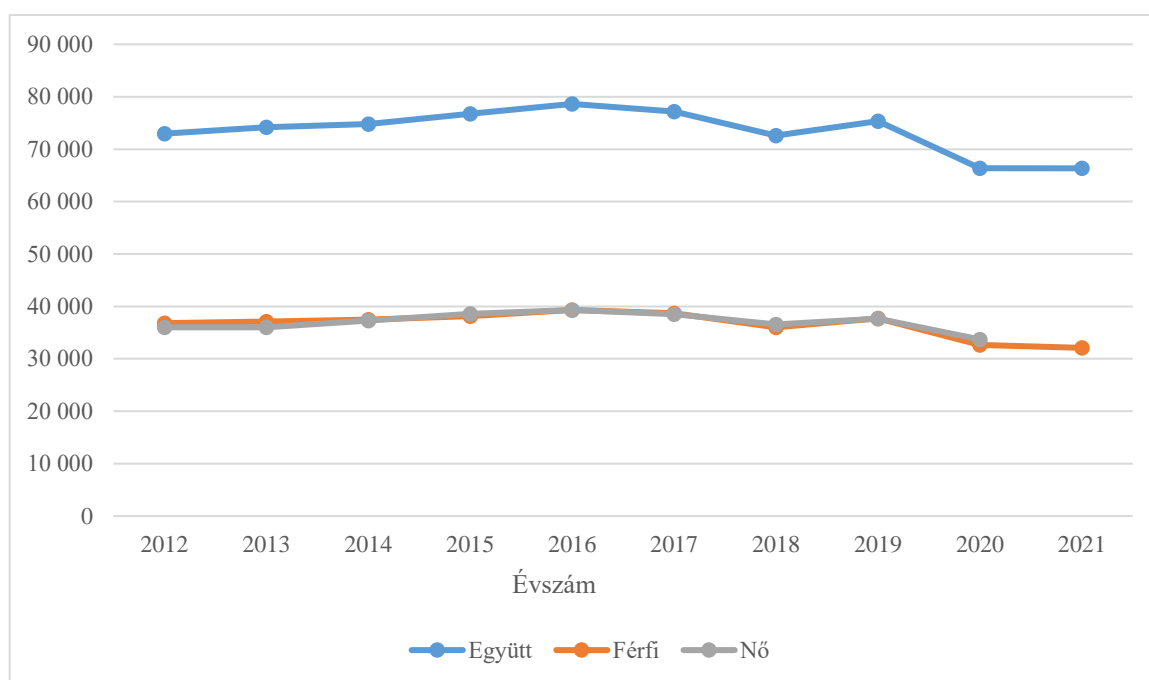


4. ábra: Keringési megbetegedések és rosszindulatú daganatok miatti halálozás 2021-ben, országok szerint 100 000 lakosra vetítve

#### d) Rosszindulatú daganatos betegségek

##### Megbetegedési adatok

Hasonlóan a nemzetközi tendenciákhoz, a Nemzeti Rákregiszterhez bejelentett éves esetszámok alapján az éves, újonnan bejelentett daganatos megbetegedések száma mindkét nemből növekvő tendenciát mutat.



5. ábra: Bejelentett új rosszindulatú daganatos megbetegedések (forrás: Országos Onkológiai Intézet, Nemzeti Rákregiszter 2021. júniusi, revideált adatai)

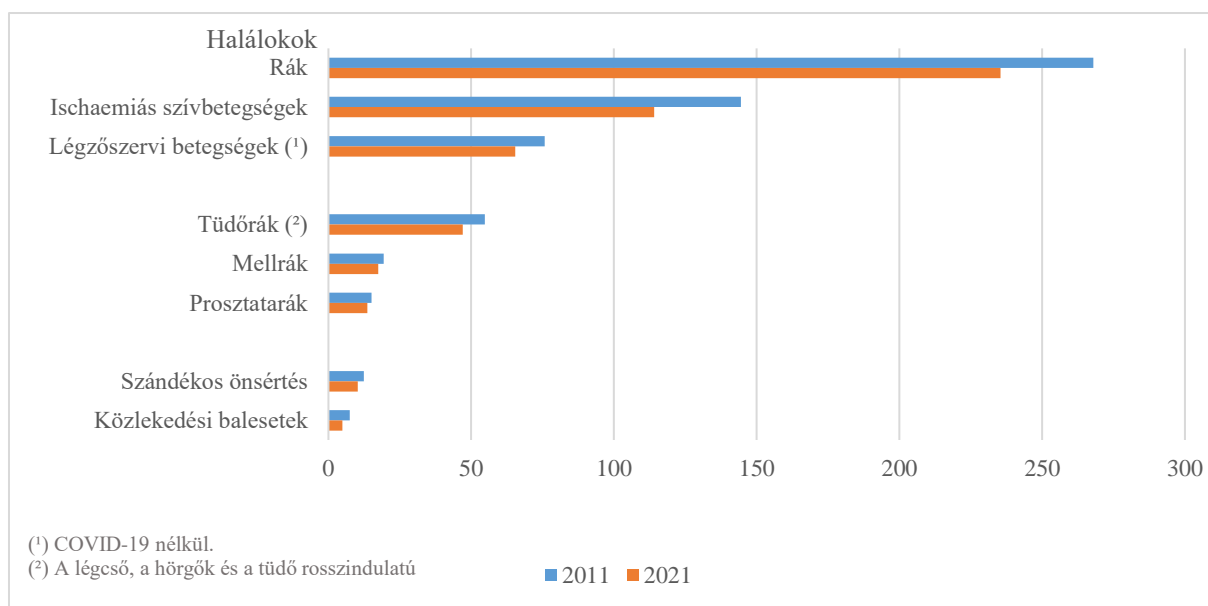
A Nemzeti Rákregiszterhez bejelentett éves esetszám közel egy évtized alatt mintegy 10 ezerrel nőtt. A bőr nem melanomás daganatait nem számolva *a megbetegedési rangsor első három helyét szintén a halálzásért felelős három daganattípus foglalja el, közel 40 százalékos részesedéssel* (tüdő vastagbél,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

Lokalizáció	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1. Tüdő (C33-C34)	11 891	11 260	10 648	11 178	11 454	11 268	11 712	12 204	12 939	12 519	9 541	11 284	9 522
2. Colorectalis (C18-C21)	10 037	9 699	9 645	10 222	10 603	10 840	10 799	10 806	11 351	10 603	10 528	11 206	9 417
3. Emlő (C50)	7 253	7 186	7 125	7 277	7 933	8 113	8 347	8 695	9 092	8 883	8 617	8 493	7 335
4. Nyirok- és vérképző. (C81-96)	4 108	4 131	4 229	4 369	4 793	4 768	4 686	4 809	4 952	4 890	4 973	4 871	4 890
5. Prostatata (C61)	3 904	3 765	3 712	4 204	4 108	4 711	4 653	4 627	4 694	4 486	4 626	4 802	3 691
6. Húgyhólyag (C67)	3 118	2 944	2 690	3 079	3 367	3 323	3 540	3 520	3 619	3 445	3 523	3 459	2 988
7. Vese (C64-C66 és C68)	2 518	2 433	2 242	2 578	2 783	2 911	2 896	3 039	3 278	3 003	2 980	3 052	2 445
8. Ajak és szájüreg (C00-C14)	3 368	3 123	3 106	3 098	3 209	3 246	3 250	3 271	3 331	2 874	2 825	2 950	2 536
9. Melanoma (C43)	2 039	2 069	2 016	2 115	2 348	2 385	2 462	2 857	2 760	2 828	2 748	2 834	2 206
10. Hasnyálmirigy (C25)	2 579	2 406	2 345	2 294	2 587	2 779	2 766	2 957	3 207	2 747	2 842	2 813	2 667
Bőr és egyéb (C44)	12 091	12 155	11 461	13 807	14 235	14 940	16 244	15 804	16 492	17 225	17 747	17 751	13 160
Összesen	84 255	81 207	78 873	83 438	89 050	90 830	93 413	95 397	100 281	95 892	95 336	97 636	81 563
Összesen (bőr egyéb nélkül)	72 164	69 052	67 412	69 631	74 815	75 890	77 169	79 593	83 789	78 669	77 589	79 885	68 403

1. táblázat: A rosszindulatú daganatok éves esetszáma típusuk szerint (C44 nélkül) Magyarországon (forrás: Nemzeti Rákregiszter 2020)

### Halálzási adatok

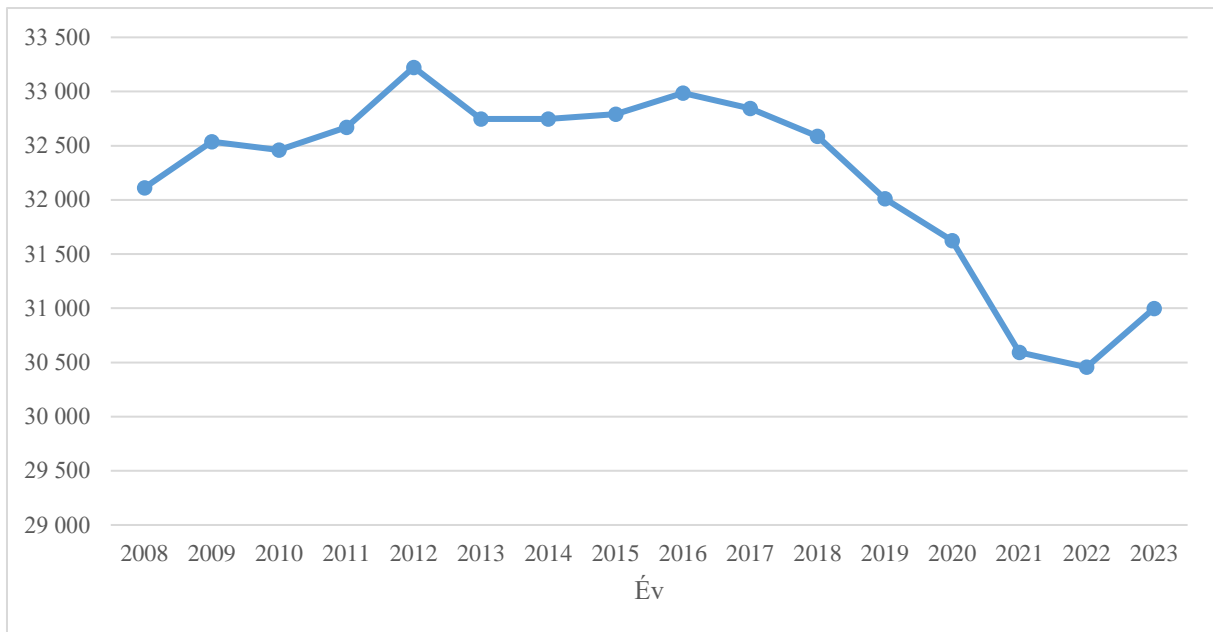
Az Eurostat adatai szerint 2016-ban az Európai Unió tagállamaiban összesen 1,3 millió ember halálát okozta valamilyen daganatos betegség, amely több mint a negyede, azaz 26%-a teljes halálzási aránynak. A mind a férfiak, mind a nők körében magas daganatok okozta mortalitás jelenleg stagnálást mutat, az emelkedés megállt, azonban éves szinten az összhálzási több mint egynegyedét adja.



**6. ábra: Standardizált halálozási arányszámok választott halálozási okok alapján 100 000 lakosra vetítve (EU, 2011 és 2021) (Forrás: Eurostat, 2021)**

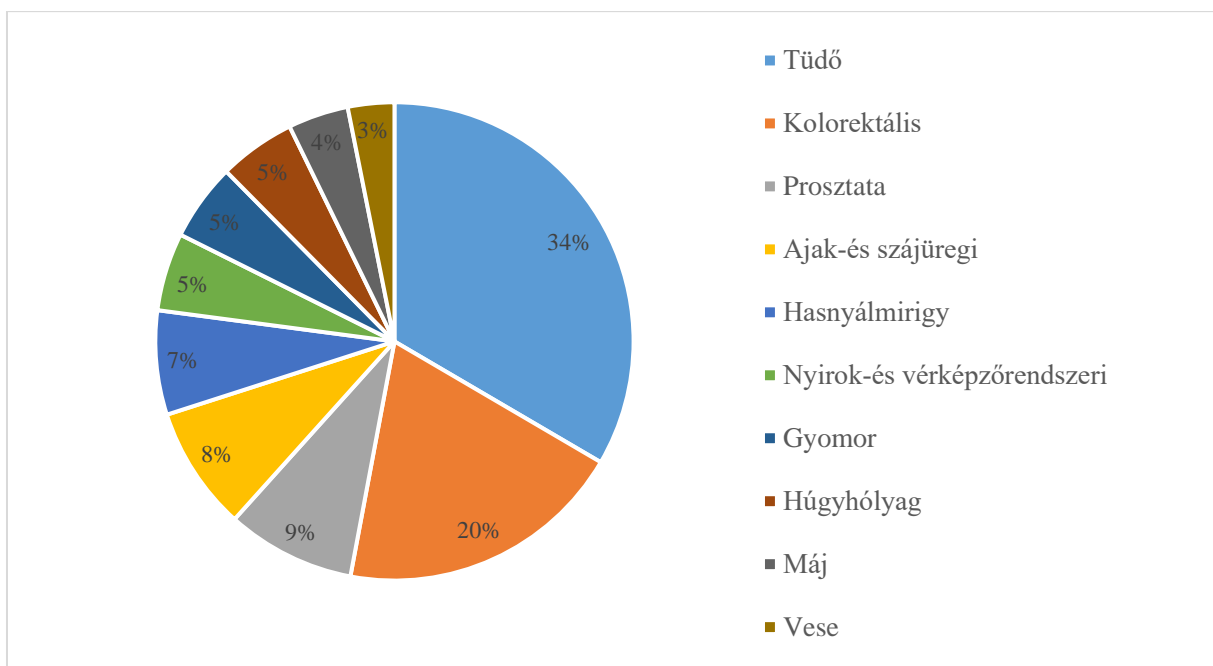
Rosszindulatú daganat	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Tüdő	8 330	8 453	8 648	8 533	8 896	8 591	8 733	8 753	8 883	8 840	8 716	8 447	8 159	7 867	7 760	8 050
Colorectalis	4 753	4 949	4 965	5 054	5 084	5 107	5 050	5 008	5 059	4 985	5 034	4 933	4 910	4 886	4 866	4 771
Emlő	2 141	2 183	2 040	2 159	2 123	2 194	2 133	2 250	2 248	2 138	2 149	2 200	2 195	2 176	2 104	2 167
Hasnyálmirigy	1 794	1 837	1 848	1 850	2 003	1 976	1 999	1 978	2 178	2 228	2 153	2 119	2 168	2 008	2 117	2 114
Nyirok- és vérképző rendszer	1 732	1 665	1 725	1 741	1 719	1 700	1 630	1 806	1 689	1 754	1 763	1 699	1 702	1 660	1 552	1 663
Gyomor	1 725	1 824	1 626	1 701	1 732	1 619	1 602	1 500	1 579	1 472	1 433	1 333	1 300	1 262	1 241	1 199
Ajak és szájüreg	1 651	1 521	1 524	1 494	1 536	1 431	1 460	1 472	1 395	1 333	1 316	1 311	1 213	1 148	1 043	1 062
Proszzata	1 186	1 193	1 209	1 198	1 125	1 211	1 280	1 258	1 301	1 389	1 314	1 319	1 354	1 320	1 379	1 465
Hügyhólyag	831	831	904	923	983	899	906	959	975	983	1 008	1 033	1 029	1 068	986	1 082
Vesék, egyéb és k.m.n. húgyszervek	712	759	829	849	784	835	830	775	809	845	809	793	760	720	732	709
Méhnyak	418	396	379	414	426	405	420	476	396	377	408	386	382	415	398	388
Egyéb	6 838	6 925	6 763	6 754	6 813	6 780	6 705	6 557	6 475	6 500	6 483	6 439	6 451	6 063	6 278	6 328
<b>Összesen</b>	<b>32 111</b>	<b>32 536</b>	<b>32 460</b>	<b>32 670</b>	<b>33 224</b>	<b>32 748</b>	<b>32 748</b>	<b>32 792</b>	<b>32 987</b>	<b>32 844</b>	<b>32 586</b>	<b>32 012</b>	<b>31 623</b>	<b>30 593</b>	<b>30 456</b>	<b>30 998</b>

**2. táblázat: Rosszindulatú daganat (C00–C97)\* következtében elhunytak száma 2008–2023 a Betegségek nemzetközi osztályozása X. revíziója szerint (forrás: Központi Statisztikai Hivatal)**



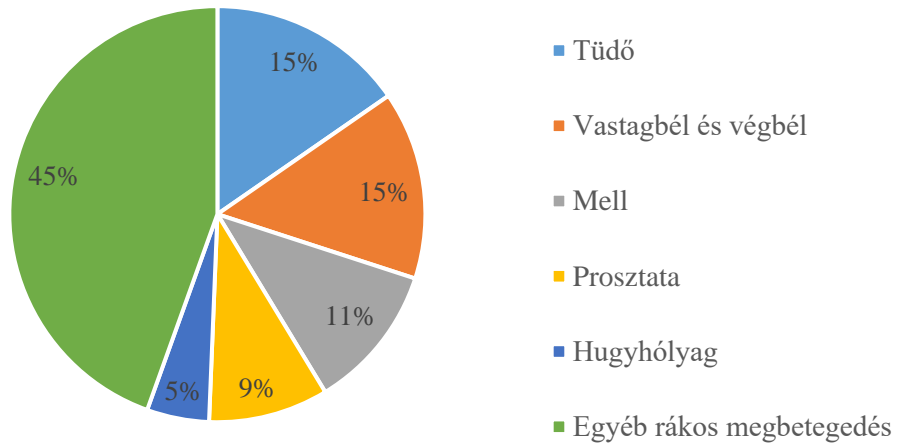
**7. ábra: Rosszindulatú daganat (C00–C97)\* következtében elhunytak száma 2008-2023 a Betegségek nemzetközi osztályozása X. revíziója szerint (forrás: Központi Statisztikai Hivatal)**

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

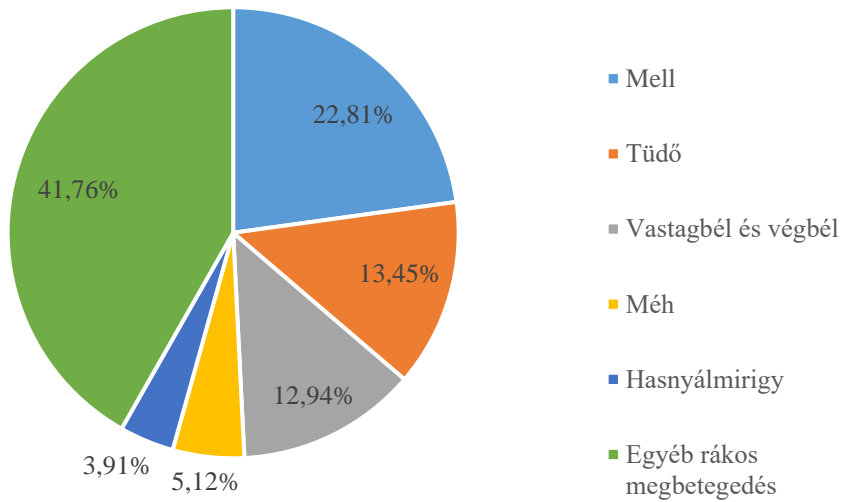


**8. ábra: Rosszindulatú daganat (C00–C97)\* okozta halálozás a daganat típusa szerinti arányban, 2019 (forrás: KSH, Nemzeti Rákregiszter)**

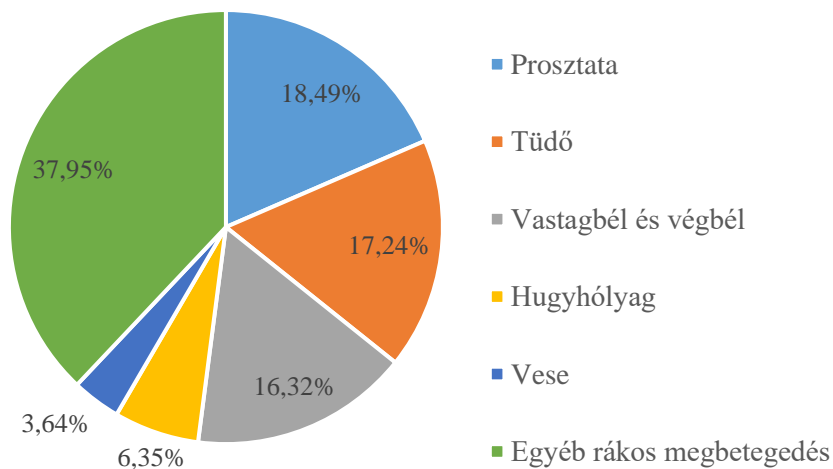
### Új esetek száma 2020-ban



### Új esetek száma 2020-ban, nők



### Új esetek száma 2020-ban, férfiak



9. ábra: Rosszindulatú daganat (C00–C97)\* okozta új esetek száma a daganat típusa szerinti arányban, 2020 (WHO)



Részletes összevetésben Magyarországon a tüdőrák, a colorectális rák, a fej-nyaki régió rosszindulatú daganatai és a hasnyálmirigyrák okozta halálozás az Európai Unió átlag feletti értékű. Ugyanakkor az emlődaganat esetében a terápiás lehetőségek és feltételek javultak, ezért a halálozás csökkent és az öt éves túlélési esély megnövekedett.

#### *e) Az egészségveszteségek főbb tényezői*

Az „idő előtti” halálozás miatt elvesztett, valamint a megromlott egészségben leélt életévek alapján számított hazai egészségveszteségek 87%-át a nem fertőző betegségek, 10%-át a sérülések és a maradék 3%-át a fertőző, anyai, újszülöttkori és táplálkozási hiánybetegségek csoportja okozzák.

A krónikus nem fertőző betegségek közül a keringési rendszer betegségei és a rosszindulatú daganatok okozták az egészségveszteség közel felét (47%). Ezeket követték a mozgásszervi (8%), a mentális (6%), és a neurológiai betegségek (5%) valamint a diabétesz, urogenitális és vérképző rendszer betegségei (5%).

Az egészségveszteségek döntő része tehát – más fejlett országokhoz hasonlóan – magatartási (túlzott alkoholfogyasztás, dohányzás, mozgáshiányból és/vagy egészségtelen táplálkozásból adódó túlsúly) és környezeti kockázatokhoz köthető, megelőzéssel jelentősen csökkenthető krónikus nem fertőző betegségekre vezethető vissza.

Az egészségveszteségek mögött gyakran egyszerre több kockázati tényező hatása is azonosítható, így az egyes kockázati tényezők egészségveszteségére vonatkozó becslések összege meghaladhatja az összes veszteség mértékét. Ennek megfelelően 2017-ben a magyar lakosság összes, kockázati tényezőhöz köthető egészségveszteségének közel háromnegyede viselkedési tényezőkkel, több mint fele élettani kockázati tényezőkkel, és több mint 10%-a környezeti kockázattal volt összefüggésben.

A viselkedési kockázatok csoportján belül a dohányzás tehető felelőssé a legnagyobb egészségveszteségért – az összes elvesztett életév 21%-áért – a magyar lakosság körében. Az étrendi kockázatok az egészségveszteségek 17%-áért felelősek, közülük a magas só bevitel, a kevés zöldség- és gyümölcsfogyasztás, a teljes kiőrlésű gabonafélék elégtelen fogyasztása, valamint az olajos magvak elégtelen bevitele okozta a legnagyobb veszteségeket. Az alkohol fogyasztás a lakosság egészségveszteségeinek 7%-áért, a fizikai inaktivitás annak 2%-áért felelős.<sup>4</sup>

Minden kockázati tényező kapcsán megállapítható, hogy a férfiak körében nagyobb egészségveszteséggel járnak, mint a nőknél.

---

<sup>4</sup> Magyarország: Egészségügyi országprofil 2021, OECD

Ezek az arányok – bizonyos betegségek esetében – megelőzéssel és időben történő felismeréssel csökkenthetőek lennének, ezért a megelőzésben a lakosság egészség tudatosságának és egészségmagatartásának fejlesztése mellett kiemelt jelentőségű a szűrővizsgálatok szerepe is. Az orvosi ellátás során végzett rutinvizsgálatok – vérnyomás-, koleszterinszint-, vércukorszint-mérés – esetében pozitív változás tapasztalható, ezek a lakosság egyre nagyobb hányadát fedték le. A személyes döntést igénylő vizsgálatoknál azonban kevésbé egyértelmű a helyzet.<sup>5</sup> A szervezett szűrővizsgálatokon való részvételi hajlandóság aránya még nem érte el az adott betegségből eredő halálozás csökkenését eredményező, nemzetközileg ajánlott mellrák és méhnyakrák szűrés esetén 70%-os, a vastagbélszűrésnél 45%-os szintet.<sup>6</sup>

### *f) Területi egyenlőtlenségek*

Az egészségi állapot tekintetében évtizedek óta területi egyenlőtlenségek mutatkoznak Magyarországon, melyek követik a társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségeket, az egészségügyön túlmutató – a jövedelem- és lakhatási viszonyokkal, szociális és oktatási kérdésekkel, foglalkoztatással összefüggő – tényezőkön alapulnak.

A mutatók Közép-Magyarország és Nyugat-Dunántúl jobb eredményeit tükrözik, a legrosszabb egészségmutatókkal Észak-Magyarország, esetenként az Észak-Alföld rendelkezik. A közép-magyarországi és észak-magyarországi lakosság születéskor várható élettartamában tapasztalható eltérés férfiaknál 3,07 év, nőknél 2 év. Közép-Magyarország férfi és női lakossága 6,6, ill. 8,4 évvel hosszabb egészséges élettartamra számíthat, mint az Észak-Alföldé. A csecsemőhalandóság és az idő előtti halálozás tekintetében is jelentős eltérések tapasztalhatóak. Az egyenlőtlenség a lakosság saját egészségéről alkotott szubjektív véleményében is megjelenik – bár sokkal kisebb szóródást mutat, mint az iskolai végzettség vagy jövedelmi szint szerinti különbségek –, az egészségét jónak, vagy nagyon jónak ítézők aránya a Közép-Magyarországi, valamint Közép- és Nyugat-Dunántúli Régiókban 8-10 %-kal magasabb, mint az Észak-Magyarországi Régióban.

A krónikus betegséggel küzdők arányában – mely Közép-Dunántúlon és Pest megyében a legalacsonyabb, 33-34% és Észak-Magyarországon és Dél-Dunántúlon a legmagasabb, 44-46% - tapasztalható különbségeket elsősorban a régiók korcsoport, iskolai végzettség és jövedelem szerinti megoszlása befolyásolja.

Az elmaradt egészségügyi ellátásokat vizsgálva a 16 év felettek körében az adatfelvételt megelőző évben az elmaradt orvosi vizitek aránya Nyugat-Dunántúlon a legalacsonyabb, mintegy 2%, Dél-Dunántúlon meghaladja a 10%-ot, Dél-Dunántúlon és Pest megyében 5%, a többi régióban 6-8%. A fogorvosi ellátás esetében a legkisebb és legnagyobb kockázatnak kitett régiók azonosak, a két szélsőérték 1, ill. 7%.

<sup>5</sup> Európai lakossági egészségfelmérés, 2019

<sup>6</sup> Cancer control: Early detection, WHO guide for effective programmes; WHO, 2007 és International Agency for Research on Cancer: Cancer Screening in The European Union, Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening (2017):

Az egészségügyi ellátórendszer tekintetében szintén azonosíthatóak területi eltérések, melyek az ellátórendszer szerveződésével is összefüggésben állnak. Így pl. az 1000 lakosra eső orvosok száma 7 fővel Budapesten a legmagasabb, míg Észak-Magyarországon és Közép-Dunántúlon a legalacsonyabb, 2,8, ill. 2,9 fővel.

A százezer lakosra jutó háziiorvosi, házi gyermekorvosi praxisok száma azokban a régiókban a legmagasabb (65-75), ahol orvosképzés zajlik, Pest megyében pedig a legalacsonyabb (55). A betöltetlen praxisok aránya – melyekben helyettesítés által történik az ellátás - általában ott magasabb, ahol a praxisok száma is magasabb, kivéve Budapestet, ahol a legalacsonyabb (3%) és Észak-Magyarországot, ahol kiugróan magas (15%).

A bejelentkezett lakosság háziiorvoshoz fordulásának éves gyakorisága Pest megyében és Budapesten a legalacsonyabb (4,5 ill. 5,4 ellátások száma/fő) és Közép-Dunántúl kivételével 7,0 fölötti.<sup>7</sup>

A szakellátások tekintetében szintén jelentős az ellátórendszer területi szerveződésének hatása. A szakorvosi rendelésen való megjelenés fajlagos mutatója Budapesten a legmagasabb, Pest megyében a legalacsonyabb és szintén magas azokban a régiókban, ahol orvosképzés folyik. A beavatkozások és szakorvosi munkaórák eloszlása hasonló mintázatot mutat. A kórházi ágyak fajlagos száma szintén Budapesten a legmagasabb, Pest megyében a legalacsonyabb és magasabb az orvosképzéssel rendelkező régiókban.

A hátrányos helyzetű, ill. roma kötődésű lakosság igénybevételi adatai alapján megállapítható, hogy az ellátási események döntő többsége, és így a ráfordítás legjelentősebb része az alapellátás szintjén realizálódik. Esetükben a háziiorvosi ellátásban egy főre eső esetszám közel harmadával magasabb, a járóbeteg ellátásban azonban elmarad a népesség többi részéhez képest. A gyermekellátás esetében a felnőtt ellátáshoz hasonlóan az alapellátás fokozott igénybevétel jelentkezik. A fekvőbeteg szakellátás esetében ugyanakkor a különbség nem számottevő.

A legszegényebb települések felzárkózásának elősegítésére példa nélkül álló programot indított a magyar kormány 2019-ben a KSH adatai alapján kiválasztott 300 hátrányos helyzetű településen. A Felzárkózó települések program 2019-es indulásakor 31 településen nyolc szervezet kezdte meg a munkát, 2023-ban már 178 helyszínen zajlott 29 megvalósító szervezet közreműködésével, és az évenkénti szakaszos bővítéssel 2025-ben éri el a 300-as létszámot. A Magyar Máltai Szeretetszolgálat Naszlady Attila Egészségfejlesztési Programja egy kifejezetten egészségügyi fókuszú pilot program, amely egészségügyi szolgáltatásokat biztosít a felzárkózó településeken egy új típusú, innovatív telemedicinális ellátási forma segítségével, valódi hozzáférést adva a lakóhelyközeli egészségügyi ellátáshoz. A program 2023-ban 35 településen biztosította a telemedicinális komplex egészségügyi szolgáltatást.

---

<sup>7</sup> Európai lakossági egészségfelmérés, 2019

## 2.2.2. Alapellátás

A hazai alapellátás fő tevékenységi területei:

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

A közel 4600 háziiorvosi körzetből megközelítőleg 4000 betöltött. A jelenlegi alapellátási rendszer helyi önkormányzatok általi szervezése rendkívül heterogén. Nem minden települési önkormányzat rendelkezik azokkal az ellátás-szervezési eszközökkel (*anyagi források, átszervezési lehetőségek, más ösztönző hatások beállítása vagy elérése, stb.*), amelyek lehetőséget adnának a helyzet megoldására, kezelésére.

Az ország teljes területét lefedő háziiorvosi körzetek<sup>8</sup> átalakítása, a feladatellátás átszervezése, a háziiorvosi szolgáltatások fejlesztése szükséges. Az ellátásszervezés racionalizálásra helyezve a hangsúlyt, a körzetek kialakítása a praxiskezelő, vagyis az OKFŐ feladata az önkormányzatok helyett 2023. január 1-től.

Az egészségügyi ellátás biztonságának egyik elvi alappillére a területi ellátási kötelezettség<sup>9</sup> (TEK) elve, melynek értelmében valamennyi lakos kötelező ellátásának felelős személye minden esetben meghatározható, senki sem szorulhat ki az ellátásból. Ez az elv olyan, egymástól határvonallal elhatárolt körzetekben realizálódik, melynek felelős egészségügyi ellátója meghatározható, legyen az háziiorvosi, fogorvosi, védőnői körzet vagy akár magasabb szinten egy járóbeteg-szakellátó vagy kórház.

A területi ellátási kötelezettség elve mindaddig hasznos és követhető, amíg egy-egy területen nem alakul ki tartós hiány a hálózatban.

A tartósan betöltetlen körzetekben a háziiorvosi ellátás helyettesítéssel kerül megoldásra.

Vármegye	Betöltetlen körzetek száma (felnőtt, gyermek, vegyes)	Ebből hátrányos helyzetű, kedvezményezett településen
Bács-Kiskun	28	13

<sup>8</sup> Körzet: földrajzilag meghatározott terület, amelynek lakosait az alapellátó szolgáltató gondozza, ellátja, kezeli.

<sup>9</sup> Területi ellátási kötelezettség (TEK): a körzethez kötődik. A háziorvos a körzetéhez tartozó vagy másként a területén élő lakosokat köteles ellátni. A sürgősséggel – bárholnan – érkező beteget rendelési idejében köteles ellátni. A szabad orvosválasztás lehetőségét megadva, a páciens választhatja a másik körzet orvosát, aki viszont dönthet arról, hogy elfogadja-e a másik körzethez tartozó lakost vagy sem.

Vármegye	Betöltetlen körzetek száma (felnőtt, gyermek, vegyes)	Ebből hátrányos helyzetű, kedvezményezett településen
Baranya	19	15
Békés	41	13
Borsod-Abaúj-Zemplén	70	53
Budapest	48	0
Csongrád-Csanád	15	5
Fejér	32	6
Győr-Moson-Sopron	14	0
Hajdú-Bihar	17	16
Heves	30	13
Jász-Nagykun-Szolnok	43	13
Komárom-Esztergom	16	0
Nógrád	33	10
Pest	54	1
Somogy	28	18
Szabolcs-Szatmár-Bereg	28	23
Tolna	26	10
Vas	24	6
Veszprém	24	6
Zala	18	6
<b>Összesen:</b>	<b>608</b>	<b>227</b>

3. táblázat: Tartósan betöltetlen körzetek száma 2022. augusztus 1-i adatok alapján

A hátrányos helyzetű megyékben/járásokban jellemzően a községekben vannak a betöltetlen körzetek.

Jelenleg az Országos Kórházi Főigazgatóság által a betöltetlen körzetek működtetésének felülvizsgálata folyamatban van kiemelten a méretgazdaságosság szempontjából a körzetösszevonás módszertan alapján. A „körzetrendezés” során figyelembe vételre kerül, hogy a házi gyermekorvosi körzet esetén a legalább 600 főt, felnőtt és vegyes házi orvosi körzet esetén legalább az 1200 főt el kell érnie. A praxiskezelőnek 2027. december 31-ig kell kialakítania ily módon a körzethatárokat.

Egy racionálisabb, hatékonyabb működés mentén a szükségleteknek, a beteg állapotának megfelelő folyamatos ellátást biztosító, az ellátórendszer egyes szereplőit tehermentesítő, stabil országos ügyeleti struktúra felépítése szükséges, amely a jelenlegi rendszer újraszervezésével a feladatok áttelepítésével oldható meg.

A korábbi ügyeleti rendszer helyi önkormányzatok általi szervezése rendkívül heterogén volt. Az új ügyeleti rendszer bevezetésének és kialakításának fő célja az, hogy egy racionálisabb, a valós szükségleteknek megfelelő, hatékonyabb működés mentén a beteg állapotának megfelelő ellátást biztosító, az ellátórendszer egyéb szereplőit tehermentesítő stabil országos alapellátási ügyeleti struktúra kiépíthetőségét teremtsen meg. A vonatkozó jogszabály módosítások

értelmében 2023. február 1-től Hajdú-Bihar Vármegyével kezdve az állami mentőszolgálat gondoskodik az egészségügyi alapellátáshoz kapcsolódó háziorvosi és házi gyermekorvosi ügyeleti ellátásról. Az országos átállás folyamatos volt és 2024. október 1-jével Budapest csatlakozásával zárult, tehát mára megvalósult az ügyeleti rendszer átalakítása.

Az Országos Mentőszolgálat által minden településen azonos feltételek mellett lett elérhető az ellátás egységes szakmai eljárásrendek alapján, minőségbiztosított módon, azonos ügyeleti hívószámmal (1830).

Az új alapokra helyezett ügyeleti ellátás folyamatos biztosításával megvalósult:

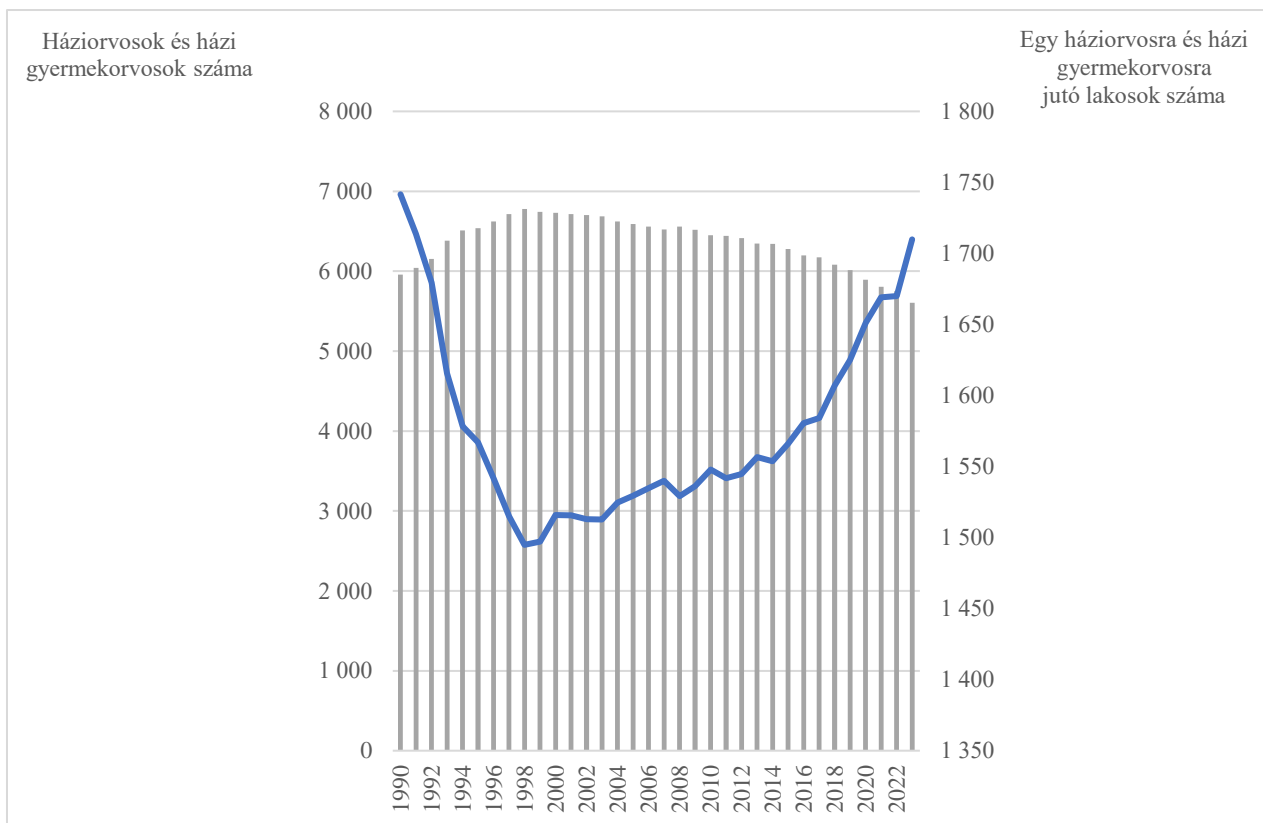
- az alapellátási ügyelet hatékonyabb szervezése,
- az egységes szakmai háttér és protokollok használata, ezáltal a szakmai színvonal emelése,
- a lakosság egészségügyi szolgáltatásokhoz való jobb hozzáférése,
- a modern és egységes egészségügyi eszközök használata,
- a betegbiztonság és az elégedettség növelése,
- az ellátási egyenlőtlenségek csökkentése,
- átlátható és transzparens ügyeleti rendszer.

Az országos ügyeleti rendszer mára már 19 vármegyében, összesen 207 ellátóhelyen, köztük 18 fővárosi ellátóhelyen működik és több, mint 950 ezer beteg ellátására került sor. Egy orvosra alig 1 beteg jut óránként átlagosan az ügyeleti időben.

A magyar egészségügyi alapellátás fejlesztése lehetővé teszi a legnagyobb egészségterhet jelentő krónikus nem fertőző betegségek hatékonyabb megelőzését (elsődleges és másodlagos prevenció), másrészt, hogy hazánk népességének biztonságos, még jobb minőségű ellátása biztosított legyen, egészségmutatói, életkilátásai javuljanak. A betegek lakóhelytől függetlenül hozzájuthatnak a szakmai ajánlásoknak megfelelő hatékony kezeléshez és a színvonalas alapellátási ügyeleti szolgálathoz. Javul a tartósan betöltetlen **körzetekben** a háziorvosi szolgáltatás hozzáférhetősége. Az alapellátó orvosok döntő többsége jelenleg vállalkozóként dolgozik, a praxisjog<sup>10</sup> révén vagyoni értékű jogot szerzett, vagy többségük már vásárolt. Az általuk működtetett praxisok mindennapjait a vállalkozói működés szabályszerűségei határozzák meg. Sokan szolgáltatásuk minőségének növelése érdekében saját eszközparkot vásároltak, vagy ingatlan beruházásba, ingatlanfejlesztésbe fogtak.

---

<sup>10</sup> praxisjog: az egészségügyi államigazgatási szerv által az orvos részére adott önálló orvosi tevékenység nyújtására jogosító engedélyben foglalt jog, amely alapján önálló orvosi tevékenység területi ellátási kötelezettséggel, meghatározott körzetben végezhető



11. ábra Háziorvosok és házi gyermekorvosok száma, valamint 1 háziorvosra és házi gyermekorvosra jutó lakosok száma (forrás: KSH, 2021)

#### Praxisközösségek rendszere:

A kollegiális praxisközösség a háziorvosi, házi gyermekorvosi, alapellátást nyújtó fogorvosi feladatainak összehangolására, a szakmai együttműködés érdekében létrejött működési forma; amelynek célja az egészségügyi alapellátáshoz tartozó megelőző ellátások hatékonyabb nyújtása.

A szakmai együttműködés erősítése érdekében létrejött kollegiális praxisközösségen („laza” kollegiális praxisközösség) belül **a szorosabb együttműködés érdekében** az alábbi („szoros” praxisközösség) praxisközösségek jöhetnek létre:

- a) *egyesült praxisközösség*: amely több, egy járáson belül működő háziorvosi szolgálat között létrejött szoros szakmai és gazdasági együttműködés, amelyben az alapellátási feladataik összehangolt ellátása érdekében valamennyi háziorvosi szolgálatot ugyanaz az egészségügyi szolgáltató működteti;
- b) *integrált praxisközösség*: amely több, egy járáson belül működő háziorvosi szolgálat között létrejött szoros szakmai és gazdasági együttműködés, amelyben az érintett háziorvosi szolgálatban praxisjoggal rendelkező háziorvosok vagy a háziorvosi szolgálatokat működtető egészségügyi szolgáltatók - önállóságukat megtartva - egy közösen alapított egészségügyi szolgáltatót hoztak létre alapellátási feladataik összehangolt ellátása érdekében;

c) *praxisközösségi konzorcium*: amely több, egy járáson belül működő háziiorvosi szolgálat között létrejött szoros szakmai és gazdasági együttműködés, amelyben az érintett háziiorvosi szolgálatokat működtető egészségügyi szolgáltatók - megőrizve önállóságukat - egymással konzorciumi együttműködési megállapodást kötöttek alapellátási feladataik összehangolt ellátása érdekében, és soraikból egy konzorciumvezetőt jelöltek meg, amely képviseli az együttműködést.

Mindhárom praxisközösségi forma megjelenik. Jellemzően a fenti „szoros” praxisközösségek konzorciumi formában alakulnak. Az 5026 kollegiális praxisközösséghez csatlakozott praxisok közül 2851 praxis tagja szoros praxisközösségnek, mely az összes praxis 57%-a.

A „laza” kollegiális praxisközösséghez csatlakozó orvosnak vállalnia kell, hogy

- hetente legalább 20 óra rendelési időt biztosít, ezen belül **legalább 4 óra prevenció** **rendeléssel**,
- vállalja a prevenció rendelés során a praxiskezelő által megadott módszertanok alkalmazását,
- statisztikai adatokat szolgáltat a praxiskezelő számára a praxis morbiditási és mortalitási adatairól,
- **közös helyettesítési rendet** alakít ki a területen működő szolgáltatókkal,
- **az ügyeleti rend kialakítását** a területen működő szolgáltatókkal és az ügyeleti szolgáltatókkal.

A „szoros” praxisközösségekhez csatlakozó praxisjoggal rendelkező orvosnak a fentiek felül az alábbiakat kell vállalnia:

- a heti 4 óra prevenció rendelésén felül, további egy óra prevenció rendelést biztosít, a praxisonként 2000 fő bejelentkezetti létszám feletti a közösségen belül egybeszámított minden 500 fő után,
- a praxiskezelő által meghatározott szakmai munkára vonatkozó további előírások teljesítését,
- alkalmazza a praxiskezelő által közzétett módszertanokat és protokollokat.

Ezen felül a feladatok hatékonyabb elvégzése érdekében:

- pályázatot nyújthat be az európai uniós alapokból vagy az Egészségbiztosítási Alapból finanszírozott egészségügyi alapellátás fejlesztését célzó pályázatokra,
- a pályázat keretében elnyert támogatás esetén eszközfejlesztést hajthat végre, vagy további szakembereket foglalkoztathat, illetve ennek támogatására teljesítménydíjazást vehet igénybe,
- a pályázat keretében elnyert támogatás esetén a praxisközösségben rendelkezésre álló további szakorvosi képezések, licencek és más szakmai jártasságok használatához szükséges feltételeket megteremtheti, illetve az általuk végzett tevékenység után díjazást vehet igénybe.



A praxisközösségi formákban működő háziiorvosi és házi gyermekorvosi szolgáltató, vagy a létrehozott praxisközösségi szolgáltató beutaló nélkül jogosult elvégezni szakorvosi szakképesítéshez kötött tevékenységeket a praxisközösség betegei részére. Ez azt jelenti, hogy a háziiorvosok, házi gyermekorvosok szakvizsgájuknak megfelelően nyújthatnak egyes szakorvosi ellátást is, amelyet eddig a járóbeteg-szakellátás keretében a szakrendelőben végeztek.

A háziiorvosok, házi gyermekorvosok jártassági vizsga megszerzésével érdeklődési szakterületüknek megfelelően ugyancsak végezhetnek egyes járóbeteg-szakellátás körébe tartozó tevékenységeket a szoros praxisközösség területéhez tartozó minden páciens számára.

2013 óta működtek és jelenleg is működnek különböző fejlesztési programok keretein belül praxisközösségek (Svájci-Magyar Együttműködés, EFOP-1.8.2.-17 és VEKOP-7.2.3.-17, Három generációval az egészségért program I-II.), hazai és európai uniós forrásból. Az EFOP-1.8.0-VEKOP-17 kódszámú kiemelt projekt (Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése) keretében került sor a praxisműködés modelljeinek továbbfejlesztését megalapozó módszertanok kidolgozására. A jelenleg működő praxisközösségekben átlagosan 5–6 háziiorvos működik, valamint 4 fő többlétszolgáltatást nyújtó szakember segíti a praxisközösségek munkáját: praxisápoló, gyógytornász, dietetikus, pszichológus.

A praxisközösségek kedvező tapasztalatai alapján célszerű ezek további működtetésének biztosítása, illetve országos kiterjesztésük a mikrotérségi alapú orvoscsoport által nyújtott alapellátásként. Az alapellátás lakossághoz közeli megerősítésében kiemelt jelentőségű a kiterjesztett hatáskörű ápolók (körzeti közösségi specializációval) alkalmazása a népegészségügyi célok megvalósulása érdekében, mivel a kiterjesztett hatáskörű ápoló képes lehet krónikus megbetegedések önálló menedzselésére, kezelési terv készítésére és kivitelezésére - orvosi szupervízió mellett - valamint alkalmas a közösség egészségi állapotának figyelemmel kísérésére.

A betegellátás egyes feladatainak átvállalásával (pl. fizikális betegvizsgálat, eszközös betegvizsgálat, krónikus betegségek nyomon követése, kezelése stb.) csökken a várakozási idő, és javul az ellátáshoz való hozzáférés.

A háziiorvosi hatáskörök bővítésével a háziiorvos – amennyiben a szakorvosi tevékenység végzéséhez szükséges eszközök ezt lehetővé teszik – helyileg abban a praxisban végez szakorvosi tevékenységet, ahová a beteg bejelentkezett. Ez a többlétszolgáltatást nyújtó szakdolgozókra is vonatkozik. Elsődleges szempont a lakóhely közeli ellátás elvének a biztosítása, kerülve, hogy a betegek feleslegesen utazzanak az egészségügyi ellátás elérése érdekében. A háziiorvosok által elvégzett szakorvosi tevékenység tehermentesíti a szakellátást, így a járóbeteg ellátásban felszabaduló forrás átcsoportosítható az alapellátásba.

A városi kórházak és a kollegiális szakmai vezetők területi együttműködésével az ellátórendszerben megteremthető az egészségszervezési funkció és a betegútmenedzsment biztosítása, amellyel nem változik az alapellátás hatósági felügyelete (kerületi/járási népegészségügyi osztályok). A praxisközösségek esetében a hatósági munkát a népegészségügyi jogkörben eljáró járási hivatal látná el, a járási tisztifőorvos irányításával. A

járási szintű alapellátás és járóbeteg ellátás egy szinten történő szervezésével megalapozható a betegutak egyszerűsítése, illetve az egyéb szakvizsgálóval rendelkező házi orvosok számára a szakorvosi szinten történő betegellátás.

A városi kórházakhoz illeszkedve működő kollegiális szakmai vezetők koordinatív feladatai:

- támogatják a praxisközösségek kialakítását a területén dolgozó házi orvosok és a társszakmák képviselői számára;
- **közreműködik** az ellátási területén működő betöltetlen **körzetek ellátásában**;
- betegutak kialakítását végzik – a primer prevenciós szolgáltatások biztosításától a szűrővizsgálatokon keresztül a szakellátásig betegirányító szerepet lát el, **közreműködik az alapellátási ügyelet szervezésében**;
- összehangolják a népegészségügyi prevenció, az alapellátás, a sürgősségi ellátás és a járóbeteg-szakellátás szereplőinek tevékenységét.

Magyarországon a gyermek- és családvédelem - növédelem, várandós és gyermekágyas anyák gondozása, gyermekek gondozása születésüktől a középfokú tanulmányok befejezéséig, családgondozás – egyedülálló módon, a több mint 107 éve fennálló **Védőnői Szolgálaton** keresztül valósul meg.

A védőnő személyes és közösségi ellátást nyújt az egészségi állapot megőrzése, a betegségek megelőzése, korai felismerése, valamint az egészségfejlesztés céljából a várandós anyák, a 19. életévet be nem töltött személyek, valamint a családtervezés időszakában lévő személyek számára.

A védőnők a prevenció területén és a korai felismerés végzésére képzett, felsőfokú egészségügyi, **BSc, MSc végzettséggel rendelkező egészségügyi szakdolgozók.**

A védőnők **szakmai tevékenységüket önállóan látják el**, azonban rendszeresen kapcsolat tartanak, és szükség szerint egyeztetnek egészségügyi szakemberekkel, gyermekjóléti, köznevelési és a szociális ellátórendszer szakembereivel, valamint civil, karitatív szervezetekkel.

**Az országban 2022-ben mintegy 4900 védőnő dolgozott**, akik közül például 3600 fő területen, 950 fő iskolában, 105 fő kórházban, és 64 fő családvédelmi szolgálatnál nyújtott ellátást.

A védőnők munkáját 53 fő **kollegiális védőnői mentor** segíti. A szakmai irányítást, támogatást nyújtó kollegiális védőnői mentorrendszer 2021-ben történő kialakításával olyan szakmai együttműködés jött létre, amely a lakosság ellátását érdemben segíti, és azonos minőségi feltételrendszer mellett tud működni. A kollegiális mentorok a területileg illetékes kórházhoz kapcsolódnak, és az illetékességi területen működő védőnők tevékenységének szakmai irányítás támogatását végzik.

A védőnői rendszer hidat képez az alapellátás, a szakellátás, a szociális háló között.

A **védőnői hivatás** gyakorlóit olyan komplex, preventív, családgondozási tevékenységet nyújtanak, amely egyedülálló módon hangolja össze az édesanya és a gyermek egészségügyi ellátását.

A védőnők **feladata összetett**, amelyet személyes kapcsolattartás, egészségügyi, szociális, mentálhigiénés tanácsadás, szűrővizsgálatok szervezése, védőoltások előkészítése, egészségnevelő és egészségvédő közösségi programok alkotják.

A védőnői ellátás **szakmai felügyeletét** országosan a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ irányításával a Vármegyei Kormányhivatalok és a Járási Hivatalok szakfelügyelő védőnői látják el.

Mivel a védőnők munkája szervesen kapcsolódik az alapellátáshoz, a feladat ellátásnak felelősei az önkormányzatok voltak, így Magyarországon a védőnői ellátást biztosító közel 5000 fő védőnőnek 2000 feletti munkáltatója volt 2023. július 01-ig. A helyzet megoldása és az egységes szakmai irányítás megvalósítása érdekében a területi védőnők az ország 22 irányító vármegyei intézményének alkalmazásába kerültek, munkahelyük és munkavégzésük, területük változatlanul hagyásával, illetve az önkormányzattal való együttműködést továbbra is fenntartva. Az intézkedés előnye nem csak az egységes szakmai irányítás volt, hanem az eltérő jövedelmi viszonyok egységesítése is.

2024. októberben foglalkoztatott területi védőnők száma: 3784 fő.

A területi védőnők **szakmai felügyeletét** átvette az Országos Kórházi Főigazgatóság. A hatósági felügyeletet továbbra is a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ (jogelőd: Nemzeti Népegészségügyi Központ) látja el. A védőnők munkáját 53 fő **kollegiális védőnői mentor** segíti. A kollegiális védőnői mentor rendszer, illetve a területi védőnők egységes irányítás alatti munkavégzése azóta számos alkalommal bizonyította hatékonyságát (pl.: ukrán menekültek fogadása, védőnői ellátásának szervezése, területi védőnők átvételével kapcsolatos koordinálás és feladatellátás).

Az állami, önkormányzati és egyházi fenntartású védőnői szolgáltatóknál foglalkoztatott védőnők 2019. július 1-jét megelőzően közalkalmazotti jogviszonyban álltak. A 2013., 2014. és 2016. években külön „bérkiegészítést/díjazást” kaptak a közalkalmazottak jogállásáról szóló törvény (a továbbiakban: Kjt.) szerinti béren felül, amit a védőnő díjazására kellett fordítani.

2019. július 1-jével a védőnők az **egészségügyi szakdolgozói bértábla hatálya alá kerültek**, így esetükben már nem a Kjt. szerinti bértábla, hanem az egészségügyi szakdolgozókkal egyezően az egyes egészségügyi dolgozók és egészségügyben dolgozók illetmény- vagy bérnövelésének, valamint az ahhoz kapcsolódó támogatás igénybevételének részletes szabályairól szóló 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 7. sz. melléklete szerinti bértáblája alkalmazandó. Ez azt jelenti, hogy az érvényes finanszírozási szerződéssel rendelkező, kizárólag az állam, a helyi önkormányzat, az egyházi jogi személy vagy vallási tevékenységet végző szervezet tulajdonában vagy fenntartásában álló védőnői alapellátó egészségügyi szolgáltatónál foglalkoztatott védőnők havi illetménye (az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló egészségügyi szakdolgozókkal egyezően) nem lehet kevesebb az évek szerint besorolt fizetési osztályhoz tartozó összegnél.

Ezen túlmenően kiemelendő, hogy az adott védőnői szolgálat többletjuttatásra jogosult, amelynek mértéke a területi elhelyezkedésétől függ és az általa nyújtott teljesítmény finanszírozásához igazodik.

A védőnői szolgálat a védőnők feladatkörét, illetve a jövedelmi viszonyait illetően eltérő képet mutat. Szükséges az egységes szakmai irányítás, egyenletes kiszámítható jövedelmi viszonyok biztosítása. A területi védőnői munkakör helyes besorolásához az OKFŐ útmutatót készítette, amellyel segítséget nyújtott az irányító vármegyei intézmények részére, megalapozva ezzel az egységes bérezés megjelenését az védőnői szakmában, amely vonatkozott a helyettesítés díjazására és a területi díjakra is.

Az egészségügyi szakdolgozók 2023. július 1-jével 18%-os béremelésben részesültek, továbbá 2024. március 1-jével átlagosan 20%-kal emelkedett a szakdolgozók alapbére.

Az alapellátási körzetek folyamatos monitorozásával, a nyilvántartások vezetésével nyomon követhetőek azok alakulása, a jogszabályi háttér támogatásával pedig tovább javíthatóak a mutatók és meghatározhatóak az ösztönző eszközök, amelyek segítik a célok elérését.

### 2.2.3. Járó- és fekvőbeteg szakellátás

Miként azt a 2020-as országjelentés is megfogalmazza, a magyar egészségügyi ellátórendszer eredményessége és hatékonysága még növelhető.<sup>11</sup> Az ellátórendszer működésével kapcsolatosan azonosítható jellegzetességek:

- Az ellátórendszer működését túlzott hospitalizáció jellemzi, a kórházi körülmények között ellátott esetek jelentős részét megfelelő módon el lehetne látni az alapellátásban vagy a járóbeteg-szakellátásban.
- A betegutak felülvizsgálata, újraszabályozása, illetve optimalizálása elősegítheti az ellátás gördülékenyebbé válását, a betegterhek csökkentését.
- A kórházban töltött átlagos napok száma jelentősen magasabb, mint az uniós átlag.
- Az aktív ágyak kihasználtsága felülvizsgálattal még tovább fokozható. Intézményenként és szakterületenként jelentős eltérést mutatnak a teljesítményadatok.
- Az évtizedek alatt kialakult területi hozzáférésebeli egyenlőtlenségek következtében a hátrányos helyzetű területeken élők esetében előfordulhat, hogy nem jutnak megfelelő időben, megfelelő ellátáshoz.
- Az egészségügyi infrastruktúra és orvosi eszközpark az elmúlt években megvalósult nagyütemű fejlesztések ellenére még sok esetben fejlesztést igényel, eltérések tapasztalhatóak az egyes intézmények között.

---

<sup>11</sup> Forrás: Európai Bizottság 2020. évi országjelentés - Magyarország

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

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

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

2023. novemberben indult el Pilot jelleggel a Járóbeteg Irányítási Rendszer (a továbbiakban: JIR), amelynek segítségével a betegek különböző szakrendelésekre kaphatnak időpontot. 2024. március 01. napjától a magyar állam az EESZT digitális időpontfoglalási rendszer szolgáltatás útján biztosítja, hogy a járóbeteg-szakellátást nyújtó, közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatók az EESZT útján köztegyék és folyamatosan frissítsék a beutalóval és beutaló nélkül igénybe vehető szolgáltatásaikra nyitva álló időpontokat. A JIR rendszert használó szakrendelésekre az Egészségablak applikáción és a 1812 telefonszámon keresztül is lehet időpontot foglalni, módosítani, vagy törölni az időpontot. Az EgészségAblak alkalmazás folyamatos fejlesztés alatt áll, hónapról hónapra új funkcióbővítéssel kívánja a lakosság igényeit magas színvonalon kiszolgálni, az applikációt igénybe vevő lakosság száma folyamatosan növekszik.

## 2.2.4. Gyógyszerellátás, gyógyszer támogatások

### I. Gyógyszertámogatás

A gyógyszer támogatási rendszer hatékonysága javításának köszönhetően megteremtődött a gyógyszer támogatások rövid-középtávú egyensúlya. A rendelkezésre álló források hatékonyabb felhasználását biztosító bevételi és kiadási oldalt érintő intézkedések véghezvitele valósult meg oly módon, hogy a gyógyszerellátás folyamatossága és a betegek szakmailag elvárt szintű gyógyszerekhez való hozzáférése zavartalanul biztosítható. Így a

gyógyszerkiadásokat úgy sikerült jelentős mértékben csökkenteni (közel 100 Mrd Ft-tal), hogy 2011-2013 között a lakossági terhek 10 Mrd Ft-tal mérséklődtek a közfinanszírozott gyógyszerek vonatkozásában. 2014-ben további, közel 2 Mrd Ft-os térítési díj csökkenés történt.

Megnevezés	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Támogatott gyógyszerek forgalma, millió forint																			
lakossági térítés	90 546,8	105 274,3	121 484,3	110 018,6	115 835,8	116 245,0	113 233,5	104 214,2	109 807,0	112 222,7	116 931,0	121 000,2	124 624,7	127 330,7	130 982,6	135 842,4	136 740,1	144 518,6	153 008,5
támogatás	366 217,1	402 223,0	339 384,1	335 860,3	363 325,9	382 313,3	388 895,5	324 588,8	320 857,5	332 081,9	324 612,6	341 724,4	352 774,5	374 209,4	401 483,7	424 124,8	432 893,5	456 171,4	521 744,9
bruttó fogyasztói ár összesen	456 763,9	507 497,3	460 868,4	445 878,9	479 161,7	498 558,3	502 129,0	428 803,0	430 664,4	444 304,6	441 543,6	462 724,6	477 399,2	501 540,1	532 466,3	559 967,2	569 633,6	600 690,0	674 753,4
Támogatott gyógyszerek árából, %																			
lakossági térítés	19,8	20,7	26,3	24,7	24,2	23,3	22,6	24,3	25,5	25,3	26,5	26,1	26,1	25,4	24,6	24,3	24,0	24,1	22,7
költségvetési kifizetés	4,1	3,8	4,2	4,1	3,8	3,7	3,6	3,8	3,8	3,4	3,1	2,9	2,8	2,7	2,3	1,8	1,3	2,1	1,8
TB-támogatás	76,1	75,5	69,5	71,3	72,1	73,0	73,8	71,9	70,7	71,3	70,4	71,0	71,1	71,9	73,1	73,9	74,7	73,8	75,6
Gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök fogyasztóiár-indexe, előző év=100,0%	108,7	103,9	117,5	102,0	105,3	105,6	103,0	104,3	103,9	101,9	102,1	102,1	102,6	102,5	101,9	102,3	102,9	104,2	107,8
Egy lakosra jutó gyógyszerforgalom a támogatott gyógyszerek körében																			
vény, darab	16,1	16,8	14,5	14,3	14,5	14,5	14,4	14,2	14,9	15,1	15,2	15,3	15,4	15,4	15,3	15,6	15,1	15,1	14,9
gyógyszerforgalom értéke fogyasztói áron, forint	45 235	50 364	45 784	44 386	47 768	49 856	50 355	43 225	43 532	45 032	44 859	47 149	48 774	51 305	54 494	57 432	58 665	62 031	70 350
térítési díj, forint	8 967	10 447	12 069	10 952	11 548	11 625	11 355	10 505	11 100	11 374	11 875	12 329	12 732	13 040	13 405	13 932	14 083	14 924	15 952

#### 4. táblázat: A támogatott gyógyszerek vényforgalma (forrás: Központi Statisztikai Hivatal)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Az érintett terápiás területek, ahol a betegek kezelése korszerűbbé válik: egyes daganatos betegségek (tüdő-, emlő-, prosztaták, vesedaganatok, hasnyálmirigy rák), a vérképzőrendszert érintő rosszindulatú betegségek, a vérzékenység, a hepatitis C vírusfertőzés, egyes gyulladáshoz kapcsolódó betegségek, a szklerózis multiplex, a Parkinson-kór, az asztma egyik súlyos formája, valamint a szívelégtelenség.

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

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

#### *Egyedi méltányossági támogatás:*

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

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

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

## II. Gyógyszerellátás – gyógyszerárak

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

- szükséglet alapúvá tettük a gyógyszerár létesítést;
- a gyógyszerári működtetés során a gyógyszerész személyes szakmai felelősségvállalását helyeztük a középpontba, kizártuk az off-shore cégeket;

- megalkottuk a gyógyszertárak többségi gyógyszerészi tulajdonba kerülését garantáló törvényi szabályokat (2014. 01. 01. 25%; 2017. 01. 01. 50%);
- a törvényi feltételek megteremtésén túl elindítottuk a gyógyszerészi tulajdonosi programot (patika hitelprogram – államilag támogatott 3%-os hitel; patika tőkeprogram);
- a gyógyszertárakat visszaintegráltuk az egészségügyi rendszerbe, és elindultak a népegészségügyi programok.

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

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

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

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

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

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

*Új támogatási területek:*

- karbonszálás peroneus ortézisek, amelyek a láb-bénulással élők járását segítik
- hidroaktív kötszerek antiszeptikummal: intelligens kötszer, ami lehetővé teszi a nedves sebkezelést



- beszélő vércukorszint-mérők (támogatás külön csoportban, mellyel nő a támogatásuk)
- pásztázóbotok a vakok és gyengénlátók részére
- támogatással igénybe vehető eszközök hozzáféréseinek javítása:
  - az alvási apnoe ellátásában használatos CPAP és BiPAP készülékek hozzáférhetővé váltak 18 év alattiak részére is emelt támogatással
  - a terhességi cukorbetegségben szenvedők is támogatással juthatnak hozzá a vércukorszint-mérőhöz használt tesztesikokhoz
- az inzulinpumpát emelt támogatással 18 év helyett 24 éves korig vehetik igénybe a nappali tagozaton tanulók

*Egyéb betegellátást javító intézkedések:*

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

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

#### IV. Az új pszichoaktív anyagok szabályozásának alakulása

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

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

### **2.2.5. Ágazati humán erőforrások**

Az egészségügyi ellátórendszer működőképességének egyik alapfeltétele a megfelelő számú és végzettségű egészségügyi szakember megléte.

Az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személyek alapnyilvántartás szerinti létszáma valamennyi kategóriában (orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek, klinikai végzettségű egészségügyi dolgozók, egészségügyi szakdolgozók) növekedett 2019-ben a megelőző évhez viszonyítva, így az elmúlt években megtapasztalt létszám emelkedési trend tovább folytatódott. Az alapnyilvántartásban szereplők közül azok a személyek végezhetnek önállóan egészségügyi tevékenységet, akik érvényes nyilvántartási ciklussal rendelkeznek az egészségügyi dolgozók működési nyilvántartásában. A nyilvántartási ciklus öt évig érvényes, ami a továbbképzési kötelezettség teljesítése és szakmai gyakorlat igazolása esetén megújítható. **Egészségügyi**

tevékenységet 2022. december 31. napján 34 473 fő orvos, 7 198 fő fogorvos, 8 138 fő gyógyszerész, 1 721 fő egyéb klinikai végzettségű egészségügyi dolgozó és 112 309 fő szakdolgozó volt jogosult önállóan végezni. A létszám minden szakma esetében növekedett a 2021. évhez képest.

Összességében nőtt az orvosi pályát választók száma. A magyar állampolgárságú végzettek létszáma jelentős mértékben nem változott, átlagosan 870 fő körül alakult az elmúlt 10 évben.

A béremelések és a rezidens ösztöndíj eredményeként az elmúlt 10 évben jelentősen megnőtt a fiatal orvosok (25-34 év közötti korcsoportok) létszáma a működési nyilvántartásban. Meg kell azonban említeni azt is, hogy az orvostársadalom 43%-a 55 év feletti, akik közül nagyságrendileg 7500 fő már elérte az öregségi nyugdíjkorhatárt, míg további kb. 6900 fő tartozik az 55-64 éves korcsoportba, így az elkövetkezendő 10-15 éven belül ezen szakemberek nyugdíjba vonulására lehet számítani.

A 2022-ben hatósági bizonyítványt kért 789 fő orvos közül a magyar (és tartósan Magyarországon lévő külföldi) állampolgárok létszáma 422 fő.

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

	Orvosok száma				Orvosi diplomák száma				Ápolók				Ápolói diplomák (felsőfok és középfokú szakképzettség is) száma			
	(ezer lakosra nézve)				(100 ezer lakosra nézve)				(ezer lakosra nézve)				(100 ezer lakosra nézve)			
	2010	2017	2019	2020	2010	2017	2019	2020	2010	2017	2019	2020	2010	2017	2019	2020
<b>Magyar-ország</b>	2,9	3,3	3,5	3,1	10,4	14,4	15,8	15,7	6,2	6,5	6,6	6,6	28,6	61,9	50	60,2
<b>EU*</b>	3,2	3,5	3,8	3,9	10,9	13,3	13,6	13,8	7,3	7,2	8,3	8,5	37,2	37,7	36,4	35,5
<b>OECD</b>	3,1	3,4	3,1	3,1	10,3	12,7	11,1	11	8,5	8,7	8,3	8,5	39,4	45	45,8	45,6
<b>Magyarországnál alacsonyabb értékkel rendelkező európai államok (vagy az utolsó elérhető évben)</b>	Luxem-burg	Lett-ország	Lett-ország	Luxem-burg	Francia-ország	Észtország	Ausztria	Ausztria	Észtország	Észtország	Észt-ország	Észt-ország	Észtország	Franciaország	Ausztria	Ausztria
	Egyesült Királyság	Francia-ország	Francia-ország	Egyesült Királyság	Spanyol-ország	Német-ország	Német-ország	Német-ország	Olasz-ország	Olasz-ország	Olasz-ország	Olasz-ország	Egyesült Királyság	Németország	Szlovákia	Szlovákia
	Szlovénia	Szlovénia	Szlovénia	stb.	Görög-ország	Norvégia	Szlovénia	Szlovénia	Spanyol-ország	Spanyol-ország	Spanyol-ország	Spanyol-ország	Lengyel-ország	Lengyel-ország	Csehország	Csehország
	Lengyel-ország	Belgium	Belgium		Lengyel-ország	Lengyel-ország	Lengyel-ország	Lengyel-ország	Lengyel-ország	Lengyel-ország	Lengyel-ország	Lengyel-ország	Olasz-ország	Szlovákia	Lengyel-ország	Lengyel-ország
	stb.	Románia	Egyesült Királyság		Svéd-ország	Svéd-ország	Svéd-ország	Svéd-ország	Görög-ország	Bulgária	Görög-ország	Görög-ország	Cseh-ország	Belgium	Német-ország	Német-ország
	Egyesült Királyság	Lengyel-ország		stb.	stb.	stb.	stb.	stb.	Görögország	stb.	stb.	stb.	stb.	stb.	stb.	stb.
	Lengyel-ország	stb.							stb.							
	stb.															

\*az OECD részére adatot szolgáltató EU-tagállamok, a 2020-as év tekintetében az Egyesült Királyság nélkül

### 5. táblázat: Egészségügyi szakemberek száma

Az egészségügyi szakemberek keresete\* 2010-hez képest jelentősen emelkedett. A 2010. évi bruttó keresetekhez képest

- az orvosok 2022. évi havi átlagos bruttó keresete 504,2%-os mértékben
- az egészségügyi szakdolgozók 2022. évi havi átlagos bruttó keresete 245,8%-os mértékben
- az egyéb egészségügyi dolgozók 2022. évi havi átlagos bruttó keresete 176,8%-os mértékben emelkedett.

\*Előzetes adatok, kizárólag a központi illetmény-számfejtési rendszerbe tartozó intézmények adatai alapján.

(Forrás: 2010 és 2017-es adatok: OECD Ország jelentés 2019; 2019 és 2020-as adatok: OECD.Stat (<https://stats.oecd.org>), keresetek: Egységes egészségügyi ágazati humán erőforrás-monitoring rendszer)

A további bérintézkedéseknek köszönhetően, 2023-ban a 2010-hez viszonyított bruttó átlagkereset az orvosoknál 627%-os, míg az egészségügyi szakdolgozók esetében 364%-os mértékben emelkedett.

Az európai népesség, így hazánk lakossága is öregszik, mely **előregedő tendencia** egyre nagyobb terhet jelent az egészségügyi ellátórendszer számára. A **növekvő betegszám** ellátásához megfelelő számú szakembernek kell rendelkezésre állnia, azonban a megfelelő utánpótlás biztosítása nagy kihívást jelent szerte a világon, így nálunk is. Az **egészségügyi személyzet létszámát** a humán erőforrás-igényekhez kell igazítani, ezért a humán erőforrás megerősítése kiemelten fontos cél a következő tíz évben. .

(Az intézkedések hatása már érezhető, a Humán erőforrás Monitoring Rendszer adatai alapján a **kivándorló szakemberek száma** csökken.)

## 2.2.6. Digitális egészségügy

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

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

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

társadalmi programként tud megvalósulni, amely az ágazatokon átnyúló stratégiával és akciókkal valósítható meg.

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

A lokális és szakterületi integrációs megoldásokat követően állami szinten indult program eredményeként létrejött az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT). 2017-től az EESZT az egészségügyi szolgáltatók összekapcsolásával és az integrált együttműködésre építő új szolgáltatásokkal nyitott teret mind az ellátói, mind a páciens oldal számára. Az EESZT az egészségügyi ellátó hálózat informatikai rendszereinek együttműködését biztosító, jogszabályban meghatározott központi elektronikus szolgáltatásokat megvalósító egészségügyi ágazati informatikai rendszer.

Az EESZT rendszer indulásának dátuma 2017. november 01. napja, ekkor kellett csatlakozniuk a közfinanszírozott intézményeknek (házi orvosi szolgálatok, járó- és fekvőbeteg-ellátó intézmények) és a gyógyszeráraknak az EESZT-hez.

Az egészségügyi magánszolgáltatók kötelező csatlakozása egy évvel később, 2018-ban kezdődött meg. 2018. november 1-jéig kellett csatlakozniuk az EESZT-hez azoknak a nem közfinanszírozott egészségügyi ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatóknak, amelyek a Központi Implantátumregiszter vagy a Nemzeti Csípő- és Térdízületi Endoprotézis Beültetés Regiszter rendszerébe kötelesek adatokat szolgáltatni, valamint az Országos Mentőszolgálatnak is. 2020. január 1-ig a csatlakozásra kötelezettek köre minden orvosi vagy fogorvosi működési engedéllyel rendelkező magánfinanszírozott egészségügyi szolgáltatóval bővült. Az ártámogatási szerződéssel rendelkező gyógyszerészet, gyógyászati segédeszköz-forgalmazók is bekerültek a csatlakozásra kötelezettek körébe, csatlakozásukra 2021. szeptember 1-i határidővel került sor.

Az EESZT az egészségügyi szolgáltatók összekapcsolásával és az integrált együttműködésre építő új szolgáltatásokkal nyitott teret mind az ellátói, mind a páciens oldal számára. Lényegében tehát az EESZT vált a hazai e-health megoldások integrált platformjává, amelyen keresztül megvalósulhatnak az e-health stratégiára épülő operatív programok.

Hazánk a digitális egészségügy alapjainak lerakásában élen járt az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér kifejlesztésével és országos szintű használatba vételével. Ez az infrastruktúra digitális közszolgáltatásként továbbra is Európa legjobbja, amelynek megfelelő hasznosulásához az egészségügyi ágazatot és az egészség társadalmi szintű kiszolgálását biztosító szolgáltatásrétegre van szükség, amely mind technológiájában, mind elérhetőségében, mind felhasználói értékében sokféle célnak és szükségletnek kell megfeleljen. Az egészségügy digitalizációjának és az egészséginformatikai megoldások integrációjának világszerte, így hazánkban is jelentős lökést adott a 2020 során zajló COVID-19 pandémia.

2024 novemberéig 27.512 intézmény csatlakozott az EESZT-hez, melyből 8.958 közfinanszírozott intézmény, 18.554 magánszolgáltató.

## 2.3. Az egészségügyi ágazat finanszírozása

### 2.3.1. Finanszírozási rendszer megerősítése

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

A jelenlegi közfinanszírozás mértéke mellett is lehetséges és feltétlenül szükséges is a **források hatékonyabb allokálása és a finanszírozás-technikáknak olyan kialakítása, ami jobban támogatja a népegészségügyi célokat és feszebb gazdálkodást eredményez.** Az önmagában ilyen módon elérhető hozadék azonban véges.

Annak érdekében, hogy az egészségügyi szolgáltatók költséghatékonysága mellett magasabb egészségnyereség következzen be, szükség van az egyes egészségügyi szolgáltatások ráfordítás arányos finanszírozásának biztosítására is. Az egészségügyi rendszer fejlesztésében a **lakóhely közeli ellátások erősítése** – alapellátás és járóbeteg-szakellátás, otthonápolás – kiemelt figyelmet élvez; fontos cél, hogy a finanszírozás növelése során az alap- és járóbeteg-ellátás prioritást élvezzen.

### 2.3.2. Jövőkép és célok

Az egészségügyi rendszer eredményesebb működését ösztönözheti a **nyújtott ellátások minőségének mérése, és annak beépítése az egészségügyi finanszírozás szabályozásába,** rendszerébe. Az igazságos és ugyanakkor ösztönző finanszírozási rendszer alapját a ráfordítások átfogó, ellátási eset alapú felmérése teremti meg. A **hatékony ellátási struktúra, a valós költségeken alapuló finanszírozás és az átlátható és hatékony kórházi gazdálkodás garantálhatja** a fenntartható működés elérését.

Az egészségügyi ellátások finanszírozásának olyan módosítására van szükség, amely az **eredményes és minőségi gyógyítást** is szolgálja.

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

A közpénzekkel való felelősségteljes gazdálkodás és a társadalmi igazságosság elve is azt követeli meg, hogy az egészségbiztosítás természetbeni ellátásainak igénybevételével ne lehessen visszaélni, azokat jogosulatlanul igénybe venni. A társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátások fedezetéről szóló 2019. évi CXXII. törvény (Tbj.) 46. § (2) bekezdése szerint, ha az egészségügyi szolgáltatási járulékfizetésre kötelezett személy a 43. § (1) bekezdés a) pontja szerinti **fizetési kötelezettségét nem teljesíti** és az ebből keletkező hátralék összege meghaladja az egészségügyi szolgáltatási járulék havi összegének hatszorosát a Társadalombiztosítási Azonosító Jel (a továbbiakban: TAJ szám) egészségügyi szolgáltatás

igénybevétele vonatkozásában érvénytelen, **az egészségügyi szolgáltatás térítésmentesen nem vehető igénybe**. Az állami adó- és vámhatóság az egészségügyi szolgáltatás járulékfizetési kötelezettség nem teljesítéséből keletkező hátralékról szóló adatot átadja a biztosítotti nyilvántartás kezeléséért felelős szerv részére, amely ez alapján a **TAJ számot érvényteleníti**. **A biztosítottak nyilvántartásának** kezeléséért felelős szerv a TAJ számok érvényességét az állami adó- és vámhatóságnak a tartozás megfizetéséről vagy a fizetési kedvezmény engedélyezéséről szóló adatszolgáltatását követő naptól állítja vissza. A tartozás utólagos megfizetése nem eredményezi a TAJ szám visszamenőleges érvényességét.

**Ez az eljárás lehetővé teszi a járulékot nem fizetők leleplezését és a közteherviselésben való méltányos részvételük kikényszerítését. Így ellátásuk költségei nem hárulnak a tisztességes járulék fizetőkre.**

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

**A jogviszony ellenőrzés kapcsán a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (a továbbiakban: NEAK) havonta szolgáltat adatot.**

**Az adatszolgáltatásban az alábbi lámpaszínek mutatják a TAJ érvényességét/TAJ érvénytelenségét:**

PIROS	TAJ érvényes, jogviszonya rendezetlen;
BARNA	TAJ egyéb okból érvénytelen
(ebből elhalálozott vagy halottá nyilvánított)	
KÉK	Külföldön biztosított, a TAJ átmenetileg érvénytelen (bejelentetten más EGT országban biztosított)
SÁRGA	TAJ érvényes, de korlátozott egészségügyi szolgáltatásokra jogosult;
ZÖLD	TAJ érvényes, jogviszonya rendezett,

	2022. év
<b>BARNA egyéb okból (db)*</b>	4 414 221
<b>BARNA NAV járuléktartozás miatt (db)**</b>	147 621
<b>KÉK (db)</b>	208 620
<b>PIROS (db)</b>	240 262
<b>SÁRGA (db)***</b>	177

**6. táblázat: TAJ érvényesség/érvénytelenség száma 2022-ben**

\*Az egyéb okból BARNA TAJ adatok tartalmazzák az elhunyt személyekhez tartozó TAJ számok kumulált adatait

\*\* A 2019. évi CXXII.tv hatályba lépése óta került bevezetésre az új szankció (NAV barna), emiatt az első érvénytelenítésre 2021. március 16-án került sor.

\*\*\*SÁRGA lámpaszín 2016. évtől került bevezetésre, addig a megállapodás alapján jogosult személyek ZÖLD lámpaszínnel rendelkeztek.

„BARNA LÁMPA” - Nemzeti Adó- és Vámhivatal (továbbiakban: NAV) járulék tartozás miatt: A közhiteles nyilvántartás számára a NAV elektronikus adatszolgáltatás során olyan jelzést küld, miszerint a járulékfizetésre kötelezett tartozása meghaladja a hat havi összeget. Ezen jelzés alapján a NEAK érvényteleníti a TAJ számot az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele vonatkozásában, és így ezen időszak alatt nem jogosult térítésmentes ellátásra a személy.

A NEAK kezeli és nyilvántartja az érvénytelenített TAJ számokat, illetve végzi az újraérvényesítést, amelynek indoka lehet a járulék tartozás megfizetése, vagy egyéb jogviszony létrejötte, amely a közhiteles nyilvántartásba bejegyzésre került.

Magyarországon – egyes OECD tagállamokhoz viszonyítottan – magas a közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatásra jogosultak aránya.

A magyar társadalombiztosítási rendszer biztosítási típusú, többdimenziós szolidaritási elv is megjelenik benne. A szociálisan rászorult személyek az egészségügyi szolgáltatási járulék megfizetése nélkül is jogosultak közfinanszírozott egészségügyi ellátásra.

A sürgős szükség miatti ellátásokat - ahogyan eddig is - a jogviszony előzetes vizsgálata nélkül is nyújtani kell, az ellátások nem tagadhatóak meg a jogviszony rendezetlensége/TAJ szám érvénytelensége okán.

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

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

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



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

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

- akinek családjában az egy főre jutó havi jövedelem nem haladja meg az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének 120 százalékát (2008. óta ez az összeg havi 34 200 forint), vagy
- aki egyedül élő és havi jövedelme nem több mint az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének 150 százaléka (ez az összeg 2008. óta 42 750 forint) és
- családjának nincs vagyona.

2021-ben 147 343 főnek volt legalább egy napig szociálisan rászorult jogviszonya az év folyamán. A súlyos anyagi és szociális deprivációban élők aránya 2015 óta (24,1%) csökkenő tendenciát mutat hazánkban, hasonlóan az EU27 átlagához. 2022-re már 9,1%-ra változott a mutató aránya Magyarországon.

## A hajléktalan emberek egészségügyi ellátáshoz való joga

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

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

## 2.4. Az egészségügyi tudományos légkör általános helyzetképe

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

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

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

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

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

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

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

### **3. 2014-2020. közötti fejlesztések, eredmények**

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

A Kormány az „Egészséges Magyarország 2014-2020” Egészségügyi Ágazati Stratégia elfogadásáról szóló 1039/2015. (II. 10.) Korm. határozatával jóváhagyta az egészségügyi ágazat stratégiáját. A stratégiában foglaltak kijelölték az egészségügyi ágazat számára a 2014-2020-as időszakra vonatkozó fő célokat, amelyek között szerepelt az egészségügy működési hatékonyságának növelése, az így felszabaduló források prevencióra és ellátásfejlesztésre való átcsoportosítása, a meglévő források optimális felhasználásával a legtöbb egészségérték megőrzése. Prioritásként határoztuk meg az egészségügyi alapellátás új alapokra helyezését, prevenciók tevékenységének erősítését, a járóbeteg-szakellátás megerősítését, egy fenntartható, jól működő intézményrendszer kialakítását.

Az „Egészséges Magyarország 2014-2020” Egészségügyi Ágazati Stratégiában foglaltak alapján a 2014-20-as fejlesztési ciklusban olyan jövőkép fogalmazódott meg, amely a társadalom és az ágazat számára is egyértelművé tette az egészségügyi ellátórendszer megújításának irányát. Általános célként fogalmazódott meg a magyar állampolgárok egészségi állapotának javítása, az egészségben eltöltött életevek 2 évvel történő növelése, a fizikai és mentális egészség egyéni és társadalmi értékének növelése, az egészségtudatos magatartás elősegítése, a területi egészség-egyenlőtlenségek csökkentése, valamint a társadalmi kockázatközösségen alapuló egészségügyi ellátó rendszerhez való hozzáférés lehetőségeinek javítása.

A Kormányzat egyik kiemelt politikai és társadalmi célja a munkaalapú társadalom kialakítása volt, amelynek megteremtésében az egészségügyi ágazat részvétele is nélkülözhetetlen, hiszen a társadalombiztosítás finanszírozási és teherbíró képességére elsősorban a foglalkoztatottak számának növekedése, valamint a foglalkoztatottak egészségi állapotának javulása van pozitív hatással. Az előbbi a munkáltatók által befizetett szociális hozzájárulási adóból származó bevételeken és a bruttó béreket terhelő járulékokon keresztül az E-Alap forrásait növeli, az utóbbi pedig az E-Alap kiadásainak csökkenését eredményezi. Minden olyan, az ágazatban tervezett intézkedés (prevenció, a háziorvosi rendszer erősítése, egynapos ellátások ösztönzése, jól szervezett rehabilitáció stb.), amellyel az aktív kórházban töltött idő csökkenthető, és amellyel az állampolgárok mielőbbi, kevesebb szövődménnyel járó gyógyulását és mielőbbi munkába állását lehet elő segíteni, hozzájárul az E-Alap egyensúlyának fenntartásához, valamint a teljes foglalkoztatottság eléréséhez, amelyhez nemcsak jól képzett, hanem nagyszámú, egészséges munkaerő is szükséges.

Fenti célokkal összhangban a megkezdett átfogó strukturális változások folytatásához került sor a 2014-2020-as uniós fejlesztési ciklusban az **Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív**

**Program (EFOP)** keretében tervezett egészségügyi fejlesztésekre. Többek között célként fogalmazódott meg az egészségügyi ellátórendszer humán erőforrás helyzetének, az ellátórendszer prevenciós kapacitásának javítása; az alapellátás megerősítése, az egészségügyi ellátórendszer prevenciós szemléletű áthangolása, illetve a betegútmenedzsment optimalizálása. A tervezett fejlesztések továbbá a hiányszakmákhoz, illetve hiányterületekhez kapcsolódó fejlesztéseket (pl. sürgősségi ellátás, gyermekpszichiátria, patológia, pszichiátria, addiktológia) és az infrastruktúra hatékonyságának optimalizációját is célozták.

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

A kevésbé fejlett régiók fejlesztését célzó egyes egészségügyi programok a Közép-Magyarországi régióban is elérhetőek voltak a **Versenyképes Közép-Magyarország Operatív Program (VEKOP)** keretében. Az egészségügyi ágazatban megvalósuló fejlesztések támogatására más operatív programok is lehetőséget biztosítottak, így a **Környezeti és Energiahatékonysági Operatív Program (KEHOP)** keretében az energetikai korszerűsítés, vagy a **Terület- és Településfejlesztési Operatív Program (TOP)** keretében az egészségügyi alapellátás, illetve a **Közigazgatás-és Köszolgáltatás-fejlesztés Operatív Program (KÖFOP)** keretében az egészségügyi ellátási rendszer pénzügyi irányítási és közigazgatási funkcióinak megújítása területén.

Összességében a 2014-2020-as időszakban az EFOP, VEKOP és TOP keretében **38 db egészségügyi konstrukció, mintegy 596,1 milliárd forint** összegben került meghirdetésre az ellátórendszer fejlesztése érdekében. Jelenleg a fejlesztések döntő többsége megvalósult.

### 3.1. Népegészségügy

#### **Korai felismerés - szekunder prevenció: szűrővizsgálatok**

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

#### **Népegészségügyi célú, célzott (szervezett) szűrések**

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

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

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

Mindegyik szűrésnem esetében cél a nemzetközi ajánlás **szerinti a mellrák és a méhnyakrák szűrésnél legalább 70%-os, a vastagbélvizsgálásnál pedig legalább 45%-os részvételi arány elérése.**

### *„Helybe visszük a vizsgálatokat” program*

A szűrésekhez/vizsgálatok esetében lakóhelyközeli szolgáltatásként indult 2018. évtől, hazai forrásból finanszírozottan a „Helybe visszük a szűrővizsgálatokat” program. A program 10 darab, általános vizsgálatok elvégzésére alkalmas mobil egység (busz) folyamatos rendszerbe állításával segíti a szűrővizsgálatok elérhetőségét. Szűrési ütemtervekben a „Felzárkózó települések” hosszú távú programjában meghatározott települések kiemelt fókusszal szerepelnek. Az vizsgálóbuszok – szűrőtesztek végzésével – részt vettek a SARS-CoV-2 vírus okozta COVID járvány kezelésében is.

### **Dohányzás visszaszorítása**

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

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

### **Az új pszichoaktív anyagok szabályozásának alakulása**

Magyarország Európában az elsők között reagált az új pszichoaktív szerek megjelenésére azáltal, hogy 2012-től a 66/2012. (IV. 2.) Korm. rendelettel, **valamint a 78/2022. (XII. 28.) BM rendelettel** kialakította a megfelelő jogszabályi háttérrel. Az egyedi anyagok és a szerkezeti leírások folyamatos bővítésével az Európában azonosított és figyelemmel kísért közel 500 új pszichoaktív anyag szinte teljes egészében a jegyzék hatálya alá került, és ennek megfelelően büntethetővé vált illegális használatuk, kereskedelmük.

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

- **EFOP-1.8.1-VEKOP-15 „Komplex népegészségügyi szűrések**

A kiemelt eljárású, 17,91 milliárd forint keretösszegű (EFOP: 12,54 milliárd forint; VEKOP: 5,37 milliárd forint, hazai forrás: 1,42 milliárd forint) projekt célja a szervezett lakossági vastag- és végbélszűrés országos kiterjesztése, az emlő- és méhnyakszűrésen történő részvételi arány legalább 60%-ra növelése, valamint a további szűrővizsgálatok (szájüregi-, humán papilloma vírus szűrés) minta jellegű megszervezése volt. A projekt kertében a teljes hazai szűrési rendszer szakmai, finanszírozási áttekintése és jogi újraszabályozása megtörtént. A program keretében 2023. június 19-ig összesen 797 628 fő vett részt különböző szűréseken és 72 563 fő részesült HPV elleni védőoltásban az alábbiak szerint.

EFOP-1.8.1-16 „Komplex népegészségügyi szűrések” (2023. június 19.)					
A projekt által szervezett szűrőprogramban, egészségfejlesztő programban részt vettek száma (fő)					HPV elleni védőoltás
Vastagbéliszűrés	HPV prevalencia vizsgálat	Védőnői méhnyakszűrés	Szájüregi szűrés	Összesen	Fiúgyermek HPV elleni védőoltása
752 677	4 469	31 440	9 042	797 628	72 563

7. táblázat: EFOP-1.8.1-16 „Komplex népegészségügyi szűrések” által szervezett szűrőprogramban, egészségfejlesztő programban részt vettek száma (fő)

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

A kiemelt eljárású 24,82 milliárd forint keretösszegű (EFOP: 17,38 milliárd forint; VEKOP: 7,45 milliárd forint) fejlesztés célja volt a minőségében megújult komplex egészségügyi alapellátási és népegészségügyi rendszer létrehozása, a népegészségügyi szolgáltatásokhoz, ismeretekhez való hozzáférés javítása, illetve a megelőzés és egészségfejlesztés, a kialakított közösségi egészségszervezési funkciók és a helyi egészségfejlesztési funkciók meglévő kapacitásainak kibővítése a le nem fedett földrajzi területeken, valamint az egészségfejlesztés feladatrendszerére a mentális egészségfejlesztés funkcióinak ráépítése.

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

Mindezekon felül a fejlesztés szakmai tartalma a Covid-19 járvány kitörésével kapcsolatos kihívásokra reagálva már a megvalósítás során kiegészült a vírusfertőzések terápiájának pilotprogramjával, valamint a Covid-19 humánjárvány megelőzését, ill. következményeinek elhárítását szolgáló eszközbeszerzésekkel. Mindezek eredményeként a kiemelt projekt keretében a rendszerszintű szakmai-módszertani eredmények mellett különböző szakmai

programok keretében legalább 4 000 fő szakember bevonására, a lakosságnak szóló egészségfejlesztési és betegségmegelőzési programok keretében legalább 9 900 fő részvételére, továbbá a projekt keretében a Covid-19 járvány elleni védekezés keretében 92 egészségügyi intézmény részére 60 orvostechnológiai eszköz, ill. 14 492 védőfelszerelés és -eszköz került beszerzésre.

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

A 3,62 milliárd forint keretösszegű, standard felhívás az ország átfogó népegészségügyi hálózatának kialakításához járult hozzá, és ezen keresztül a lakosság egészségtudatosságának növelését, egészségkultúrájának javítását és a krónikus nem-fertőző betegségek megelőzését célozta a területi egyenlőtlenségek csökkentésével. A 2017-ben már működő EFI-k lefedettsége és szolgáltatási palettájuk nem terjedt ki országosan és a mentális egészséggel kapcsolatos szakterületekre. Az országos szintű népegészségügyi mutatók javításához elengedhetetlen a területi népegészségügyi intézményrendszer bővítése a minél teljesebb országos lefedettség elérése érdekében. A felhívás keretében – az EFOP-1.8.0-17 konstrukció keretében elkészült módszertani ajánlások szakmai tartalma alapján – a még le nem fedett térségekben új, járási szinten működő mentális egészségfejlesztés funkcióval bővített EFI-k jöttek létre, amelyek koordinálják a járás egészségfejlesztési programjait, összekötő kapocsként működnek az egészségügyi alapellátás, a járóbeteg-szakellátás és az egészségfejlesztési programokat megvalósító szervezetek között. Az EFI-k intézményi háttérrel biztosítottak a betegségmegelőzési, egészségfejlesztési tevékenységhez oly módon, hogy aktívan működtetik, tartós helyi, járási hálózatba integrálják az egészségfejlesztési tevékenységet végző szervezeteket. A pályázatok keretében vidéken 40, Közép-Magyarországon 12 új Egészségfejlesztési Iroda kialakítására került sor.

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

A standard eljárású, 1,39 milliárd forint keretösszegű felhívás keretében – az EFOP-1.8.0-17 konstrukció keretében elkészült módszertanok alapján – a jelenleg is működő EFI-k mentális egészségfejlesztés funkcióval való kibővítése történt egyidejűleg az EFOP-1.8.19-17 felhívás keretében a még le nem fedett térségekben új, járási szinten működő mentális egészségfejlesztés funkcióval bővített EFI-k létrehozásával. Az EFI-k – közvetlen kapcsolatot kialakítva az egészségfejlesztési programok célcsoportjaival – oly módon javították az egészségügyi ellátórendszer prevenciók tevékenységét, hogy a háziorvosi szolgálatoktól, a járóbeteg szakrendelésről vagy fekvőbeteg szakellátást követően az EFI-kbe irányított életmódváltásra szorulókat, vagy saját elhatározásukból életmódváltást kezdeményezőket kockázatbecslés alapján életmódváltó programokba vonták be és követték a programokban való részvételüket. A pályázat keretében 35 meglévő Egészségfejlesztési Iroda mentális egészségfejlesztési funkcióval történő bővítésére került sor.

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



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

### **Mindennapos testmozgás népszerűsítése**

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

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

Európában egyedülálló módon hazánkban 2015 szeptembere óta kötelező a mindennapos testnevelés az iskolákban, melyhez a testnevelők módszertani segítséget is **kaptak** a program hatékony és eredményes megvalósítása érdekében.

A Magyar Diáksport Napja egy, a Magyar Diáksport Szövetség (továbbiakban MDSZ) által 2006-ban útnak indított kezdeményezés, melynek lényege, hogy évente legalább egy napon a testmozgás jegyében tematizálja a magyarországi iskolák tevékenységét, olyan tárgyköröket feldolgozva, mint az önkéntesség, az alulról szerveződő (grassroots) sport, a társadalmi befogadás vagy éppen az egészségfejlesztő testmozgás (HEPA - health-enhancing physical activity). 2017-ben az Országgyűlés – az ESSD sikerének köszönhetően – minden év szeptemberének utolsó péntekét a Magyar Diáksport Napjává nyilvánította. A program elismertségét mutatja, hogy a magyar példa mára szerte Európában követőkre talált, és az ERASMUS+ program sport alprogramja segítségével 2019-ban már 4 kontinens 44 országában rendezték meg a Magyar Diáksport Napjára épülő European School Sport Day® tematikus napot a Magyar Diáksport Szövetség koordinálásával, az Egészségügyért Felelős Államtitkárság által nyújtott támogatásból.

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

### **Teljes körű iskolai egészségfejlesztés**

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

A teljes körű iskolai egészségfejlesztés 2012-es rendeleti szabályozásával<sup>12</sup> az iskolában minden gyermek egészségfejlesztő tevékenységben részesül, a gyermekek, tanulók biológiai, társadalmi, életkori sajátosságainak figyelembevételével. A rendelet kimondja, hogy a TIE megvalósulását koordinált, nyomon követhető, mérhető, értékelhető módon kell megtervezni.

## 3.2. Alapellátás

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

Az alapellátás megerősítése jelenleg is folyamatban van, a praxisközösségek elterjedése, a háziorvosi életpályamodell kialakítása az ellátás fejlesztését szolgálja. Az elért eredményekre alapozva további intézkedések is szükségesek a praxisok megerősítésére.

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

### Praxisközösségek kialakításának támogatása

Alapvető ágazati célkitűzés az alapellátás megerősítése, valamint az egészségügyi szolgálati jogviszonyban meghatározott bérekhez való felzárkózás elősegítése, ennek keretében az alapellátó orvosok praxisközösségbe történő szerveződése, amely elősegíti az egészséges életévek számának növelését, az egészség és életminőség fejlesztését, a magyar falvak megtartó erejének növelését.

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

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

---

<sup>12</sup> a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról szóló 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet.

továbbá az egészségügyi jogállási törvény hatálya alá nem tartozó szakdolgozók bértámogatása is (a praxis praxisközösséghez való csatlakozásától függetlenül).

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

Kapcsolódó jogszabályi változtatások:

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

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

Azon kívül, hogy a Kormány vonzóvá tette a háziiorvosi praxisokat, arra is kiemelt figyelmet fordított, hogy a magyar orvosok hazánkat válasszák hivatásuk gyakorlásához. Ezt a célt szolgálja a szakorvos-, ill. szakgyógyszerész jelöltek számára 2011-ben létrehozott ún. **Rezidens Támogatási Program** ösztöndíj rendszere. Ennek lényege, hogy az ösztöndíjban részesülő szakorvos/szakgyógyszerész jelölt vállalja, hogy a szakképesítése megszerzése után legalább annyi ideig Magyarországon fog dolgozni, ameddig az ösztöndíjat kapta, továbbá a társadalombiztosítás által finanszírozott egészségügyi szolgáltatónál, főállásban (vagy arányosan meghosszabbított részmunkaidőben) szakorvosi/szakgyógyszerészi tevékenységet fog végezni, illetve az általa nyújtott egészségügyi szolgáltatással összefüggésben paraszolvenciát semmilyen formában nem fogad el. Ennek fejében ösztöndíj típusától függően havi nettó 100 000 forint, 150 000 forint, illetve 200 000 forint juttatásban részesül.

Az OKFŐ által működtetett praxisprogramok háziorvostan szakvizsgával nem rendelkező, ill. klinikai szakképesítéssel rendelkező orvosok részére biztosítanak lehetőséget háziiorvosi tevékenység végzésére az alábbiak szerint:

- Praxisprogram I: ennek keretében olyan orvosok láthatnak el helyettesítő háziiorvosi tevékenységet, akik még nem rendelkeznek háziorvostani szakvizsgával. Tevékenységüket az Országos Kórházi Főigazgatóság alkalmazottjaként (munkaszerződés) látják el, és 6 éven belül kötelesek háziorvostani szakvizsgát szerezni. Alkalmazásra abban az esetben kerülhet sor, ha egy olyan önkormányzat, amelyek területén legalább 6 hónapja betöltetlen felnőtt vagy vegyes típusú háziiorvosi

körzet található (reflektál a betöltetlen praxisok témakörére is), képviselőtestületi döntésében elfogadja a jelöltet, és az önkormányzat feladatellátási szerződést köt az OKFŐ-vel helyettesítő háziiorvosi ellátásra.

- **Praxisprogram II:** a szakorvos jelöltek a háziiorvosi tevékenység végzése mellett teljesítik azon klinikai gyakorlatokat, melyeket az előképzettségüknek figyelembevételével egy általuk választott Egyetem az ún. egyéni képzési tervben állapít meg számukra. Ennek során egy kórház akkreditált osztályán klinikai szakgyakorlatot folytatnak. Tekintettel arra, hogy minden, a programban részt vevő orvos előképzettsége más-más, eltérő az az idő, ami alatt megszerezhetik a szakvizsgájukat.

Az orvosnak a jogszabályok szerint a tevékenység megkezdését követően öt év áll a rendelkezésére, hogy a képzési tervét teljesítse, és sikeres szakvizsgát tegyen háziorvostanból. A program automatikusan lezárul az öt év elteltével vagy a szakképesítés megszerzését követő hónappal. Ha szakképesítés megszerzése nélkül eltelik az öt év, az OKFŐ vissza kell, hogy vonja az orvos praxisengedélyét.

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

**Markusovszky Lajos Ösztöndíj,** ez az ösztöndíj az első szakképesítésként a háziorvostan szakvizsgára készülő szakorvos jelöltek részére biztosít támogatást, havi 100 000 forint összegben.

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

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

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

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

Az alapellátás infrastruktúrájának megújítására az önkormányzatok számára a háziiorvosi rendelők felújítására uniós pályázatokat hirdettünk meg. A Terület- és **Településfejlesztési Operatív Program (TOP)** keretében (TOP-4.1.1-15, TOP-4.1.1-16 és TOP-6.6.1-15, TOP-6.6.1-15) az „*Egészségügyi alapellátás infrastrukturális fejlesztése*” címen 39, 704 milliárd

forint keretösszeg állt rendelkezésre. A forrás a helyiségek/épületek fejlesztéséhez kapcsolódóan a működési engedélyben és a finanszírozási szerződésben foglalt tevékenységek végzéséhez szükséges minőségi definitív ellátás biztosításához elengedhetetlen műszer, gép, informatikai és egyéb eszköz beszerzésére volt fordítható.

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

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

- A Svájci- Magyar Együttműködés eredményeként megvalósult az **Alapellátás-fejlesztési modellprogram**, amelyben a megelőzésre és a krónikus betegségben szenvedők gondozására összpontosító, a helyi közösségeket – különösen a roma lakosságot – bevonó egészségügyi alapellátási modellt dolgoztak ki és tesztelték az Észak-magyarországi és az Észak-alföldi régió társadalmilag és gazdaságilag hátrányos helyzetű településein, 24 háziorvosi praxis bevonásával. Ennek eredményeként javult a diabetes és a magas vérnyomás betegség gondozásának színvonala.
- A **„Három Generációval az Egészségért” Pályázat** kiemelt céljai a dohányzás és a gyermekkori elhízás megelőzése, a szervezett célzott népegészségügyi szűrővizsgálatokon történő lakossági részvétel növelése, a keringési betegségek időben történő felismerése és hatékony gondozása és a lelki egészség támogatása **volt**. Háziorvosi praxisközösségek, vagy azokkal szerződéses kapcsolatban álló önkormányzati társulások pályázhattak. Olyan praxisközösségek jelentkezhettek, amelyekben legalább öt háziorvos dolgozik együtt, valamint feltétel volt, hogy munkájukba vonjanak be más szakembereket is, például dietetikus, gyógytornászt vagy mentálhigiénikus szakembert. A program forrásai lehetőséget **adtak** a megelőzést szolgáló eszközök, műszerek beszerzésére is. A program első fordulójában mintegy 6 milliárd forintos költségvetési támogatás nyújtására került sor 79 praxisközösség számára, és több mint 130 ezer esetben végeztek el vizsgálatokat, adtak tanácsot. A program második fordulójában hatvannégy praxisközösség nyert el támogatást. A rendelkezésre álló 4,7 milliárd forintból praxisközösségenként átlagosan 74 millió forint támogatás **jutott** a népegészségügyi feladatok hatékonyabb ellátására, illetve prevencióra. Ezzel az ellátási móddal újfajta szemlélet **kezdett** kialakulni és már 1,2 millió ember számára **vált** könnyebben elérhetővé a betegségmegelőzés és az egészségfejlesztés. A Három Generációval az Egészségért pályázati program megteremti a szakmai alapját az alapellátás továbbfejlesztésének.
- Pest vármegye európai uniós forrásokból való alacsonyabb részesedésének kompenzációja érdekében a Kormány döntése alapján a Pest vármegyei önkormányzatok és a Pest vármegye területén lévő vállalkozások fejlesztései a 2016-2021 közötti időszakban, a hazai

központi költségvetés terhére, összesen 80 milliárd forint pénzügyi támogatásban **részesültek** a Pest vármegye Területfejlesztési Konceptiója 2014-2030 és Pest vármegye Területfejlesztési Programja 2014-2020 megvalósításához nyújtott célzott pénzügyi támogatásról szóló 1295/2016. (VI. 13.) Korm. határozatban foglaltak szerint, mely az önkormányzati közfeladat-ellátás infrastrukturális feltételeinek javítása tekintetében az alapellátás fejlesztésének támogatását is magában foglalta.

Az „**Önkormányzati tulajdonú egészségügyi-alapellátást nyújtó intézmények fejlesztésének támogatása Pest megyében (2017)**” című pályázat, 6,14 milliárd forint támogatási összegben járult hozzá 60 Pest vármegyei település egészségügyi alapellátásának fejlesztéséhez. A támogatásból összesen 244 egészségügyi alapellátást nyújtó – háziiorvosi (92 db), gyermekorvosi (42 db) vagy fogorvosi (36 db) praxis, illetve ügyeleti (6 db) és iskola-egészségügyi (7 db) alapellátás és védőnői (61 db) szolgálat fejlesztését tette lehetővé az érintett Pest vármegyei településeken.

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

**8. táblázat: Többletforrások bevonása az alapellátásban**

A fentiekén túl a kormány 2020. év végén döntött a háziiorvosi finanszírozás 50 százalékos emeléséről 2021-re, amelyre 71,5 milliárd forintot fordított.

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

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

## **Praxisközösségek fejlesztése a 2014-2020-as programozási időszakban**

Az alapellátás az egészségügyi ellátórendszer egyetlen olyan szegmense, amely kapcsolatot képes tartani a lakosság egészével, ezért az ellátási rendszer ezen a szintjén lehet a lakosság egészségmagatartását a leghatékonyabban befolyásolni, ezen az ellátási szinten a gyakorlatban is megvalósulhat a lakosság számára a közel azonos színvonalú szolgáltatásokhoz történő egyenlő hozzáférés. A lakosság egészségtudatos magatartásának kialakítása és a betegségek, valamint az egészség-kockázatok korai felismerésének érdekében fontos, hogy az alapellátás szerves részévé váljanak a népegészségügyi, preventív célú szolgáltatásokat is. A praxisközösségek, amelyek területenként jelenthetnek háziorvosi, házi gyermekorvosi és vegyes praxisközösségeket, együttműködve a védőnői hálózattal népegészségügyi, prevenció feladatokat ellátva csökkenthetik a betegbeáramlást az ellátórendszerbe, valamint növelik a terápiás együttműködés szintjét egyaránt. Habár az uniós fejlesztések jelentős része az állami működtetésben lévő, közfinanszírozott fekvőbeteg ellátást nyújtó intézményeket, a kórházakat érinti, több olyan fejlesztési konstrukció szakmai előkészítése, meghirdetése történt meg, amelyek az alapellátást nyújtó szolgáltatók épületeinek megújítását, eszközállománya fejlesztését, illetve a kapcsolódó szakmai módszertani háttér megteremtését is célozza az alábbiak szerint.

Az **EFOP-1.8.2-17 „Az alapellátás és népegészségügy rendszerének átfogó fejlesztése – alapellátás fejlesztése”** (keretösszeg: 5,93 milliárd forint) , valamint a **VEKOP-7.2.3-17 „Az alapellátás és népegészségügy rendszerének átfogó fejlesztése – alapellátás fejlesztése”** (keretösszeg: 0,86 milliárd forint) című konstrukciók célja **volt**, hogy hazánkban javuljon a lakosság egészségi állapota, növekedjen a születéskor várható élettartam és az egészségben eltöltött életevek száma. További kiemelt cél **volt**, hogy a praxisok fejlesztése nyomán, minél szélesebb körben képesek legyenek definitív ellátást nyújtani a betegek számára, valamint a magasabb progresszivitási szintű és költségesebb ellátási szinteket tehermentesítve magasabb színvonalon működő, folyamatos háziorvosi ellátást biztosított legyen a lakosság számára. A praxisok által nyújtott preventív szolgáltatások kibővítésével, a praxisok együttműködésének fejlesztésével bővült a lakosság által igénybe vehető preventív, személyre szabott szolgáltatások köre, ami **elősegítette** az egészség megőrzését és csökkentte a krónikus népegészségügyi megbetegedések kialakulásának a kockázatait. A praxisműködés modelljeinek és támogatásának tovább fejlesztéséhez szükséges módszertani fejlesztéseket az **EFOP-1.8.0-VEKOP-17 „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése”** című, fent említett kiemelt eljárású fejlesztés keretein belül **dolgoztunk ki. A pályázati kiírások keretében vidéken 44, Közép-Magyarországon 6 praxisközösség létrehozására került sor.**

**Az EFOP-1.8.22-20 „Alapellátás fejlesztése”** Felhívás keretében 24,83 milliárd Forint keretösszeg állt rendelkezésre. A felhívás célja az alapellátáson belül a háziorvosi (benne a felnőtt-, gyermek- és vegyes) szolgálatok kapuőri funkciójának megerősítése volt a szakellátás tehermentesítéséhez szükséges eszközök fejlesztésével, ezáltal a legfőbb halálozási okok – keringési, szív- és érrendszeri, illetve daganatos megbetegedések – megelőzése, a lakosság egészségügyi szolgáltatásokhoz való jobb hozzáférése, az egészségügyi veszélyhelyzetben való aktív helytállás elősegítése, valamint az egészségügyi rendszer költséghatékonyabb működése. A háziorvosi szolgálatokon a minőségi ellátáshoz és az egyéb szakképesítések szerinti

ellátáshoz nélkülözhetetlen korszerű eszközök biztosítása, illetve a kezelőhelyiségen kívüli ellátás technikai feltételeinek megteremtése hozzájárult az ellátórendszer prevenciók kapacitásának, eredményességének és hatékonyságának javításához.

Az EFOP-1.8.23-21 "Az alapellátáshoz kapcsolódó egységes ügyeleti rendszer bevezetése Hajdú-Bihar megyében (pilot)" című pályázati felhívás keretében az Országos Mentőszolgálat egy 1,1 milliárd forintos támogatást nyert el. A pályázati projekt célja volt az alapellátáshoz kapcsolódó (háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi) ügyeleti ellátás új, egységes rendszerének bevezetését megalapozó pilot program Hajdú-Bihar megyében történő megvalósítása. A pilot program tapasztalatai alapján a szükséges jogszabályi módosítások elfogadását és a működési modell finomhangolását követően 2023. elején megkezdődhetett a rendszer országos kiterjesztése.

A Terület és településfejlesztési Operatív Program (TOP) keretében érintett pályázati lehetőségek összesen 41,37 milliárd forint támogatást biztosítottak az alapellátás fejlesztésére. Az érintett pályázatok a TOP-4.1.1-15 „Egészségügyi alapellátás infrastrukturális fejlesztése” (keretösszeg 21,25 milliárd forint), a TOP-4.1.1-16 "Egészségügyi alapellátás infrastrukturális fejlesztése" (keretösszeg: 4,53 milliárd forint), a TOP-6.6.1-15 "Egészségügyi alapellátás infrastrukturális fejlesztése" (keretösszeg: 6,17 milliárd forint), a TOP-6.6.1-16 "Egészségügyi alapellátás infrastrukturális fejlesztése" (keretösszeg: 9,42 milliárd forint).

### 3.3. Járó- és fekvőbeteg szakellátás

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

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

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

A kiemelt eljárású 71,39 milliárd forint keretösszegű (EFOP: 76,42 milliárd forint, indikatív önerő: 4,58 milliárd forint) felhívás az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáféréseben mutatkozó egyenlőtlenségek javítását célozta, melynek eredményeként javultak az



egészségügyben a munkaerő megtartását szolgáló munkakörülmények és feltételek, valamint a lakosság számára nyújtott ellátások minősége és hatékonysága. A jellemzően infrastrukturális fejlesztés az alábbi területeken történik:

- Egységes ápolási eszközpark kialakítása (keretösszeg: 15,3 milliárd forint),
- Gyermek és ifjúságpszichiátria, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése (keretösszeg: 8,6 milliárd forint),
- Diagnosztikai és orvosi laboratóriumi hálózat infrastrukturális feltételeinek javítása (keretösszeg: 16,7 milliárd forint),
- Pszichiátriai és addiktológiai gondozóhálózat fejlesztése (keretösszeg: 4,7 milliárd forint),
- Aktív fekvőbeteg-ellátási forma kiváltása az egynapos sebészeti ellátás rendszerének fejlesztésével (15,6 milliárd forint),
- Pszichiátriai ellátórendszer strukturált fejlesztése keretében a szakellátások minőségének és hozzáféréseinek javítása (keretösszeg: 3,4 milliárd forint),
- Egészségügyi szakellátók szállóinak fejlesztése (keretösszeg: 9,9 milliárd forint).

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

A kiemelt eljárásrendű 4,84 milliárd forint keretösszegű (EFOP: 3,39 milliárd forint, VEKOP: 0,81 milliárd forint, hazai forrás: 0,64 milliárd forint) konstrukció célja a pszichiátriai és addiktológiai betegek részére olyan infrastrukturális körülmények biztosítása, amely megfelelő keretet és szakmai feltételeket biztosít a fekvőbeteg-szakellátás szakmai munkájához, illetve az adekvát kezelésekhöz. A fejlesztés keretében egy speciális, magas fokozatú biztonsági pszichiátriai egység kialakítására került sor, mely tehermentesíti a pszichiátriai osztályokat a szokásos kezelésekre nem reagáló agresszív betegektől, illetve a violens magatartású betegek azonnali elkülönítését, gyors és szakszerű diagnózis felállítását teszi lehetővé.

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

A standard eljárásrendű 23,34 milliárd forint keretösszegű felhívásban megvalósuló fejlesztés általános célja, az aktív kórházi ellátásokat kiváltó járóbeteg szolgáltatások fejlesztése és a minden személy számára egyenlő eséllyel hozzáférhető, emelt szintű járóbeteg-szakellátás elérhetőségének biztosítása. A konstrukció a járóbeteg intézmények infrastrukturális körülményeinek és műszerezettségének javításával hozzájárult a kórházak fekvőbeteg kapacitásainak tehermentesítéséhez az ambulánsan is ellátható betegektől, továbbá a járóbeteg-szakellátásban új, korszerű eljárások támogatására, a meglévő ellátások szolgáltatási minőségének javítására is sor került pl. kúraszerű ellátás (reumatológiai, fül- orr-gégészeti, neurológiai betegségek), ambuláns műtéti eljárások (általános sebészet, nőgyógyászat, urológia, szemészet, bőrgyógyászat, ortopédia területén) magasabb arányban történő elvégzése által. A pályázat eredményeként 97 vidéki településen 100 egészségügyi intézmény járóbeteg szakellátásának infrastrukturális feltételei fejlődhetnek.

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

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

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

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

A kiemelt eljárású, **13,58** milliárd forint keretösszegű fejlesztés célja, olyan demonstrációs egységek kialakítása és felszerelése **volt** egészségügyi szolgáltató intézményeknél, melyek lehetőséget **biztosítottak** a szakképzésben, a továbbképzésben résztvevő egészségügyi szakdolgozók, valamint az orvosképzésben, az orvos továbbképzésben részesülők számára az ápolás-gondozás, valamint egyéb, invazív és noninvazív beavatkozások gyakorlására.

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

Az egyszerűsített eljárásrendű **1,66** milliárd forint keretösszegű felhívásban megvalósuló fejlesztés célja **volt** a fekvőbeteg szakellátást nyújtó egészségügyi intézmények költséghatékony és fenntartható működésének elősegítése, valamint a szolgáltatások eredményességének növelése a megfelelő eszközök és műszerek biztosítása által. A fekvőbeteg ellátás rendszerszintű technológiai fejlesztése egyrészt a betegellátás minőségének javításához, a betegek és hozzátartozók elégedettségének növeléséhez, másrészt a kórházi ellátás időtartamának lerövidítéséhez járult hozzá. A fejlesztés keretében a korábbinál magasabb színvonalú ellátás nyújtását lehetővé tevő diagnosztikai ultrahang készülékek beszerzése **történt**.

- **EFOP-2.2.22-20 „Onkológiai és kardiológiai eszközpark fejlesztése”**

Az 5,0 milliárd forint keretösszegű (EFOP: 3,5 milliárd forint, hazai költségvetési forrás: 1,5 milliárd forint) projekt célja volt az országos fekvőbeteg ellátó intézmények infrastrukturális feltételeinek javítása az adott régió szív- és érrendszeri, illetve onkológiai ellátásában fellelhető legfontosabb problémák azonosításával, különösen a vezető halálokok csökkentését célzó eszközbeszerzések tekintetében. Az ellátások szakmai színvonalának növelése és a szakmai szolgáltatások elérhetőségének és minőségének területi kiegyenlítése, illetve a szolgáltatás területi igényekhez való igazítása.

- **EFOP-2.2.23-21 "Onkológiai és kardiológiai eszközpark fejlesztése a konvergencia régiókban működő megyei kórházakban"**

Az egyszerűsített eljárásrendű és 9,5 milliárd forint keretösszegű pályázati felhívás célja volt a megyei fekvőbeteg ellátó intézmények infrastrukturális feltételeinek javítása az adott régió szív- és érrendszeri, illetve onkológiai ellátásában fellelhető legfontosabb problémák azonosításával, különösen a vezető halálokok csökkentését célzó eszközbeszerzések tekintetében. Az ellátások szakmai színvonalának növelése és a szakmai szolgáltatások elérhetőségének és minőségének területi kiegyenlítése, illetve a szolgáltatás területi igényekhez való igazítása.

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

Az egyszerűsített eljárású 4,25 (EFOP: 4,05 milliárd + hazai forrás: 0,2 milliárd) milliárd forint keretösszegű fejlesztés célja volt, olyan szervezeti kultúra, szemlélet megteremtése a fekvőbeteg ellátást nyújtó intézményekben, amelynek segítségével a dolgozók felismerik a higiéniai veszélyforrásokat tevékenységek végzése során és javaslatokat fogalmaznak meg kivédésükre, lehetőség nyílik az előfordult hibák és nemkívánatos események tanulási céllal történő megbeszélésére, továbbá az intézmény vezetése aktívan közreműködik a betegellátással érintett helyiségek higiénés kockázatainak csökkentésében. (egységes infekciókontroll kockázatértékelés, illetve ún. „infekciókontroll kapcsolattartó” rendszerek bevezetése).

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

Az egyszerűsített eljárásrendű 11,9 milliárd forint keretösszegű (EFOP: 8,3 milliárd forint, hazai forrás: 3,6 milliárd forint) projekt célja volt a transznacionális együttműködések segítségével innovatív egészségügyi-módszertani fejlesztések létrehozása. A projektek keretében az EU27-ben található külföldi partnerintézményekben már működő, a hazai alkalmazás céljából továbbfejlesztésre vagy átvételre alkalmas, Magyarországon eddig nem használt módszerek, eljárások (pl. műtéti eljárás, vagy diagnosztikai módszer) kerültek azonosításra, majd ezt követően bevezetésre. A projekt eredményei a hazai intézmények számára a későbbiekben elérhetővé válnak, biztosítva ezzel a minőségi szolgáltatásokhoz való még jobb hozzáférést.

### 3.4. Ágazati humánerőforrás

#### A Rezidens Támogatási Program (RTP) ösztöndíjai

Az Ösztöndíj Program lényege, hogy a szakorvos, illetve szakgyógyszerész jelölt vállalja, hogy a szakképesítése megszerzése után legalább annyi ideig, ameddig részére az ösztöndíj folyósításra került, Magyarországon fog dolgozni, a társadalombiztosítás által finanszírozott egészségügyi szolgáltatónál, főállásban (vagy arányosan meghosszabbított részmunkaidőben) szakorvosi/szakgyógyszerészi tevékenységet fog végezni. 2016. január 1-jétől a Rezidens Támogatási Program ösztöndíj rendszere már jogszabályi szinten is rögzítésre került. 2015. július 1-jétől a 2010-ben bevezetett hiányszakmák támogatások rendszerét az ún. Hiányszakmák

Ösztöndíj váltotta fel, amely emelt összegű, ösztöndíjat biztosít a szakképzést hiányszakmában megkezdők részére.

Jelenleg az alábbi rezidens ösztöndíjakat biztosítja a rendszer: Markusovszky Lajos ösztöndíj (szakorvos jelöltek, havi nettó 100 000 forint), Than Károly ösztöndíj (szakgyógyszerész-jelöltek, havi nettó 100 000 forint), Méhes Károly ösztöndíj (csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvos jelöltek, havi nettó 200 000 forint), Gábor Aurél ösztöndíj (oxyológia és sürgősségi orvostan szakorvos jelöltek, havi nettó 200 000 forint), Hiányszakmás ösztöndíj (havi nettó 150 000 forint), a Flór Ferenc ösztöndíj (honvéd, katasztrófa és rendvédelem orvostan szakorvos-jelölt, havi nettó 200 000 forint), és a Bakay Lajos érsebész szakorvosi ösztöndíj (havi nettó 300 000 forint ösztöndíj olyan szakorvosok részére, akik második, vagy további szakképesítésként érsebészeti képzésüket megkezdik). Ezen intézkedés mellett, hogy elősegíti az egészségügyi dolgozók „ittthon tartását”, motivációs tényezőként is szolgál a hazai szakképzési rendszerbe történő belépéshez.

### **Béremelés 2016-2019 között**

A szakvizsgával rendelkező szakorvosok és a kórházi szakgyógyszerészek körében két lépcsőben került sor a béremelésre: 2016. szeptember 1-től bruttó 107 000 forinttal és 2017. november 1-től további bruttó 100 000 forinttal emelkedett az alapbérük. A szakvizsgával nem rendelkező orvosok és kórházi gyógyszerészek alapbére 2017. november hónaptól bruttó 50 000 forinttal emelkedett. Az orvosok alapbére a 2016-2017. közötti időszakban átlagosan 56,8%-kal növekedett. A gyógyszerészek, a nem egészségügyi egyetemi alap szakképesítéssel, valamint a nem egészségügyi egyetemi alap szakképesítéssel egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítéssel rendelkező egészségügyi dolgozók (pl.: klinikai szakpszichológusok, klinikai sugárfizikusok) bére az orvosi bérekhez igazodik.

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

### **Szakdolgozói és védőnői béremelés 2019–2022**

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

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

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

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

## **Szakdolgozói és védőnői béremelés 2023-2024**

A további bérintézkedéseknek köszönhetően, két ütemben folytatódott az egészségügyi szakdolgozók béremelése. 2023. július 1-től egységesen 18 százalékos béremelésben részesültek az egészségügyi ágazati előmeneteli szabályok hatálya alá tartozó egészségügyi szakdolgozók.

2024. március 1-jétől bevezették a sávos bértáblát. A sávokon belül alap és kiemelt kategória került megkülönböztetésre az adott szakterület leterheltsége, és a munkakörök igénybevételének figyelembevételével. A sávok minimum és maximum összegei között a munkáltató döntése a dolgozó részére a bér megállapítása, amely így rugalmasabb és lehetőséget ad a differenciálásra, valamint elismeri a többlet terhelést is a kiemelt kategóriákban. A 2024. március 1-től megvalósult, második ütemű béremeléssel az egészségügyi szakdolgozók átlagos alapbére elérte az orvosi átlag alapbér 37%-át.

### **Orvosok béremelése**

Az orvosok bére 2010-től átlagosan két és félszeresére emelkedett. A Kormány 2020 végén döntött az orvosok bérének további nagymértékű emeléséről és a hálapénz tilalmáról. A most elindult átfogó béremelési programnak köszönhetően két év múlva átlagosan két és félszeresére emelkedik az orvosok bére. Egy 26 éves jogviszonnyal rendelkező orvos 2020. decemberben még bruttó 529 ezer forintot keresett, a 2021. januári fizetése már bruttó 1 millió 256 ezer forint, 2023-ban pedig 1 millió 794 ezer forintot kap. Az elmúlt évek béremeléseinek és egészségügyi fejlesztéseinek köszönhetően több mint 7 ezerrel több orvos dolgozik itthon, mint 2010-ben. Ezzel a magyarországi orvosi fizetések 2023-ra megközelítették a nyugat-európai bérszínvonalat.

### **Szakdolgozói ösztöndíj rendszerek**

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

### **Michalicza-ösztöndíj**

A Kormány az MSc Ápolóképzésben résztvevő hallgatók támogatására hozta létre a Michalicza ösztöndíj rendszert. Az ösztöndíj az egyetemi végzettségű és specializált szakképzettségű ápolók utánpótlásának biztosítását szolgálja. A kiterjesztett hatáskörű ápoló képzés elindítása fontos mérföldkő lehet egy új, önálló kompetenciájú, kvalifikált szakember egészségügyi ellátó rendszerbe történő beillesztéséhez, a megfelelően kialakított szabályozottság mellett.

Támogatásra pályázhatnak azok az ápolás mesterképzési vagy kiterjesztett hatáskörű ápoló mesterképzési szakra felvételt nyert hallgatók, akik vállalják, hogy okleveles ápoló vagy

okleveles kiterjesztett hatáskörű ápoló szakképzettséget szereznek, és a szakképzettségük megszerzését követően öt éven belül, a szakképzettségüknek megfelelő jogviszonyban legalább három évig teljes munkaidőben magyarországi közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatónál vállalnak munkát. Az ösztöndíj mértéke félévenként 320 000 és 640 000 forint/fő között lehet. Ha az ösztöndíjas vállalja, hogy az ágazati humán erőforrás-monitoring rendszer adatai alapján meghatározott hiányterületen, a központilag kijelölt közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatónál létesít jogviszonyt, az ösztöndíj mértéke kétszeresére emelhető. **Az ösztöndíj program 2017-es indulása óta 2023. december 31-ig 476 fő MSc képzésbe járó hallgató kapott ösztöndíj támogatást. 2017-től 2023. december 31-ig 1 144 640 000 Ft került kifizetésre a Michalicza-ösztöndíjakra.**

A 2018., 2019., 2020., és 2021. évi forrás megtakarításának felhasználásával az egészségügyi felsőoktatási alapképzésben (BSc) résztvevő, nappali és levelező munkarendben tanulmányokat folytató hallgatók támogatása is lehetővé vált, amelynek eredményeként további 3 508 hallgató (BSc) részesült ösztöndíj támogatásban.

### ***Szakképzés megerősítése***

Az egészségügyi szakképzés jelentős átalakuláson ment keresztül a Szakképzés 4.0 koncepció eredményeként. A szakmajegyzékben csak és kizárólag iskolai rendszerű szakképesítések szerepelnek, amelyek közül 11 érinti az egészségügyi szakképzés területét. A korábbi Országos Képzési Jegyzékben, 23 iskolarendszerben (is) indítható szakképesítés szerepelt. A szakmajegyzékben nem szereplő iskolarendszeren kívüli képzések – szabályozott keretek között történő megszervezésére – a szakképesítési lista és a szakdolgozói licence rendszer keretében kerülhet sor. **A szakmai képzés keretében megszerezhető szakképesítések köre nem került jogszabályban rögzítésre. Szakmai képzés a miniszter által nyilvántartásba vett programkövetelmény alapján indítható. Programkövetelményre, illetve annak módosítására vagy törlésére bárki javaslatot tehet, így a szakmai képzés figyelembe tudja venni az egészségügyi ellátórendszerben és a lakosság körében felmerült igényeket.**

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

Az egészségügy humán erőforrásának megfelelő szintű biztosítása az egészségügyi szolgáltatások minőségének és biztonságának az alapfeltétele. Az utóbbi években – a társadalom és az egészségügy átalakulásával szinkronban – jelentősen megváltoztak az egyes egészségügyi foglalkozásokkal szemben támasztott követelmények. Átalakult a betegségek köre, az ellátás eszközparkja, az egészségügyi foglalkozások struktúrája, és nem utolsósorban a betegek egészségügyi ellátással szemben támasztott elvárásai. Az egyre komplexebb egészségi problémák indokolják az ellátás színvonalának javítását, továbbá a betegbiztonság emelése megkívánja, hogy jól képzett egészségügyi szakdolgozók segítsék az egészségtudatos magatartás kialakítását, a gyógyulást, a rehabilitációt és vállaljanak nagy szerepet a magyar lakosság egészségügyi állapotának és gyógyulási esélyeinek javításában. Ehhez megfelelő mennyiségű jól képzett, elhivatott egészségügyi szakdolgozói utánpótlásra van szükség.

Tekintettel arra, hogy kiemelt kormányzati cél az ellátást nyújtó személyi feltételrendszer minőségének és mennyiségének fejlesztése, ezért a 2014-2020-as programozási időszakban az alábbi uniós fejlesztések meghirdetésére került sor.

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

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

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

**A** konstrukció keretében az ösztöndíj rendszer kialakítása a középfokú egészségügyi iskolarendszerű nappali és esti képzésbe járó tanulók támogatását **szolgáltatta**, melynek keretösszege összesen 4,4 milliárd forint (EFOP: 3,08 milliárd, VEKOP: 1,32 milliárd forint). A támogatás (ösztöndíj) mértéke, amennyiben a tanuló elérte a 3,01 tanulmányi átlagot, egységesen havonta nettó 40 000 forint. Az ösztöndíjban részesülő tanulók **vállalták**, hogy a szakképzés befejezését követő 6 hónapon belül, valamely hazai közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatónál, legalább a támogatás folyósításának megfelelő időtartamra, a megszerzett szakképesítésüknek megfelelő munkakörben munkát **vállaltak**. A projekt támogatására országos mentorhálózat került kialakításra. Az ösztöndíjban részesülő tanulók tervezett száma 3 200 fő. **A program keretében 3 213 fő részesült ösztöndíj-kifizetésben, a projekt zárásakor 2 759 fő 6 hónappal a program elhagyását követően is egészségügyi állást töltött be.**

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

A standard eljárásrendű **EFOP-1.10.2-17** azonosító számú (keretösszeg: **6** milliárd forint), valamint a **VEKOP-7.2.4-17** (keretösszeg: **1,15** milliárd forint) azonosító számú konstrukciókban megvalósuló fejlesztések célja **volt**, az egészségügyi humán erőforrás mennyiségi fejlesztése, amelyek által csökkenthető az ágazat betöltetlen álláshelyeinek száma, valamint javulnak a munkaerő megtartását szolgáló munkakörülmények és feltételek. A konstrukciók keretében egy középtávú, foglalkoztatást támogató program indult, amely az egészségügyi intézményeknek **nyújtott** átmeneti bértámogatást a hiányzó vagy az új funkciókhoz illeszkedő orvosi, szakdolgozói kapacitásokra, továbbá a foglalkoztatás támogatása mellett olyan, a nemzetközi gyakorlatban bevált team formában végzett ellátási szolgáltatásokat vezetett be, amelyekkel erősíthető a gyógyítás betegközpontúsága és növelhető a gyógyítás hatékonysága.

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

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

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

Az egyszerűsített eljárásrendű 0,73 milliárd forint keretösszegű (EFOP: 0,69 milliárd forint, hazai forrás: 0,04 milliárd forint) felhívásban megvalósult fejlesztés célja, hogy vonzóbbá váljanak az általános orvosi oklevéllel rendelkezők számára a hiányszakmának minősülő szakorvosi területek, javuljon a közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatók által nyújtott ellátás színvonala és a megbiztonság a szakmailag megfelelően felkészült humánerőforrás-utánpótlás biztosítható legyen.

- **Ápolástámogató rendszer kialakítása (ÁTR)**

Az EFOP-1.9.6-16 Elektronikus egészségügyi ágazati fejlesztések kiemelt projekten belül megvalósuló „Komplex informatikai rendszer kialakítása a megbiztonság növelését célzó és a betegápolási és betegellátási tevékenységhez kapcsolódó adminisztratív feladatok ellátásának támogatása érdekében” projekt (Ápolástámogató Rendszer) célja a megbiztonság növelése és a szakdolgozók adminisztratív terheinek csökkentését célozza, az összes állami fenntartású fekvőbeteg szakellátó intézetben.

### 3.5. Digitális egészségügy

A 2014–2020-as időszak kétségkívül legnagyobb volumenű, az egészségügyi ellátórendszer teljes vertikumát, annak minden szereplőjét, valamint a lakosságot, a betegeket, a hozzátartozókat is egyaránt elérő, a magyar egészségügynek a digitális átállást biztosító, ágazati informatikai kulcsfejlesztés az **Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT)** bevezetése, illetve az ezen informatikai rendszer továbbfejlesztését célzó, **65,3 milliárd forint keretösszegű EFOP-1.9.6-16 „Elektronikus egészségügyi fejlesztések”** kiemelt projekt megvalósítása volt.

#### *I. Az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér bevezetése*

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

2017. november 1-től érhető el az EESZT, amelyhez az államilag finanszírozott házi orvosi szolgálatok, a járó- és fekvőbeteg-ellátó intézmények és a gyógyszertárak már teljes létszámban csatlakoztak.

Az EESZT a hazai egészségügyben példátlan volumenű informatikai fejlesztés révén valósulhatott meg, a rendszer további fejlesztése jelenleg is zajlik. A rendszer 2017. évi indulása óta a működés első egy évében már közel 92 millió betegellátáshoz kapcsolódó beteg dokumentum (lelet, ambuláns lap, zárójelentés) került be a központi adatbázisba, és közel 10 millió alkalommal kértek le az EESZT-ből kórtörténeti adatot a kezelőorvosok. Jelenleg a



napi eRecept-beküldések száma egy átlagos hétköznapon meghaladja a 800 ezer darabot. Ma már több mint **3,5 milliárd** egészségügyi adat érhető el a rendszerben, amelynek használata igen sokrétű.

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

Az orvosoknak és az egészségügyben dolgozó többi szakembernek nap, mint nap döntések százait kell meghozniuk, amelyek a betegek kezelésének minőségéről, időtartamáról és – nem egy esetben akár – az életéről döntenek. A felelősségteljes döntéshez pótolhatatlan segítséget nyújt egy olyan, pillanatok alatt lekérdezhető részletes adatbázis, amely segít az orvosnak a leghatékonyabb, személyre szabott kezelés kialakításában. Az EESZT egyéb előnyei mellett lehetővé teszi azt is, hogy a kórtörténetek ismerete és a gyorsabb ügyintézés segítségével a betegek minél előbb a megfelelő szakorvoshoz kerüljenek. Ennek a rendszernek a legfőbb célja, hogy megszűnjenek a kigyózó sorok, az orvosok terhelése kisebb legyen, a pácienseknek pedig – saját gyógyulásuk érdekében – nem kell hosszú órákon keresztül a rendelőben várakozniuk. Az EESZT nagy segítség mind az orvosok, a szakemberek, mind pedig a betegek számára, hiszen az egységes rendszer keretében sokkal hatékonyabban nyomon követhető a gyógyszerek kiváltása, a szűrővizsgálatok menedzselése, illetve a beteg is folyamatosan ellenőrizheti a saját kórtörténetének, egészségügyi állapotának alakulását.

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

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

**A rendszer információs szolgáltatásai a Lakossági portálon (eeszt.gov.hu) is megjelennek, az EESZT Lakossági Portál a Központi Azonosítási Ügynökön keresztül azonosítja a felhasználókat. Ezen a felületen már ma is elérhető a DÁP mobilalkalmazás azonosítás lehetősége, valamint az Ügyfélkapu+, azaz a kétfaktoros azonosítás.**

**A magyarorszag.hu mintájára az EESZT Lakossági portál új funkciók megvalósítása és technológiai megújítása projekt kapcsán a funkció kialakítások és technikai megújítás mellett a DÁP kinézet kerül implementálásra.**

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

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

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

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

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

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

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

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

Az EESZT rendszer továbbfejlesztése ebben a kiemelt projekt keretében valósult meg **2023** év végéig. A projektben folyó fejlesztések igen szerteágazóak, többek között e projekt keretei között valósult meg az **EESZT szolgáltatási funkciók bővítése, valamint a telemedicina szolgáltatások és mobilapplikációk használatát biztosító felületek kialakítása, továbbá egyéb ellátási folyamatok adminisztrációját segítő informatikai alkalmazások kialakítása.**

A projekt fejlesztései között szintén erős hangsúlyt kapott az egyes szakellátási formákhoz tartozó egészségügyi dokumentumok egységesítése, amelynek eredményeképpen az adatok gépi módon feldolgozhatók és könnyen elemezhetők, így fejlődésnek indulhattak az orvosi döntéstámogató eszközök, elősegítve az ágazat humán erőforrás-kihasználásának további javítását. Az elektronikusan feldolgozható adathalmaz hozzájárul egy hatékonyabban szervezett egészségügy kialakításához, az ágazatvezetői tervezés megalapozásához és az eredmények pontosabb nyomon követéséhez. Az EFOP-1.9.6 projekt egy esetszintű **ágazati adattárház** fejlesztésével is **támogatta** a fentieket.

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

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

2020 során a projekt beavatkozási területének jelentős kiterjesztésére került sor további fejlesztési elemek beemelésével. Ennek keretében **történt** meg az államilag fenntartott kórházakban egy egységes, modern technológiai alapon nyugvó, integrált, informatikai gazdálkodási rendszer bevezetése, amelynek célja olyan átfogó **kontrolling és ellenőrzési rendszer** kiépítése, amely támogatást jelent az egészségügyi politika irányítóinak a gyors és megalapozott döntések meghozatalában, ugyanakkor komoly belső adminisztratív tehercsökkenést eredményezhet az intézményeknél az adatszolgáltatási kötelezettségeik lehetséges átalakításával. (Kapcsolódó jogszabály: 1174/2020. (IV. 22.) Korm. határozat *a központi kórházi integrált gazdálkodási rendszer megvalósítása érdekében szükséges intézkedésekről és az ezekhez szükséges források biztosításáról*)

A projekt részeként valósult meg az ún. JIR – Járóbeteg Irányítási Rendszer alkalmazás kifejlesztése. A fejlesztés keretében a járóbeteg irányítási folyamatok szervezését és korszerűsítését célzó informatikai fejlesztés országos kiterjesztése valósult meg az Országos Kórházi Főigazgatóság fenntartása alá tartozó intézményekben történő bevezetésével. Az országos kiterjesztés célja, hogy a kórházi és rendelőintézeti járóbeteg ellátás szervezése digitális technológiák támogatásával és hatékonyabb intézményi erőforrás gazdálkodással valósulhasson meg. A fejlesztés kiemelten kezeli a betegek informálását, az ellátó helyekre való irányítását informatikai eszközök és tájékoztató táblák segítségével, továbbá az előjegyzési és időpont foglalási lehetőségek kiterjesztését az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT) integrációjával egybekötöttén. A JIR alkalmazás időpontfoglalási és előjegyzési funkciói megjelenítésre kerültek az ún. EgészségAblak mobil alkalmazásban is. Az EgészségAblak eredetileg az uniós COVID igazolvány megjelenítésre szolgáló mobilalkalmazás funkciói továbbfejlesztésével kialakított alkalmazás, melynek jelenlegi funkciói: Digitális Covid-igazolványok, Dokumentumok, Receptek, Beutalók, Időpontok,

Háziorvos, TB-lámpa, Naptár, Egészség A-Z, Szűrővizsgálatok, Gyógyszertárak, 1812 Egészségvonal. Az EgészségAblak alkalmazás folyamatos fejlesztés alatt áll, hónapról - hónapra új funkcióbővítéssel kívánja a lakosság igényeit magas színvonalon kiszolgálni.

2024. március 01. napján hatályba lépett a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Kormányrendelet) azon módosítása, amely rendelkezéseket tartalmaz a közfinanszírozott járóbeteg-szakellátásban történő időpontfoglalással kapcsolatosan, melynek értelmében 2024. március 1. napjától Kormányrendeletben meghatározott esetekben és feltételek fennállása esetén a beteg számára járóbeteg-szakellátásra történő digitális időpontfoglalás kapcsán megtörtént a háziorvosok bevonása a digitális időpontfoglalási folyamatba.

A projekt kiterjesztésének további eleme a kórházi osztályokon zajló fekvőbeteg **ápolási folyamatok támogatása** olyan **komplex informatikai rendszer** bevezetésével, amely a közvetlen betegellátást végző egészségügyi dolgozók ellátási és dokumentálási feladatainak informatikai támogatásával növeli az ellátás hatékonyságát, illetve **csökkenti az adminisztratív feladatokkal összefüggő idő- és munkaráfordítást az ápolási személyzet részére**. A bevezetésre kerülő ún. **ÁTR – Ápolás Támogató Rendszer** az ápolási és betegellátási területen dolgozó egészségügyi dolgozók számára érdemi betegellátásra fordítható kapacitásokat szabadít fel az ellátás során folyamatos és egyértelmű beteg azonosítást és az ellátási események digitális rögzítését lehetővé tevő informatikai támogatással. **A fejlesztés keretében biztosított mobil eszközrendszer alkalmas a beteg - az általa viselt karszalagon lévő - QR kód alapján történő azonosítására, ezáltal a betegtévesztés kockázatának csökkentésére.** A rendszer részeként biztosítható több mint 700 ápolási tevékenység tekintetében a strukturált adatrögzítés lehetősége közvetlenül a betegágy mellett valósuljon meg. Ezáltal csökkenthető a téves értékek rögzítésének, vagy az elvégzett beavatkozások hiányos dokumentálásának kockázata, valamint lehetővé válik a strukturált adatok felhasználásán alapuló elemzésekkel támogatott betegápolási tevékenység. A fejlesztés során kiemelt cél, olyan nemzetközi standard, valid skálák, eszközök beépítése, amelyek illeszkednek a későbbi komplex elektronikus ápolási modul fejlesztéséhez. A projekten túlmutató cél a későbbiekben a speciális területek vonatkozásában is kiterjeszteni az alkalmazást, illetve egyes ápolási protokollok (beavatkozás eszközei, személyi feltételek, kivitelezés és dokumentálás lépései) megjelenítése az ÁTR-ben, a megfelelő, egységes ápolási protokollok kialakítása érdekében. **(Kapcsolódó jogszabály: 1670/2020. (X. 20.) Korm. határozat a betegbiztonság növelését célzó és a betegápolási és betegellátási tevékenységhez kapcsolódó adminisztratív feladatok ellátását támogató, komplex informatikai rendszer beszerzéséről)**

### 3.6. Sürgősségi ellátórendszer fejlesztése

### 3.6.1 Pre-hospitális sürgősségi ellátórendszer – Országos Mentőszolgálat

#### Mentőautó beszerzések

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

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

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

**A mentőgépjárművek cseréje folyamatos.**

#### Mentéstechnikai eszközök, munkaruhák beszerzése

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

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

#### Mentőállomás építések, felújítások

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

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

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

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

### Európai uniós fejlesztések

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

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

**Az OMSZ az EFOP-1.8.23-21 "Az alapellátáshoz kapcsolódó egységes ügyeleti rendszer bevezetése Hajdú-Bihar megyében (pilot)" projekt keretében egy 1,1 milliárd forint keretösszegű fejlesztési projektet valósított meg.**

### Digitalizáció

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

### Orvosszakma

Orvosszakmai területen az elmúlt években több mint 500 oldal szakmai eljárásrend került megírásra, amely egységes alapokon segíti a betegek korszerű prehospitalis ellátását, javítva a betegbiztonságot. Az anyagok terjesztése FOAM (Free Open Access Meducation) jellegű, emellett a közösségi oldalakon keresztül, OMSZ gondozásban, naponta több ezer egészségügyi dolgozóhoz jutnak el szakmai információk egyszerű, közérthető formában. Az Országos Mentőszolgálat az elmúlt években a magyar sürgősségi tudományos élet meghatározó, véleményformáló és szakmai értékteremtő szervezetévé vált, a COVID-19 járvány alatt

szakmai anyagai a védekezés alapjaivá is váltak több szakterületen. Proaktív módon már 2020. január 31-én eljárásrend készült az új koronavírusos betegek prehospitalis ellátásával kapcsolatban, ezt követően – folyamatosan reagálva a járványhelyzetre – további eljárásrendek és utasítások kerültek kiadásra a járvány kapcsán, mint például a koronavírus fertőzött betegek újraélesztése, a helyszíni mintavétel szabályai, védőfelszerelések használata, eszköz- és felületfertőtlenítés, stb. A Mentőszolgálat munkatársai számára több szakmai oktató videó is készült (helyszíni mintavétel, védőfelszerelések megfelelő használata).

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

A kiemelt eljárású 18,5 milliárd forint keretösszegű (EFOP: 11,6 milliárd forint, Magyarország központi költségvetéséből 6,9 milliárd Ft) projekt két fő komponensre osztható:

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

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

A kiemelt projekt rövid távú céljai **voltak**:

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

A kiemelt projekt hosszú távú céljai **voltak**:

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

A projekt keretében két új szakma (a gyermek-sürgősségi és a gyermek baleseti) kialakítása **történt** meg Magyarországon, melynek kidolgozásában a Semmelweis Egyetem, a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, a B-A-Z Vármegyei Központi

Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Petz Aladár Vármegyei Oktató Kórház, Debreceni Egyetem, Pécsi Tudományegyetem és Szegedi Tudományegyetem konzorciumi együttműködéssel **vett** részt. A két szakma létrehozásához szükséges szakmai minimum feltételek, betegutak, finanszírozás szakvizsga kurikulum, protokollok és oktatási anyagok teljes vertikumára a hazai gyermekgyógyászat jeles képviselőinek egységes véleménye alapján **történt** a javaslatétel.

A projekt kezdeti szakaszában kialakításra kerültek a **munkacsoportok**, amelyek munkája révén – a projekt futamideje alatt – kidolgozásra fog kerülni a szakmai módszertan. A munkacsoportok működése 2019. év végén lezárult, az általuk előkészített szakmai anyagok egyeztetése az érintett hatóságokkal, a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelővel, a szakmai grémiumokkal még folyik.

## **A fejlesztés szakmai tartalmának részelemei:**

### **1. Minimumfeltételek**

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

### **2. Betegutak**

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

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

### **3. Finanszírozás**

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



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

#### **4. Szakvizsga**

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

#### **5. Protokollok**

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

#### **6. Tankönyv**

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

### **3.6.3. Magyar Sürgősségi Triázs Rendszer**

A sürgősségi ellátás előre nem tervezhető ellátás, amelynek elmaradása vagy ütemezett rendben történő nyújtása állapotromlást, maradandó egészségkárosodást vagy tűrhetetlen fájdalom fennmaradását eredményezné. Ennek megfelelően tehát sürgősségi ellátást igényelhet minden beteg, függetlenül életkorától, betegségére vagy sérülése természetétől (fizikai, pszichés).

A betegbiztonság és a halasztással járó kockázatok súlya miatt jól szervezett, összehangolt munkára van szükség az egészségügyi szolgáltatók munkarendjén belül és azon kívül is.

Az egészségügyi szolgáltatók munkarendjén kívül (munkarend szerinti munkaidő befejezésének időpontjától a következő napi munkaidő kezdetéig) az ügyeleti ellátás célja biztosítani a beteg vizsgálatát, egészségi állapotának észlelését, alkalomszerű és azonnali sürgősségi beavatkozások elvégzését, illetőleg fekvőbeteg-gyógyintézetbe történő sürgősségi beutalását.

Mind a sürgősségi ellátásban, mind az ahhoz való hozzáférés biztosításában aktívan részt vesz az állami mentőszolgálat is, melynek feladatait az Országos Mentőszolgálat (OMSZ) látja el.

Jogsabály rögzíti a sürgős szükség körébe tartozó, életet veszélyeztető állapotokat és betegségeket is, amelyek esetén a beteg állapotának stabilizálásáig végzett ellátásokat az igénybevétel alapjául szolgáló jogviszony előzetes igazolása nélkül biztosítani kell a Magyarország területén tartózkodó személy részére (ilyenek például a légzésleállással járó állapotok, görcsrohamok, mérgezések, nyílt törések, mentális állapottal összefüggő közvetlen veszélyeztető állapotok). Kiemelt fontosságú az állapot súlyosságának, az ellátás sürgősségének megfelelő, egységes rendszerben történő megítélése és objektív szempontok

szerint történő értékelése, amelynek támogatására **2019-től bevezették a Magyar Sürgősségi Triázs Rendszer kötelező alkalmazását.** (Forrás: [www.neak.gov.hu](http://www.neak.gov.hu))

A triázs rendszer lényege, hogy a fogadókörhelyek a heveny egészségkárosodás veszélye miatt az egészségügyi ellátást igénylő betegek elsődleges állapotfelmérésére és ellátására koncentrálnak, amelynek a szakaszai:

- a beteg vezető panaszainak értékelése,
- a sürgősség kategóriájának, szintjének megállapítása,
- a beteg állapotának megfelelő ellátási igényének meghatározása,
- a rendelkezésre álló egészségügyi, emberi, tárgyi és szervezeti erőforrások hatékony és megfelelő elosztása, illetve
- újraértékelés.

2019 áprilisától az EESZT-n keresztül, online tehetik meg a Sürgősségi Betegellátó Osztályok (SBO-k) a jelentéseiket, mely által az adminisztrációs terhek csökkentek, továbbá a beteg beérkezésétől a távozásig **minden időpont** rögzítésre kerül, így a beteg átvételének, várakozásának, ellátásának ideje is monitorozható, amely nagymértékben hozzájárul a megbízhatósághoz. A megfelelően minőségi szint fenntartása érdekében 2019-től külön finanszírozásban részesülnek az SBO-k.

### 3.7 COVID védekezés

Az 1303/2013/EU rendeletnek a COVID-19 világjárvány és társadalmi következményei okozta válság elhárításának előmozdítását és a zöld, digitális és reziliens gazdasági helyreállítás előkészítését támogató kiegészítő források, és az azokkal kapcsolatos végrehajtási rendelkezések tekintetében történő módosításáról (REACT-EU) szóló 2020. december 23-i 2020/2221 EU európai parlamenti és tanácsi rendelete alapján a REACT-EU források 2021-re és 2022-re szóló, az Európai Unió Helyreállítási Eszközből származó kiegészítő források voltak, amelyek a COVID-19 világjárvány okozta válságnak és társadalmi következményeinek elhárítását és a zöld, digitális és reziliens gazdasági helyreállítás előkészítését támogatták.

Az Európai Unió a fentiek alapján engedélyezte Magyarországnak az alábbi COVID védekezést célzó projektek megvalósítását.

#### • EFOP-6.1.1-21 "A COVID-oltóanyag költsége"

A megvalósításra költhető teljes keretösszeg 64,85 milliárd forint volt. A projekt keretében az Európai Unióban engedélyezett, az uniós beszerzés részeként beszerzett oltóanyag költsége került elszámolásra (Pfizer, Moderna, AstraZeneca, Janssen). A projekt megvalósítója a Nemzeti Népegészségügyi Központ volt.

#### • EFOP-7.1.1-21 "A COVID-dal kapcsolatos személyi költségek"

Az intézkedés keretében a Kiskunhalasi Járványkórházban, az Országos Kórházi Főigazgatóságon, az Országos Mentőszolgálatnál, az Országos Vérellátó Szolgálatnál, a

Nemzeti Népegészségügyi Központnál a Covid-19-világjárvány elleni veszélyhelyzet során többletfeladatot ellátó munkatársak bérköltsége került elszámolásra. A projekt megvalósítására rendelkezésre álló keretösszeg 31,31 milliárd forint volt.

- **EFOP-7.1.2-23 „A COVID elleni védőoltások beadásával kapcsolatos személyi költségek támogatása”**

Az intézkedés keretében a COVID-19 járványhoz kapcsolódó, a járvány elleni védekezésben részt vevő egészségügyi dolgozók – kivéve az Országos Kórházi Főigazgatóság (OKFŐ) által fenntartott intézmények - többletmunkája költségeinek megtérítése került elszámolásra. A projekt megvalósítására rendelkezésre álló keretösszeg közel 14 milliárd forint volt.

- **EFOP-7.2.1-22 "A COVID-oltóanyag költsége ESZA"**

A felhívás keretében összesen 20,05 milliárd forint keretösszezből a gyerekek részére kifejlesztett oltóanyag beszerzésére kerülhetett sor. A gyerekek oltása segítségünkre volt a vírus terjedésének lassításában, az iskolák normális működésének fenntartásában.

- **EFOP-2.5.1-23 "Covid-19 elleni védekezéshez, az EU keretszerződéseiből beszerzett anyagok és eszközök költsége"**

Az egyszerűsített kiválasztási eljárásrend keretében összesen 7,8 milliárd forint összeg állt rendelkezésre a projekt megvalósítására. A Felhívás célja a COVID-19 kapcsán történő súlyos megbetegedések csökkentése volt, hogy ezáltal kevesebb beteg kerüljön a kórházi ellátásba, hozzájárulva az egészségügyi rendszer terheltségének csökkentéséhez is, továbbá a beszerzendő készítmények, eszközök által a COVID-19 miatti halálozás mérséklését, megakadályozását célozta.

### 3.8. Országos Kórházi Főigazgatóság létrehozása, feladatai

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

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

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

Az OKFŐ feladatellátása keretében:

- Ellátja az országos gyógyintézetek és az országos társgyógyintézetek, valamint az állam fenntartásában, illetve tulajdonában lévő egészségügyi intézmények felett az országos kórház-főigazgató számára jogszabályban meghatározott fenntartói és irányítási jogokat.

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

**Az OKFŐ az irányító vármegyei intézmény fenntartásában lévő egészségügyi intézmények tekintetében:**

- Az irányító vármegyei intézmény kezdeményezése alapján javaslatot tesz az irányító vármegyei intézmény fenntartásában lévő intézmény létesítésére, átszervezésére, megszüntetésére, nevének megállapítására irányuló döntés meghozatalára az egészségügyért felelős miniszter részére.
- Országos szinten közreműködik a területi egészségügyi feladatellátás megszervezése irányainak meghatározásában.
- Koordinálja a támogatási forrásokból megvalósuló fejlesztések, európai uniós programok tervezésével és lebonyolításával kapcsolatos feladatokat, gondoskodik az irányító vármegyei intézmények pályázati és projekttevékenységének összehangolásáról.
- Ellátja az irányító vármegyei intézmény és a fenntartásában lévő egészségügyi intézmények vonatkozásában az informatikai rendszerek fejlesztéséhez kapcsolódó feladatokat.
- Az OKFŐ ellátja meghatározott intézménykör kapcsán, illetve erre irányuló megállapodás alapján más egészségügyi intézmények vonatkozásában is az informatikai, infrastrukturális és elemzési kapacitásokhoz szükséges fejlesztésekhez kapcsolódó koordinációs és végrehajtási feladatokat.
- Gondoskodik az irányító vármegyei intézmények fenntartói tevékenységének szakmai, stratégiai összehangolásáról.
- Biztosítja az irányító vármegyei intézmények fenntartásában lévő intézmények fejlesztéseinek országos és térségi szinten összehangolt megvalósítását.
- Szakmai támogatást biztosít az irányító vármegyei intézmények fenntartásában lévő intézmények fejlesztési terveinek kidolgozásához és megvalósításához.
- A hazai és európai uniós forrásból finanszírozott fejlesztést valósít meg az irányító vármegyei intézmények fenntartásában lévő intézmények együttműködésével.
- Jóváhagyja az irányító vármegyei intézmények által elkészített fejlesztési terveket.
- Az irányító vármegyei intézmények által fenntartott intézmények kérelmére, az irányító vármegyei intézmények véleményének kikérésével dönt az irányító vármegyei intézmény és az általa fenntartott intézmény közti betegellátást érintő vitás kérdésekben.

Az OKFŐ működteti a külön jogszabály szerinti központi kórházi integrált gazdálkodási rendszer (a továbbiakban: KKIGR) központi elemeit, továbbá ehhez kapcsolódóan – az érintett egészségügyi szolgáltató fenntartójának bevonásával – gondoskodik

- a. az egységesített számlatükör és kontrollig kézikönyv,
- b. az egységesített gyógyszercikktrzs,
- c. az egységesített műszer-, eszköz- és anyagnyilvántartási módszertan,
- d. a műtéti anyagfelhasználás egységesített módszertana, továbbá
- e. a központi szerződéstár vezetéséhez kapcsolódó egységes módszertan

előkészítéséről, folyamatos karbantartásáról és azoknak a honlapján történő közzétételéről.

Fentiekén túl, az OKFŐ a KKIGR rendszer központi szerződéstár alkalmazása tekintetében 516/2020. (XI. 25.) Korm. rendeletben megjelöltek szerint, az intézmények adatfeldolgozójaként jár el.

Az OKFŐ koordinálja – az állami fenntartású, irányítói jogkört gyakorló vármegyei egészségügyi intézmények bevonásával – a közfinanszírozott, állami fenntartású fekvőbetegszakellátást nyújtó egészségügyi intézményekben az orvoslaboratóriumi diagnosztikai tevékenységet.

Az OKFŐ gondoskodik – az orvosokkal, fogorvosokkal, továbbá az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzésben egészségügyi szakképesítést szerzett egészségügyi dolgozókkal szembeni etikai eljárás szabályairól szóló 318/2023. (VII. 17.) Korm. rendelet 5. § (3) bekezdése szerinti vármegyék kivételével – az Egészségügyi Tudományos Tanács (a továbbiakban: ETT) által lefolytatott etikai eljárásokkal kapcsolatos személyi és tárgyi feltételek biztosításáról. Az OKFŐ lebonyolítja az ETT által működtetett Vármegyei és Központi Etikai Bizottságok tagjainak a miniszter rendeletében meghatározott választását. A választáshoz szükséges infrastruktúrát, továbbá a személyi és tárgyi feltételeket az OKFŐ biztosítja. Az OKFŐ az állami fenntartású egészségügyi intézmények irányításának egyes szabályairól szóló Korm. rendeletben kijelölt irányító vármegyei intézmények, valamint a Budapesten és Pest vármegyében működő, irányító jogkört gyakorló egészségügyi intézmények útján biztosítja.

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

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

A veszélyhelyzet ideje alatt

a) az OKFŐ szervezeti és működési szabályzatát, illetve annak módosítását a miniszter – a miniszterelnök jóváhagyását követően – normatív utasításban adja ki,

b) az országos kórház-főigazgatót a miniszter javaslatára a miniszterelnök nevezi ki és menti fel,

c) az országos kórház-főigazgató illetményét a miniszter javaslatára a miniszterelnök állapítja meg (az állami fenntartású, egészségügyi szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók irányításának a veszélyhelyzetben alkalmazandó szabályairól szóló 507/2020. (XI. 17.) Korm. rendelet 9. § (3) és (4) bekezdésében foglaltak figyelembevételével),

d) az országos kórház-főigazgató felett a b) és c) pontban nem szereplő munkáltatói jogokat a miniszter gyakorolja.

A veszélyhelyzet megszüntetését követően a 517/2020. (XI. 25.) Korm. rendelet hatályon kívül helyezésre került. Az állami fenntartású egészségügyi intézményeket irányító miniszter feladatait az egészségügyről szóló CLIV. Tv. 151/B. § szabályozza, valamint a hatályos 506/2020. (XI. 17.) Korm. rendelet.

Az Országos Kórházi Főigazgatóságról szóló 506/2020. (XI. 17.) Korm. rendelet alapján, az OKFŐ az egészségügyért felelős miniszter irányítása alá tartozó, központi hivatalként működő központi költségvetési szerv.

- Járványügyi okból kihirdetett veszélyhelyzet, továbbá az egészségügyi válsághelyzettel bevezetett járványügyi készültség idején az OKFŐ a rendészetért felelős miniszter irányítása alá tartozik.

- Az OKFŐ szervezeti és működési szabályzatát, illetve annak módosítását a miniszter – a miniszterelnök jóváhagyását követően – normatív utasításban adja ki.

- Az OKFŐ-t az országos kórház-főigazgató vezeti.

- Az országos kórház-főigazgatót a miniszter javaslatára a miniszterelnök nevezi ki és menti fel.

- Az országos kórház-főigazgató felett a munkáltatói jogokat a miniszter gyakorolja.
- Az országos kórház-főigazgatót az országos kórházfőigazgató-helyettes helyettesíti. Az országos kórházfőigazgató-helyettest a miniszter javaslatára a miniszterelnök nevezi ki és menti fel.
- Az OKFŐ feladata az egészségügyi ellátórendszer működésének figyelemmel kísérése, a felülvizsgálatát érintő stratégiai kormányzati döntések megalapozása, melynek keretében közreműködik az egységes és átlátható új nemzeti egészségügyi irányítási rendszer kialakításában.
- A Kormány az egészségügyi szolgáltatás irányításáért felelős szervként az OKFŐ-t jelöli ki.

### 3.9. Egészséginformatikai Szolgáltató és Fejlesztési Központ Nonprofit Kft feladatai

Az egészségügyi ellátórendszer informatikai ellátása tekintetében szakmapolitikai érdek, hogy az állami ellátórendszer azonos kiszolgáló informatikai háttérrel rendelkezzen annak érdekében, hogy az egészségügyi intézményrendszer által elvégzett feladatok, ellátások folyamatosan összehasonlíthatóak, egybevetethetők legyenek. Ennek érdekében a Magyar Állam a központi egészséginformatikai szolgáltatásokról szóló 29/2022. (I. 31.) Korm. rendelet szerint 2022. február 1-i dátummal létrehozta Egészséginformatikai Szolgáltató és Fejlesztési Központ Nonprofit Kft-t (továbbiakban: ESZFK). A 29/2022. (I. 31.) Korm. rendelet meghatározza az ESZFK által nyújtott központosított informatikai szolgáltatások körét és az állami egészséginformatikai rendszerek fejlesztési, alkalmazásüzemeltetési, ügyfélszolgálati feladatainak ellátási kötelezettségét, a szolgáltatások igénybevételére kötelezett és jogosult szervek körét, azon informatikai rendszereknek a körét, amelyek üzemeltetéséről vagy fejlesztéséről az ESZFK gondoskodik, valamint a szolgáltatások nyújtásának általános feltételeit.

Az ESZFK a magyar állam 100 százalékos tulajdonát képező gazdasági társaságként működik. A társaság feletti tulajdonosi jogokat az 1/2022. (V. 26.) GFM rendelet alapján a Belügyminisztérium gyakorolja.

Az ESZFK az alábbi központi egészséginformatikai rendszerek fejlesztési, alkalmazásüzemeltetési és ügyfélszolgálati feladatait látja el:

1. Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (a továbbiakban: EESZT) és támogató rendszerei,
2. EESZT adatszolgáltatásokat és EESZT használatot támogató szoftver (miniHIS),
3. gyógyászati segédeszköz forgalmazást támogató rendszer (miniGYSE rendszer),
4. EgészségAblak keretrendszer és mobilalkalmazás.

Ezen informatikai szolgáltatások díjmentesen vehetők igénybe.

### 3.10. Ágazati kulcsindikátorok nemzetközi összevetésben

	2010	2017	2018	2019	2020	Változás 2010-2020 között		Országok, ahol alacsonyabb az életkor
<b>Születéskor várható élettartam - összesen</b>								
EU28	79,9	80,9	81	81,3	80,4	0,51 év	0,70%	<b>4 ország:</b> Litvánia, Lettország, Románia, Bulgária.
V4 átlag	76,1	77,6	77,6	77,9	76,87	0,77 év	2,30%	
<b>Magyarország</b>	74,7	76	<b>76,2</b>	76,5	75,7	1,0 év	1,30%	
<b>Egészségben eltöltött évek száma - nők (születés kori adat)</b>								
EU28	62,6	64	63,8	65,1	64,5	1,9 év	3%	<b>16 ország,</b> köztük: Románia, Dánia, Litvánia, Horvátország, Hollandia, <u>Ausztria</u> , Szlovákia, Finnország, stb. <b>(2010-ben még csak 7 országot előztünk)</b>
V4 átlag	59,4	60,6	61,5	61,45	61,85	2,45 év	4%	
<b>Magyarország</b>	58,6	60,8	<b>61,8</b>	63,1	63,6	5 év	8,90%	
<b>Egészségben eltöltött évek száma - férfiak (születés kori adat)</b>								
EU28	61,8	63,5	63,4	64,2	63,5	1,6 év	2,60%	<b>10 ország,</b> köztük: Románia, Portugália, Finnország, <u>Ausztria</u> , Horvátország, Szlovákia, Litvánia, stb. <b>(2010-ben még csak 4 országot előztünk)</b>
V4 átlag	57,4	59,1	59,7	59,82	59,775	2,375 év	4%	
<b>Magyarország</b>	56,3	59,6	<b>60,4</b>	60,9	61,7	5,4 év	8,80%	

**9. táblázat: A magyar lakosság egészségi állapotát, az állapotváltozást bemutató ágazati kulcsindikátorok**

#### a) Születéskor várható élettartam

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

2019-ben a születéskor várható élettartam **76,5** év volt a teljes lakosságra vonatkoztatva, ami 2 évnél emelkedést jelent a 2010-ben mérthez képest. A tárgyalt majd egy évtizedben születettek várható átlagos élettartamának átlaga **75,74** év. A nemi bontások alapján a férfiak esetében **1,6** évvel, nők esetében **0,5** évvel növekedett a születéskor várható élettartam értéke a 2010-**2020** közötti időszakban. A születéskor várható élettartam 2010 óta tartó növekedéséhez főként a szív- és érrendszeri betegségek, különösen a stroke okozta mortalitás csökkenése járulhatott hozzá. **2020**-ban a magyar nők átlagosan **6,7** évvel tovább éltek, mint a férfiak (79 év, szemben a **72,3** évvel).

#### b) Születéskor várható egészséges élettartam

A születéskor várható élettartam növekedésével párhuzamosan – jelentős mértékben hosszabbodott az egészséges életevek száma. A mutató 2010 és **2020** között a férfiaknál **5,4** évvel, **61,7** évre hosszabbodott, a nőknél **5** évvel emelkedett meg, azaz a férfiaknál **közel egyforma** javulás volt tapasztalható. **2020**-ban a férfiak születéskor várható élettartamuk **85**, a nők **80** százalékát egészséges életevekként várhatták.



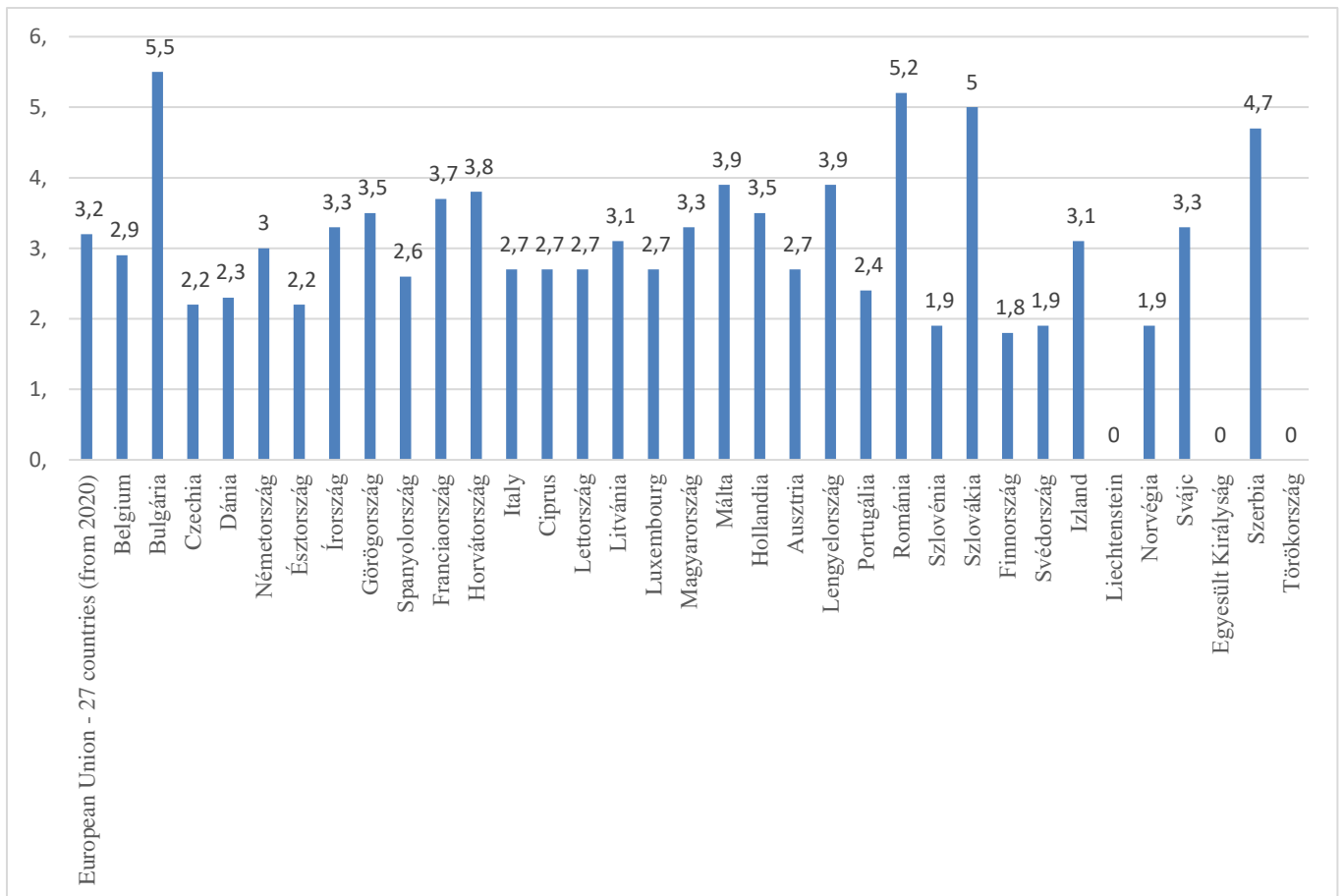
2005-2014 között vizsgálva az Eurostat adatsorát a születéskor várható egészséges életévek vonatkozásában, az EU átlagában stagnálás mutatkozik, míg Magyarországon növekedés, amely tendenciát a 2015-ös átmeneti csökkenés szakította meg, azonban 2016-tól újra növekedés jellemzi a mutatót.

### *c) Csecsemőhalandóság*

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

Magyarország csecsemőhalandósága 2013-2018 között folyamatosan csökkent. 2013-ban minden ezredik újszülöttről 5,1 fő veszítette életét, míg ez a szám 5 évvel később 3,4-et mutatott, mely 34%-os javulást jelent 5 év viszonylatában. 2021-ben ez az arányszám 3,3.

Az Európai Unió számokhoz viszonyítva hazánk előnyös helyet foglal el a rangsorban, az EU-s átlagnál alacsonyabb halálzási mutatóval, Magyarország a 4. helyen szerepel.



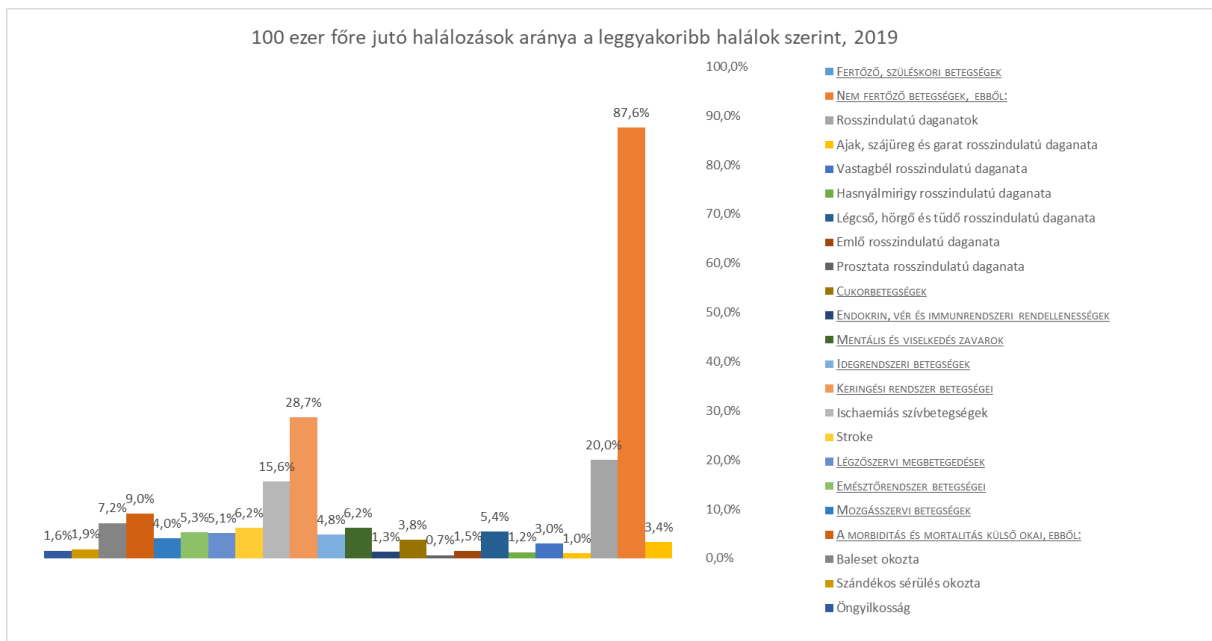
12. ábra: Csecsemőhaladóság az Európai Unió országaiban 2021-ben 1000 élve születésre vetítve (forrás: Eurostat: infant mortality rate 2021 [saját szerk.]

#### d) Halálozási arányszámok

##### Nyers halálozási arány

##### **Kiemelt megállapítás:**

- A férfiak és nők esetében is a keringési megbetegedések, a daganatos megbetegedések, valamint a légzőszervi megbetegedések jelentik a vezető halálokokat.
- A különböző halálokok összes halálozásban betöltött szerepét mutatja az összes halálozás halálokok szerinti megoszlása. 2021-ben a férfi lakosság körében összesen 76 829, míg nők körében 78 203 haláleset történt.
- Nők esetében az összes halálozás közel egynegyedét (22,9%) a daganatos megbetegedések okozták (1. táblázat).



13. ábra 100 ezer főre jutó halálozások aránya a leggyakoribb halálok szerint (forrás: WHO, 2019)

Az Európai Unió további országaihoz hasonlóan a legnagyobb népegészségügyi kihívást Magyarországon is a krónikus nem fertőző betegségek okozzák. Ezek a betegségek, elsősorban a keringési, daganatos, légzőszervi és emésztőrendszeri betegségek felelősek az összes halálozás mintegy 90%-ért<sup>13</sup>.

2010 és 2018 között a halálozás hazánkban csökkenő tendenciát mutatott. 2015-ben – a nemzetközi trendeknek megfelelően – visszaesés volt tapasztalható a halálozás csökkenő tendenciájában, azonban 2019-ig újra csökkenő tendencia jellemezte a mutatót<sup>14</sup>, azonban a COVID járvány miatt 2021-ben jelentős, 17%-os emelkedés volt tapasztalható.

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

<sup>13</sup> Forrás: MÉRTÉK, Eseti gyorsjelentés-2016

<sup>14</sup> Forrás: KSH, Magyarország 2016.

Nyers halálozás						
	esetek száma (2020)	100.000 főre vetített aránya	összes %-ban	az EU27-hez viszonyítva (2020)	változás 2011-ről	az EU27-hez viszonyított érték változása 2011-ről
<b>Nők</b>						
<b>Összes halálozás</b>	72 341	1423,49	100%	126%	13%	-3%
<b>Keringési rendszer betegségei</b>	36 736	722,71	51%	182%	6%	9%
Iszkémiás szívbetegség	17 359	341,72	24%	310%	-1%	11%
Agyérbetegség	6 560	128,95	9%	143%	-12%	3%
<b>Daganatok</b>						
Tüdő	3 341	65,8	5%	193%	14%	-4%
Emlő	2 195	43,15	3%	116%	5%	0%
Vastag- és végbél	2 139	42,14	3%	160%	1%	4%
Hasnyálmirigy	1 123	22,14	2%	120%	21%	6%
Méhnyak	382	7,52	1%	185%	-5%	4%
<b>Férfiak</b>						
<b>Összes halálozás</b>	68 661	1466,05	100%	123%	8%	-9%
<b>Keringési rendszer betegségei</b>	29 186	623,31	43%	173%	3%	3%
Iszkémiás szívbetegség	14 576	311,07	21%	228%	-3%	0%
Agyérbetegség	5 162	110,35	8%	153%	-11%	-3%
<b>Daganatok</b>						
Tüdő	4 818	103,12	7%	147%	-14%	-2%
Vastag- és végbél	2 771	59,29	4%	172%	-1%	-1%
Prostata	1 354	28,89	2%	92%	12%	5%
Hasnyálmirigy	1 045	22,32	2%	115%	11%	-6%

**10. táblázat: A nyers halálozás esetszáma, aránya nemi bontásban (2020) időbeli és EU27 országokkal való összevetésben<sup>15</sup> (Forrás: Eurostat, 2020.)**

A halálozási arányszámok elemzése kapcsán elmondható, hogy 2011 óta mind az összhálaózás, mind az egyes betegségcsoportok okozta halálozás tekintetében minimális emelkedés volt tapasztalható tekintettel a COVID-19 hatásaira. Az adatok nemi bontásával nyert mutatók is ezt a tendenciát jelzik: a nők estében 13%-kal, a férfiaknál 8%-kal csökkent az összhálaózás 2011-2020 között. A legjelentősebb csökkenés az agyérbetegségek okozta halálozás esetében volt tapasztalható: a férfiak esetében 11%-kal, a nők esetében 12%-kal csökkent ennek aránya. Férfiaknál 2020-ben az összes halálozás 43%-t a keringési rendszer betegségei okozták.

### **Halálokok szerinti magyarországi korai halálozás**

<sup>15</sup> Megjegyzés: 10%-os vagy nagyobb javulás: zöld színnel, 10%-os vagy nagyobb romlás: piros színnel

Korai halálozás					
	100.000 főre vetített aránya	összes %-ban	az EU27- hez viszonyítva (2020)	változás 2011-ről	az EU27-hez viszonyított érték változása 2011-ről
<b>Nők</b>					
<b>Összes halálozás</b>	345,26	100%	194%	-2%	0%
<b>Keringési rendszer betegségei</b>	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
Iszkémiás szívbetegség	59,81	17%	340%	-19%	6%
Agyérbetegség	26,64	8%	195%	-32%	2%
<b>Daganatok</b>					
Tüdő	45,22	13%	213%	1%	-5%
Emlő	24,14	7%	125%	-9%	0%
Vastag- és végbél	19,47	6%	192%	-6%	8%
Hasnyálmirigy	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
Méhnyak	6,22	2%	200%	-6%	9%
<b>Férfiak</b>					
<b>Összes halálozás</b>	758,38	100%	202%	8%	-3%
<b>Keringési rendszer betegségei</b>	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
Iszkémiás szívbetegség	162,11	21%	279%	-3%	-1%
Agyérbetegség	58,28	8%	229%	-11%	-1%
<b>Daganatok</b>					
Tüdő	86,77	11%	187%	-14%	-1%
Vastag- és végbél	41,07	5%	231%	-1%	3%
Prosztata	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
Hasnyálmirigy	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a

II. táblázat: A nyers korai halálozás (1-64 éves életkor) aránya nemi bontásban (2020) időbeli és EU27 országokkal való összevetésben (forrás: Eurostat, 2020)

## 4. Kapcsolódás az Európai Szemeszterhez

### Helyzetkép:

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

2018-ban az összes halálozás 49%-át a keringési, míg 25%-át a daganatos megbetegedések okozták.<sup>16</sup> Az idő előtti halálozás miatt elvesztett, illetve megromlott egészségben leélt évek alapján az egészségveszteségek legnagyobb részét nem fertőző betegségek okozzák, azok döntő többsége a kockázati egészségmagatartásokhoz köthető<sup>17</sup>, a halálozás jelentős része pedig a problémák korai észlelése és azonosítása (pl. szűrővizsgálatok) biztosításának erősítésével folyamatosan csökkenthető.

<sup>16</sup> Forrás: KSH, Népesség, népmozgalom (1900–), 2018

<sup>17</sup> Forrás: Európai Bizottság, Egészségügyi országprofil, 2019

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

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

1. szakpolitikai célkitűzés:

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

2. szakpolitikai célkitűzés:

- Energiahatékonyság növelése és a megújuló energiaforrások felhasználása;

4. szakpolitikai célkitűzés:

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

### **2020. évi országspecifikus ajánlások:**

- Egészségügyi dolgozók hiányának kezelése;
- Minőségi megelőző és alapellátási szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítása;
- A kritikus orvosi eszközökkel való megfelelő ellátás és az infrastruktúra biztosítása az egészségügyi rendszer ellenálló képességének fokozása érdekében;
- Az alapvető szolgáltatásokhoz és minőségi oktatáshoz való hozzáférés biztosítása mindenki számára;
- Zöld és digitális átállás (tiszt és hatékony energiatermelés és -felhasználás, fenntartható közlekedés, hulladék- és vízgazdálkodás, kutatás és innováció, iskolák digitális infrastruktúrája).

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

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

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

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

betegségek korai felismerésének és korai kezelésének elősegítésével, a háziorvosi praxisközösségek létrejöttével a járóbeteg - szakellátás tehermentesítése várható.

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

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

## 5. Célrendszer

### 5.1. Jövőkép, általános cél

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

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

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

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

- A születéskor várható, egészségben eltöltött életévek növelése;
- A fizikai és mentális egészség egyéni és társadalmi értékének növelése;
- Egészségtudatos magatartás elősegítése, egyéni felelősségvállalás érvényesítése;

- A területi egészség-egyenlőtlenségek, illetve a születéskor várható élettartamban mutatkozó különbségek csökkentése.

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

## 5.2. Specifikus célok

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

A magyar Kormány már elfogadta azokat a jogszabály módosításokat, amelyek lehetővé teszik a praxisközösségek országos kiterjesztését, a háziorvosi hatáskörök bővítését. **Annak érdekében, hogy az alapellátási rendszer be tudja tölteni a megfelelő szerepét szükségszerű, hogy a szakirányú oktatás során megtanult képzési és kimeneteli követelményekben rögzített szakmai kompetenciák a szakdolgozók vonatkozásában is érvényre jussanak.**

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

Ezen jogszabályi módosításokkal megvalósulhat országszerte a lakóhelyközeli szakellátás, a fiatal szakorvosok számára vonzóvá válik a háziorvosi hivatás. **Ezáltal elérhetőbbé válnak egyes szakellátási szolgáltatások a háziorvos által.**

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

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

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

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

Magyarország **Nemzeti Digitalizációs Stratégiájának** (NDS) megállapításai szerint a 21. század második évtizedében a társadalmi és gazdasági élet valamennyi területén, így az egészségügyben is meghatározó szerep jut a digitalizációnak. Az NDS ezért alapvető célkitűzései között szerepelteti a közszolgáltatások digitális fejlesztését, kiemelt hangsúllyal az



e-egészségügyi megoldások továbbfejlesztésére. A terület digitalizációja elengedhetetlen az intézmények működési hatékonyságának, ellátási folyamataiknak javítása szempontjából. Az egészségügy megújítása, fenntartható alapokra helyezése, a hatékonyan működő, minőségorientált, betegközpontú és a prevenciót támogató egészségügyi rendszer létrehozása a legfontosabb kormányzati célkitűzések között szerepel. E célt a Kormány az állami szerepvállalás növelésével, a szervezeti integrációval kívánta elérni, amelynek szakmai irányait a Semmelweis Terv és az Egészséges Magyarország 2014-2020 Egészségügyi Ágazati Stratégia alapozta meg.

### 5.2.1. Népegészségügy

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

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

*„A Népegészségügy az egészségügy mozgatórugója”*

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

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

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

A rendszerszintű megközelítés legfontosabb sajátossága, hogy a lakosság egészségére ható összetett folyamatok különböző szereplőinek érdekeit és kapcsolatait figyelembe véve azok

viselkedését összehangoltan, egy irányba befolyásolja. Ahogyan a WHO „Egészséget minden politikában” és "Egészség 2020" átfogó megközelítése is deklarálja, az újfajta népegészségügyi szemléletmód sikeréhez a többi ágazat aktív szerepvállalása is szükséges.

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

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

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

#### **Az átfogó ágazati cél elérését 6 rész cél megvalósulása szolgálja:**

1. Egészséges életkezdés és a gyermekek egészségének kiemelt védelme, fejlesztése;
2. Az egészséges életmód előmozdítása, az egészségkockázatok csökkentése az egészségkommunikáció, egészségértés, egészségműveltségi és az egészségfejlesztési programok révén;
3. A krónikus betegségek terheinek csökkentése szakmailag megalapozott egészségfejlesztési és prevenciós szolgáltatások biztosításával, átlátható, egységes beteg-utakkal bíró egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréssel;
4. A lakosság egészségének járványoktól, környezeti ártalmaktól való védelme;
5. A hátrányos helyzetű lakosság egészségének javítása, az egészségi állapotban tapasztalható egyenlőtlenségek csökkentése;
6. A népegészségügyi rendszer továbbfejlesztése, megerősítése.

#### **Egészségfejlesztési Irodák**

A népegészségügyi rendszer megújítására a 2007-2013 tervezési ciklus forrásai nyújtottak jelentős mértékű forrásokat, melyeket a szaktárca egységes rendszerben, országos és területi szinteket érintően, az azok közti kapcsolódási pontokat figyelembe véve tervezett meg 7,2 milliárd forint keretösszeg felhasználásával. A pályázatok keretében 2013-tól összesen 61 EFI<sup>18</sup> jött létre egyenként 120 millió forintos támogatási összeggel, melyek ma már fenntartási időszakban működnek, működési költségeiket a pályázati forrásokat követően központi költségvetés biztosítja (25,2 millió forint/év/EFI).

Az EFI-k hálózatának bővítése és valamennyi járásra való kiterjesztése érdekében a 2014-2020-as tervezési ciklusban 4, 691 milliárd forint értékben állt rendelkezésre pályázati lehetőség az új járásokban további EFI-k létrehozására az **EFOP-1.8.19-17, illetve a VEKOP-7.2.2-17 „Az alapellátás és népegészségügy rendszerének átfogó fejlesztése - népegészségügy helyi**

<sup>18</sup> TÁMOP-6.1.2/11/3 és TÁMOP-6.1.2/11/LHH/B azonosító számú pályázatok keretében

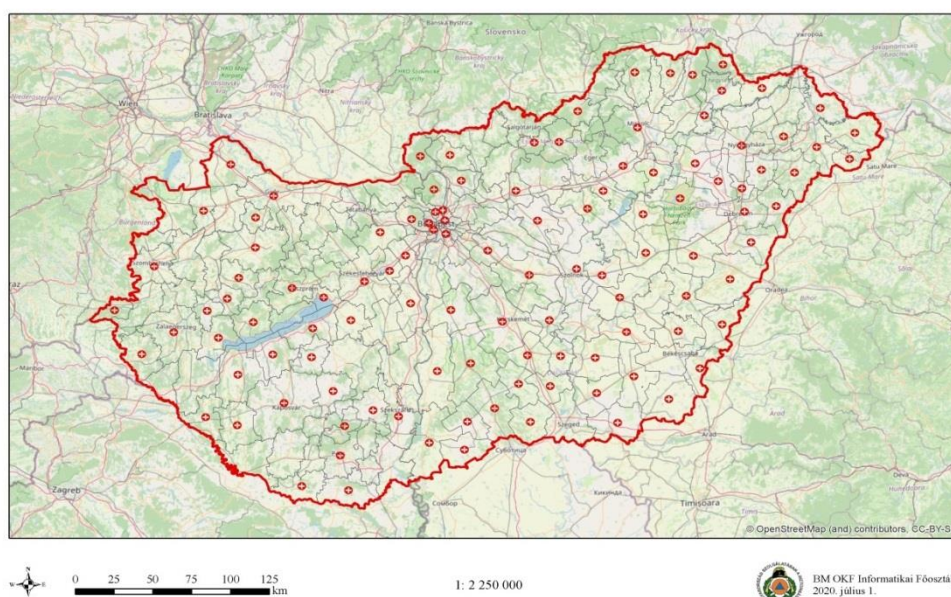
*kapacitás fejlesztése*” című konstrukciók keretében. Ebben a körben a kevésbé fejlett régiók (3,62 milliárd forint) mellett már a Közép-magyarországi (KMR) régió intézményei is nyújthattak be pályázatot (1,071 milliárd forint), így az újonnan létrejött 53 EFI-ből 12 db a KMR régióban, ennek fele Budapest kerületeiben jött létre.

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

Az egészségügy prevenciós kapacitásainak megerősítéseként működő **EFI-k** önállóan és másokkal együttműködve, az illetékességi területükhöz tartozó teljes lakosság testi, mentális egészségi szükségleteinek, igényeinek és élethelyzetének megfelelő, egészségfejlesztő, egészség kommunikációs, egészségértést és életmódváltást motiváló, az egészséggel összefüggő egyéni képességek fejlesztésére, közösségi cselekvések erősítésére, az egészséget támogató környezet kialakítására és fenntartására irányuló tevékenységeket végeznek, koordinálnak, illetve mozdítanak elő. Az EFI-k a lakossághoz közeli és térítésmentes prevenciós és egészségvédelmi szolgáltatások keretében elsősorban közösségi egészségfejlesztési szolgáltatások nyújtásával és széles partnerhálózat kialakításával az adott járás közösségének aktív és integrált részét képezik. Tevékenységükkel segítik a lakosság egészségmagatartásának fejlesztését, valamint aktívan részt vesznek a lakosság alkalomszerű és szervezett népegészségügyi szűrésekre történő mozgósításában is. Célcsoportjuk a várandósoktól kezdődően a kisgyermekes családokon át, az iskolások és fiatalok, valamint az aktív felnőttek mellett az idősek is, részükre szükségleteiknek megfelelő módon, helyen és időben nyújtanak egyéni életmód tanácsadást, illetve olyan közösségi programokat, melyek segítik az egészség választását. Ennek köszönhetően a lakoságnak az a része is könnyebben elérhető, akik eddig nem voltak motiváltak az egészségfejlesztési programokban történő részvételben, vagy nem jutottak el hozzájuk az országos népegészségügyi kommunikációban megfogalmazott üzenetek.

Jelenleg 106 járásban működik EFI, ebből 76 rendelkezik mentális egészség funkcióval.

## Egészségfejlesztési irodák



14. ábra: A hazai egészségfejlesztési hálózat (forrás: OKFŐ, 2024)

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

Az EFI-k által nyújtott szolgáltatások között szerepelnek

- mozgásprogramok;
- egészséges táplálkozást ösztönző programok;
- gyermeket tervező családokra, illetve szülői készségek fejlesztésére irányuló közösségi egészségfejlesztési programok;
- idősebb korosztályra irányuló egészségfejlesztési programok;
- krónikus betegségekre, illetve
- egészségkockázatok csökkentésére irányuló, specifikus programok;
- mentális egészségfejlesztési programok.

### Népegészségügyi célú, szervezett szűrővizsgálati rendszer

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

A szervezett szűrések körének kiszélesítése keretében a szervezett vastag-és végbélszűrés országos kiterjesztése 2018. évben indult, valamint 2014. évtől modellvizsgálat zajlik az alacsony sugárdózisú többszeletes CT-vizsgálattal (LDCT) történő tüdőrák szűrés (HUNCHEST és a HUNCHEST2 program) az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet koordinációjában.

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

Elemi:

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

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

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

A szervezett vastagbélsszűrés országos kiterjesztése az EFOP-1.8.1-VEKOP-15-2016-00001 „Komplex népegészségügyi szűrések” projektből finanszírozottan 2018. novemberétől 2023. június 30-ig zajlott. A projekt tapasztalatait alapján az egészségügyi kormányzat 2024. évben a vastagbélsszűrést – az emlő- és a méhnyakszűréshez hasonlóan – népegészségügyi célú, célzott szűrővizsgálatnak minősítette, mely megvalósítására 2024-ben 1,4 Mrd forint, 2025-ben pedig több mint 3 Mrd forint áll rendelkezésre.

## 5.2.2. Alapellátás

Az alapellátás jelenti az egészségügyi ellátórendszer első lépcsőjét, így az ellátórendszer megerősítése nem képzelhető el az alapellátási tevékenységek a jelenkor kihívásaira reagáló újragondolása nélkül. A 2019-es országspecifikus ajánlásokban foglaltakkal összhangban

kiemelten fontos az alapellátás megerősítése, a lakóhelyközeli, beteg -és emberközpontú ellátások irányába történő elmozdulás. Egyik elsődleges cél, hogy az egészségügyi alapellátás **bővített** szolgáltatásai minél több állampolgár számára legyenek elérhetőek.

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

A kiterjesztett alapellátás szereplőinek a jelenleginél nagyobb szerep jutna az **egészségfejlesztési, szűrési és gondozási, szakellátási tevékenységekben** is. Kiemelt szerepük lenne a krónikus betegség menedzsmentben, a krónikus betegek gondozásának koordinálásában.

**Az APN-ek (Advanced Practice Nurse, kiterjesztett hatáskörű ápoló továbbiakban: APN) kompetenciájának és hatáskörének kibővítésével hozzájárulhatunk a betegelégedettséget és megfelelő szakmai színvonalat biztosító egészségügyi ellátórendszer működtetéséhez a rendelkezésre álló erőforrások hatékony felhasználásával.**

**Az APN-ek tudása és szemlélete nagyban hozzájárulhat a sürgősségi esetek ellátási színvonalának emeléséhez.**

**Jelenleg az alapellátásban a BSc, MSc végzettségű ápolók - diplomás ápolók (főiskolai), APN, okleveles ápoló (egyetemi), egyetemi okleveles ápolók - csekély létszámban vannak jelen, annak ellenére, hogy a közösségi kiterjesztett hatáskörű APN ápolók az alapellátási modellprogramban orvosi felügyelet/szupervízió mellett nyújtott autonóm szolgáltatásaik – pl. prevenciók rendelés – nagy sikert arattak mind az orvosok, mind a lakosság körében. A korszerű praxisműködés tekintetében a kiterjesztett hatáskörű APN ápolók (pl. közösségi, geriátriai) jelentős hozzáadott értéket és érdemi erőtartalmat képeznek.**

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

Az elérhető hasznok maximalizálása érdekében a szakmai profilbővítéshez hatáskörbővítés is kapcsolódik. A járó- és fekvőbeteg szakellátásra nehezedő nyomás csökkentését, és az indokolatlan hospitalizáció elkerülését szolgálja a **házi orvosok hatáskörének bővítése** a diagnosztika és a gondozás területén. A jövőben a házi orvosok – amennyiben rendelkeznek ilyennel – nyújthatnak a másik szakvizsgájuknak megfelelő szakellátásokat is a házi orvosi ellátás keretében. Beutalhatják a betegeiket bizonyos, eddig szakorvosi beutalóhoz kötött vizsgálatokra vagy felírhatnak eddig csak szakorvosi javallatra kiváltható gyógyszereket is. A hozzáférésbeli egyenlőtlenségek csökkentéséhez úgyszintén hozzájárul a mobil moduláris házi orvosi rendelők kialakítása, amelyek segítségével a praxisközösségbe szerveződött házi orvosok a jelenleg tartósan betöltetlen praxisok esetén is biztosítani tudnák a szükséges ellátásokat.

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

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

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

### 5.2.3. Járó- és fekvőbeteg szakellátás

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

### Stratégia célok:

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

Az egészségügy gerincét a szakellátói intézménystruktúra jelenti, mellyel egy eredményesebben és hatékonyabban működő egészségügyi rendszer megerősítését célozzuk. A szakellátás tekintetében olyan ellátórendszeri struktúra megerősítése a cél, ahol az egyes egészségügyi intézmények hálózatba szerveződve, a kapacitásokat szükségleteknek megfelelően elosztva, együttműködve biztosítják a különböző szakellátásokat a lakosság számára.

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

További jelentős potenciális hatékonyság-tartalék fedezhető fel az egynapos sebészeti ellátások kiterjesztésében, a szükséges infrastruktúra biztosításában. Az egynapos sebészeti ellátások előtérbe helyezésével csökkenni fog a kórházban töltött napok számának átlaga. A kórházi ápolási napok számának csökkentésével, az egynapos ellátások fókuszba helyezésével az



ellátások költség-hatékonysága is javítható, valamint az elérhető egészségnyereség is növelhető és ellátórendszeri kapacitások is felszabadulhatnak, mely a lakossági szükségletekre reagáló módon átcsoportosítható.

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

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

A kórházi hálózat kialakításához szorosan kapcsolódik a labordiagnosztikai kapacitások átszervezése is. A **irányító vármegyei kórházakba** koncentrálhatóak a laborkapacitások, a modern labordiagnosztikai rendszerek beszerzésével a diagnosztikai folyamatok rövidíthetőek, megbízhatóságuk növelhető, ezáltal nő annak az esélye, hogy a páciensek a megfelelő időben a megfelelő ellátáshoz jutnak, tehát csökken az elkerülhető egészségveszteség mértéke. **A Nemzeti Laborhálózat kialakításának céljai, az elvárt eredmények az ágazati irányítás szempontjából: az országos laboratóriumi struktúra és kapacitások hatékony újraszervezése, fenntartható finanszírozásának kialakítása, a laboratóriumi szakmai folyamatok informatikai vezéreltségének fejlesztése, egységes, strukturált adatok generálása és kezelése.**

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

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

#### 5.2.4. Ágazati humán erőforrás

A szakmapolitikai célkitűzések 3 fő irány köré csoportosíthatók:

## ***1. Egészségügyi szakemberek képzési, továbbképzési rendszerének fejlesztéséhez kapcsolódó célkitűzések***

### **A pályaaorientációval kapcsolatos célkitűzések**

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

### **A szakorvosképzéssel kapcsolatos célok**

A szakorvosképzést érintően cél a képzési rendszer megerősítése, a hazai rezidens képzés Európa-szerte elismert magas színvonalának megőrzése és fejlesztése, a szakorvos utánpótlás biztosítása és a humánerőforrás szükséglet igényekhez történő alakítása. A szakképzés felülvizsgálatának indoka, hogy az általános orvosképzés és a hozzá kapcsolódó szakorvos képzés egymásra épül és szorosan összefügg, ezért indokolt a jelenlegi rendszer megerősítése úgy, hogy az egyetemről kikerülő orvosok már önállóan is ellátható, körülhatárolt kompetenciákkal rendelkezzenek. Cél, hogy a szakképzés előrehaladtával a rezidensek olyan önállóan is ellátható kompetenciákkal rendelkezzenek, ami alkalmassá teszi őket – megfelelő szakorvosi felügyelet biztosítása mellett – az ügyeleti és egyéb betegellátási feladatokba történő bekapcsolódásra. **A szakorvosképzés átalakításával a képzési struktúra úgy került kialakításra, hogy az egyes szakképesítések szintekre tagoltak, az egyes szintek között a jelöltek részvizsgát tesznek, így lehetővé válik a rezidensek lépcsőzetes önállósodása és felelősségvállalása.** Az egyes szintek sikeres teljesítésével megszerezhető kompetenciák köre 2022 szeptemberétől került bevezetésre, amely 2023. szeptember 21-től tovább bővült a szakfogyorvosi alap szakképesítések kompetenciáival, és kiegészült 3 szakorvosi szakterületen további 6 kompetenciával.

### **Középfokú szakképzéssel kapcsolatos célkitűzések**

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

### **A gyakorlati képzésekkel kapcsolatos célkitűzések**

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

## ***2. Illetmény- és illetménypótlék rendszerének fejlesztésével kapcsolatos célkitűzések***

### **Az egészségügyi szolgálati jogviszony létrehozásával és az orvosok béremelésével kapcsolatos célkitűzések**

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

### **Illetménypótlékkal kapcsolatos célkitűzések**

A fokozott megterhelést és a szakemberek egészségügyi állapotát veszélyeztető munkakörökben **a jelenleg is biztosított** pótlékrendszer áttekintése szükséges.

### **3. Az egészségügyi szakemberek munkafeltételeinek javításával kapcsolatos célkitűzések**

#### **A munkakörnyezet fejlesztésével kapcsolatos célkitűzések**

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

#### **Egészségügyi ellátórendszer megerősítésével kapcsolatos célkitűzések**

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

## **5.2.5. Digitális egészségügy**

### **EESZT dokumentumok strukturáltságának növelése**

**Az EESZT jelentősége az egészségügyi rendszer modernizációjában és hatékonyságának növelésében kulcsfontosságú. Az EESZT-ben strukturált dokumentumok használata számos előnnyel járna, különösen a kutatás, az adatok hasznosítása és az ágazati döntéshozatal, szakpolitikai döntések támogatása terén. Az automatizált, egységes és valós idejű adatfeldolgozás és jelentéskészítés csökkentené az adminisztratív terheket, növelné az adatok pontosságát és megalapozottabb döntéshozatalt tenne lehetővé. Ezek a változások hozzájárulnának a magyar egészségügyi rendszer modernizációjához és hatékonyságának növeléséhez.**

### **Strukturált Dokumentumok Előnyei**

- Valid adatok: A strukturált dokumentumok lehetővé teszik az adatok egységes és pontos rögzítését, ami csökkenti az adatrögzítési hibák lehetőségét. Ez különösen fontos a diagnózisok, kezelések és eredmények dokumentálásakor, hiszen az adatminőség közvetlen hatással van a betegek ellátásának színvonalára.
- Adatok elemezhetősége: A strukturált adatok könnyebben elemezhetők és feldolgozhatók. Ez nagy előnyt jelent az egyes betegségek prevalenciájának vizsgálatára, a kezelési módszerek hatékonyságának értékelése vagy az egészségügyi trendek nyomon követésére.
- Interoperabilitás: A szemantikailag interoperábilis rendszer lehetővé teszi az adatok egyszerű, gyors és megbízható megosztását és felhasználását különböző egészségügyi intézmények, az egyes ágazati szereplők között.
- Döntéstámogatás az Adatvezérelt egészségügyben: Az EESZT rendszerében tárolt strukturált adatok olyan algoritmusok kidolgozásának alapját képezhetik, amelyek az EESZT-re építve lehetővé teszik:
  - o a betegségek kockázati tényezőinek azonosítását;
  - o a megbetegedések előrejelzését vagy korai felismerését;
  - o a pontosabb diagnosztizálást;
  - o a hatékonyabb, személyre szabott kezelési mód kiválasztását, illetve
  - o időt takarít meg ezáltal könnyíti a jelenleg gyűjteményes dokumentumokra épülő orvosi-ápolói munkát;
  - o az ellátórendszer felől nézve a rendszermenedzsment, a kapacitástervezés, az ellátásszervezés, a teljesítményjavítás és a humán erőforrás menedzsment fejlesztését.

Az eredmények rendszerképeséggé fejlesztése esetén nő az ellátórendszer hatékonysága és az ellátás minősége, valamint javul a hozzáférhetőség és a méltányosság.

#### Egészségügyi adatvagyon hasznosítása

- Egészségügyi adatvagyon-gazdálkodás működési modelljének és az adathasznosítás szabályozási környezetének fejlesztése
- Egészségügyi adatok másodlagos felhasználását elősegítő mechanizmusok és szervezeti keret kialakítása
- Egészségügyi adatkataszter és nyilvántartás létrehozása
- Mesterséges intelligencia (MI) felelősségi és etikai szabályok megalkotása
- Adatminőség javítása, adatelemző, adatfeldolgozó képességek javítása

#### E-health eszközökkel támogatott egészségügyi folyamatok

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

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

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

## 5.2.6. Magyarország gyógyszerekkel kapcsolatos jövőképe, összefüggések az európai gyógyszerstratégiával

### Bevezetés

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

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

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

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

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

- a gyógyszerellátás rendszere kapcsolódjon be a népegészségügyi programokba (prevencióba),
- nemzetközi együttműködések (globális szinten).

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

### **Magyarország gyógyszerekkel kapcsolatos jövőképe/stratégiai javaslatok**

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

A COVID-19 járvány megmutatta azokat a pandémia idején kiemelt fontosságú területeket Magyarországon is, amelyek a járványidőszakon túl is jelentősek lehetnek. Fő célunk a zavartalan gyógyszerellátás biztosítása, amely fenntartásához szükséges a teljes hazai gyógyszerellátási lánc működésének, erőforrásainak és a gyógyszer teljes életidejének/életútjának rendszeres áttekintése. Emellett az elmúlt időszak tapasztalatai alapján célkitűzésként fogalmazódott meg a nemzeti önellátási képességeink növelése. Fentiekkel összefüggésben a háttérintézmények segítségével áttekintettük a gyógyszerellátási rendszert, mely biztonságának megszilárdítása érdekében az alábbi felvetések tekintetében javasolt lépéseket tenni.

### **Az ellátásbiztonságot érintő javaslatok**

Az elmúlt években tapasztalhattuk, hogy a gyógyszerhiány kialakulása mögött legtöbbször a gyártó/forgalmazó oldalán keletkező váratlan probléma rejlik. A váratlan helyzetet legtöbbször gyártási nehézségek okozzák, de előfordulhat hiányhelyzet a gyártó/forgalmazó gazdasági érdekei mentén hozott döntés következtében. A hiányhelyzetek attól függetlenül is megtörténhetnek, hogy jogszabály mondja ki mind a forgalomba hozatali engedély jogosultja, mind a gyógyszer-nagykereskedő esetében is az ellátási kötelezettséget. Ez azt jelenti, hogy az érintett vállalatoknak saját hatáskörben mindent meg kell tenniük az általuk forgalmazott gyógyszerek zavartalan ellátásának biztosítása érdekében.

Az alábbi területeken lehet szükséges a változtatás:

- A hiányhelyzet okozta problémák jövőbeni megelőzése érdekében szükségesnek látszik az ellátás szempontjából nagy kockázatú/ alapvető/ **létfontosságú készítmények listájának meghatározása**. Ilyenek lehetnek többek között:

- egyes intenzív terápiás készítmények (fentanyl, propofol, midazolam, morfin, adrenalin)
- egyes antibiotikumok,
- antivirális készítmények,
- immunglobulinok,
- infúziók, vakcinák,
- monopohelyzetű készítmények.

2024. április 25-én megalakult az EU Kritikus Fontosságú Gyógyszerek Szövetsége (Critical Medicines Alliance). A Szövetség tagjai két tematikus munkacsoportban működnek együtt az alábbi célokkal: a kritikus fontosságú gyógyszerek és a hatóanyagok uniós gyártási kapacitásának megerősítése, valamint a nemzetközi partnerségek és együttműködés diverzifikálása.

- Az ellátás szempontjából nagy kockázatú gyógyszerek esetében **tartalékképzésre** (gyógyszerbank) lehet szükség a megnövekedett kereslet, az időnként jelentkező határlezárások miatti szállítási bizonytalanságok, vagy egy esetleges újabb pandémia miatt. A tartalékképzés több havi (1,5 -2 havi) biztonsági készlet rendelkezésre állását jelentené. A kis országok viszonylag kis gyógyszerpiacának nehézségeit folyamatosan fennálló problémának érzékeljük, itt is egységes szabályozók szükségesek a nagykereskedelmi tevékenység fokozott kontrollja érdekében. **Magyarországon, a stratégiai gyógyszerlistán szereplő hatóanyagokat tartalmazó gyógyszerekből a nagykereskedőknek miniszteri rendeletben meghatározott készletet kell tartaniuk, tekintettel arra, hogy EU szinten fontos a nemzeti készletezési intézkedések koordinációja.**
- A gyógyszerek eltarthatósága a helyi és a szállítás során fennálló klimatikus viszonyoktól függ, a **gyógyszerszállítás** jobban megvalósítható, és főleg sokkal olcsóbb országon belül, ennek megfelelően az OGYÉI gyakorlatában először a hazai forgalmazású, majd EU-s, ennek hiányában harmadik országból történő **beszerzés** engedélyezése a megszokott sorrend.
- A fentiekkel összefüggésben emelhető ki az Állami Egészségügyi Tartalék képzés szerepe, mely célja szerint elsődlegesen háború, természeti katasztrófa és pandémia esetére lett létrehozva. Az **Állami Egészségügyi Tartalék alkalmas lenne a bekövetkező gyógyszerhiányok generálta ellátási nehézségek tompítására, illetve megoldására.** Ennek keretében a jogalkotó törvényben felruházta az Állami Egészségügyi Tartalék kezelőjét arra, hogy gyógyszerhiány vagy pandémia esetén a világ bármely országából a szükséges gyógyszerek beszerzését koordinálja, illetve egyfajta állami nagykereskedőként azokat közvetlenül beszeresse és ellássa vele az egészségügyi szolgáltatókat. Az Állami Egészségügyi Tartalék kezelésének, illetve irányításának kormányzati felelősségi körében beálló változások lehetőséget teremthetnek a tartalék szakmai összetételére és kezelésére vonatkozó szabályozók felülvizsgálatára, amely folyamatba az OGYÉI bevonása indokolt.

- A gyógyszerhiány helyzetek messzebbre tekintő, megnyugtatóbb megoldása a **hazai gyártás ösztönzése** lehetne. Tekintve, hogy a gyógyszerek kutatás-fejlesztése, előállítás, logisztikája időigényes folyamatok, a kívánt eredmény csak hosszabb távon jelentkezhet. Elsősorban az alapanyaggyártás (hatóanyag- és segédanyaggyártás) jövőbeni kiemelt kezelése javasolható.
- Az ellátás szempontjából nagy kockázatú/ alapvető/ létfontosságú gyógyszerek gyártásának alapjait tehát európai uniós vagy hazai szinten célszerű megteremteni. Javasolt, hogy a piaci ösztönzők ebben az esetben ne csak a gyártót, de a forgalmazót is illessék meg, hiszen a célt a szélesebb körű, nagyobb léptékű tervezés szolgálja leginkább.

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

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

### **A megfizethetőséget szolgáló javaslatok**

A gyógyszerek előzetes engedélyezést követően kerülhetnek forgalomba, jogszabályok és egyéb előírások a gyártástól a gyógyszer kiadásáig garantálják a megfelelő minőséget a folyamatos hatósági ellenőrzés útján. Az ár és a támogatás kérdése kapcsán:

- Fontos, hogy rendszeres időközönként történjen meg a vizsgálat és döntés a támogatásra benyújtott készítmények, főleg a nagyértékű innovatív gyógyszerkészítmények esetén.
- Az árképzés során fontos szempont, hogy túlzottan alacsony áron történő befogadás ellentétes hatást válthat ki.
  - A magisztrális gyógyszerek esetében komoly problémát jelentenek a nem aktualizált magisztrális díjak. A magisztrális díjak nem tükrözik a befektetett gyógyszerészi és szakasszisztensi munkaórákat, valamint nem alkalmasak a felhasznált eszközök értékcsökkenésének kompenzálására. **A 2023. évtől megemelésre kerültek a gyógyszertárakban elkészíthető magisztrális gyógyszerek készítési díjai, biztosítva ezzel a gyógyszerkészítés fennmaradását, stabilizálását.**

### **A gyógyszeripari stratégiai szempontokkal kapcsolatos javaslatok**

- Az ágazati iparpolitika alakítása során **fontos lenne a biotechnológiai K+F+I folyamatok támogatása** oly módon, hogy az végső soron a gyakran használt, nagy költségvetési kiáramlást generáló, monopol piacstruktúrával rendelkező gyógyszerkészítmény-piacokon



(például alacsony molekulásúlyú heparinok) eredményezhessen nagyobb ellátási önállóságot, illetve megtakarítást hazánk számára.

- Fontos továbbá, hogy az **iparpolitikai ösztönzők ne keveredjenek a támogatáspolitikai** eszközeivel, azaz, hogy ne alakuljon ki önálló támogatásba vételi eljárás egy-egy iparpolitikai szempont (például gyártóhely) szerint összerendezett gyógyszerkészítmények esetén. Ugyanakkor az EU vonatkozó szabályainak megtartása mellett (ideértve a csekély összegű (de minimis) támogatásokra vonatkozó rendelkezéseket) a támogatási kérelmek értékelése során az igazgatási szolgáltatási díjából adható kedvezmény megfelelő ösztönző lehet egyes hazai KKV-k számára.

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

### **Vidéki gyógyszerellátás**

Magyarország lakosainak gyógyszerellátását jelenleg 2 300 közforgalmú, 669 fiók, 192 orvosi kézigyógyszertár biztosítja. Mindezekon túl 717 a gyógyszertáron kívül is forgalmazható gyógyszereket árusító kereskedelmi egységek száma.

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

A kistelepülések gyógyszerellátásával kapcsolatban két fő szempontot kell figyelembe venni:

- a jelenleg működő gyógyszertárak megőrzése és szolgáltatásaik fejlesztése,
- a települések gyógyszerellátásának javítása.

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

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

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

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

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

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

A lakossági gyógyszerellátás területén 2010 óta számos olyan intézkedés került bevezetésre, amely hátrányos helyzetű, szolgáltatáshiányos településeken is elő kívánta segíteni a gyógyszerellátás magas szintű biztosítását. A kisforgalmú gyógyszertárat működtető vállalkozások kérelemre költségvetési forrásból éves szinten 1050 millió forint támogatásban részesülnek, ebből az összegből a fiókgyógyszertárat működtető vállalkozások további (havi 60 000 forint) támogatásra jogosultak. Ezen támogatásokkal lehetővé válik, hogy a vidéki településeken alacsony forgalmi volumennel rendelkező gyógyszertárak működőképesek maradjanak, ne kényszerüljenek az alacsony jövedelmezőség miatt bezárásra, ezzel ellátatlan területet hagyva maguk után.

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

A kistelepülések gyógyszerellátásának javítása az alábbi módokon lehetséges:

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

### **Klinikai vizsgálatok támogatása**

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

A HECCRIN önálló jogi személyé válása nem indokolt, tekintettel arra, hogy a klinikai vizsgálatok felügyeletét az egészségügyi ágazatnál szükséges tartani.

## Háttérintézmények stratégiai szerepének növelése

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

Kiemelten említhetők a hatósági ellenőrzések, amelyek hatékonysága még tovább növelhető a közös EU-inspekciók keretében. Különösen hasznos lehet az inspekciók szervezése kölcsönös elismeréssel EU-n belül, illetve közösen fellépve a harmadik országokban.

### Összegző megállapítások:

- 1) A hiányhelyzetben érintett, a betegellátás szempontjából létfontosságú gyógyszerek esetén az érintett gyógyszerek listájának meghatározása, a készletek hatékony kezelése mellett az Állami Egészségügyi Tartalék is fontos szerepet tölthet be a hazai ellátás biztosítása érdekében.
- 2) Piaci ösztönzők bevezetése megfontolandó, csakúgy, mint a központi beszerzések, tenderek rendszerének átgondolása, az ellátásbiztonság garanciáinak hangsúlyosabb figyelembevételére.
- 3) Javasolt a hazai alapanyaggyártás ösztönzése, bizonyos hatóanyagok esetén újbóli megteremtése és fenntartása.
- 4) Javasolt a hatékony, innovatív magas árú gyógyszerekhez való hozzáférés fenntartása, javítása.
- 5) Szükséges a vidék gyógyszerellátás javítása.
- 6) Egészségügyi szolgáltatók által kezdeményezett klinikai vizsgálatok végzésének/támogatásának szervezeti háttere.
- 7) A gyógyszerellátás területén hatáskörrel rendelkező háttérintézmények még hatékonyabb működése érdekében a szükséges erőforrások biztosítása.

## 5.2.7. Magyarország orvostudományi kutatásokkal és klinikai vizsgálatokkal kapcsolatos jövőképe

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

Jelentős az országok között a verseny, ugyanis a klinikai vizsgálatok sokszor az adott időszakot évekkal megelőzve közvetítenek számos tudományos, kutatási értéket, és ezen keresztül

előnyösen befolyásolják az orvosok tudását, valamint lehetőséget nyújtanak a bennük résztvevő betegek számára a korai, új terápiához való hozzáférésre.

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

## **Javaslatok a klinikai és transzlációs kutatások hatékonyabbá és transzparenssebbé tételére, illetve nemzetközi beágyazottság javítására**

### **A magyar NIH létrehozása**

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

Az országos intézetek Magyarországon adottak. Ezeknek az intézeteknek szakmai fejlesztését és az egészségügyi kormányzati prioritásoknak megfelelő tudományos kutatási irányítását az Egészségügyi Tudományos Tanács (ETT) mint szakmai szervezeten keresztül terveznék amerikai példa alapján kormányzati szinten bonyolítani. Ezen túlmenően ez a szakmai irányítási véleményezési és bírálati rendszer klinikai orvostudományi kutatásokat szervezhetne és irányítana nemcsak a hozzátartozó országos intézetekben pályázati alapon.

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

### **Egészségügyi ágazati kutatásfejlesztési irányítási és végrehajtási rendszer létrehozásának stratégiai jelentősége**

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

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

Továbbá az 1077/2021. (II. 27.) Korm. határozat a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Alap 2021. évi programstratégiájáról az Innovációs Alaprész esetében az 1. mellékletben a Befektetés a jövőbe Alap esetén jelöl egészségügyi kapcsolódást, de jelzi, hogy az Alap tekintetében a Koronavírus-járvány Elleni Védekezésért Felelős Operatív Törzs hozza meg a szakmai támogatói döntéseket. A korm. határozat az NKFI Alap a Kutatási Alaprészben a „Tématerületi Kiválósági Program 2021” program tekintetében az egészségügy a támogatási program egyik kiemelt területe.

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

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

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

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

A tudományos és gyógyítási infrastruktúrák felmérése, kialakítása és az új hálózati rendszerhez való igazítása elősegíti majd a célzott koordinált tudásbázisok létrehozását, amelyek összehangoltan nemzeti és nemzetközi kollaborációs tevékenységek mentén várhatóan jelentősen megnövekedett effektivitással fognak működni.

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

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

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

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

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

hiszen az egészségtudományos projektekre célzottan, szoros koordináció mentén lehet majd pályázni.

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

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

### 5.3. A részletes célkitűzésekhez mérhető output és eredménymutatók, célértékek

Célok	Eszközök	Indikátorok/Eredménytermékek
Alapellátás fejlesztése	Alapellátás fejlesztése a házi orvosok szerepének erősítésére, a lakóhely-közeli szolgáltatások bővítésére és a szakellátás tehermentesítésére	Működő praxisközösségek
	Munkahelyteremtés és növekedés	A támogatott közigazgatási szervek vagy közszolgáltatások száma nemzeti, regionális és helyi szinten
	Munkahelyteremtés és növekedés	Továbbfejlesztett szolgáltatásokkal elért személyek száma
Szakellátási kapacitások fejlesztése	Kórházi hálózat fejlesztése, a megfelelő szintek kialakításához szükséges feltételek biztosítása	Fejlesztett infektológiai ellátóhelyek száma
	Kórházi hálózat fejlesztése, a megfelelő szintek kialakításához szükséges feltételek biztosítása	Modulárisan kialakított járványkórházak száma <sup>19</sup>
	Kórházi hálózat fejlesztése, a megfelelő szintek kialakításához szükséges feltételek biztosítása	Speciális igényeknek megfelelő járványkórházak
	Kórházi hálózat fejlesztése, a megfelelő szintek kialakításához szükséges feltételek biztosítása	Speciális igényeknek megfelelő pulmonológiai hálózat kialakítása

<sup>19</sup> Olyan ad hoc helyzetben létrehozott kórház, amelyet valamely járványveszélyben történő ellátáshoz kapcsolódó gyors alkalmazkodás tesz szükségessé, pl. a kiskunhalasi járványkórház a COVID-járvány idején.

	Kórházi hálózat fejlesztése, a megfelelő szintek kialakításához szükséges feltételek biztosítása	Új járvány igényeknek megfelelő intézmények
	Kórházi hálózat fejlesztése, a megfelelő szintek kialakításához szükséges feltételek biztosítása	Fejlesztéssel érintett centrumkórházak
	Munkahelyteremtés és növekedés	A támogatott közigazgatási szervek vagy közszolgáltatások száma nemzeti, regionális és helyi szinten
	Munkahelyteremtés és növekedés	Továbbfejlesztett szolgáltatásokkal elért személyek száma
Ágazati Humán Erőforrás	Orvosok jövedelem viszonyainak a rendezése, hálapénz kivezetése	Béremeléssel érintett orvosok száma
	Szakdolgozók jövedelem viszonyainak rendezése	Béremeléssel érintett szakdolgozók száma
	Egészségügyi ellátórendszer HR fejlesztése	A fejlesztésben érintett egészségügyi szakemberek száma
Digitális egészségügy	Humán közszolgáltatások digitális átállásának támogatása	Digitálisan elérhető új gyógyszerészeti adatbázisok száma
	Humán közszolgáltatások digitális átállásának támogatása	EESZT adatközpont által kiszolgált kutatási projektek száma
	Humán közszolgáltatások digitális átállásának támogatása	Elektronikus úton intézhető egészségügyi hatósági eljárástípusok aránya
	Humán közszolgáltatások digitális átállásának támogatása	Ellátási folyamatok digitalizálása kapcsán létrejött telemedicinális (infokommunikációs eszközökön megvalósuló) ellátások szám az adott évben
	Humán közszolgáltatások digitális átállásának támogatása	Ellátásszervezést és digitalizált ellátási folyamatokat támogató új fejlesztett EESZT modulok száma
	Humán közszolgáltatások digitális átállásának támogatása	IT biztonsági fejlesztéssel érintett kórházak száma
	Humán közszolgáltatások digitális átállásának támogatása	Központi egészségügyi mobil applikációt használó felhasználók száma

	Humán közszolgáltatások digitális átállásának támogatása	Mesterséges Intelligencia megoldást alkalmazó új ágazati szolgáltatások (alkalmazások) száma
	Humán közszolgáltatások digitális átállásának támogatása	Onkológiai és daganatpatológiai telemedicina hálózatba bekapcsolt intézetek száma
Egészségügyi tudományos tevékenységek fejlesztése	NOKK létrehozása és működtetése	<p>A tudományos infrastruktúrák száma</p> <p>A transzlációs kutatások és a „first in man” klinikai trialek minőségi és mennyiségi mutatói</p> <p>A klinikai fázis I-III vizsgálatok száma és a betegbesorolás hatékonysága</p>

**12. táblázat:** A részletes célkitűzésekhez mérhető output és eredménymutatók, célértékek



## 6. Tervezett intézkedések

### 6.1. Népegészségügy

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

#### **1. pillér: Kiemelt célcsoportok egészségének védelme és fejlesztése**

1.1. alprogram: Gyermeket váró és kisgyermekes családok

##### *Indokoltság:*

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

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

A tartós párkapcsolatra, valamint az egészséges és biztonságos családi életre felkészítést célszerű már a középiskolában elkezdni, és a családi szinten a várandósság kezdetétől a gyermek 3 éves koráig folyamatosan, intenzív támogatást biztosítani. Az újszülöttek és kisgyermekek egészségének folyamatos monitorozása teszi lehetővé, az időben történő népegészségügyi beavatkozásokat. A családbarát szülészeti-újszülött ellátás fejlesztése, és kiterjesztése a kapcsolódó preventív ellátási területekre is: várandós gondozás, családvédelmi tanácsadás, csecsemő- és gyermekellátás.

1.2. alprogram: Gyermekek és fiatalok

##### *Indokoltság:*

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

### 1.3. alprogram: Aktív korúak

#### *Indokoltság:*

Az ország versenyképességének növelése, a 18-64 éves korosztály munkaképességének, azaz testi-lelki egészségének javítása elengedhetetlen. Az aktív korúak esetében kiemelt kockázatot hordoz az egészségtelen táplálkozásból, a fizikai inaktivitásból, a dohányzásból és az alkoholfogyasztásból származó egészségvesztés, mely által jelentősen csökkenhet az egészségben eltöltött évek száma. Az egészséges életmód általánossá válását a lakosság egészségműveltségének emelése, reprodukív koron túli egészségfejlesztése, viselkedésváltozás ösztönzése és az egészséget támogató környezet kialakítása eredményezheti. Mivel az egészséges életmód a krónikus betegségek megelőzésének leghatékonyabb eszköze, az aktívkorúak egészségének védelmére és fejlesztésére irányuló beavatkozások várhatóan a hazai egészségvesztéseket jelentős mértékben fogják csökkenteni

### 1.4. alprogram: Idősek

#### *Indokoltság:*

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

### 1.5. alprogram: Krónikus betegségek visszaszorítása

#### *Indokoltság:*

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

## **2. pillér: Népegészségügy korszerűsítése, megerősítése**

### 3.1. alprogram: Szakpolitikai irányítás támogatásának fejlesztése

#### *Indokoltság:*

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

A döntéstámogatáshoz szükséges egészségadatok egy része lakossági egészségfelmérésekből, statisztikai kutatásokból származik, másik részük az alap- és szakellátásban keletkezik (társadalombiztosítás felé jelentett adatok, szűrések, betegségregiszterek és egyéb rutin adatgyűjtések adatai). Az egészséget befolyásoló más szektorokban keletkező adatok (pl. foglalkoztatás, oktatás) ugyancsak nélkülözhetetlenek a megalapozott szakpolitikai döntésekhez. Az adatok összegyűjtése, adatbázisokká alakítása, hozzáférésük szakmai és laikus felhasználók számára való biztosítása korszerű információ-technológiai (IT) megoldásokat tesz szükségessé. Az elmúlt évtizedekben Magyarországon stratégiai jelentőségű adatgyűjtés állt elő. Az adatgyűjtések a legtöbb esetben az adott szakterületért felelős intézmény felelőségi körében zajlanak, megoldásra vár viszont az, hogy ezekben az elosztott rendszerekben álló adatok a fent leírt integrált módon váljanak hasznosíthatóvá.

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

### 3.2. alprogram: Népegészségügyi rendszer továbbfejlesztése

#### *Indokoltság:*

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

erőforrásokból olyan komplex programok valósulhatnak meg, amelyek költséghatékonyan termelnek egészségnyereséget, növelik az egészségvagyon Magyarországon.

### 3.3. alprogram: Szűrővizsgálati rendszer korszerűsítése

#### *Indokoltság:*

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

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

Egy szűrővizsgálat abban az esetben hatásos (azaz csökkenti a célbetegségből eredő halálozást), ha azon **a mellrák és a méhnyakrák szűrés esetében** a céllakosság legalább 70-80%-a, a **vastagbéliszűrés esetében pedig 45%-a** részt vesz. Ennek érdekében szükséges a szűrőprogramok 4. alprogramban foglaltakkal való megerősítése.

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

#### *Indokoltság:*

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

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

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

## 6.2. Alapellátás

Az alapellátás fejlesztése tekintetében konkrét célként fogalmazódik meg:

- Az egészségügyi alapellátás költséget és hozzáférést érintő hatékonyságának növelése érdekében a lakóhelyközeli ellátásokat biztosító szolgáltatók - háziorvosi, ápolói, házi gyermekorvosi, fogorvosi, védőnői, iskolaorvosi, otthoni szakápolási, foglalkozás-egészségügyi - feladatainak összehangolása.
- Cél a definitív és prevenció ellátás ösztönzése érdekében a finanszírozás teljes körű megerősítése a minőség és teljesítmény alapú elemek hangsúlyának fokozatos növelésével. Az alapellátási licencek kidolgozásával, megfelelő kompetencia esetén egyes járóbeteg-szakellátásból átvett feladatokat is finanszírozottá válhatnak az alapellátásban.
- A betegségek korai felismerése és a definitív ellátáshoz szükséges döntések lakóhelyközeli meghozatala érdekében, az alapellátó szolgálatokat az ehhez szükséges minden olyan informatikai eszközzel és orvosi műszerrel szükséges felszerelni, amelyek ezt költség-hatékony módon elősegítik.
- A humán erőforrás biztosításához a fiatalok körében vonzóbbá tehető mind a háziorvosi, mind a fogorvosi, az ápolói (BSc, MSc ápoló) és a védőnő pálya a szakmák jelentőségének növelésével, a graduális képzésekben az alapellátási, prevenció, népegészségügyi ismeretek hangsúlyának erősítésével, az együttműködési készségek fejlesztésével. A háziorvosi szakorvosképzést és a továbbképzési rendszert gyakorlat-orientálttá válása mellett biztosítandó a folyamatos továbbképzés is.
- Megerősíti az alapellátást, hogy további magas kompetenciájú szakemberek, BSc és MSc ápolók, kiterjesztett hatáskörű ápolók (APN), népegészségügyi szakemberek, dietetikusok, gyógytornászok, pszichológusok vállalnak szerepet az alapellátásban, szabályozott kompetenciák mellett.
- A *teammunka*, a praxisok egymás közötti és a különböző alapellátási, szakellátási területekkel történő együttműködésének ösztönzése szükséges minden szinten. A praxisközösségi működési formákat következetesen és összehangoltan támogatni szükséges ott, ahol ezeknek a működési formáknak a létrehozására az alapellátók részéről szándék jelentkezik.
- Az alapellátás definitív ellátásainak növelése és prevenció tevékenységeinek tervezhetősége, valamint a sürgősségi betegellátó kórházi osztályok tehermentesítése érdekében az alapellátási ügyeleti rendszerfejlesztése, méretgazdaságos üzemeltetése, amely országsszerte megfelelő hozzáférhetőséget biztosít.

- A lakóhelyközeli ellátás elvének megfelelően biztosítandóak a területi alapon működő integrált ellátás feltételei, amelyben a prevenciós és definitív alapellátási és egyes szakellátási funkciók egyszerre és koordináltan elérhetők, az alap- és szakellátás szakemberei és szolgálatai együttműködnek a jelenlegi szinte izolált működés helyett, továbbá a védőnői ellátás egységes védőnőszakmai/működtetési irányításával valósul meg. Ezáltal méretgazdaságosan megteremthetők a közel azonos szintű hozzáférés feltételei az ország teljes területén és a lehető legalacsonyabb progresszivitási szinten, a lakosság közelében nyújtható ellátás.
- Az alapellátási szolgáltatók számára országosan olyan egységes szakmai, módszertani, minőségirányítási és folyamatos rendszer-fejlesztési koordináció biztosítása szükséges, amely képes integráltan irányítani az alapellátás összes szakterületét, biztosítani az egészségügyi alapellátás illeszkedését a teljes egészségügyi ellátórendszerbe úgy, hogy preventív feladatai megerősödnek, teljesülnek a népegészségügyi célok, az ellátórendszer fragmentált, az optimális ellátás érdekében megvalósul az integrált, hatékony ellátás.

### Ütemezés:

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

- Az egészségügyi alapellátás **szabályozási keretrendszer** megerősítése. Az összehangolt feladatok és a finanszírozási ösztönzők megteremtik az egészségügyi alapellátás horizontális integrált működését.
- **Az alapellátás az egészségügyi rendszer szerves része, a preventív szemlélet és a definitív ellátás biztosításához elengedhetetlen a további ellátási szintekkel való integráció.** A vertikális integráció keretében elvégzendő a háziorvosi **ügyeleti szolgálat** szervezeti formáinak felülvizsgálata, a mentőszolgálattal, a sürgősségi betegellátó osztályokkal való **feladat összehangolás** lehetősége vizsgálandó, implementálandó. Az egészségügyi alapellátás hatásosságát, hatékonyságát fokozzák a különböző szintű, összetételű együttműködési szervezeti formák illetve az adminisztrációra fordított idő csökkentése. Ennek érdekében a vonatkozó jogszabályi környezet egyszerűsítése az **adminisztrációs terhek csökkentése** és a dokumentáció racionalizálása indokolt.
- Ösztönözni javasolt az egyes alapellátási szolgálatok együttműködését, a **praxisközösségek** kialakítását, valamint az együttműködések szervezeti kereteinek megszilárdulását. Az alapellátás jövőképében megjelenő csoportos együttműködések különféle formáinak támogatása érdekében azok **finanszírozási modelljének kidolgozása** szükséges.
- **A definitív ellátást és a prevenciós szemléletet támogató finanszírozási rendszer kialakítása** érdekében az alprogrammal olyan finanszírozási modell kialakítása tervezhető, amely figyelembe veszi a helyi adottságokat, szükségleteket különös tekintettel a szakember ellátottság szempontjából leghátrányosabb, legkedvezőtlenebb egészségi állapottal rendelkező lakosságot ellátó, **hátrányos helyzetű településeken** működő alapellátási szolgálatokra.
- A program keretében elkészül a módosított minimumfeltételeknek való megfelelést kiszolgáló **eszközbeszerzési és infrastruktúra fejlesztési támogatási program** illetve a kor kihívásaihoz illeszkedő korszerű, **innovatív eszközpark tesztelése és bevezetése**.

- Az alapellátás **egységes szakmai támogatásának** kialakítása és megújítása érdekében javasolt olyan egységes szakmai, módszertani, minőségirányítási és folyamatos rendszer-fejlesztési koordináció biztosítása, amely képes integráltan irányítani az alapellátás összes szakterületét. Mindezek biztosítása az Országos Kórházi Főigazgatóság keretei között valósul meg. A központ támogatást nyújt és minőségirányítást biztosít az alapellátás szereplői számára.
- A **kollegiális szakmai vezetői rendszer létrehozásával** és működtetésével, továbbá a védőnői ellátás egységes védőnőszakmai/működtetési irányításával egy olyan kapcsolattartó, koordináló, ellenőrző feladatot ellátó rendszer épül ki, ami az alapellátás fejlesztését, az ellátás minőségének biztosítását, az alapellátásban dolgozók szakmai kérdésekkel kapcsolatos érdekérvényesítését **fogja elősegíteni**.
- Az alapellátás ügyviteli és dokumentációs rendszereinek, valamint az ágazaton belüli információáramlás egységes feltételrendszerének megteremtése elengedhetetlen. Ennek érdekében szükséges egyrészt az **alapellátási szoftverek akkreditációja** orvosszakmai- és információtechnológiai szempontból, ehhez minősítő szerv felállítása, ami az ágazatirányítás és az alapellátási szakma képviselői által megfogalmazott igényeket rendszerezi, és azokat követelményjegyzékbe rendezi, másrészt az egészségügyi alapellátást érintő IT fejlesztések tervezése, véleményezése is.
- A szakorvosképzés és a továbbképzési rendszer gyakorlati ismereteket és szakmai fejlődést biztosító fejlesztéssel erősíthető meg. A magas színvonalú és az átalakulóban lévő háziorvosi rendszer adottságait is figyelembe vevő rezidensképzési rendszer kialakítása történik meg, melynek részeként a háziorvostan szakképzésben részt vevő rezidensek, továbbá az ápolók (BSc, MSc, kiterjesztett hatáskörű ápolóképzés – közösségi szakápolók, geriátriai szakápoló) képzési programjának gyakorlatorientált megerősítése és országosan egységes alkalmazása valósul meg.

Megvalósítás ütemezése:

### **2021-2027:**

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

Kiemelt hangsúlyt szükséges fordítani a következőkre:

- A gyermekek egészségének megőrzésére, fejlesztésére
- A pályázók által ellátandó 40–65 év közötti férfiak és nők körében szelektív és célzott prevenciós feladatok elvégzése az előírt dokumentációs rend szerint
- A pályázók együttműködési feladatai:
  - együttműködés a keringési betegségek, és a daganatos betegségek szakellátási szolgáltatásait nyújtó intézményekkel, az alapellátás további szereplőivel, illetve a gyermek egészségügyi szakellátás szakembereivel, kiemelt tekintettel az egységes kliens-utak kidolgozására; a konzorciumi tagokkal;

- együttműködés a pedagógusokkal a mindennapi TIE tevékenységeik alapellátás általi, rendszerbe épített szakmai segítségével;
- együttműködés a területen működő Egészségfejlesztési Irodával, továbbá
- együttműködés a releváns szakmai háttérintézményekkel; a területen működő szociális szolgáltatókkal.
- Eszközbeszerzés
- Életmódváltást segítő programokban közreműködő szakemberek (gyógytornász, dietetikus, egészségpszichológus, klinikai szakpszichológus) bevonása
- Folyamatos szűrés, a kis és közepes kockázatú betegek számára alapgondozást nyújtó MSc ápolók bevonásával, ill. képzésen részt vett OKJ, BSc ápolók bevonásával, a kompetencia szintjük szerint
- Szakorvosi részvétel a lakóhely közeli ellátás fejlesztése érdekében (távkonzultáció, telemedicina szolgáltatások)
- Az alapellátási körzetek felülvizsgálata, fenntartható, rentábilis körzetek kialakítása
- Tartósan betöltetlen körzetek számának csökkentése, a háziorvosi hivatást vonzóvá tevő ösztönző pályázatok
- A háziorvosok tehermentesítése, az ügyeleti rendszer átalakítása, amellyel mindenhol, egységesen elérhetővé válik az ellátás
- Az országos ügyeleti rendszer mára már 19 vármegyében, összesen 207 ellátóhelyen, köztük 18 fővárosi ellátóhelyen működik és több, mint 950 ezer beteg ellátására került sor. Egy orvosra alig 1 beteg jut óránként átlagosan az ügyeleti időben.

Hosszú távú cél, hogy a háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátás fejlesztésével, strukturális átalakításával, az állami szerepvállalás növelésével mindenhol – a hátrányos helyzetű településeken is – megvalósuljon a magasabb színvonalú, betegigényeknek megfelelő ellátás. A preventív szemléletmód és az élethosszig tartó gondoskodás nagyban hozzájárul az egészségben eltöltött évek számához és egy minőségi időskor megéléséhez.

### 6.3. Járó- és fekvőbeteg szakellátás

Az egészségügy gerincét a szakellátói intézménystruktúra jelenti, mellyel egy eredményesebben és hatékonyabban működő egészségügyi rendszer kialakítását célozzuk, A szakellátás tekintetében olyan ellátórendszeri struktúra kialakítása cél, ahol az egyes egészségügyi intézmények hálózatba szerveződve, a kapacitásokat szükségleteknek megfelelően elosztva, együttműködve biztosítják a különböző szakellátásokat a lakosság számára.

A hatékonyságnövelés első lépése az aktív ágyak kihasználtságának növelése. Az egyes szakmák szerinti ellátásokat a vármegyéken, régiókon belül koncentrálni szükséges, így az adott helyen nagyobb esetszámmal, nagyobb hatékonysággal és magasabb szakmai szinten tudják ellátni a pácienseket. Ez a profiltisztítás lehetővé teszi, hogy az aktív ellátások jelentős része az országot lefedő csúcskórházakban valósuljon meg. A kisebb térségi, városi kórházak profilváltás után nagyobb szerepet kapnak a rehabilitációs, krónikus és ápolás ellátások



nyújtásában, illetve a járóbeteg-szakellátás irányába is átcsoportosíthatóak további kapacitások. Az egyes tisztított profilú intézményekben úgy valósíthatóak meg az infrastrukturális felújítások és a szükséges ápolási és orvostechnikai eszközök beszerzése, hogy azok az ott nyújtott ellátási módzatok sajátosságaihoz tudjanak illeszkedni. A legmagasabb progresszivitási szintű, speciális ellátásokat az országos centrumkórházak biztosítják, ahol rendelkezésre áll a megfelelően felkészített személyzet és a szükséges eszközpark is. Ez nem csak az elérhető egészségnyereséget növeli, hanem a további szakellátó intézményeket és egészségügyi dolgozókat is tehermentesíti, lehetővé teszi számukra, hogy más, az adott profilú intézményben ellátható betegek ellátására koncentráljanak. Ezenfelül a gyógyintézmények olyan szakmai-tudományos innovációs központként is funkcionálnak, melynek kutatás-fejlesztés területén megnyilvánuló pozitív hatásai ösztársadalmi szinten is érezhetőek lesznek.

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

Szintén hatékonyságnövelő hatású a korszerű, a modern kor elvárásainak megfelelő technológiák bevezetése, a szükséges eszközök beszerzése, egységes eszközplatformok kialakítása. A panelműtök kialakításával és a navigált műtéti eljárásokkal például jelentős mértékben javítható a műtök kihasználtsága. A feleslegessé vált műtéti kapacitások átalakíthatóak, kivezethetőek a rendszerből. Az e-health eszközök és a mesterséges intelligencia használata a gyógyítási folyamatokban szintén növeli a hatékonyságot és megbízhatóságot, így ezen eszközök nagyszámú beszerzése sem kerülhető el egy modern egészségügyi ellátórendszer kialakítása során. Az e-health eszközök a betegutak letisztázását, az ellátáshoz való hozzáférést is segíthetik pl. a telemedicinális ellátási formák alkalmazásával. Az új szakellátási struktúra keretében a sürgősségi triázs megerősítése is elkerülhetetlen. A korlátozott sürgősségi és intenzív terápiás kapacitásokat tehermentesíteni kell a nem-sürgősségi ellátás keretében is ellátható esetektől. A jól szervezett betegutak, a megfelelő sürgősségi triázs rendszeren keresztül a szükségtelen hospitalizáció aránya jelentős mértékben csökkenthető.

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

A rehabilitációs ellátások esetében szét kell választani a valódi, az aktív ellátásokhoz közvetlenül csatlakozó, a tartós egészség-károsodások egy részét megelőzni kívánó rehabilitációs ellátásokat és kapacitásokat a tartós, nagy valószínűséggel már megváltozhatatlan egészség-károsodások miatt szükséges krónikus állapot-fenntartó ellátásoktól, illetve az ápolási ellátástól. Mindkét ellátástípus esetében biztosítani kell a megfelelő infrastrukturális feltételeket a meglévő épületet átalakításával, felújításával. A krónikus, ápolási és a szociális ellátórendszeren belüli szakosított ápolási ellátásokkal, az otthoni szakápolással, az alapellátás

krónikus betegség-menedzsmenti feladataival is össze kell hangolni, meg kell határozni az egyes ellátók közötti kapcsolódási pontokat az ideális betegutakat is. A rehabilitációs ellátásokhoz biztosítani kell a szükséges eszközparkot, a legújabb orvos-technikai eszközök beszerzésével (pl. robotasszisztált fizioterápia).

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

### **Járványügyi ellenálló-és válaszképesség fejlesztése**

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

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

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

Ahogy az már a szakellátást érintő fejlesztéseknél bemutatásra került az ellátórendszer ellenállóképességének javítása és kapacitástartalékok képzése érdekében szükség szerint ideiglenes, de megfelelően felszerelt létesítmények is kialakításra kerülhetnek régióként, melyek alkalmasak lehetnek a járványkórházi funkció betöltésére is.

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

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

- Szükségletfelmérés az egyes szakterületeken a meglévő irányelvek, protokollok és egyéb szakmai szabályozók által le nem fedett területek azonosítására, illetve a meglévő dokumentumok egységes módszertan mentén történő átdolgozására.
- Erőforrás biztosítása az irányelvek, protokollok, egyéb szakmai szabályozók felülvizsgálata kapcsán azonosított hiányterületeken a megfelelő szabályozók kidolgozására, valamint a

meglévő dokumentumok egységes módszer mentén történő átdolgozására a legfrissebb tudományos bizonyítékok beépítésével.

- A protokollok, irányelvek és egyéb szakmai szabályozók kidolgozása, megújítása során elvárásként beépíteni a szociális területtel történő kapcsolódások hozzáadását.
- A protokollok, irányelvek és szakmai szabályozók kidolgozásába bevonní az ellátás által megcélzott populációk képviselőit is.

### **Szakmaspecifikus fejlesztési irányok:**

#### **a) Traumatológiai ellátás megerősítése**

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

A progresszív ellátás alapelve

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

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

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

#### **Beavatkozási irányok**

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

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

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

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

### ***b) Érbébszeti ellátás megerősítése***

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

Az eddigiekben működtetett érbébszeti ellátórendszer szerkezeti struktúrája átgondolásra érdemes (nem kórházakhoz integrált járóbeteg-szakellátásokkal egyaránt), mivel egyes egészségügyi szolgáltatóknak aránytalan a feladatellátása és a beavatkozások **finanszírozásának felülvizsgálata szükséges**. Az érbetegségek megfelelő ellátásának biztosítása érdekében szükséges egy olyan új rendszer kialakítása, amely lehetővé teszi a betegutak optimális kialakítását, megszünteti a rendelkezésre álló humán erőforrás szétforgácsolódását, javítja a szükséges terápiás beavatkozások hatásfokát, ezáltal a kedvezőtlen megbetegedési (morbidity) és halálozási (mortality) mutatókat, és a betegelégedettséget.

### **Beavatkozási irányok**

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

## **6.4. Krónikus ellátás és tartós ápolás**

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

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

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

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

#### **Krónikus ellátás és tartós ápolás megerősítésének célkitűzései:**

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

#### **Krónikus ellátás és tartós ápolás kialakításának főbb szempontjai:**

- az egyén felelősségvállalás megjelenítése az állami mellett,
- a hozzátartozók egymás iránti felelősségvállalása,
- az aktív ágyak krónikus ápolási célú használatának megszüntetése,
- krónikus ápolási férőhelyek számának növelése minimum 40 %-kal (kb. 1200 ágygal),
- otthoni és ambuláns rehabilitáció fejlesztése,
- önhibájukon kívül kiszolgáltatottak iránti méltányosság,
- krónikus ágyakon szociális szükségletű ellátottak ellátása.

Figyelembe véve a magyar demográfiai és versenyképességi szempontokat, egy gazdaságilag hatékonyabban működő ellátórendszer nagyobb mértékben képes hozzájárulni az egészségi mutatók javulásához.

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

A krónikus ellátás és tartós ápolás modellváltással előtérbe kerül a fejlett járóbeteg-szakellátásra épülő ambuláns rehabilitáció fejlesztése az otthoni rehabilitáció és az otthoni szakápolás támogatás fejlesztése.

### Fejlesztési irányok a tartós ápolás-gondozás területén:

#### a) Főbb intézkedések a felsőoktatás és a szakképzés területén

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

#### b) Főbb intézkedések a humán kapacitás fejlesztése területén

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

## 6.5. Ágazati humán erőforrás

### 1. Egészségügyi szakemberek képzési, továbbképzési rendszerének a fejlesztése

#### 1. *Pályaorientációval kapcsolatos célkitűzések*

#### **Folyamatos pályaorientáció, kampány jellegű pályaorientáció**

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

#### 2. *Középfokú egészségügyi szakképzés fejlesztése, nem orvos felsőfokú képzés fejlesztése*

A Szakképzés 4.0 kormányprogram kapcsán alapvetően átalakult az egészségügyi szakképzés rendszere. A képzési jegyzékből kimaradt szakképesítéseket, a Nemzeti Egészségügyi Programokban szereplő javaslatokat szabályozott keretek között szükséges szerepeltetni, ezt fejlesztheti a szakdolgozói licence képzések rendszere.

A szakképzés megerősítése során lehetőséget kell teremteni a képzésekbe történő rugalmas belépésre, a korábban megszerzett formális, informális és a non-formális ismeretek és

készségek beszámítására, és az egészségügyi szolgáltatók által elvárt szintezés (alap, közép és specializáció) kialakítására, korszerű elektronikus tananyagok elérhetőségének biztosításával. A nem orvos felsőfokú képzés mennyiségi fejlesztése javasolt a jelenlegi felsőoktatási képzőhelyeken működő alapképzési szakok és mesterszakok tekintetében. A mennyiségi szélesítés alapja a megnövekedett igény, különös tekintettel az alapellátásra, a lakóhely közeli ellátás fejlesztése érdekében a praxisközösségi működés átalakulása miatt, a szűrési- gondozási tevékenységek kiterjesztése érdekében, illetve az időskorú lakosság ápolási szakismeretet nyújtó szükségletei érdekében.

### **3. Szakorvosképzés fejlesztése**

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

2021. január 1-től az új jogállási törvény rendelkezései alapján változtak a rezidensek foglalkoztatásának szabályai, melynek alapján a rezidensek foglalkoztatója a továbbiakban nem az ÁEEK - illetve annak jogutódja az Országos Kórházi Főigazgatóság -, hanem a szakképzésre akkreditált egészségügyi szolgáltató.

A szakorvosképzés képzési rendszerének megerősítésére kerülne sor olyan módon, hogy az egyetemről kikerülő orvosok minél korábban önállóan is ellátható, körülhatárolt kompetenciákkal rendelkezzenek. A szakorvosképzés átalakításával a képzési struktúra úgy került kialakításra, hogy az egyes szakképesítések szintekre tagoltak, az egyes szintek között a jelöltek részvizsgát tesznek, így lehetővé válik a rezidensek lépcsőzetes önállósodása és felelősségvállalása.

Az egyes szintek sikeres teljesítésével megszerezhető kompetenciák köre 2022. szeptemberétől került bevezetésre.

### **4. Gyakorlati képzések fejlesztése**

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

Az EFOP 4.2.2. projekt keretében elindult a gyakorlati készségek fejlesztését szolgáló skill és szimulációs rendszer kiépítése. A támogatott 19 intézményben kialakított laborok, szimulációs egységek lehetőséget **teremtettek** az ellátási folyamat integrálására, begyakorlására. Az alapkészségek gyakorlására szükség van az egészségügyi szolgáltatók körében egy kevésbé költségigényes ún. tankórtermi rendszer létrehozására és ehhez szükséges személyi és tárgyi feltételek kialakítására.

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

### **5. Továbbképzési rendszer fejlesztése**

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

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

## **II. Illetmény és illetménypótlék rendszer fejlesztése**

### **1. Egészségügyi szolgálati jogviszony létrehozása**

Az intézkedés alapján a jelenlegi rendszer megerősítésére került sor olyan módon, hogy egészségügyi tevékenységet 2021. március 1-jétől már csak egészségügyi szolgálati jogviszony keretében lehet végezni, ezáltal a foglalkoztatási szabályok egységesítése megtörténik.

Mindezek mellett az orvosok részére jelentős bérfelértékelés történt 3 lépcsőben 2021-2023 között. Az egészségügyi szakdolgozók körében 2019 - 2022 között négy alkalommal volt béremelés, amely 2023-ban és 2024-ben is folytatódott két lépcsőben.

### **2. Illetménypótlék rendszer fejlesztése**

Az egészségügyi szakdolgozók meghatározott körét illetménypótlék illeti meg. Az illetménypótlék számítási alapja Magyarország központi költségvetéséről szóló törvényben kerül meghatározásra. A járóbeteg- és fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézetekben - ideértve az Országos Vérellátó Szolgálatot - a pótlék mértéke a pótlékalap 150%-a, 120%-a és 36 %-a. A fokozott terhelés elismerése érdekében szükséges az egyes kiemelt munkakörök listájának felülvizsgálata és a pótlékalap és a pótlék mértékének felülvizsgálata. A felülvizsgálatot követően, a 2024-es második ütemű egészségügyi szakdolgozói béremelés során átalakult a pótlékok rendszere, amely így rugalmasabb és lehetőséget ad a differenciálásra.

### **3. Címek adományozása**

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



Jelenleg az EMMI rendelet hatályon kívül helyezésével a belügyminiszter által alapított és adományozott elismerésekről szóló 37/2012. (VIII. 2.) BM rendelet előírása alapján adományozható díj az egészségügyi ellátás területén.

### III. Az egészségügyi szakemberek munkafeltételeinek a javítása

#### 1. Munkafeltételek fejlesztése

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

A fentiekben részletezett fejlesztések mellett előtérbe kerülhetnek az okos ápolási eszközök beszerzései. Az ágy melletti, valamint a területi védőnői gondozás terén fennálló adminisztratív terhek csökkentése érdekében hatékonyabb feladatellátás érhető el az intézmények informatikai rendszeréhez kapcsolódó, **az adminisztrációt, dokumentációt segítő okos eszközökkel**. Ezek az eszközök nem csak a kommunikációt segítik és a beteg biztonságát növelik, hanem az ápolók és asszisztensek munkáját is megkönnyítik. **Az egészségügyi ágazati fejlesztés során kialakításra került az Ápolástámogató Rendszer, amely egy mobil informatikai eszköz segítségével növeli a betegbiztonságot, és csökkenti az egészségügyi szakdolgozók adminisztratív terheit, átláthatóvá teszi a dokumentációt.**

#### 2. Családbarát munkahelyek létrehozása

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

#### 3. Egészségügyi szakdolgozók egészségvédelme, **rekreációs lehetőségek kialakítása**

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

**Mindezek megelőzése érdekében javasolt megvizsgálni a biztosítható rekreációs lehetőségek körét és az ingyenes, szakma specifikus szűrővizsgálatok bevezetését, hogy idejében felszínre kerüljenek a foglalkozással összefüggő betegségek, állapotváltozások és mielőbb elkezdődhessen a gyógyítás, a kezelés.**

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

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

#### 4. Munkaszervezés

Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételeket a 60/2003. (X.20) ESzCsM rendelet, védőnői területen a 49/2004. (V.21.) ESZCSM és a 26/1997. (IX.3.) NM rendelet szabályozza, amelyek felülvizsgálata szükséges. A fekvőbeteg ellátás területén a szakember létszám, az ágyszámhoz viszonyítottan került meghatározásra, míg az alapellátásban az ellátottak létszámának függvénye a körzetek szervezése.

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

#### Szakemberek hatásköri listájának (kompetenciáinak) meghatározása

Elengedhetetlen, a hatékony munkaszervezés érdekében a **képzési tartalmakra épülő kompetencialisták felülvizsgálata, a munkakörökhöz rendelt tevékenységi körök meghatározása, karbantartása**. Alapos előkészítést követő szakmai fejlesztő munka során szükséges a kompetencia szintek megállapítása, a különböző képzési szintekhez tartozó kompetenciák meghatározása. A feladatot a szakmai szervezetek bevonásával célszerű elkészíteni majd karbantartani. **Az okleveles ápoló közösségi specializáció, valamint a kiterjesztett hatáskörű ápoló közösségi specializáció szakirányon képesítést szerzett szakdolgozók hatáskörét szabályozó Ápolói Hatásköri Lista meghatározása lezárult, amely elő fogja segíteni az alapellátásban dolgozó közösségi kiterjesztett hatáskörű APN ápolók önálló tevékenységét, és növeli a betegek elégedettségét, valamint kiemelkedő szerepet tölt be az alapellátás fejlesztésében.**

## 6.6. Digitális egészségügy

### Az E-Health rendszer létrehozásának alappillérei

**A digitalizációval a cél, hogy az egészségügyi ellátás és a betegút minden résztvevője támogatásra kerüljön, így az orvosokon túl, a gyógyszerészekre, az egészségügyi szakdolgozókra és a paciensekre is fókuszálni szükséges.**

**Az E-Health program sikeres végrehajtásához az intézményi szintű szolgáltatási egységek irányított és összehangolt együttműködésére és a programok felelős végrehajtására van szükség. Az érdekeltség megteremtéséhez jogszabályi, finanszírozási és szakmai támogató, motiváló eszközök kialakítására van szükség. Az olyan új infokommunikációs technológiák, mint például a telemedicina vagy a mesterséges intelligencia gyorsabb és pontosabb diagnózisok felállításához, a betegút eredményes menedzseléséhez, a lerövidüléséhez és az adminisztrációs terhek csökkentéséhez is hozzájárulhatnak.**

Az E-Health akcióterv alappilléreit az alábbi ábra tartalmazza:



**13. táblázat:** Az E-Health akcióterv alappillérei

## **1. Emberközpontú E-Health**

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

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

## **2. Szabályozott folyamatok, adatvezérelt döntések**

A szabályozott folyamatok, adatvezérelt döntések megvalósításának célja:

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

### **3. Ellátórendszeri informatika egységesítése**

Az ellátórendszeri informatika egységesítésének fő célja:

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

### **4. Ellátási folyamatok digitalizálása**

Az ellátási folyamatok digitalizálásának célja:

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

### **5. Hatósági, igazgatási tevékenységek támogatása, e-közigazgatás**

A hatósági, igazgatási tevékenységek támogatásának célja:

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

### **6. E-Health intézményrendszer megteremtése**

Az E-Health intézményrendszer irányításának célja:

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

## 6.7. Irányítási rendszer megerősítése

### Országos intézetek, szakfelügyeleti rendszer

A szakpolitikai programok tervezésére és végrehajtásuk koordinációjára jó lehetőséget nyújtanak az országos intézetek, hiszen ezek az intézmények egyrészt a legmagasabb szakmai színvonalat jelentik, másrészt a szakmai irányelvek fejlesztésében, betegregiszterek működtetésében és a szakmai specifikus programok koordinációjában már most is szerepet kapnak. A szakfelügyeleti rendszer eredményes működtetéséhez szükség van az országos intézetek adatbázisaira, surveillance rendszereire, módszertanára, országos kapcsolatrendszerére, szervezeti kapacitásaira. Kézenfekvő lenne a megoldás, hogy a szakfelügyeleti rendszert ott, ahol a szakmát országos intézet képviseli, ott az országos intézet hatáskörében is működtessék. Míg a Nemzeti Népegészségügyi Központ elsősorban hatósági kivizsgálások kapcsán gyakorolná a szakfelügyeletet, addig az országos intézetek a klinikai működés országos szakmai és minőségfejlesztési programjainak megvalósításához nyújthatnának szakmai támogatást képzéssel, országos helyzetértékelésekkel, szakmai programok megtervezésével és távkonzultáció nyújtásával. A Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok (MEES) 2019-es második, átdolgozott kiadása az egészségügyi szervezetek/szolgáltatók működését meghatározó - általánosan és ellátási szintek szerint specifikusan is jól megfogalmazható - legfőbb elvárásokat tartalmazza. Bevezetése lehetővé teszi a háziorvosi ellátók, védőnői szolgálatok, járóbeteg szakrendelők és a fekvőbeteg intézmények számára, hogy nemzetközi szabványokkal integrálható minőségirányítási rendszert működtessenek. A MEES bevezetését elsődlegesen az országos intézetek részvételével kívánjuk megvalósítani.

Az egészségügyi ellátórendszer változásai szükségessé teszik a Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok folyamatos felülvizsgálatát és fejlesztését. 2024. szeptember 25-én megjelent a Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok harmadik, átdolgozott kiadása, a MEES 2.1. A MEES 2.1 kézikönyv gazdaságos és egységes koncepción alapuló egészségügyi szolgáltatás nyújtását teszi lehetővé. A MEES 2.0 verziójához képest a standardok strukturális változtatása, a folyamatábrák aktualizálása, és a védőnői ellátási standardok felülvizsgálata is megvalósult.

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

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

### **Az egészségügyi ágazat kutatásfejlesztési irányítási és végrehajtási rendszerének létrehozása**

Az egészségügyi kutatások központosított koordinálásáért, a fejlesztési tevékenységek kezdeményezéséért és támogatásáért és a hazai innovációs környezet megteremtése érdekében létrejön **az egészségügyi ágazat kutatásfejlesztési irányítási és végrehajtási rendszere**. Az egészségügyi kutatások és klinikai vizsgálatok továbbfejlesztésének, illetve a hatékonyság és az átláthatóság növelésének érdekében kidolgozásra kerül a Magyar NIH modell. A tudományos kutatás szakmai irányítása az ETT-n mint szakmai szervezeten belül létrehozott **Nemzeti Orvostudományi Kutatási Központon (NOKK)** keresztül kormányzati szinten lesz bonyolítva.

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

## 7. Társadalmi partnerség

Ágazat	Rendezvény jellege	Téma megjelölése	Helyszín	Időpont	Résztevő szervezetek	Meghívott résztvevők száma (fő)
EÜ	Ágazati fórum vagy szakmai műhelymegbeszélés	„Egészséges Magyarország 2021-2027 Egészségügyi Ágazati Stratégia” és a „Tartós ápolás-gondozásra vonatkozó stratégia” szakmai egyeztetése	on-line	2021. március 17.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Országos Gyógyintézetek</li> <li>– Egészségügyi Szakmai Kollégium Szakmai Tagozatai</li> <li>– Szakmai Tudományos Társaságok</li> <li>– EMMI háttérintézmények</li> <li>– Magyar Orvosi Kamara</li> <li>– Magyar Gyógyszerészeti Kamara</li> <li>– Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara</li> <li>– Magyar Kórházszövetség</li> <li>– Magyar Ápolási Egyesület</li> <li>– Nemzeti Betegfórum</li> <li>– Történelmi Egyházak</li> <li>– MOTESZ</li> <li>– Nemzeti Diák-, Hallgatói és Szabadidősport Szövetség</li> <li>– Magyar Diáksport Szövetség</li> <li>– Magyar Védőnők Szakmai Szövetsége</li> </ul>	90

14. táblázat: Ágazati stratégiák társadalmi partnerségi rendezvénye

### Partnerségi rendezvény:

A partnerségi rendezvény 2021. március 17-én került lebonyolításra - a járványügyi veszélyhelyzetre való tekintettel online térben -, melyen a meghívott szervezetek igen nagy számban, több mint 90 résztvevővel képviselték magukat. A rendezvényt megelőzően, 2021. március 15-én minden meghívott részére véleményezés céljából megküldésre kerültek a stratégiai tervdokumentumok, az észrevételek beküldésére a fórumot követően 10 nap állt rendelkezésre, melynek lehetőségével a szervezetek nagy számban éltek; aktív közreműködéssel, támogató észrevételeikkel és javaslataikkal segítették a stratégia véglegesítését. Az egyeztetési folyamat keretében beérkezett észrevételeket az Egészségügyért Felelős Államtitkárság illetékes szakfőosztályai részletesen megvizsgálták, melynek eredményeképpen az érdemi, támogatható javaslatok átvezetésre kerültek a dokumentumban.

A „Tartós ápolás-gondozásra vonatkozó stratégia” tekintetében a partnerségi rendezvényen résztvevők közül a Magyar Orvosi Kamara, a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara, az Országos Kórházi Főigazgatóság, az Egészségügyi Szakmai Kollégium Ápolási, Szakdolgozói és Szülésznői Tagozata, a Medicina 2000, a Nemzeti Betegforum és a Szakmai Kollégium Geriátriai és Krónikus ellátás Tagozata tett szövegszerű javaslatot.

Az „Egészséges Magyarország 2021-2027 Egészségügyi Ágazati Stratégia” vonatkozásában a beküldött javaslatok alapján a Magyar Védőnők Szakmai Szövetségének, a Magyar Orvosi Kamarának, a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamarának, a Magyar Gyógyszerész Kamarának, az Országos Kórházi Főigazgatóságnak, a Nemzeti Betegforumnak és a MEDICINA 2000 Poliklinikai és Járóbeteg Szakellátási Szövetségnek az észrevételei kerültek átemelésre.