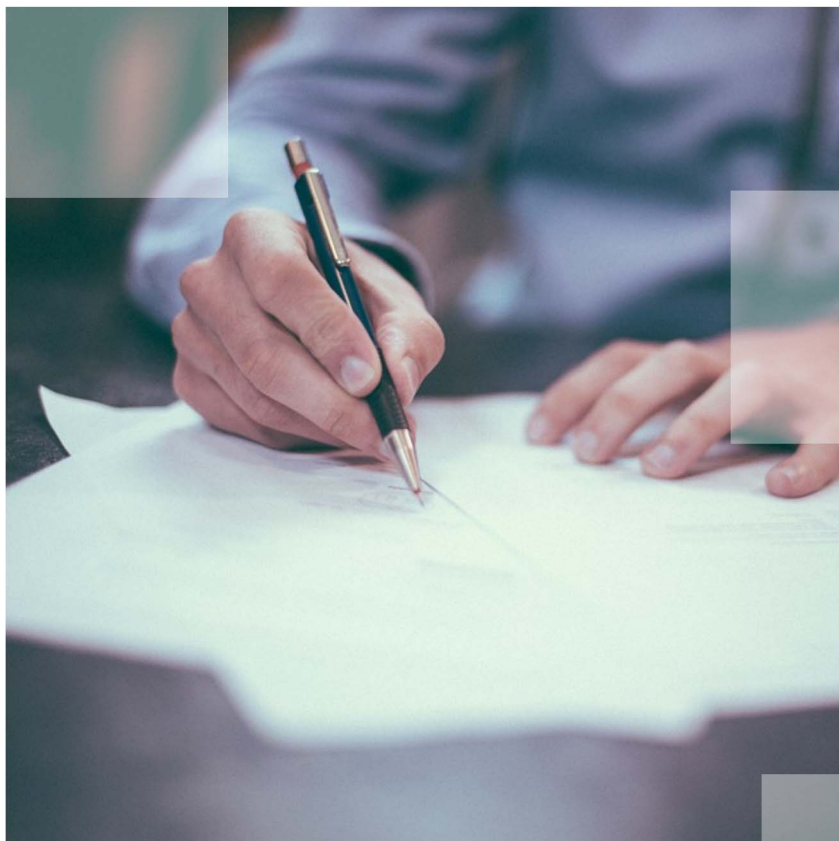


## Egészségpolitika



## Tartalom

<i>Az egészségügy irányításának szervezeti struktúrája</i> .....	94
<i>Népegészségügy</i> .....	95
<i>Alapellátás</i> .....	98
<i>Szakellátás</i> .....	102
<i>Humán erőforrás</i> .....	109
<i>Gyógyszerügy</i> .....	113
<i>Minőségügy</i> .....	114
<i>Betegjogok</i> .....	116
<i>Ágazati stratégia, szakterületi programok</i> .....	116
<i>A 2007-2013 közötti uniós fejlesztési ciklus eredményei és a 2014-2020 közötti periódus célkitűzései az egészségügyben</i> .....	118
<i>Az egészségügyi adatok kezelésének jogszabályi változásai</i> .....	120

## Az egészségügy irányításának szervezeti struktúrája

Az egészségügy irányításának 2013-2015 közötti változásai a közigazgatási reform keretében értelmezhetők. 2011-2014 között a közigazgatási rendszer átalakításának alapját a 2011-ben publikált Magyar Zoltán Közigazgatás-Fejlesztési Program adta. 2015-től a „Közigazgatás- és Közszolgáltatás-fejlesztési Stratégia 2014-2020” tartalmazza a további fejlesztési elképzeléseket. A reformok célja az állami működés hatékonyságának emelése, a közigazgatás szervezett, következetes és átlátható intézményi struktúrában történő megvalósítása.

A vizsgált időszak (2013-2015) változásait megelőzte a kormányhivatalok, s azokon belül a szakigazgatási szervek rendszerének (Egészségbiztosítási Pénztári Szakigazgatási Szerv, Népegészségügyi Szakigazgatási Szerv stb.) 2011-es kialakítása, amely érintette az OEP és az ÁNTSZ területi feladatait. 2011-ben több intézet összeolvasásával és a feladatkörök átrendeződésével megalakult a GYEMSZI. 2012. január 1-től az egészségügy tulajdonviszonyainak átalakulása a GYEMSZI számára is meghatározó, új feladatokat hozott. Ettől az időponttól állami feladat a fekvőbeteg- és járóbeteg-szakellátás biztosítása. 2012 januárjától a megyei és fővárosi önkormányzat tulajdonában lévő kórházak és a kórházakhoz integrált járóbeteg-szakrendelők, 2012 májusától pedig a települési önkormányzatok tulajdonában lévő kórházak kerültek állami tulajdonba. Az önkormányzatok tulajdonában az önálló járóbeteg-szakellátó rendelők maradtak. 2012-től az állami tulajdonba került egészségügyi szolgáltatók (kórházak és a kórházakhoz integrált járóbeteg-szakrendelők) fenntartói feladatait a GYEMSZI látta el. A GYEMSZI emellett alakulástól fogva számos más területen is irányító illetve hatósági szereppel rendelkezett: pl. minőségfejlesztés, gyógyszerfelügyelet, egészségügyi szakképzés stb. A GYEMSZI 2011-ben kialakított struktúráját 2015-ben átalakították, amely feladatainak, profiljának szűkítését jelentette. Egyes feladatok (főigazgatóságok) önállóvá váltak és más intézetekkel kerültek összevonásra. Az átalakulás után létrejött intézetek a következők:

- Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (OGYÉI), amely a GYEMSZI Gyógyszerészeti Intézet Főigazgatósága, Eszközminősítő és Kórháztechnikai Igazgatósága, Technológiaértékelő Főosztálya által ellátott feladatok tekintetében a GYEMSZI, az ÁNTSZ meghatározott feladatai tekintetében az ÁNTSZ valamint az Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet jogutódja,
- Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központ (ENKK), amely a GYEMSZI Emberi Erőforrások Főigazgatóságát és az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatalt integrálta,
- Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK), a GYEMSZI utódszervezete, amelynek fő profilja az intézményfenntartás.

A GYEMSI kórházi ellátással kapcsolatos feladatai is változtak, a minőségügyi szakfőorvosi rendszer működtetése az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központba került (OBDK), az intézményi és ellátásszervezési feladatokat pedig az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) vette át.

2015. március 1-től az ÁNTSZ intézetek szervezete is változott. Az átalakítások a háttérintézeti struktúra egyszerűsítését célozták.

Az új struktúrában az ÁNTSZ – OTH alá négy országos intézet tartozik:

- Egészségügyi Készletgazdálkodási Intézet (EKI),
- Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (NEFI), amely az Országos Alapellátási Intézet, az Országos Egészségfejlesztési Intézet és az Országos Gyermekegészségügyi Intézet (OGYEI) integrálta,
- Országos Epidemiológiai Központ (OEK)
- Országos Közegészségügyi Központ (OKK). Az OKK integrálta az Országos „Frederic Joliot-Curie” Sugárbiológiai és Sugáregészségügyi Kutató Intézetet, az Országos Kémiai Biztonsági Intézetet és az Országos Környezetegészségügyi Intézetet.

A további átalakítások irányát határozza meg a 2016-ban megjelent 1312/2016. (VI. 13.) Kormányhatározat a központi hivatalok és a költségvetési szervek formájában működő minisztériumi háttérintézmények felülvizsgálatával kapcsolatos intézkedésekről. A határozat értelmében több intézet, szervezet szűnik meg az Emberi Erőforrások Minisztériumába, illetve az Állami Egészségügyi Ellátó Központba történő beolvadással, többségben 2017. január 1-i határidővel.

## Népegészségügy

Mivel az életmód jelentős szerepet játszik a mortalitás és a morbiditás alakulásában, kiemelt figyelmet érdemel, hogy az elmúlt években számos jogszabályi változás is segítette az egészségesebb életmódot. 2012-ben a magyar lakosság megismerkedett a népegészségügyi termékadó fogalmával, amely adó nem bevezetése az egészségtelen élelmiszerek fogyasztásának visszaszorítását és az egészségügy bevételeinek növelését célozta. A megadóztatott termékek közé tartoznak az üdítőitalok, energiatitalok, előre csomagolt cukrozott készítmények, sós snack-ek, ételízesítők, ízesített sörök, alkoholos frissítők, gyümölcsíz, ha cukor-, só vagy koffeintartalmuk eléri egy bizonyos szintet.

A táplálkozás egészségesebbé tételét célozza az a 2014 februárjában életbe lépett új egészségügyi szabályozás (71/2013. (XI. 20.) EMMI rendelet az élelmiszerekben lévő transz-zsírsavak megengedhető legnagyobb mennyiségéről, a transz-zsírsav tartalmú élelmiszerek forgalmazásának feltételeiről és hatósági ellenőrzéséről, valamint a lakosság transz-zsírsav bevitelének nyomon követésére vonatkozó szabályokról), amely az

élelmiszerek által tartalmazott transzzsírok mennyiségének visszaszorítására irányul. 2014 februárjától tiltó rendelkezés van érvényben az olyan élelmiszerek forgalmazására, melyek összes zsírtartalmának 100 grammjában a transzzsírok mennyisége meghaladja a 2 grammot. A szabályozás 12 hónapos türelmi időt engedélyezett azokra az előre csomagolt élelmiszerekre, melyeket a rendelkezés előtt készítettek. A szabályozás az olyan olajokra, zsírokra és zsíremulziókra vonatkozik, amelyeket vagy önálló fogyasztásra, vagy élelmiszer összetevőjeként állítottak elő. Nem vonatkozik az állati zsírok által természetes állapotukban tartalmazott transzzsírokra. A rendelkezés meghozatalát az a felismerés indokolta, hogy a transzzsírok bizonyított veszélyt jelentenek az egészségre, és különösen a kardiovaszkuláris rendszerre. Az Európai Unióban Magyarország volt a harmadik ország, amelyik szabályozta az élelmiszerek által tartalmazott transzzsírok mennyiségét.

2012. január 1-től nemzetközi szinten is elismert, a korábbi tiltásokat kiterjesztő szabályozás lépett érvénybe a nemdohányzók védelmének érdekében. A kiterjesztett szabályozás dohányfüstmentessé tette a nyilvános helyeket, vendéglőket, bárakat és a munkahelyeket. Tiltás van érvényben a buszmegállóknál, a gyalogosok által igénybe vett aluljáróknál, a játszótéren, az iskolák, a gyermekjóléti intézmények és az egészségügyi szolgáltató intézmények (beleértve az intézmények udvarait is) területén is. 2013 nyaratól, a dohánytermékek kiskereskedelmét a forgalmazás állami monopóliummá tételével korlátozták. Ez a rendelkezés a fiatalok dohányzásának csökkentését is célozta.

A lakosság egészséges életmódra ösztönzése a közétkeztetés reformjával folytatódott. A 2014-ben megjelent, 2015 szeptemberétől hatályos 37/2014. (IV. 30.) EMMI rendelet a közétkeztetésre vonatkozó táplálkozás-egészségügyi előírásokról meghatározza a különböző közétkeztetési típusoknál naponta biztosítandó élelmiszercsoportokat (pl. zöldség- és gabonafélék arányát). Kijelöli a legfeljebb megengedhető cukor-, zsír- és sóbevitelt. Meghatározza azon összetevők listáját, melyek közétkeztetésben való felhasználása tilos, köztük a sótartalmú ételport, sótartalmú leveskockát, a 18 év alatti korcsoport számára a koffeintartalmú italt (tea, illetve kakaó kivételével), szénsavas vagy cukrozott üdítőt.

Több olyan uniós forrásból finanszírozott program indult, amely célja az életmódváltás támogatása, az átszűrési arány, illetve a népegészségügyi célú programok hatékonyságának javítása.

2012-ben a **TÁMOP-6.1.2/11/3** és **TÁMOP – 6.1.2/LHH/11/B** „Egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramok a leghátrányosabb helyzetű kistérségekben” című pályázatok keretében kialakított 61 Egészségfejlesztési Iroda (EFI) működésével több járásban életmódváltást támogató programok (pl.: betegklubok, egészséges táplálkozást és testmozgást ösztönző közösségi programok) kialakítására került sor. (TÁMOP-6.1.2/11/3, 2012) (A két pályázatnak összesen 61 nyertese volt, akik 7,28 mrd Ft összegű támogatásban részesültek.) Az EFI-k fő feladata az egészségfejlesztés terén a közösségi szakmai hálózatok kiépítése, gondozása, személyes és lakossági

irányú egészségmegőrző tevékenységek szervezése (testmozgás, energiaegyensúly, dohányzás visszaszorítása, helyi szűrésre való mozgósítás). (Koós, 2013) A 2015 és 2016. évi központi költségvetésről szóló törvény nevesített egy, a „nem központi finanszírozású Egészségfejlesztési Irodák támogatása” megnevezésű fejezetet, ami ezekre az évekre biztosította/biztosítja az EFI-k működését.

2013 és 2015 között zajlott a TÁMOP 6.1.2. projekthez kapcsolódóan a **TÁMOP-6.1.2. A-14/1-2014-0001 projekt** (komplex intézményi mozgásprogramok és kapcsolódó egészségfejlesztési alprogramok megvalósítása az általános iskolában, többcélú intézményekben valamint szabadidős közösségi mozgásprogramok és kapcsolódó egészségfejlesztési alprogramok megvalósítása az iskolán kívüli szereplők bevonásával). A projekt célja, hogy az egészségükkel törődő gyerekek nevelkedjenek, így egészségesebb, hosszabban munkaképes felnőttekké váljanak.

2013-tól a védőnői méhnyakszűrés és a vastagbéliszűrés kiterjesztésének támogatására a **TÁMOP-6.1.3A-13/1-2013-0001** nyújtott pályázati forrást (1 mrd Ft), amely 2015-ben zárult. A projekt célja, hogy a védőnőket képessé tegye arra, hogy alkalmasak legyenek önállóan méhnyakszűrést végezni, bekapcsolódva ezzel a szervezett méhnyakszűrés folyamatába. A pályázat megvalósítója az Országos Tisztifőorvosi Hivatal volt. A pályázatnak köszönhetően 2015 júniusától 736 védőnő végez méhnyakszűrést a körzetében. (ÁNTSZ Hírlevél)

2013-ban indult az OTH saját szűrővizsgálati keretének terhére Győr-Moson-Sopron, Heves és Nógrád megyékben egy vastagbéliszűrés modellprogram, amely alapja a széketvérvizsgálat volt. A program az 50-70 év közötti nőket és férfiakat érintette. 2015-ben pedig a TÁMOP 6.1.3/A projekt keretében indult Csongrád megyében egy másik, kétéves modellkísérlet. Az uniós forrás a széketvérvizsgálat elvégzésére szolgál fedezetül, az OEP finanszírozza a megyében fellelhető hat endoscopy laboratórium költségeit. A kiszűrt betegek szakellátásának finanszírozása az intézményi TVK kereten felül finanszírozható a miniszteri keret terhére. (EMMI Ügyfélszolgálati Portál) Az országos, szervezett szűrés az 50–70 közötti korosztály számára a tervek szerint 2017. II. felében indul majd. (Elitmed, 2015)

A 2013-ban meghirdetett **TÁMOP-6.1.1/12/1 program** célja a népegészségügyi intézményrendszer hatékonyságának javítása, a különböző szintereken (iskolák, munkahelyek, települések, stb.) folyó egészségfejlesztési tevékenységet támogató szakmai hálózat létrehozása volt. A megvalósításra 1 mrd Ft állt rendelkezésre.

2014-ben a prevenciót támogató kiterjedt védőoltási programot érintően a kötelező oltások közé (BCG, DTPa, IPV, Hib, MMR, HepatitisB) bekerült a PCV oltás<sup>1</sup>. A humán

---

<sup>1</sup> BCG = Bacillus Calmette-Guérin/tuberculosis elleni oltóanyag; DTPa = diftéria-tetanusz-acelluláris pertussis komponenseket tartalmazó oltóanyag; IPV = inaktivált poliovírus vakcina; Hib = Haemophilus influenzae b elleni oltóanyag; MMR = morbilli-mumpsz-rubeola elleni vakcina; PCV13 = 13-valens konjugált pneumococcus vakcina

papillomavírus (HPV) elleni önkéntes védőoltást 2014 őszétől minden évben, az általános iskola VII. osztályát végző, 12. életévüket betöltött lányok térítésmentesen kaphatják meg. (OEK, EPINFO, 2015)

2014-ben két jelentős egészségfelmérés zajlott Magyarországon. Az Európai Lakossági Egészségfelmérést a KSH 2014. szeptember 15. és december 15. között bonyolította le. A vizsgálat 532 településen, 9431 fő megkérdezésével zajlott. Az Európai Unió valamennyi tagállamában kötelezően bevezetett kérdőív segítségével végzett felmérés a lakosság egészségi állapotáról, az egészséget befolyásoló tényezőkről, az egészségügyi ellátórendszer igénybevételéről és az ezzel kapcsolatos elégedettségről nyújt információkat. (ELEF2014) Az ELEF2014 válaszadóinak egy kisebb csoportján (857 fő) az Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet (OÉTI) Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálatot (OTÁP2014) végzett. A vizsgálat célja a felnőttek táplálkozási szokásainak, tápanyagbevitelének, fizikai aktivitásának felmérése, a túlsúly és elhízás, valamint a hasi elhízás gyakoriságának mérőeszközökkel történő meghatározása volt. Az OTÁP2014 a Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége és a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara közreműködésével valósult meg. (OTÁP2014)

## Alapellátás

Az alapellátásról a területi önkormányzatnak kell gondoskodnia. (2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról).

Az alapellátásban a lakosságközeli, integrált szolgáltatásnyújtás, a házi orvosok kapuóri szerepének növelése, preventív szolgáltatásaiknak fejlesztése, a házi orvosok által nyújtott definitív ellátások arányának növelése jelennek meg célként. (EMMI, Egészséges Magyarország 2014-2020)

2013 októberében és 2014 februárjában a kormány az alapellátás finanszírozására 16 milliárd forint többletforrást biztosított. 2013 őszén a házi orvosok, az alapellátási ügyeletek, a fogászati ellátás, a védőnői és iskola-egészségügyi szolgálatok havi finanszírozási összegét emelték, év elejéig visszamenő hatállyal. A házi orvosok havi finanszírozása átlagosan 45 ezer forinttal (kb. 4,5 százalékkal) nőtt. 2014-ben a házi orvosok számára a szakdolgozók alkalmazásának támogatása érdekében bevezették a szakdolgozói kiegészítő díjat, további szakdolgozók és a házi orvosi szakvizsgálathoz szükséges szakgyakorlatot letöltött szakorvos-jelölt, illetve szakorvos alkalmazását pedig a degressziós ponthatárok emelésével segítették. Nőtt a minőségi indikátorok utáni és a házi orvosi ügyeleti ellátás díjazásának mértéke. Összességében a házi orvosi praxisok díjazása havi 70-80 ezer forinttal emelkedett (az egy házi orvosi szolgálatra jutó finanszírozás kb. 7-8 százaléka). Havi 100 ezer forint kiegészítő díjat vezettek be minden, társadalmi-gazdasági és infrastrukturális szempontból elmaradott, illetve az országos átlagot jelentősen meghaladó munkanélküliséggel sújtott település fogászati

alapellátó szolgáltatója számára, és szolgáltatónként átlagosan havi 30 ezer forinttal emelkedett a területi védőnői szolgálatban dolgozók finanszírozása (OEP közlemény, 2014).

A 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet változása 2015 februárjától módosította a körzet lakosságszáma és a rendelő adottságai alapján a háziorvosi praxisok fix összegű finanszírozásának díjait, valamint a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziorvosi szolgáltatók havi 130 000 Ft összegű rezsitámogatásáról is rendelkezett. [Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet (14. §), módosította a 8/2015 (I.29.) Korm. rendelet ]

Az elmúlt években kiemelt szerepet kapott a háziorvosi praxisok betöltöttségének támogatása, amely érdekében 2011-ben és 2012-ben több intézkedést is bevezettek. Az eladásra szánt háziorvosi praxisok („praxisjogok”) közzétételére, hirdetésére praxiskezelőt hoztak létre, amely lehetővé teszi a fiatal orvosok számára, hogy kedvező hitelfeltételek mellett vásároljanak praxisokat. Folytatódtak a praxisjog megvásárlásához vissza nem térítendő támogatást nyújtó, valamint a tartósan üres praxisok betöltését támogató pályázatok. 2015-ben a praxisjog pályázat esetében az állam összesen 250 millió Ft keretből (praxisonként maximum 4 millió Ft-tal) támogatta azokat a háziorvosokat, akik praxisjogot szeretnének vásárolni. A pályázat célja volt, hogy a praxisjoggal nem rendelkező háziorvosok részére támogatást nyújtson a háziorvosi életpályán való elinduláshoz. A tartósan (legalább egy éve) betöltetlen háziorvosi praxisok számának csökkenését egy másik pályázat támogatta. Utóbbi célra 2015-ben 500 millió Ft támogatás állt rendelkezésre. A két pályázat keretében 2015-ben 471,6 millió forint támogatással 64 pályázóval kötöttek szerződést (39 pályázóval praxisvásárlás, 25 pályázóval tartósan betöltetlen praxis betöltésére). (OEP tájékoztató, 2016) Mindkét pályázat esetében a támogatásban részesülő orvosok vállalják, hogy legalább 4 évet a praxisban dolgoznak. (OEP pályázati felhívás, 2015)

A háziorvosi és házi gyermekorvosi szolgálatok által végzett minőségi és hatékony tevékenységek ösztönzése érdekében 2011-ben vezették be az országosan egységes indikátorrendszer szerinti díjazást. Az indikátorrendszer alapján kifizetett díjazás mértéke 400 millió Ft havonta. (OEP) Az indikátorrendszer 2014 áprilisától a felnőtt és vegyes körzetek esetében a gondozásban részesült krónikus obstruktív tüdőbetegek (COPD) arányának vizsgálatával egészült ki. (11/2011. (III. 30.) NEFMI rendelet a háziorvosok indikátor alapú teljesítményértékeléséről és az orvosok gyógyszerrendelése értékelésének egyes szabályairól (3. §), módosította a 24/2014 (IV.4.) MMI rendelet) A felnőtt praxisok indikátorrendszere jelenleg 16 indikátorból, a gyermekpraxisoké nyolc indikátorból áll.

Az alapellátás megerősítése érdekében tett lépés a 2015. augusztus 1-jével hatályba lépett 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról. A jogszabály



hangsúlyozza, hogy az egészségügyi alapellátás az egészségügyi ellátás alapvető fontosságú része. Ebből adódóan az alapellátás szereplőinek meghatározó feladata van a betegségek megelőzésében, felismerésében és gyógyításában, ezért szükséges az itt dolgozók életpályájának kidolgozása, a praxisok értékének növelése. Leszögezi, hogy praxisközösség, illetve a csoportpraxis elsősorban az egészségügyi alapellátáshoz tartozó megelőző ellátások hatékonyabbá tétele/ nyújtása érdekében jöhet létre. A törvényhez kapcsolódó végrehajtási rendeletek később jelennek meg.

Az alapellátás megerősítésében és az alapellátáshoz való viszony alakításában kiemelt szerepet játszik a Svájci-Magyar Együttműködési Program keretében kidolgozott Alapellátás-fejlesztési Modellprogram, valamint az Európai Unió által támogatott TÁMOP 6.2.5. B projekt által megtervezett alapellátásra építő közösségi ellátóhálózat szervezése.

## Svájci-Magyar Együttműködés - Alapellátás-fejlesztési modellprogram

A Svájci-Magyar Együttműködési Program 2012-2016 között zajló népegészségügyi fókuszú alapellátás-fejlesztési modellprogramjának keretében praxisközösségek kerültek kialakításra, amelyek célja a krónikus betegségek komplex kezelése, különféle egészségfejlesztési szolgáltatások biztosítása, az orvosok és szakdolgozók együttműködésének erősítése, valamint a lakosság bevonása - különös tekintettel a roma populációra. A kezdeményezés két fő elv mentén indult: további népegészségügyi és egészségfejlesztési kompetenciákkal felruházni a helyi alapellátási rendszert, másrészt átformálni az önállóan dolgozó alapellátók működési módját. A program az észak-magyarországi és az észak-alföldi régió 16 hátrányos helyzetű településén működik, ahol összesen 24 háziorvosi praxis állt össze négy praxisközösséggé.<sup>2</sup> A hátrányos helyzetű populáció könnyebb elérése érdekében a helyi közösségekből praxisonként két fő részmunkaidőben foglalkoztatott segéd-egészségőr került bevonásra, hogy segítsék a helyi lakosokat – elsősorban a romákat - abban, hogy az egészségügyi ellátást és az új szolgáltatásokat igénybe tudják venni.

A program félidei értékelése 2015 áprilisában volt, amely alapjául a projekten belüli adatszolgáltatások, valamint az Országos Egészségbiztosítási Pénztár jelentési rendszeréből gyűjtött adatok szolgáltak. Mindezekon felül a praxisközösségi működés számos aspektusát érintő, a praxisközösségi dolgozók által kitöltött online kérdőívek eredményeit, valamint a négy praxisközösség 64 dolgozójával készített félig strukturált interjúk tapasztalatait is feldolgozták. A félidei értékelés kimutatta, hogy a lakossággal

---

<sup>2</sup> Praxisközösség alatt a házi orvosok, házi gyermekorvosok és az orvosi tevékenységet kiegészítő további egészségügyi szakemberek (dietetikus, gyógytornász, egészségpszichológus, védőnő, népegészségügyi szakember) csoportját értjük, akik közösen dolgoznak a modellprogram céljainak megvalósulása érdekében.

és az ágazat szereplőivel való kommunikáció nem megfelelő szintű, a praxisközösségekben nagyon eltérő módon működnek az egyes szakemberek, a kapacitásuk kihasználtságában és a működési hatékonyságban is nagyok az eltérések. A 2013. és 2014. év első félévi adatokat összehasonlítva a kontroll praxisokkal azt láthatjuk, hogy valamennyi praxisközösség esetében nőtt a definitív ellátás aránya és az orvos-beteg találkozások száma. A program második szakaszában szükséges a szakemberek által nyújtott többlétszolgáltatások mögött rejlő különbözőségek értelmezése, a tevékenységek standardizálása, a krónikus betegek számára új szolgáltatások indítása, illetve a praxisközösségek működésének jogi és szervezeti formájának kialakítása, valamint különböző finanszírozási ösztönzők tesztelése. (Félidei értékelés, 2015)

### **TÁMOP 6.2.5-B-13/1-2014-0001 Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben – Területi együttműködés kialakítása**

Az intézményirányításra, működésre és egészségszervezésre koncentráló, 9,5 mrd Ft-ból gazdálkodó TÁMOP 6.2.5-B-13/1-2014-0001 (Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben – Területi együttműködés kialakítása) projekt egészségügyi ágazat a házi orvosok aktivitására és a közösségi erőforrásokra építve lakossági szükségleteken alapuló szolgáltatási háló kidolgozását célozta. A projekt egyik fő eleme egy közösségi egészségügyi szervezési modell felállítása, amely a jelenlegi struktúra rugalmasabb, proaktív, a helyi szükségleteket és célokat akciókra fordítani képes páciens-központú rendszerre alakítását jelenti. Az átalakítást az alapellátástól felfelé haladva tervezi, középpontba állítva a lakosság egészségélményét, egyéni felelősségét, teret adva az interszektoralis együttműködéseknek és a helyi kezdeményezéseknek is. A rendszer a közösségi egészségterveken és az egészségügyi szervezési irányelveken alapul, és megpróbálja kialakítani a kompetenciákon alapuló feladatdelegálás, kapacitástervezés rendszerét. A közösségi egészségügyi szervezési modell központi eleme az alapellátás, így a praxisok (házi orvos és a különböző szakemberek (pl.: ápoló, dietetikus) a megelőzésben és a felismert betegségek gondozásában nagy szerepet játszanak. Ebből adódóan a praxisban dolgozók feladatmegosztása, új szereplők, kompetenciák meghatározása, az alapellátás szolgáltatásainak összehangolása és szervezése a projekt kulcseleme. Mivel a pályázat teszt szakasza még folyamatban van, így később kerül sor az eredmények értékelésére és az ajánlások megfogalmazására.

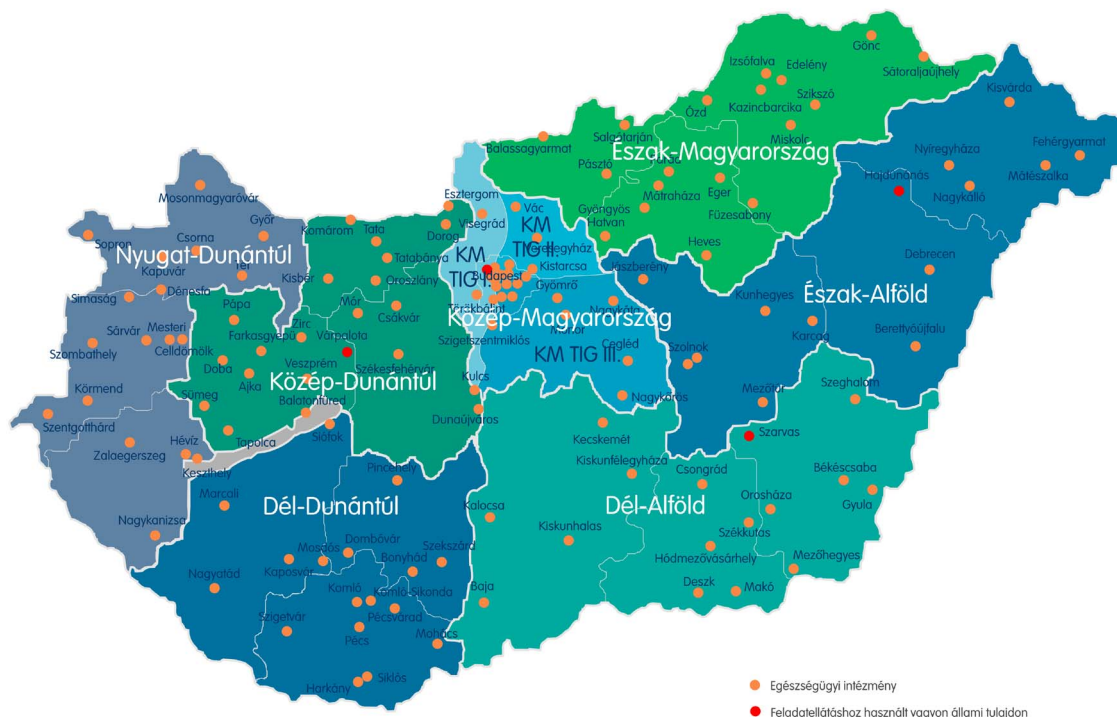
A két innovatív projekt mellett fontos megemlíteni a **TÁMOP 6.1.4 Koragyermekkori (0-7 év) kiemelt projektet**, amely a 0-7 éves korosztály optimális fejlődését támogatja a gyermekek rendszeres és korszerű szűrővizsgálatain, a fejlődésben veszélyeztetett gyermekek korai felismerésén keresztül. A projekt középpontjában a védőnők és a gyermekeket ellátó házi orvosok, valamint a szülők álltak. Célként tűzték ki, hogy az alapellátásban résztvevők legalább 70 százaléka részt vegyen az új, korszerű tananyagokon alapuló képzésben.

## Szakellátás

2012 előtt a szakellátás a megyék, a helyhatóságok és a központi kormányzat együttes felelőssége volt.

Az egészségügyi rendszer utóbbi években végbemenő legfontosabb változásai a fekvőbeteg-ellátók helyi és megyei önkormányzati tulajdonból állami tulajdonba kerülése, az ehhez kapcsolódó koordinációs, fejlesztési feladatok, az ellátási struktúra megváltoztatása, és az orvosok és szakdolgozók bérfejlesztése voltak. 2012. január 1-jétől állami feladat a fekvőbeteg- és járóbeteg-szakellátás biztosítása. Ettől az időponttól a megyei és fővárosi önkormányzat tulajdonában lévő kórházak és a kórházakhoz integrált járóbeteg-szakrendelők állami tulajdonba kerültek, májustól kezdődően pedig a települési önkormányzatok tulajdonában lévő kórházak állami átvétele történt meg. Az intézmények átvételét a GYEMSZI végezte. Az országos vagy országos hatáskörű intézmények (amelyek többnyire egy-egy szakmában nyújtanak harmadlagos szintű ellátást) szintén a GYEMSZI, ma ÁEEK felügyelete alá tartoznak, amely a fenntartói és vagyonkezelői feladatokat koordinálja. 2015-ben az ÁEEK fenntartása alatt 111 egészségügyi intézmény állt. (ÁEEK honlap)

1. ábra Az ÁEEK fenntartásában lévő egészségügyi intézmények



(Forrás: <http://aeek.hu/intezmenyfenntartas>)

A kórházak állami tulajdonba vételével a járóbeteg-szakellátás kapacitásának nagy része is központilag működtetett, állami tulajdonban levő intézményekben áll rendelkezésre: a kórházak járóbetegosztályain vagy a kórházakhoz integrált járóbeteg-intézményekben. A kórházaktól függetlenül működő autonóm szakrendelők többnyire a helyhatóságok tulajdonában maradtak.

Az egészségügyi szakellátás nagyobbik része felügyeletének, tulajdonformájának centralizálása az ellátórendszer szerkezeti aránytalanságainak könnyebb korrekcióját, az egészségügyi ellátásnak a hatékonyság és az igazságosság szempontjait figyelembe vevő, valós szükségletek szerinti fejlesztésének támogatását kívánja elérni. A gazdálkodási hatékonyságot célzó intézkedések közé tartozik például a fekvőbeteg-ellátó intézmények részére történő gyógyszer-, orvostechikai eszköz és fertőtlenítőszer-beszerzések országos központosított rendszere; a gáz és áram, telekommunikáció területén indult központosított közbeszerzések.

Az egészségügyi intézmények állami tulajdonba vétele a kapacitások kiigazításával is együtt járt: 2011-hez képest 2012-re az aktív kórházi ágyak száma 4,8 százalékkal csökkent, több kórházban vagy kórházi osztályon megszűnt az aktív ellátás – ezek az intézmények jelenleg krónikus ellátást, egynapos sebészeti vagy járóbeteg-szakellátást nyújtanak. Az átalakítást 2012. július 1-i hatállyal az intézmények területi ellátási kötelezettségeinek változása is kísérte, illetve a korábban történeti forgalmi adatok alapján kiosztott TVK fokozatosan a feladatokhoz igazodva kerül megállapításra. 2012. december 31. és 2015. december 31. között a kórházi ágyszám lényegében nem változott (2012: 69 489 összes ágyszám, ebből 42 249 aktív, 27 240 krónikus, 2015: 69 557 összes ágyszám, ebből 42 245 aktív, 27 312 krónikus) (OEP kimutatás, 2015).

## Minimumfeltételek

2012. május 31-én jelent meg „Az emberi erőforrások minisztere 1/2012. (V. 31.) EMMI rendelete az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet és az egészségügyi szolgáltatók és működési engedélyük nyilvántartásáról, valamint az egészségügyi szakmai jegyzékről szóló 2/2004. (XI. 17.) EüM rendelet módosításáról”. A minimumfeltételekről szóló rendelet módosításai 2013-tól is folyamatosak, 2. számú mellékletét, amely az egészségügyi tevékenységek végzéséhez szükséges minimumfeltételek tételes felsorolását tartalmazza 2013-ban a 73/2013. (XII. 2.) EMMI rendelet módosította, majd 2014-2015-ben további hét rendeletben meghatározott módosítás érintette. A fekvőbeteg-szakellátórendszer szakmai (tárgyi, személyi) működési feltételei alakulásáról az OTH 2015 tavaszán indított felmérést. A felmérés eredményeinek ismertetése 2015. novemberében történt a magyar Egészségügyi Menedzser Klub ülésén. (MEM Klub beszámoló, 2015) A minimumfeltételeket a kórházak többsége nem tudja teljesíteni (Medicalonline, 2016), újrafogalmazásuk, más szempontú

megközelítésben (kompetenciához és tevékenységhez kötött licencrendszer) történő kialakításuk a 2015-ben hivatalát elfoglaló Ónodi-Szűcs Zoltán egészségügyért felelős államtitkár prioritásai között szerepel. (Portfolio, 2015)

## Ellátásszervezés

Budapest és Pest megye területén 2014. július 1-jétől az Országos Mentőszolgálat feladata a sürgősségi ügyeleti rend megszervezése és felügyelete, továbbá a betegszállítás koordinálása is. Ezenfelül részt vesz a sürgősségi orvosi ügyeleti ellátásban is. (Korábban a főváros és Pest megye fekvőbeteg-ellátást végző egészségügyi szolgáltatói is a megyei népegészségügyi szakigazgatási szervvel történt egyeztetés alapján szervezett ügyeleti rendszerben, illetve a sürgősségi betegellátási rendszer keretében vettek részt a területükhöz tartozó lakosság folyamatos ellátásában). *(41/2014 (VI.30. EMMI rendelettel módosított 47/2004. (V. 11.) ESzCsM rendelet az egészségügyi ellátás folyamatos működtetésének egyes szervezési kérdéseiről)*

2015. március 1-től az OEP-hez kerültek a korábban a GYEMSZI feladatkörében szereplő kapacitástervezési és ellátásszervezési feladatok.

*A 12/2015. (IV. 10.) EMMI utasítás a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó állami egészségügyi intézmények működési rendjének egyes kérdéseiről és egyeztető fórumairól* rendelkezett a megyénként és a fővárosban létrehozandó Megyei Egészségügyi Irányító Bizottságok, illetve Fővárosi és Pest Megyei Egészségügyi Irányító Bizottságok, valamint az Országos Gyógyintézetek Egészségügyi Irányító Bizottságának (továbbiakban egészségügyi bizottságok) létrehozásáról.

Az utasítás szerint az Egészségügyi Bizottságok foglalkoznak az egészségügyi szakellátórendszer megszervezésével; az egészségügyi fekvőbeteg-szakellátási és az integrált járóbeteg-szakellátási kapacitások áttekintésével; a tárgyi-személyi szakmai feltételekkel, valamint a fekvőbeteg-szakellátók gazdasági helyzetének elemzésével, az infektókontroll tevékenységének vizsgálatával és egyéb megbiztonsági kérdésekkel; az intézményi, illetve központi várólisták helyzetének elemzésével és a várólista-csökkentési program végrehajtásának alakulásával.

A bizottságok az egészségügyért és az egészségbiztosításért felelős miniszter javaslattevő, véleményező, tanácsadó és döntés-előkészítő testületei. Tagjai az adott megyében székhellyel rendelkező fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézetek főigazgatói, a megyében működő orvos- és egészségtudományi képzést folytató egyetem és az OEP képviselői, továbbá meghívottként részt vesznek az OTH és az OBDK képviselői, a megyében működő Gazdasági Bizottság elnöke és az egészségügyi szolgáltatók ápolási vezetői által delegált képviselő.

A jogszabály értelmében az Egészségügyi Bizottságok havi rendszerességgel üléseznek és javaslatot tesznek a megye, illetve a főváros fekvőbeteg-szakellátást nyújtó

egészségügyi szolgáltatóinak területi ellátási kötelezettségére és annak változtatására, valamint a fekvőbeteg-szakellátási és az integrált járóbeteg-szakellátási kapacitások és ellátási területek következő finanszírozási évben tervezett módosítására.

Az Egészségügyi Bizottságokhoz hasonló Megyei Egészségügyi Gazdasági Bizottság, Fővárosi és Pest Megyei Egészségügyi Gazdasági Bizottság, illetve Országos Gyógyintézetek Gazdasági Bizottsága alakult, amelyek célja a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi intézmények kiegyensúlyozott gazdálkodásának elősegítése és összehangolása.

Az OEP Módszertani Útmutatót készített, amelyben egy integrált egészségügyi szakellátási rendszer kialakítását tűzte ki célul. A szakellátás bázisának a megyei kórházakat tekintette és ennek alapján definiálta a regionális és a centrumellátást. A szakmákat területi szintű megjelenésük alapján csoportokba sorolta. A megyék közötti egyenlőtlenségek kezelésére, az azonos esélyű hozzáférés biztosítására a lakosságátlagos forráselosztás rendszerének kialakítását javasolta. (medicalonline interjú, 2015. február)

Az útmutatóval kapcsolatban a Szakmai Kollégium Menedzsment és Egészség-gazdaságtan Tagozata és Tanácsa, Magyar Kórházzövetség és az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete (EGVE) is kritikát fogalmazott meg (IME, 2015/1; eLitMed, 2015).

Az Egészségügyi Bizottságok 2015. május 18-tól kezdtek el dolgozni az egészségügyi ellátórendszer átalakítását célzó javaslataikon. 2015-ben a kapacitások és a finanszírozás átalakításáról nem született döntés.

## A szakellátás finanszírozási szabályainak változásai

A kormány a **várólisták csökkentésére** 2014-ben 786,5 millió forintot, majd az év végén 1 milliárd forintot biztosított. (EMMI sajtótájékoztató, 2015) 2015 elején 5 milliárd Ft többletforrás biztosításával folytatódott a várólista-csökkentési program. A programba bevont várólisták a szürkehályog műtétekre, gerincstabilizáló műtétekre, epekövesség miatti beavatkozásokra, sérvműtétekre, térdprotézis műtétekre, csípőprotézis-műtétekre, ortopédia nagy műtétekre, nyitott szívűműtétekre vonatkoztak, a cél pedig az volt, hogy a program végére a betegeknek 2-3 hónapnál, nagy ortopédiai műtétek esetében pedig fél évnél ne kelljen tovább várakozniuk.

A várólista-csökkentési program sikeressége érdekében finanszírozási ösztönzőket alakítottak ki: ezek az ellátások az alapidj 110 százalékkal számolhatók el. [124/2015. (V. 26.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításáról] A krónikus ellátás tekintetében az intézményen belüli aktív osztályról krónikus osztályra történő áthelyezés esetén a finanszírozási napidíj a normatív ápolási idő leteltétől számolható el. A programban résztvevő betegek

nyomon követése érdekében egy új térítési kategóriát vezettek be (X-aktív, 1-krónikus). A program lehetőséget adott az intézményeknek egyrészt a saját várólistájuk csökkentésére, másrészt szabad kapacitások esetén a sorrendiség megőrzésével más szolgáltatók várólistájáról betegek átvételére. (Kiss, 2015)

Az egynapos esetek elszámolásában is történtek változások: az **egynapos sebészeti ellátások** minden esetben (a TVK fölött is) alapdíjjal kerülnek kifizetésre. [124/2015. (V. 26.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításáról]

Az onkológiai ellátásban az időben elvégzett képalkotó diagnosztikai vizsgálatnak kiemelt jelentősége van, ezért a betegség korai diagnózisának felállítása és progressziójának követése érdekében 2015. június 1-től daganatos kórkép gyanúja esetén, a beutaló kiállításától számított 14 napon belül a szolgáltató köteles elvégezni a CT, MRI vizsgálatot. Rosszindulatú daganatos kórkép gyanúja esetén a vizsgálatot elrendelő orvosnak fel kell tüntetnie a „**14 napos szabály**” megnevezést. A vizsgálatot az OEP alapesetben az egészségügyi szolgáltató TVK keretének terhére finanszírozza, azonban amennyiben igazolódik a rosszindulatú daganat, a 99930-as kiegészítő kód lejelentésével TVK-mentesen elszámolható az ellátás. Ha az egészségügyi szolgáltató nem tudja elvégezni a CT, MRI vizsgálatot és helyette más, az OEP által meghatározott, a beteg ellátására területileg nem kötelezett ellátó végzi el a vizsgálatot, akkor a vizsgálat elszámolása az ellátási kötelezettséggel rendelkező szolgáltató TVK keretének terhére történik. [124/2015. (V. 26.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításáról]

A **TVK mentes ellátások köre** 2014-től az égéssebészeti, gyomor- és bélvérzéses esetek, az 1500 gramm alatt született csecsemők, az akut leukémiában szenvedő gyermekek ellátásával és a szívtranszplantáció előtti kivizsgálással, valamint a központi idegrendszer endovascularis műtéteivel bővült. [4/2014. (I. 20.) EMMI rendelet egyes egészségbiztosítási tárgyú miniszteri rendeletek módosításáról] A járóbeteg-ellátásban TVK mentes lett a népegészségügyi szűrőprogram keretében végzett mammográfiás szűrés és nőgyógyászati citológia, valamint az újszülött öröklődő anyagcsere-betegségek szűrése. A területileg korlátozottan végzett vastagbélrákszűrés során kiszűrt betegek szakellátásának finanszírozása az intézményi TVK kereten felül finanszírozható a miniszteri keret terhére.

2014-ben **új HBCS-k jelentek** meg, például a gastrointestinalis vérzések, a légzőrendszer nagyobb video-thoracoscopos műtéteinek vagy a műlencse-beültetések finanszírozására, emellett a nagy értékű eljárások kódjai is bővültek: pl. gerincsebészeti és idegsebészeti eljárásokkal, vagy pl. a tüdőtranszplantáció hazai díjtételének kialakításával. Utóbbihoz kapcsolódik, hogy az Országos Onkológiai Intézet és a Semmelweis Egyetem közös együttműködésének köszönhetően 2015 év végéig megteremtődnek a **tüdőtranszplantáció**

elvégzéséhez szükséges feltételek hazánkban is. Eddig Bécsben végezték ezeket a műtéteket, 2014-ben 16-an vártak tüdőre. (Sándor, 2014; OOI; EMMI sajtótájékoztató, 2014) Az első sikeres tüdőátültetésre 2015 decemberében került sor az Országos Onkológiai Intézet Mellkassebészeti Klinikáján. (Weborvos, 2015)

2014. január 1-től a **járóbeteg-ellátásban visszaállították a korábbi depressziós elszámolási szabályokat** (a depresszív elszámolási lehetőséget 2011-ben vezették be, 2013-ban szűkítették a lehetőségeket), amely megvalósításához 1,6 milliárd Ft többletforrást biztosítottak. Ennek köszönhetően a korábbi depressziós sávok alapján a többletteljesítményt az OEP 100 és 110 százalék között 30 százalékos, 110 és 120 százalék között 20 százalékos finanszírozással számolja el. (Sándor, 2014) 2015-ben megjelent új OENO kódok közt szerepelnek például a transztelefonikus EKG alkalmazásához köthető részletes kódok. [4/2014. (I. 20.) EMMI rendelet egyes egészségbiztosítási tárgyú miniszteri rendeletek módosításáról]

A krónikus ellátásban új tevékenységkódokat vezettek be, valamint **új krónikus szorzókat** alakítottak ki (pszichiátriai rehabilitáció – A, B, C szint, természeti gyógytényezők felhasználásával végzett krónikus ellátás - 1,8-as szorzó, tartósan intubált, gépi lélegeztetést igénylő betegek krónikus ellátása - 3,8). (Sándor, 2014) 2015-ben az OEP a szakmával együttműködve egy speciális case-mix típusú osztályozási és finanszírozási rendszert dolgozott ki a Rehabilitációs Ellátási Programokra (REP). A fejlesztési program első változata tartalmazza a besorolási rendszer elkészítését, az elszámoláshoz szükséges új adatszolgáltatási rendszer kialakítását, az ellátási igények értékelését, a költségszámítások elvégzését, illetve a TEK meghatározását. Az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet 2015 tavaszán pályázatot írt ki a Rehabilitációs Ellátási Program Csoportok (REPCs) alapján történő, az esetfinanszírozást segítő adatgyűjtésre és ráfordítási vizsgálatban történő részvételre. A pilot tervezett menetrendje alapján az adatgyűjtési időszak 2015. szeptember végéig tartott, majd az értékelés és a REP szabálykönyv kidolgozása következett. Az új finanszírozásra történő átállásról később születik döntés. (Cserhádi, 2015; OORI felhívás, 2015)

2013. január 1-jétől havi 300 ezer forint fix összegű díjazás bevezetésére került sor az úgynevezett szakmaspecifikus őrzőket működtető egészségügyi szolgáltatók számára. Ekkor az ország 53 kórházában, összesen 123 egységben volt szakmaspecifikus őrző, vagyis intenzív osztályos ellátást nem igénylő, de az általános fekvőbeteg osztályi elhelyezésnél magasabb szintű, szorosabb megfigyelést igénylő tevékenység. A szabályozás három szakma – szívgyógyászat (kardiológia), ideggyógyászat (neurológia), tüdőgyógyászat (pulmonológia) – ellátásait érinti. Az érintett őrzőkre vonatkozó finanszírozási szerződéseket megkötötték, a szolgáltatók összesen 440 millió forint éves összeghez jutottak ezen a területen. Emellett az arc-, állcsont- és szájssebészeti műtétek magas progresszivitási szinten történő végzésére 14 szolgáltató kötött új finanszírozási szerződést az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral. (EMMI, 2013. április; Weborvos, 2013. április)



## Kórházi adósságkonszolidáció

A kórházak adósságállománya hosszú évek óta fennálló probléma, amelyet az évek során nyújtott konszolidációk csak részben tudtak rendezni, az adósságállomány a következő évre rendre újratermelődött. A Magyar Államkincstár havi adatokat tesz közzé az adósságállományról (a kórházak közül az államháztartás központi alrendszerébe tartozó költségvetési intézményi kategóriába eső járó- és fekvőbeteg szakellátás intézmények és a klinikai központtal rendelkező felsőoktatási intézmények szerepelnek a kimutatásban). Ezen adatok elemzése található meg a Századvég 2014-2015-ös Egészségügyi Monitor c. kiadványaiban. (Századvég)

A 2012 végén történt konszolidáció eredményeképpen az egészségügyi szolgáltatók 2013-ban 27,1 milliárd forint adósságállománnyal indultak. Az adósságállomány - folyamatos emelkedés után - októberben 63,1 milliárd forintot tett ki. 2013 októberében 93 egészségügyi szolgáltató (kórház, egyetem) részesült az E-alap új célleírányzataként létrehozott adósságrendezést szolgáló konszolidációs támogatásban. A támogatás teljes összege 33,118 mrd forint volt, amelyet a 438/2013. (XI. 19.) Korm. rendelet a finanszírozott egészségügyi szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók adósságának rendezésére fordítható konszolidációs támogatásról nevesített. Az egészségügyi szolgáltató a konszolidációs támogatást kizárólag a 2013. október 31-ig lejárt szállítói tartozása csökkentésére fordíthatta és 2013. december 31-éig használhatta fel. Az OEP adatai szerint a teljes konszolidációs támogatást 2013 novemberében ki is fizették.

Az adósságok újratermelődése azonban ezután is folyamatos volt. 2014. január végén az adósságállomány 57,3 mrd Ft volt. 2014 augusztusában a kórházak működési támogatásra 11,7 mrd Ft-ot kaptak, decemberben pedig a kasszasöprés eredményeképpen 10 mrd Ft extra juttatásban részesültek. Mindezen összegeket adósságrendezésre is fordíthatták, 2014. december végén mégis 73 mrd Ft adósság terhelte az intézményeket.

A MÁK adatai szerint 2015. március 31-én a járó- és fekvőbeteg-szakellátás intézményei és a klinikai központtal rendelkező felsőoktatási intézmények tartozásállománya 77,8 milliárd Ft. A Kormány 1226/2015. (IV. 20.) Kormányhatározatában a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatók adósságának állam általi rendezésére 60 milliárd forint átcsoportosítását írt elő. A konszolidáció után, 2015. november végén a járó- és fekvőbeteg-szakellátás intézményei és a klinikai központtal rendelkező felsőoktatási intézmények tartozásállománya 45,8 milliárd Ft. (MÁK, 2015)

## Humán erőforrás

Az egészségügyi ágazati humánerőforrás-monitoring rendszer<sup>3</sup> 2015. évről szóló jelentése (ENKK, 2016) szerint 2015. december 31-én 140 122 fő szerepelt a működési nyilvántartásban (ennyien teljesítették továbbképzési kötelezettségüket az adott szakképesítésre vonatkozóan és kérték működési nyilvántartásuk megújítását). Ezen adatok alapján 2015-ben a 10 ezer lakosra jutó orvosok száma 30,5, az egészségügyi szakdolgozóké pedig 97,6.

1.tábla Az egészségügyi dolgozók működési nyilvántartásában érvényes működési nyilvántartási ciklussal szereplő létszámok (2015. december 31.)

	orvosok	fogorvosok	gyógyszerészek	klinikai végzettségű egészségügyi dolgozók	egészségügyi szakdolgozók	összesen
létszám	30 085	5 769	6 962	1 057	96 249	140 122

(Forrás: ENKK, 2016)

Az életkor szerinti megoszlást tekintve, a 40 év alatti orvosok a működési nyilvántartásban szereplő összes orvos 30 százalékát alkotják, a 40-60 év közöttiek a 42 százalékát, a 60 év fölöttiek pedig a 28 százalékát. A működési nyilvántartásban szereplő egészségügyi szakdolgozók 33 százaléka 40 év alatti, 59 százaléka 40-60 év közötti, 8 százaléka pedig 60 év fölötti.

Szakvizsgák tekintetében a leggyakoribb orvosi szakképesítés 2015-ben és a korábbi években a háziorvostan és a belgyógyászat, ezt a csecsemő- és gyermekgyógyászat, a foglalkozás-orvostan, az aneszteziológia és intenzív terápia, a sebészet, majd a szülészet-nőgyógyászat és a pszichiátria követi. A ráépített szakképesítések tekintetében a pszichoterápia a leggyakoribb.

2014-ben a KSH adatok szerint az egészségügyben dolgozóknál összesen 5605 betöltetlen állás (ebből 1911 orvosi, fogorvosi és 3630 szakdolgozói) volt a működéshez szükséges létszámhoz képest, az összes álláshely 3,8 százaléka volt betöltetlen. (ENKK, 2016)

A magyar egészségügy humán erőforrás helyzetét az Európában szinte általánosan jellemző elöregedés problémája mellett az orvosok és szakdolgozók elvándorlása is terheli. 2004 és 2015 között 19 461 egészségügyi dolgozó (közülük 15 352 volt

<sup>3</sup> A TÁMOP-6.2.1.-11/1 „Egészségügyi humánerőforrás monitoring” című kiemelt projekt keretében került megvalósításra az Egységes egészségügyi humánerőforrás- monitoring rendszer (HMR) 2012. június 1. és 2015. november 30. között az Európai Unió támogatásával. A mintegy 500 millió forintból megvalósított projekt eredményeképpen egy egységes monitoring rendszert és adattárházat alakítottak ki.

magyar állampolgár illetve élt Magyarországon) kért hatósági bizonyítványt az Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központtól külföldi munkavállaláshoz diplomája elismertetéséhez. Közöttük az orvosok száma 10 216. A legtöbb orvos (1200 fő) 2011-ben készült külföldi munkavállalásra<sup>4</sup>, 2015-ben 941 orvos kapott külföldi munkához igazolást. A távozni szándékozó orvosok kb. fele általános orvosi diplomával rendelkezik. Évek óta vezető helyen vannak az aneszteziológia és intenzív terápia szakorvosai, a háziorvosok és a belgyógyász szakorvosok a külföldi munkavállalást tervező orvosok körében. (ENKK statisztikák, 2015) (Nincs információ arra vonatkozóan, hogy a kérelmezők közül ténylegesen hányan hagyták el az országot.)

A jobb kereseti lehetőségek és kedvezőbb általános munkafeltételek reményében külföldre vándorló szakképzett egészségügyi munkaerő megtartása érdekében évek óta születnek intézkedések: ösztöndíjprogramok a rezidensek számára, fiatal szakorvosok támogatási programja, béremelések programja.

## Rezidens támogatási program és a fiatal szakorvosok támogatási programja

Az ENKK szervezésében 2011-ben jött létre a **Rezidens támogatási program (RTP)** mely a rezidensi programban résztvevők ösztöndíj alapú támogatásával foglalkozik a képzési idő alatt. A program négy ösztöndíjat foglal magában. A Markusovszky Lajos ösztöndíj szakorvos rezidenseknek szól, 2015-ben 818 fő részesült ösztöndíjban. A Than Károly ösztöndíjat szakgyógyszerész rezidensek kaphatják, 2015-ben 11 fő nyert el ösztöndíjat. A Méhes Károly ösztöndíjra 2012-től csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvos rezidensek pályázhatnak, 2015-ben két fő részesült ösztöndíjban. A Gábor Aurél ösztöndíj 2013 óta oxyológia és sürgősségi orvostan szakorvosoknak szól, 2015-ben hat fő nyert el ösztöndíjat.

Az ösztöndíj programokba 2011-2015 között nagyjából 2500 rezidens került be. A Markusovszky és a Than Károly ösztöndíj összege havi nettó 100 ezer Ft, a Méhes Károly és a Gábor Aurél ösztöndíjé pedig havi nettó 200 ezer Ft. Azon túl, hogy a résztvevők vállalják, hogy a szakvizsga megszerzése után az ösztöndíj programban eltöltött éveknek megfelelő számú évig Magyarországon közfinanszírozott szolgáltatónál dolgoznak, arra is kötelezettséget vállalnak, hogy tevékenységük során nem fogadnak el paraszolvenciát. Az ösztöndíjrendszer 2016. január 1-től a 162/2015. (VI. 30.) Korm. rendeletben foglaltak alapján a Szakorvos- és Fogszakorvos jelöltek Hiányszakmás Ösztöndíjával bővült, melynek mértéke a miniszteri tájékoztatóban meghatározott hiányszakmás szakképzés valamelyikében havi nettó 150 000 Ft. 2015-ben a következő

<sup>4</sup> Egy személy egy év adatában többször is szerepelhetett akkor, ha az adott év első és második félévében is kiállításra került számára a hatósági bizonyítvány. Hasonlóképpen a különböző években ismételt bizonyítványt kérők minden érintett évben megjelennek a statisztikában.

szakmák voltak hiányszakmák: aneszteziológia és intenzív terápia, csecsemő- és gyermekgyógyászat, gyermekfogászat, gyermek és ifjúságpszichiátria, igazságügyi orvostan, infektológia, megelőző orvostan és népegészségtan, neurológia, nukleáris medicina, orvosi laboratóriumi diagnosztika, orvosi mikrobiológia, ortopédia-traumatológia, oxylógiai és sürgősségi orvostan, patológia, pszichiátria, radiológia, sugárterápia, transfúziológia és tüdőgyógyászat (ENKK, Hiányszakma, 2015).

Problémát jelent, hogy a szakvizsga megszerzését követően a szakvizsgával rendelkező fiatal orvosok fizetése, ha korábban többféle ösztöndíjban is részesültek, akár alacsonyabb is lehet, mint a rezidensi időszak alatt elért jövedelem. Ennek részleges kezelését jelenti a Fiatal Szakorvosok Támogatási Programja, amely az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzési rendszerről, a Rezidens Támogatási Program ösztöndíjairól, valamint a fiatal szakorvosok támogatásáról szóló 162/2015. (VI. 30.) kormányrendelet alapján 2015 nyarától hatályos. **A Fiatal Szakorvosok Támogatási Programjában való részvételre** azon fiatal szakorvosok és kórházi, klinikai szakgyógyszerészek jogosultak, akik teljes munkaidős foglalkoztatás keretében valamely érvényes finanszírozási szerződéssel rendelkező egészségügyi szolgáltató munkáltatónál jogviszonyban állnak, és az államilag finanszírozott egészségügyi szolgáltatás nyújtásában teljes munkaidős foglalkoztatás keretében vesznek részt. A programban az első szakvizsga megszerzését követő 5 évben lehet részt venni. A támogatás összege szakorvosonként havi bruttó 151 000 forint, amit a költségvetés havonta, a munkáltatói közterhekkel együtt finanszíroz.

## Ágazati béremelések, foglalkoztatáspolitikai

Az egészségügyi dolgozók méltó bérezésének megvalósítása a kormány 2010-ben megfogalmazott Nemzeti Együttműködés Programjának céljai között is szerepel.

Míg 2011-ben közel 71 ezer dolgozó részesült egyszeri juttatásban 5,6 milliárd forint értékben, 2012-ben 90 ezer egészségügyi szakember kapott visszamenőleges és folyamatos bértámogatást, összesen mintegy 30 milliárd forint értékben. 2013-ban 95 ezer egészségügyi szakembert érintett a bérfeljesztés összesen kb. 50 milliárd forint értékben. A 2013-as béremelés az orvosok esetében átlagosan (a 2012-es közel 20 százalék után további) 11-12 százalék, a szakdolgozók esetében (a 2012-es közel 16 százalék után) további 9 százalék volt. 2014-ben és 2015-ben az E-Alap céllelőirányzatainak sorában biztosították az ágazati dolgozók korábbi bérfeljesztésének folyamatos fedezetét.

2015-ben az egészségügyi szakdolgozók aktív érdekvédelmi tevékenységet végeztek munkafeltételeik, bérezésük javítását célozva. Egy 2015. július 1-jén tartott szakdolgozói demonstráción közel 600 ápoló helyezte letétbe felmondási szándéknyilatkozatát, mely arról szólt, hogy amennyiben 2015. szeptember 30-ig nem történik számottevő elmozdulás a bértárgyalásokkal kapcsolatosan, akkor a felmondás életbe lép. (MESZK sajtóközlemény, 2015) 2015 augusztusában a kifizetetlen túlórák miatt indult mozgalom

az egyik budapesti kórház szülészeti osztálya szakápolójának kezdeményezésére. A mozgalomban való részvételt fekete munkaruhával jelezték a nővérek.

Mindeközben, illetve részben ezek hatására 2015 nyarától ágazati egyeztetések kezdődtek el egy, a munkaidő és bérezés felülvizsgált szabályozását tartalmazó ágazati kollektív szerződés kialakítására. A kollektív szerződésről szóló tárgyalásokon az Egészségügyért felelős Államtitkárság tárgyalópartnerei az egészségügyi ágazat két reprezentatív szakszervezete, a Szociális és Egészségügyi Ágazatban Dolgozók Demokratikus Szakszervezete (MSZ EDDSZ) és a Mentődolgozók Önálló Szakszervezete (MÖSZ), valamint stratégiai partnerekként az egészségügyben működő szakmai kamarák: a Magyar Egészségügyi Szakdolgozók Kamara, a Magyar Orvosi Kamara és a Magyar Gyógyszerészi Kamara vettek részt.

A bérmegállapodás 2016 júniusára született meg. A béremelési program keretében 2016. szeptember 1-jétől a teljes munkaidőben foglalkoztatott szakorvosok és kórházi szakgyógyszerészek bruttó 107 000 forint alapbéremelésben részesülnek. 2017. november 1-jétől a szakvizsgával nem rendelkező orvosok és kórházi gyógyszerészek bruttó 50 000 forintos béremelésre, a szakorvosok és kórházi szakgyógyszerészek pedig bruttó 100 000 forintos alapbér-emelésre számíthatnak. A teljes munkaidőben foglalkoztatott egészségügyi szakdolgozók számára 2016. szeptember 1-jétől új egészségügyi szakdolgozói bértábla lép életbe átlagosan bruttó 26,5 százalékos növekedéssel, ezt követően pedig 2017. november 1-jétől bruttó 12 százalékos, 2018. november 1-jétől bruttó 8 százalékos, 2019. november 1-jétől pedig szintén bruttó 8 százalékos alapbér-emelésre számíthatnak. (EMMI, hírek, 2016)

Az egészségügyi dolgozókat érzékenyen érintették a kormány egyensúlyjavító intézkedései körében elrendelt, közszférára vonatkozó nyugdíjpolitikai változásai is. A változások értelmében a költségvetési szerveknél 2013. január 31-től nem lehet alkalmazni nyugdíjra jogosult közalkalmazotti vagy más közszolgálati jogviszonyban álló munkavállalót (1700/2012. (XII. 29.) Korm. határozat a közszférában alkalmazandó nyugdíjpolitikai elvekről). A szabályozás alól az egyébként is szakemberhiánnyal küzdő és sok idős dolgozót foglalkoztató egészségügyben (ugyanaz a helyzet a közneveléssel is) a kormány által véleményezett egyéni mentesítéseket lehet kérni. A mentesítettekre is vonatkozik azonban a nyugdíjtörvény 2013. január 1-től érvényes változása (A társadalombiztosítási nyugellátásról szóló 1997. évi LXXXI. törvényt módosította a 2012. évi CCVIII. törvény). Az öregségi nyugdíj folyósítását szüneteltetni kell, ha a nyugdíjas közalkalmazotti vagy más közszolgálati jogviszonyban áll. A megváltozott szabályozásra való felkészüléshez azoknak az öregségi nyugdíjasoknak, akik 2013. január 1-jén már közszolgálatban dolgoztak, fél év átmeneti időszak állt rendelkezésre. Ennek alapján 2013. júniustól csak munkabért kaphat az a nyugdíjas, akit a közszférában tovább foglalkoztatnak. A nyugdíjas és továbbfoglalkoztatásra engedélyt kapott egészségügyi dolgozó a jövedelemkiesés kompenzálására állami nyugdíj helyett (a nyugdíj összegének megfelelő) kompenzációban részesül.

## Gyógyszerügy

Az elmúlt években a gyógyszerpolitikát a radikális támogatásiáramlás-csökkentés jellemezte. A 2010-es 357 milliárd Ft-ról 2014-re 302 milliárd Ft-ra csökkentek a gyógyszertámogatás éves kiadásai. (MÁK, 2015. november) Ennek érdekében több szabályozási forma ösztönözte a generikumok használatát és az árversenyt. A betegek tájékozottságának és tudatosságának javítását célozza a gyógyszerészi gondozás törvényi alapjainak megteremtése, illetve a beteg-együttműködést is figyelembe vevő támogatási rendszer kialakítása egy szűk betegségi körre alkalmazva. A gyógyszerek támogatásában 2012-ben jelent meg a betegek együttműködésének figyelembe vétele. 2012 júliusától pl. a cukorbetegknél (a rendeletben nevesített kivételek mellett) a gyógyszer (analóg inzulin) kiemelt és emelt támogatása egy év után csak akkor volt folytatható, amennyiben a megfelelő szénhidrátanyagcsere-háztartás a szakorvosi javaslat kiállítását megelőző fél éven belül legalább két mérés alapján fenntartható volt (a HbA1c értéke 8,0 százaléknál alacsonyabb). 2013 májusától ez a szabályozás az 1-es típusú cukorbetegre nem vonatkozik, a 2-es típusú cukorbetegnél pedig egy éven belül három mérésből két alkalommal kell teljesülnie a 8,0 százalék alatti értéknek. A gyógyszer alkalmazása a mért értéktől függetlenül folytatható, ha a betegnek legalább egy súlyos hypoglikémiás eseménye volt (31/2013. (IV. 30.) EMMI rendelet).

Ugyanakkor növekvő számú gyógyszer beszerzése nem az E-Alap gyógyszertámogatás sorában jelenik meg. 2012-től jelentősen nőtt a tételes elszámolás alá eső (intézményben felhasználható) nagy értékű (pl. onkológiai, reumatológiai) gyógyszerek és eszközök (egyszer használatos eszközök és implantátumok) köre. A gyógyszerek közül a 2012-es évet megelőzően hat hatóanyag szerepelt ebben a körben, 2015-ben már 36 hatóanyagból állt a lista (OEP, 2015), miközben egyes esetekben új indikációs területekkel is szélesedett a felhasználási lehetőség. A tételes elszámolású gyógyszereket az OEP közbeszerzési eljárásban vásárolja meg, a beszerzett mennyiség a megelőző időszak felhasználási adatainak, trendjének, a betegforgalmi adatok, a finanszírozott gyógyító eljárások meglévő alternatíváinak figyelembevételével történik.

Az országos kórházi gyógyszerközbeszerzés keretében 2013-15-ben az ÁEEK és jogelődje, a GYEMSZI hirdetett meg közbeszerzéseket. (ÁEEK, Közbeszerzési eljárások) 2013. július 1-től indult a **Patika Hitelprogram** (MFB). A program keretében a kormány a közforgalmú gyógyszertárakban (az azt működtető gazdasági társaságban) a gyógyszerészek tulajdonarányának törvény (2006. évi XCVIII. törvény - a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól) által előírt növeléséhez felveendő hitelekhez biztosít állami kamattámogatást (212/2013. (VI. 19.) Korm. rendelet a közforgalmú gyógyszertárakban a gyógyszerészi tulajdonarány növelésének elősegítéséről)

A korábbi évek szigorítási szabályait (2011-től új gyógyszertár csak gyógyszerészi többségi tulajdonnal nyitható, a meglévő patikákban a többségi tulajdont - 50 százalékot meghaladó aránnyal – 2017. január 1-ig kell teljesíteni, korlátozott a gyógyszertári láncok kialakításának lehetősége, gyógyszergyárak, gyógyszer-nagykereskedők nem szerezhettek a patikában tulajdonrészt stb.) követve 2015-ben is változtak a gyógyszertárak vezetésére vonatkozó szabályok. Közforgalmú, illetve intézeti gyógyszertár vezetésére az a gyógyszerész jogosult, aki megfelelő szakgyógyszerészi szakképesítéssel rendelkezik, az elfogadható képzettségről az egészségügyért felelős miniszter hoz rendeletet. A rendelkezést 2025. január 1-től kell alkalmazni az 1975. január 1. után született gyógyszertárvezetőkre. [2015. évi LXXVII. törvény egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú törvények módosításáról]

## Minőségügy

A minőségügy területén az elmúlt években két országos jelentőségű, az egészségügyi rendszer egészét érintő kezdeményezés indult.

2012-ben vette kezdetét a GYEMSZI konzorciális vezetésével és a Semmelweis Egyetem, a Debreceni Egyetem és a Gyógyszerészi Gondozásért Közhasznú Nonprofit Kft. közreműködésével a **TÁMOP 6.2.5/A-12/1-2012-0001** „A Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben – Egységes külső felülvizsgálati rendszer kialakítása a járó- és fekvőbeteg szakellátásban, valamint a gyógyszertári ellátásban” című kiemelt projekt megvalósítása. A projekt keretében a hazai egészségügyi szolgáltatók működési standardjait és külső felülvizsgálati rendszerét tervezték kidolgozni. A projekt célja az egészségügyi ellátás színvonalának, biztonságának, hatékonyságának, eredményességének, átláthatóságának és költséghatékonyságának javítása, az ezt támogató standardok és külső felülvizsgálati módszerek alkalmazásával. A program a BELLA (BetegEllátók Akkreditációja a Biztonságos Ellátásért) nevet kapta. (IME, 2014; BELLA) 2014 nyarától volt lehetőség BELLA programhoz való csatlakozásra, a részvétel önkéntes volt. A projekt keretében lehetőség nyílt a konvergencia régiókban (nem fővárosi és nem Pest megyei) működő 45 fekvőbeteg-gyógyintézet és járóbeteg-szakrendelő számára az akkreditációs felülvizsgálatra való ingyenes felkészülésre. 2015 novemberében véget ért a felülvizsgálók képzése, az akkreditációra való felkészülés a 45 intézménynél folytatódik. (Belicza et al, 2015)

A másik projekt a rendszerszintű ágazati teljesítményértékelés hazai megvalósítását célozza. A tevékenységet a 36/2013. (V.24.) EMMI rendelet az egészségügyi rendszer teljesítményértékelésének eljárásrendjére vonatkozó szabályokról és a 19/2013. (V.24.) EMMI utasítás az Egészségügyi Rendszer Teljesítményértékelési Munkacsoportjáról szabályozza, amely az ÁEEK-et jelöli ki, mint az egészségügyi rendszer teljesítményértékeléséért felelős szervet. A teljesítményértékelési folyamatot az

Egészségügyi Rendszer Teljesítményértékelési Munkacsoportja segíti. A Munkacsoport tagjai az ÁEEK-en kívül: a KSH, az OEP, az OTH és a NEFI, valamint az Egészségügyért Felelős Államtitkárság hat főosztályának képviselői. A tagokon kívül a Munkacsoport munkájában meghívott szervezetek képviselői is részt vesznek; ezek jelenleg: az OBDK, az ENKK és a WHO. A Munkacsoport munkaterve értelmében az első, 2013-15-ről szóló, átfogó jelentés 2016 őszére készül majd el és kerül benyújtásra az Államtitkárság felé.

A **TÁMOP 6.2.5. B** projektben is zajlott minőségügyi célú kezdeményezés. A projekt egyik eredménye az **Egészség szervezési irányelvek (ESzSZIR)** kidolgozása. Az Egészség szervezési irányelvek a klinikai irányelvekkel ellentétben nem az ellátási folyamat tevékenységeinek részletes leírását adják, hanem kijelölik a leghatékonyabb ellátási utat. Céljuk, hogy az adott egészségügyi témakörben elérhető hazai és/vagy nemzetközi egészségügyi szakmai irányelvek, illetve a szakma által elfogadott ajánlásokon alapulva, országosan egységes elvek mentén és optimalizáltan valósuljanak meg a betegút-szervezés folyamatai. Az ESzSZIR-ek fejlesztése során megtörténik az ellátási folyamat feltárása, a hiányzó elemek azonosítása, az egyes tevékenységelemek lehatárolása (ki, hol, mikor és mit láthat el), valamint a betegútszervezés szempontjából fontos információk összegyűjtése. Az ESzSZIR-ek célja a hatékonyság javítása, vagyis hogy az egészségügyi szolgáltatások szakmai és szervezési folyamatai egységes elvek mentén, optimalizáltan történjenek. Az ESzSZIR-ekre épül az Egészség szervezési szakmai protokoll (ESZEP), amely helyi szinten konkrét szolgáltatókat rendel az ESzSZIR-ek által meghatározott tevékenységelemekhez, ezzel kijelölve egy páciens számára végigjárható szolgáltatási utat. (Gaál, 2015)

2013-ban jelent meg a *18/2013. (III. 5.) EMMI rendelet a vizsgálati és terápiás eljárási rendek kidolgozásának, szerkesztésének, valamint az ezeket érintő szakmai egyeztetések lefolytatásának egységes szabályairól*. A rendelet lefekteti az egészségügyi szakmai irányelvek célját, tárgyalja az irányelvek kezdeményezésének, kidolgozásának, közzétételének, felülvizsgálatának szabályait. Az egészségügyi szakmai irányelv kidolgozására az egészségügyi szakmai kollégium az adott témában érintett összes szakma képviselőiből álló fejlesztőcsoportot bíz meg. Az irányelvek készítésének folyamatában a *23/2015. (IV.28) EMMI rendelet* alapján az OBDK - szükség esetén az ÁEEK bevonásával - módszertani támogatást biztosít, illetve koordinációt nyújt. Az OBDK a terület koordinációs feladatait a minőségügy korábbi GYEMSZI-től az OBDK-hoz kerülésével kapta meg 2015-ben. 2016 júliusában az OBDK oldalán 12 érvényben lévő szakmai irányelv található. (OBDK, 2016) Az elfogadott témaválasztási javaslatok között további 161 téma olvasható. Az Egészségügyért Felelős Államtitkárság 2016-os közlése szerint a [www.eum.hu](http://www.eum.hu) honlapon az egészségpolitika/minosegfejlesztes/szakmai-iranyelvek címszó alatt található szakmai irányelvek, szakmai protokollok, módszertani levelek érvényessége megszűnt. (EMMI, hírek, 2016)



## Betegjogok

2013 februárjában megkezdte működését a magyarországi betegszervezeteket tömörítő **Nemzeti Betegfórum**. Az 50/2012. (XII. 19.) EMMI rendelet értelmében a Nemzeti Betegfórumba **15 tagozaton keresztül csatlakozhatnak a betegszervezetek, szervezetenként legfeljebb két főt delegálva**. A civil érdekképviseleti fórum a betegek érdekeit és az adott betegcsoportot képviselő szervezetet érintő egészségpolitikai, egészségfejlesztési kérdésekben a miniszter részére javaslatokat tesz, véleményez, elemzést, értékelést készít, érdekképviseletet lát el, és kapcsolatot tart az egészségügyi szakmai kollégium érintett tagozatával, a civil érdekképviseleti szervezetekkel, az illetékes egészségügyi szakmai kamarákkal, az egyházakkal, valamint az alapítványokkal.

Az OBDK 2013-ban nyitotta meg a magyar, illetve az EU-polgárok határon túli egészségügyi ellátását segítő **Nemzeti Kapcsolattartó Pontot (NKP)**. A Nemzeti Kapcsolattartó Pont az Európai Parlament és a Tanács 2011/24/Eu irányelve a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről értelmében biztosítja a lakosság tájékoztatását. A magyar és külföldi állampolgárok információt kapnak többek között a határon átnyúló ellátások igénybevételével kapcsolatos jogokról, a szolgáltatások elérhetőségéről, az engedélyezési eljárás menetéről, a szükséges dokumentumok listájáról, a költségek visszatérítéséről, a panasztételi és jogorvoslati lehetőségekről. Az NKP ingyenesen hívható telefonos zöld számot és személyes konzultációt is biztosít az érdeklődőknek.

## Ágazati stratégia, szakterületi programok

2014 decemberében készült el az „Egészséges Magyarország 2014–2020” Egészségügyi Ágazati Stratégia, amelyet a kormány 1039/2015. (II. 10.) Kormányhatározatában fogadott el, és egyúttal felhívta az emberi erőforrások miniszterét és az érintett más minisztereket, hogy a stratégiában meghatározott célok elérését szolgáló eszközöket építsék be a szakpolitikai tevékenységeikbe és tegyék meg a célok eléréséhez szükséges intézkedéseket.

### „Egészséges Magyarország 2014–2020” Egészségügyi Ágazati Stratégia

Szándékai szerint az „Egészséges Magyarország 2014-2020” (EMMI, 2014) stratégia azokat a prioritásokat, fejlesztési területeket, intézkedéseket vázolja, amelyek a kormányzati döntések alapját jelenthetik, és az uniós fejlesztési források lehívásának megalapozásául szolgálhatnak. A stratégia alapja a Semmelweis Terv volt, vizsgálta az abban szereplő fejlesztési prioritások megvalósulását, a meghatározott célok időszerűségét.

A lakosság egészségi állapotára és az egészségügyi ellátórendszerre vonatkozó indikátorok elemzése alapján a 2014 -2020 közötti időszakban az egészségügy stratégiai prioritásait a dokumentum a következő témák köré csoportosítja:

- Ágazati gazdálkodási prioritások (köz- és a magánellátások szétválasztása, hatékonyság növelése, a bevételek és kiadások egyensúlyának megteremtése, a közfinanszírozás forrásainak szélesítése a népegészségügyi termékadó rendszerének kibővítésével, a közösségi forrásteremtés optimalizálása - GDP növekedésével párhuzamos egészségügyi forrásnövelés, költségteher elleni védelem javítása - stb.)
- Az alapellátás megerősítése
- A szolgáltatói működés professzionális irányítása és kiszolgálása, a döntéshozatali decentralizáció jogszabályi környezetének kialakítása
- Országos és térségi szintű kapacitástervezés, betegút-menedzsment köré szerveződő, a szükségleteket leképező ellátórendszer felépítésének és működésének kialakítása
- A népegészségügyi szolgáltatások megújítása.

## Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013-2020

A stratégia parlament általi elfogadásáról a 80/2013. (X. 16.) OGY határozat rendelkezik. Korábban 2000-ben, valamint 2009-ben készültek középtávú célkitűzéseket tartalmazó stratégiai dokumentumok a kábítószer-probléma visszaszorítására és kezelésére. Az új stratégia elsősorban olyan programok indítását és fenntartását ösztönzi, amelyek előterében a személyes és közösségi fejlődés, a szermentes életmód és értékvilág megerősítése, illetve az ezt támogató ismeretek és képességek elsajátításának lehetőségei állnak. Emellett a kábítószer-használathoz kapcsolódó egyéni és társadalmi kockázatok és károk kezelése is fontos feladat marad. (EMMI, Ügyfélszolgálat)

Kidolgozás alatt van többek között az **alkoholprobléma visszaszorítására irányuló szakpolitikai program** és a **Nemzeti Lelki Egészség Stratégia**.

## A 2007-2013 közötti uniós fejlesztési ciklus eredményei és a 2014-2020 közötti periódus célkitűzései az egészségügyben

Magyarországon a 2007-2014-es időszakra összesen 6977 milliárd Ft összegű uniós támogatást hagytak jóvá kifizetésre (a Magyar Államkincstár 2014. évi beszámolója alapján). Egészségügyi célokra az összes jóváhagyott uniós támogatás kb. 7 százalékát, azaz mintegy 486 milliárd Ft-ot ítétek meg, melyből 2015 októberéig kb. 405,7 milliárd Ft került kifizetésre. (EMIR, 2015 alapján) Az összes egészségügyi célú támogatás 86,7 százalékát, azaz 421,5 milliárd Ft-ot fordítottak infrastrukturális fejlesztésekre, 29,9 milliárd Ft-ot (az összes egészségügyi célú támogatás kb. 6 százalékát) egészségügyi szerkezetátalakítást támogató humán erőforrás- és szolgáltatás-fejlesztésre, 35 milliárd Ft-ot (az összes egészségügyi támogatás mintegy 7 százalékát) pedig egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramokra (2015. októberi adatok alapján).

A támogatások ellátási szegmensek szerinti megoszlását tekintve, az infrastrukturális fejlesztések 78 százalékát (330 milliárd Ft) a kórházi ellátás modernizációjára, 18 százalékát (76,3 milliárd Ft) a kórházon kívüli ellátás korszerűsítésére, 3 százalékát (12 milliárd Ft) egészségügyi informatikai fejlesztésekre, 1 százalékát (3,1 milliárd Ft) pedig egyéb ellátásokra (pszichiátriai és addiktológiai egészségügyi ellátásokra, ill. a vérellátó központok fejlesztésére) fordították. (Egészségügyi Helyzetkép, 2016)

A 2014-2020 közötti periódusban a magyar egészségügy fejlesztésére mintegy 806 milliárd Ft összegű uniós támogatási keret áll rendelkezésre, mely az összes Magyarországra jutó uniós forrás több mint 11 százalékát teszi ki. A 2014-2020 közötti egészségügyi prioritások az egészségügyi humán erőforrás hiányának enyhítésére és motivációjának fokozására, a lakosság egészségtudatosságának növelésére, egészségi állapotának fejlesztésére, az ellátórendszer eredményességének, hatékonyságának, prevenciók funkcióinak fokozására, az ellátáshoz való egyenlő hozzáférés javítására, valamint az egészségügyi intézmények megkezdett struktúraváltásának befejezésére fókuszálnak. (Egészségügyi Helyzetkép, 2016)

### Egészségügyi informatikai programok 2013-2015

A 2013-ban EU támogatással indult e-egészségügyi programok többek között az egészségügyi ellátórendszer informatikai rendszerei közötti együttműködést elősegítő egységes informatikai környezet kialakítását, az egységes ágazati jelentési rendszer és az adatalapú döntéstámogatás megteremtését szolgálják. Ezek lezárása, átadása 2015 végén valósult meg.

Az **Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT)** fejlesztése három, összesen 10 milliárd Ft összegű projekten keresztül valósult meg. A **TIOP 2.3.1** projekt feladata

a központi, intézményközi adatáramlást biztosító informatikai rendszerek fejlesztése, országos egységes központi megoldások bevezetése volt. A **TIOP 2.3.2**-ben elektronikus közhiteles nyilvántartások és ágazati portál fejlesztése történt meg, a **TIOP 2.3.3**. keretében pedig a térségi, funkcionálisan integrált intézményközi információs rendszerek kiépítéséhez szükséges helyi infrastruktúra fejlesztése valósult meg.

Az EESZT egy központi informatikai rendszer, amely megteremti az alapot az egészségügyi szolgáltatók együttműködéséhez. Az EESZT keretében többek között a következő szolgáltatások bevezetését tervezik: az egészségügyi szféra regisztrált felhasználói számára létrehozott zárt szakmai portál lehetőséget ad az egészségügyi közhiteles törzsadatok elektronikus nyilvántartásának és az ágazati portál szolgáltatásainak elérésére. Publikálja a közhiteles törzsadatokat, megvalósítja az ágazat számára az egykapus jelentésküldési rendszert. Az e-kórtörténet segítségével az orvos hozzáfér a beteg korábbi és más intézményben készült orvosi dokumentációjához, a képalkotó, labor-, és egyéb leleteihez. Az e-beutaló segítségével az orvosok közvetlenül tudnak a diagnosztikai vagy egyéb rendelésekre időpontot foglalni a beteg számára, a Medibox szolgáltatásaival pedig megvalósul az ország legkülönbözőbb pontjain dolgozó orvosok csoportmunkájának informatikai támogatása. Az e-recept használata 2017-ben minden gyógyszerárban kötelezővé válik, egyidejűleg a papíralapú vény is megmarad.

Az EESZT-t az állami és önkormányzati szervek elektronikus információbiztonságáról szóló *2013. évi L. törvény* szerinti 5-ös biztonság osztályba sorolták, amely a lehető legmagasabb biztonsági fokozatot jelenti jelenleg. (A biztonsági osztályba sorolás alkalmával - az érintett elektronikus információs rendszer vagy az általa kezelt adat bizalmosságának, sértetlenségének vagy rendelkezésre állásának kockázata alapján számozott fokozatot alkalmaznak, a számozás emelkedésével párhuzamosan szigorodó védelmi előírásokkal együtt.) Az állampolgár egészségügyi adataihoz és dokumentumaihoz kizárólag orvosi, illetve a receptek tekintetében gyógyszerészi végzettségű egészségügyi dolgozó férhet hozzá, kormányzati szervek és ágazaton kívüli intézmények nem. A digitális önrendelkezési modul (DÖR) lehetővé teszi, hogy az állampolgár az Ügyfélkapun keresztül, vagy hagyományos módon írott rendelkezéssel szabályozza az adataihoz történő hozzáférést. (ÁEEK, sajtóközlemény, 2015. okt.)

Az EESZT szabályozásáról a *2015. évi CCXXIV. törvény az egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú törvények módosításáról* rendelkezik, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló *1997. évi XLVII. törvény* módosításával. A szabályozások többsége 2016. január 1-től hatályos.

2015. december 10-től aktív a **MeNTA** okostelefonos alkalmazás, vagyis a *Mobil EgészségNapló és Tájékoztató Alkalmazás*, melyre 300 millió forintot költött az állam európai uniós fejlesztési forrásból. Az alkalmazás segítségével a felhasználók többek között egészségtervet készíthetnek, hiteles információkhoz juthatnak betegségükkel

kapcsolatban, megtudhatják a felírt gyógyszerrel kapcsolatos összes elérhető információt, valamint az útvonalkereső térképes funkció segítségével egyszerűbben érhetik el a szolgáltatókat is. Az alkalmazás továbbfejlesztett változatában lehetővé válik majd az egészségügyi intézményeknél, vagy a háziorvosnál tárolt egészségügyi adatok egyéni mérésekkel történő kiegészítése, valamint ezeknek az információknak a háziorvossal történő megosztása is. (ÁEEK, sajtóközlemény, 2015. dec.)

A 2013. február 1. és 2015. november 30. között futó **TÁMOP-6.2.3** keretében valósult meg PULZUS Egészségügyi Adattárház fejlesztése, amely célja olyan adattárház, elemzési- és döntéstámogatási eszközrendszer kialakítása volt, amely összefogja az egészségügyben létező legfontosabb információforrásokat. Az adattárház többek között a járó- és fekvőbeteg ellátás szolgáltatásainak adatait, a szolgáltatókra vonatkozó működési engedélyekkel kapcsolatos adatokat tartalmazza. A rendszer alkalmas betegségregiszterek adatainak tárolására is. Az adatbázis az ellátottak adatait személyre vissza nem követhető módon kezeli. (ÁEEK, sajtóközlemény, 2015. okt.)

## Az egészségügyi adatok kezelésének jogszabályi változásai

A betegek egészségi állapotának nyomon követése és a betegellátók eredményes gyógykezelési tevékenységének elősegítése céljait szem előtt tartva változtak az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló jogszabályok.

2011-től a háziorvosnak volt arra lehetősége, hogy az Országos Egészségbiztosítási Pénztártól elektronikus lekérdezés formájában megismerje a betege kötelező egészségbiztosítás terhére igénybevett egészségügyi ellátási adatait. A jogszabály 2013-tól a gyógyszerésznek is megengedi a gyógyszert kiváltó beteg kötelező egészségbiztosítás terhére igénybevett, gyógyszereléssel kapcsolatos egy éven belüli adatainak megismerését, 2014-től pedig a beteg kezelését végző orvos is élhet ezzel a lehetőséggel.

2014-től bővült azoknak a regisztereknek a száma, amelyek felé jogszabály nevesíti az egészségügyi szolgáltatók adatszolgáltatását. A Nemzeti Rákregiszter, a Gyermekonkológiai Regiszter, a Veleszületett Rendellenességek Országos Nyilvántartása és a Humán Reprodukciós Eljárások Regisztere mellett újonnan ide tartozik a Nemzeti Szívinfarktus Regiszter és a Központi Implantátumregiszter is. *(Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvényt módosította a 2013. évi CCXLIV. törvény - az egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú törvények módosításáról)*