

Újraélesztett egészségügy

Gyógyuló Magyarország

Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére

Szakmai konzultáció – vitairat



Nemzeti Erőforrás Minisztérium
Egészségügyért Felelős Államtitkárság
2010. október

Fontos információ a szakmai vitairatról:

Az vitairatot a Kormány még nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának!

Készítette:

A szakmai vitairatot 30 munkabizottság szakértői által készített munkaanyagokból állította össze a Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárságának alkotóközössége

Beneda Attila
Burány Béla
Cserháti Péter
Gaál Péter
Hankó Balázs
Páva Hanna
Mogyorósi Dorottya
Stefka Nóra
Stubnya Gusztáv
Szócska Miklós
Török Krisztina
Velkey György

vezetésével.

A NEFMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága ezúton is hálásan köszöni a szakértők önfeláldozó munkáját, amely nélkül ez a vitairat nem jöhetett volna létre. A dokumentumban maradt hibák felelőssége ugyanakkor egyedül a szerkesztőket terheli.

Tartalomjegyzék

1.	ÖSSZEFOGLALÓ JÖVŐKÉP	4
1.1.	A PROGRAMALKOTÁS KERETRENDSZERE	4
1.2.	CÉLOK, ÉRTÉKEK ÉS ALAPELVEK.....	6
1.3.	HELYZETÉRTÉKELÉS, PROBLÉMA-MEGHATÁROZÁS, FUNKCIONÁLIS ELEMZÉS	9
1.3.1.	<i>Területi és szakmai egyenlőtlenségek és hatékonysági veszteségek.....</i>	<i>9</i>
1.3.2.	<i>Okok: teljesíthetetlen célok, örökölt inadekvát struktúra, nemkívánatos ösztönzők, morális válság.....</i>	<i>11</i>
1.4.	ÁGAZATI STRATÉGIA, INTÉZKEDÉSI TERV	12
1.4.1.	<i>Válságkezelés és konszolidáció: az azonnali intézkedések (fél)éve (2010) és a fenntartható átrendeződés éve (2011).....</i>	<i>13</i>
1.4.2.	<i>Rendszermodell.....</i>	<i>13</i>
2.	PROGRAMTERVEK	27
A.	Azonnali pénzügyi-gazdasági intézkedések.....	28
B.	Szakellátók Finanszírozása	33
C.	Állami egészségügyi szervezési intézményrendszer	38
D.	Ágazati informatika fejlesztése.....	41
E.	Tulajdonlás és menedzsment	45
F.	A magyarországi sürgősségi ellátórendszer fejlesztési terve	48
G.	Alapellátás	53
H.	Gyógyszerpolitika.....	57
I.	Minőségfejlesztés	62

1. ÖSSZEFOGLALÓ JÖVŐKÉP

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

Az *Újraélesztett Egészségügy – Gyógyuló Magyarország* vitáiban ezekre a kiindulópontokra építve vázoljuk fel a magyar egészségügyi rendszer újjáépítésének lehetséges kereteit. A folyamatosan bővülő, formálódó **vitáiban ezen verziója a szakmai közvéleménynek szól** és konzultációk sorozata után nyeri el végleges formáját. Azzal a céllal is született, hogy keretet adjon az értelmes egészségpolitikai vitáknak és segítse a gyakorlati problémákat jól, de a programalkotás fogalomrendszerét, elméleti összefüggéseit kevésbé ismerő szakembereket a konzultációs folyamatba való bekapcsolódásban. Ezzel összhangban, a főszoveghez helyenként **apróbetűs értelmező részeket** kapcsolunk, amelyek szándékaink szerint segítik az eligazodást, a vitáiban felvetett gondolatok értelmezését. Célunk azoknak az összefüggéseknek a bemutatása, amelyek kezeletlenül hagyása a jelenlegi válsághelyzet kialakulásának egyik fő oka volt.

1.1. A programalkotás keretrendszere

A polgári egészségpolitika a nemzetközi szervezetek ajánlásait is figyelembe véve a magyar kutatók által kifejlesztett probléma-orientált, funkcionális megközelítést alkalmazza, amelynek három jellemzője, hogy (1) értékközpontú, célvezérelt, (2) bizonyítékokon alapuló, és (3) megvalósítható.

A **célvezéreltség** azt jelenti, hogy az egészségpolitikai programalkotás kiindulópontját az egészségügyi rendszer működésével elérni kívánt célok, ezeknek a céloknak az el neméréséből levezethető problémák, illetve a problémák okainak feltárása adja. A programalkotás ebből következően tehát az értékek, célok világos és egyértelmű megfogalmazásából indul ki.

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

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

A tudományos bizonyítékokon alapuló egészségpolitika alapelve megkívánja, hogy kiszűrjük a programalkotásból az ideológiai alapú elfogultságot, a tévhiteket, illetve hiedelmeket.

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

A **megvalósíthatóság** megköveteli a társadalmi, kulturális, politikai realitások, illetve technikai és kapacitás korlátok figyelembe vételét az eszközválasztásban. Ez többek között annak felismerését és elfogadását is jelenti, hogy a rendszerszintű változtatások döntő többségének megvalósítása több kormányzati cikluson keresztül képzelhető el, tehát társadalmi, illetve politikai konszenzust kíván. Az egészségpolitikai programalkotás folyamata szervesen illeszkedik a **Nemzeti Konzultáció** rendszerébe: az *Újraélesztett Egészségügy – Gyógyuló Magyarország* vitairatban felvetett tézisek széleskörű társadalmi egyeztetések után nyerik el végleges formájukat.

A rendszerváltás óta eltelt időszak és különösen az elmúlt négy év történései szükségessé teszik annak megfogalmazását, hogy a polgári egészségpolitika milyen főbb gondolatokra, milyen megközelítésmódra épít annak érdekében, hogy megvalósítható programok készüljenek és érdemi lépések megtételére kerüljön sor a válsághelyzetben lévő egészségügyi szektor talpra állításában. A nemzeti ügyek kormánya támogatja:

- a kiszámíthatóságot és a stabilitást;
- az emberséget és a partnerek tiszteletét;
- a konszenzuseresést és partnerséget a társadalmi, szakmai- és szakszervezetekkel;
- a jó teljesítmény elismerését és honorálását;
- a tisztességes feltételek kialakítását, betartható szabályokat;
- az átláthatóságot és a számonkérhetőséget.

Mindezek alapján, az értékek és célok, valamint a jelen helyzethez vezető problémák és okok részletesebb bemutatása után, összefoglaljuk a kívánatosnak tekintett célmodell elemeit. A részlemekhez a részleteket jobban kifejtő **háttéranyag** kapcsolódik, amely a helyzet meghatározásával, a legfontosabb problémákkal, az alapelvekkel, valamint a konkrét intézkedési javaslatokkal foglalkozik. A részletesebb programterveket **A-tól kezdődően, betűkkel jelöljük. A jobboldali margón elhelyezett színes négyszögben tüntetjük fel az adott bekezdést kifejtő programterv betűjelét.**

Az *Újraélesztett egészségügy – gyógyuló Magyarország* szakmai vitairat jelenlegi formájában **nem tartalmaz minden területre kiterjedő, részletes intézkedési tervet.** Egy interaktívan és **dinamikusan bővülő vitairatról van szó**, amelyhez fokozatosan újabb és újabb elemek

Betű-
jel

kapcsolódnak, ezzel párhuzamosan pedig, a szakmai és társadalmi egyeztetések eredményeképpen, egyes részlemei csiszolódnak és elnyerik végleges formájukat. Ennek megfelelően később kapcsolódik a Semmelweis Tervhez például a Népegészségügyi Akcióterv, valamint az Életpályamodell. Ezeken a területeken a helyzetelemzésig jutottunk el és igyekeztünk feltárni a programokra felhasználható forrásokat. Ezekre a munkálatokra építve készül mindkét említett programterv és hamarosan ezek is részét képezik majd a vitára bocsájtott anyagoknak, téziseknek.

1.2. Célok, értékek és alapelvek

Célok, értékek és alapelvek fogalmának meghatározása

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

Az egészség társadalmi értéke és viszonya más értékekhez

1. **Az egészség önmagában érték.** Az egészség a gazdaság és általában a társadalom működésére kifejtett hatásai fontosak, de ezektől függetlenül minden ember egészsége értékes.
2. Az egészség a társadalom egyéb értékei közötti prioritását alapvetően meghatározza, hogy az egyének, illetve a közösség (kormányzat) a szűkösen rendelkezésre álló erőforrásaiból (illetve jövedelméből) mennyit áldoz az elsődlegesen az egészségi állapotot befolyásoló tevékenységekre, illetve, hogy az egyéb tevékenységek egészségi állapotot befolyásoló hatásainak mekkora jelentőséget tulajdonít az ezekkel összefüggő döntésekben. Kezdeményezzük egy „**társadalmi szerződés**” megkötését, amely a gazdaság jövedelemtermelő képességéhez igazodóan határozza meg az egészségügyi ellátásra fordított közpénzeket.
3. Kezdeményezzük, hogy az **egészségkárosítást okozó társadalmi döntések** negatív hatásait számszerűsítsük és ezt az összeget a tevékenységhez kötődő forrásokból az egészségügybe csoportosítsuk át. Általánosságban minden olyan társadalmi döntés, amely az egészségügy forrásait csökkenti, vagy új feladatot ad, a döntésnek megfelelő források átcsoportosításával járjon együtt.

Hatásosság, eredményesség

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

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

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

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

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

Itt a különböző kezelési módok közötti hatásosság különbségből eredő minőségkülönbségről, azaz az allokatív minőségről van szó.

Méltányosság, igazságosság

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

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

10. Szolgáltatáscsomagból kizárhatók a nem egészségi állapot javítását célzó beavatkozások (méltányossági keretre szükség lehet a határesetek kompenzálására).
11. Szolgáltatáscsomag keretében fontos feladat a **standard ellátási körülmények meghatározása**, amelyre mindenki jogosult. Az extra hotelszolgáltatásért a jelenlegi jogszabályi kereteknek megfelelően is fizetni kell, de ennek igénybevétele a standard szolgáltatási színvonal meghatározása nélkül átláthatatlan, kusza.
12. A **hálapénz visszaszorítása** érdekében megfontolandó a **szabad orvosválasztás az elmúlt kormányzati ciklusban fizetőssé tett rendszerének egyértelművé tétele**. Ennek feltétele többek között a betegutak rendbetétele, a pénz többletforrásként történő meghatározása, valamint az is, hogy a bevételeket kizárólag az egészségügyi dolgozók jövedelmének növelésére fordítsák.
13. **Várólisták** kezelésében egy lehetőségként felmerül, hogy megengedjük: a sorbanállás pénzzel kiváltható legyen a közfinanszírozott ellátást végző intézményekben is. **Ez a lehetőség azonban még abban az esetben is számos kérdést, megvalósítási problémát vet fel, ha a soron kívüli ellátás nem a közfinanszírozott kapacitások terhére történik.**

Hatékonyaság

14. Kezdeményezzük, hogy **az egészségügyi szektor erőforrás-allokációs döntései**, a költségvetési sarokszámokon belül kizárólag a tárca szakmai kompetenciájába tartozzanak. Az egészségügy érdemi újraszervezésének, a hatékonyság javításának **kulcsfontosságú feltétele, hogy a hatékonyságjavulás eredményeképpen felszabaduló forrásokat ne vonják ki az ágazatból, hanem (ösztönzés formájában) kerüljenek vissza az ellátórendszerbe**. Csak így törhető meg ugyanis a forráshiány-pazarlás negatív önröntő köre.

A hatékonyság célkitűzésének több szintje van. A **termelési hatékonyság** (azaz hogy a lehető legolcsóbban állítsuk elő azt, amit éppen elő szeretnénk állítani) növelése minden esetben kívánatos függetlenül attól, hogy éppen milyen (de természetesen mindenképpen hatásos, eredményes) egészségügyi szolgáltatásról van szó. Az **allokációs hatékonyság** megközelítése jóval nehezebb, főként akkor, ha figyelembe vesszük a társadalmi szintű, nem egészségi állapot javulásból eredő nyereségeket is. A jóléti közgazdaságtan kereteit módosító (**extra-welfarist**) **hatékonyságértelmezés** az egészségügyi technológiák közötti választás szempontjából hasznos leegyszerűsítés. Ez a hatékonyságértelmezés azt kívánja meg, hogy egységnyi egészségnyereséget a lehető legolcsóbban állítsunk elő, azért, hogy az össztársadalmi szintű, aggregált egészségnyereséget maximalizáljuk. Ez a hatékonyság célkitűzés egyes esetekben ellentétben van az igazságosság előzőekben megfogalmazott alapelveivel, így javasoljuk, hogy csak **korlátozott mértékben vegyünk figyelembe a befogadási döntések meghozatala** során, a kritérium teljes kizárása azonban nem indokolt.

Betegjogok, szabad orvos-, és intézményválasztás

15. **A betegjogok megfelelő érvényesítése, a betegek kiszolgáltatottságának csökkentése, az emberi méltóság megőrzése** az egészségügyi intézményeken belül **kiemelt cél**, de az egészségügyi ellátóintézmény, illetve kezelőorvos szabad megválasztását a közfinanszírozott ellátások körében elsősorban eszköznek tekintjük más célok elérésében.

1.3. Helyzetértékelés, probléma-meghatározás, funkcionális elemzés

1. **Súlyos örökség – minőség problémák, hatékonysági deficit, igazságtalanságok, kiszolgáltatottság:** Az egészségügyi rendszer átalakítását indokoló problémák három fő forrásból, (1) az államszocialista rendszer örökségéből, (2) az elmúlt 20 év reformjainak nemkívánatos hatásaiból, (3) valamint az elmúlt 4 év felelőtlen egészségpolitikai döntéseiből és költségvetési restriktív intézkedéseiből származnak. Legfontosabb teljesítménydeficitek közé tartozik a betegek kiszolgáltatottsága, a területi és szakmai aránytalanságok, valamint az ellátáshoz való hozzáférés egyéb problémái, csakúgy mint a forráskivonásból és a torz forrásallokációból eredő hatékonysági veszteségek. A forráshiányt jól jellemzi, hogy az Egészségbiztosítási Alap gyógyító-megelőző ellátásokra fordított kiadásai reálértéken számolva 250 milliárd forinttal maradnak el az 1990-es szinttől.
2. **A teljesítményproblémák több okra vezethetők vissza.** Az irreális ígéretek mellett fontos szerepe van a nemkívánatos finanszírozási ösztönzést eredményező torz jövedelmi viszonyoknak, az egészségügyi dolgozók megalázásának, a kontroll nélküli centralizált irányítás csődje következtében kialakult rossz ellátási struktúrának, a bizalomvesztésnek, de a finanszírozási reformok következtében kialakult magasabb progresszivitási szintek felé irányuló betegmozgásnak, a betegút-szervezési funkció hiányának is. A 2010-ben kialakult akut válsághelyzet ugyanakkor egyenes következménye az elmúlt négy évben **szétzilált betegutaknak, a központosított és önkényes egészségpolitikai döntéseknek, valamint a súlyos forráskivonásnak.** A rendszer komoly adósságválsággal küzd, amelynek része nemcsak a beszállítók felé történt eladósodottság, hanem a dolgozókkal és a betegekkel (várólisták, ellátás-hárítás, szolgáltatás minőségének lerontása) szemben felhalmozódott „adósságok” köre is. A rendszer 2010 őszére az összeomlás szélére sodródott.

1.3.1. Területi és szakmai egyenlőtlenségek és hatékonysági veszteségek

3. A magyar egészségügyi rendszer jelenlegi problémái nagyobb részben az **államszocialista örökségből**, kisebb részben pedig az elmúlt közel **20 évben bevezetett reformokból** erednek. Az azonnali intézkedést kívánó válsághelyzet ugyanakkor az elmúlt **4 év felelőtlen egészségpolitikai döntéseinek** (amely szétzilált és működőképeség határára sodort egy átalakításra szoruló, de alapvetően működőképes, funkcionáló rendszert), valamint a **világgazdasági válság** következtében foganatosított restriktív intézkedések következtében alakult ki.
4. Az **államszocialista rendszer** olyan egészségügyi rendszert hagyott ránk, amelyben a hiány és a pazarlás egyszerre volt jelen, és ezen a működési zavaron azóta is csak kevés intézkedés javított érdemben. Ez a sokak által közhelyszerűen használt, de mégis találó megfogalmazás a rendszer hatékonysági és igazságossági deficitjét jól foglalja össze.
5. **Esetlegesség.** Az átlag magyar állampolgár nem lehet biztos abban, hogy amikor egészségügyi ellátásra van szüksége, valóban azt fogja-e megkapni, amire szüksége van (pont abból és annyit, amennyi „kell”, se többet, se kevesebbet). Nem igaz ugyanakkor az a sommás megállapítás, hogy a magyar egészségügyi rendszerben nem lehet kiváló minőségű ellátáshoz jutni. Az sem igaz, hogy minden egészségügyi ellátó pazarlóan, nem hatékonyan működik. A probléma abból ered, hogy a jó teljesítményt a rendszer

- esetlegesen, nagy különbségekkel nyújtja: attól függ, hogy hol, mikor, milyen problémával, éppen kihez fordul a beteg.
6. **Területi és szakmai egyenlőtlenségek.** A rendszer tehát nem biztosítja, hogy ugyanazzal a betegséggel ugyanolyan színvonalú ellátást kapjon bárki, függetlenül attól, hogy hol lakik, illetve, hogy az ellátás színvonalát ne a betegség mibenléte határozza meg. Ezek a földrajzi területi, illetve szakterületi egyenlőtlenségek dokumentálható módon léteznek, bár az igénybevevők valószínűleg súlyosabbnak ítélik meg ezt a deficitet, mint amekkora az valójában. Az ellátók és az igénybevevők közötti információs aszimmetria az ellátó teljesítményének megítélését bizalmi kérdéssé teszi, ezért a rendszer működéséhez alapvetően szükséges bizalmi tőke eróziója csak tovább súlyosbítja az ellátórendszer gyenge teljesítményét.
 7. **Hatékonysági veszteségek.** A rendszer hatékonysági vesztesége ugyanakkor nem pusztán abból ered, hogy bizonyos esetekben a beteg nem kapja meg a szükséges ellátást, illetve, hogy más esetekben felesleges ellátásokat kap. Alapvető pazarlásként jelenik meg a rendszerben, hogy a betegeket nem a lehető legalacsonyabb ellátási szinten kezelik. Ennek legnyilvánvalóbb tünete a kórházi esetek számának (a TVK bevezetéséig történt látványos) folyamatos emelkedése.
 8. **Forráskivonásból eredő hatékonysági veszteségek és kiszámíthatatlan finanszírozás.** Az egészségügy rendszerváltás óta eltelt 20 évre jellemző, hogy rövid ideig tartó „adakozó” periódusok, és annál hosszabb, jelentős forráskivonással járó megszorítási időszakok váltották egymást. Ez amellet, hogy kiszámíthatatlanná, tervezhetetlenné tette a szolgáltatók működését, súlyos „adósságválságban” manifesztálódó működési zavarokat is eredményezett. A 2010 őszére kialakult súlyos válsághelyzet legfőbb oka ugyanis az abszolút és relatív **forráshiány**, az elmúlt kormányzati időszakban történt **forráskivonás**, amely torz ösztönzőket is generált, mert nem forgatták vissza az ágazatba a hatékonyság javulás miatt felszabadult forrásokat. A rövidtávú válsághelyzetet jól jellemzi, hogy 2009-ben a gyógyító-megelőző ellátás finanszírozása összességében, nominál értékben több mint 50 milliárd forinttal maradt el a 2008-as szinttől. A 2010 elején juttatott 45,5 milliárd Ft plusz forrás csak arra volt elegendő, hogy az intézmények ki tudják fizetni az addig felhalmozódott adósságaikat, így az eladósodás folyamata már 2010. első negyedében újra elindult, és a forráselosztás első félévre történő koncentrálása miatt a második félévben gyorsuló ütemben folytatódik. Ugyanakkor Magyarország gazdasági fejlettségéhez képest **az egészségügyi közkiadások szintje nagyon alacsony**. A Magyar Nemzeti Bank elemzői által készített tanulmány szerint 2007-ben, a nettó költségvetési pozíciót tekintve, az egészségügyi közkiadások aránya a GDP-n belül **2,1% ponttal (azaz több mint 500 milliárd forinttal) alacsonyabb**, mint a másik három visegrádi ország átlaga (P. Kiss, Szemere, 2009). Az Egészségbiztosítási Alap gyógyító-megelőző ellátásokra fordított kiadásai **reálértéken számolva 250 milliárd forinttal maradnak el a 20 évvel ezelőtti, 1990-es szinttől**, amely csak az akkori technológia szinthez képesti elmaradást jelenti, és nem számol az azóta lezajlott fejlődéssel.
 9. **Egyéb problémák.** Természetesen a rendszernek számos egyéb problémája is van, amelyekkel külön is érdemes foglalkozni. Ilyen például a teherviselés igazságtalansága (járulék és adóelkerülés) és a betegjogok megsértése. A területi és szakmai egyenlőtlenségeket és a hatékonysági veszteségeket azért emeltük ki, mert ezek tűnnek a legsúlyosabbnak, legmeghatározóbbnak.

10. Érdemes megjegyezni azt, hogy a **hatékonysági problémák** az egészségügyi szektor sajátosságaira vezethetők vissza, így nem **tekinthetők speciálisan magyar problémának**. Ezzel együtt is vannak azonban olyan örökölt, illetve kreált jellemzői a magyar rendszernek, amelyek a hatékonysági deficit felhalmozásában jelentős szerepet játszanak.

1.3.2. Okok: teljesíthetetlen célok, örökölt inadekvát struktúra, nemkívánatos ösztönzők, morális válság

11. **Nagyotmondás.** Az államszocialista rendszer legmélyrehatóbb és legsúlyosabb következményekkel járó öröksége, amelytől nem sikerült megszabadulni, a nagyotmondás. Ennek lényege, hogy többet ígérték, mint amennyi pénzt hajlandók voltak adni az ígéretek teljesítésére. Bár mind az egészségügyi dolgozók, mind pedig a betegek hamar szembesültek a retorika és a valóság között húzódó tátongó szakadékkal, a helyzet őszinte megbeszélése mindmáig várat magára.
12. **Az egészségügyi dolgozók megalázása – torz jövedelmi viszonyok.** A tervgazdaság irányítói úgy gondolták, hogy az emberekre rá lehet kényszeríteni irreális feltételeket is, így a legkézenfekvőbb megoldásként az egészségügyi dolgozók, orvosok fizetésén kívánták megspórolni azt, ami hiányzott. Az így kialakult, torz jövedelmi viszonyokat (a hálapénzzel együtt) eddig nem sikerült érdemben kezelni. Sőt, a betegellátáshoz szükséges termékek (orvosi eszközök, műszerek, gyógyszerek) ellátásának piacosítása, még jobban kiélezte a jövedelemaránytalanságokból származó feszültségeket (például nagytudású, tapasztalt szakorvosok „csaptak fel” gyógyszergyári orvoslátogatóknak).
13. **Az állam-szocialista rendszer kontroll nélküli centralizált irányításának csődje – torz ellátási struktúra.** A centralizált irányítás több szempontból is csődöt mondott és torz ellátási struktúra kialakulásához vezetett. Egyrészt a rendszer érzéketlen (sőt bizonyos esetekben ellenséges) volt az igénybevevői szintről érkező kritikára. Másrészt a rendszer felerősítette a lobbierdekek befolyásoló hatását. Ennek megfelelően az erőforrás-allokációs döntések nem a deklarált módon, azaz a szükségletekkel összhangban születtek meg, hanem az egyes szolgáltatók érdekérvényesítő erejének megfelelően. A helyzetet tovább súlyosbította, hogy a túlcentralizált rendszer nem volt képes adekvát választ adni a betegségstruktúra átalakulására és a költségrobbanás kihívására. A szükséges minőségi igazodás helyett, a változó szükségletekre, a viszonylag olcsóbb, mennyiségi fejlesztéssel reagált (ágyszám, szakorvosi órák növelése). Ez nem azt jelenti, hogy nem lehetett jó ellátáshoz jutni, csak azt, hogy az ellátás nem egyforma, nem szolgáltatótól független volt.
14. **Bizalomvesztés és hálapénz.** A rendszer által kitermelt, kezdetben még valószínűleg csak úgy érzékelt, később pedig tényleges hiányhelyzet folyamatosan örölte fel az egészségügyi rendszerek működéséhez egyébként elengedhetetlenül szükséges bizalmi tőkét. A betegek egyre inkább úgy érezték, illetve tapasztalták, hogy nem lehetnek biztosak abban, hogy valóban meg fogják kapni a rendszer által igényelt magas színvonalú ellátást, a bizonytalanságukon pedig pénzzel kívánták „segíteni”. A hálapénz bizonyos szempontból enyhítette, más szempontból viszont éppen, hogy súlyosbította az igazságtalan jövedelemelosztást, ugyanakkor, a jelenséghez kapcsolódó ösztönzőknek megfelelően, egyértelmű prioritásmeghatározó jelentőségre tett szert.
15. Összességében olyan ellátórendszer jött létre, amely nem az ellátási szükségletekhez igazodott, és nem is volt hatékony. Az ellátási szintek közül az alapellátás háttérbe

szorult, miközben aránytalanul nagy vízfejjé nőtt a fekvőbetegellátás, de ez a kórház-központúság szakterületenként is jelentős egyenlenségeket mutatott.

16. **Reformok az örökölt torz rendszer konzerválásában.** Az 1980-as évek közepétől elindított reformok egy-két kivételtől eltekintve nem hoztak lényegi változást, sőt bizonyos tekintetben meg is erősítették a nem hatékony struktúrát, újabb nemkívánatos ösztönzők bevezetésével. Például a finanszírozási reformok új ösztönzőket jelentettek az ellátási szinteken belüli hatékonyság javítására és az eredmények azt mutatják, hogy nagy valószínűséggel lényegesen javult a szolgáltatók költségtudatossága. Ugyanakkor a finanszírozási technikák ellátási szintek közötti diszharmóniája nemhogy csökkentette, hanem éppen hogy ráerősített arra a nemkívánatos jelenségre, hogy a betegeket indokolatlanul magas szinten látják el. Az alapellátás abban érdekelt, hogy a betegeket a szakellátókhoz irányítsa, a szakellátói szinten pedig, bizonyos jövedelmezőségi korlátokon belül, abban érdekelt, hogy minél több beteget lássanak el járóbetegként és fekvőbetegként egyaránt. Ebből az is következik, hogy valószínűleg jelentősen megnőtt az indokolatlan ellátások száma, amely egyértelmű pazarlást jelent. A szolgáltatás-csomag meghatározása tekintetében, a torz ellátási struktúrában, illetve az egészségügyi dolgozók bérhelyzetében nem történt érdemi változás, a finanszírozási technikák tehát konzerválták a torz rendszert, miközben a beszállítói oldalon megjelenő extraprofit tovább élezte a jövedelemkülönbségekből eredő feszültségeket. Ez az extraprofit lehetővé tette, hogy az orvosokat és az egészségügyi intézmények menedzsmentjeit hatékonyságot rontó (de a beszállítók hasznát maximalizáló) döntésekre „ösztönözzék”.
17. **Az elmúlt négy év öröksége: szétzilált betegutak, centralizált és önkényes egészségpolitikai döntések, súlyos forráskivonás.** Az ellátórendszerből a konvergencia program keretében történő forráskivonás, az átgondolatlan és áterőszakolt strukturális átalakítások, leépítések, a feleslegesen túlbonyolított szabályozás és értelmetlen adminisztrációs terhek, valamint a rendszer egyéni hatalmi és politikai érdekek mentén történő kiszámíthatatlan és követhetetlen alakíthatása azonnali intézkedést kívánó válsághelyzetbe sodorta az egészségügyi ágazatot. Sérül az egészségügyi ellátórendszer szolgáltatásaihoz való hozzáférés folyamatossága, nem biztosítható az ellátórendszer hatékonysága (dinamikus hatékonyság – fenntarthatóság) és a nyújtott szolgáltatások minősége. A rendszer súlyos adósságválsággal küzd, amelynek része az egészségügyi intézmények beszállítók felé történt eladósodottsága (éves szinten mintegy 80-90 milliárd forint), de ugyanúgy a dolgozókkal (alacsonyan tartott bérek, juttatások megvonása) és a betegekkel (várólisták, ellátás-hárítás, szolgáltatás minőségének romlása) szemben felhalmozódott „adósságok” köre is.

1.4. Ágazati stratégia, intézkedési terv

1. **Az egészségügyi ágazat megújítása tehát elképzelhetetlen a működőképesség fenntartását célzó azonnali válságintézkedések nélkül.** Ezek teremtik meg a lehetőséget arra, hogy elinduljon az egészségügyi rendszer teljesítményproblémáit orvosolni képes, hosszabb távra szóló egészségpolitikai program megvalósítása. **A válság felszámolására irányuló akcióterv** egyaránt tartalmazza a működőképességet akadályozó szabályozási keretek lazítását, illetve felszámolását (dereguláció), az ellátóintézmények pénzügyi-gazdasági stabilizálását és a munkaerő utánpótlás

rendszerének javítását, az egészségügyi szakdolgozók és orvosok elvándorlásának lassítását, megakadályozását.

2. **A közép- és hosszútávú ágazati stratégia egy kívánatosnak tekinthető rendszermodell köré épül**, amely igyekszik választ adni a mai magyar egészségügyi rendszer legtöbb problémájára. A problémák okainak azonosítása alapján a javasolt rendszermodell a betegút-szervezési funkció, valamint az ellátórendszer strukturális átalakítása köré épül, és támogatja az ellátó-intézmények közötti funkcionális integrációt, a technikai minőséget és a területi ellátási egyenlőtlenségek mérséklését.

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

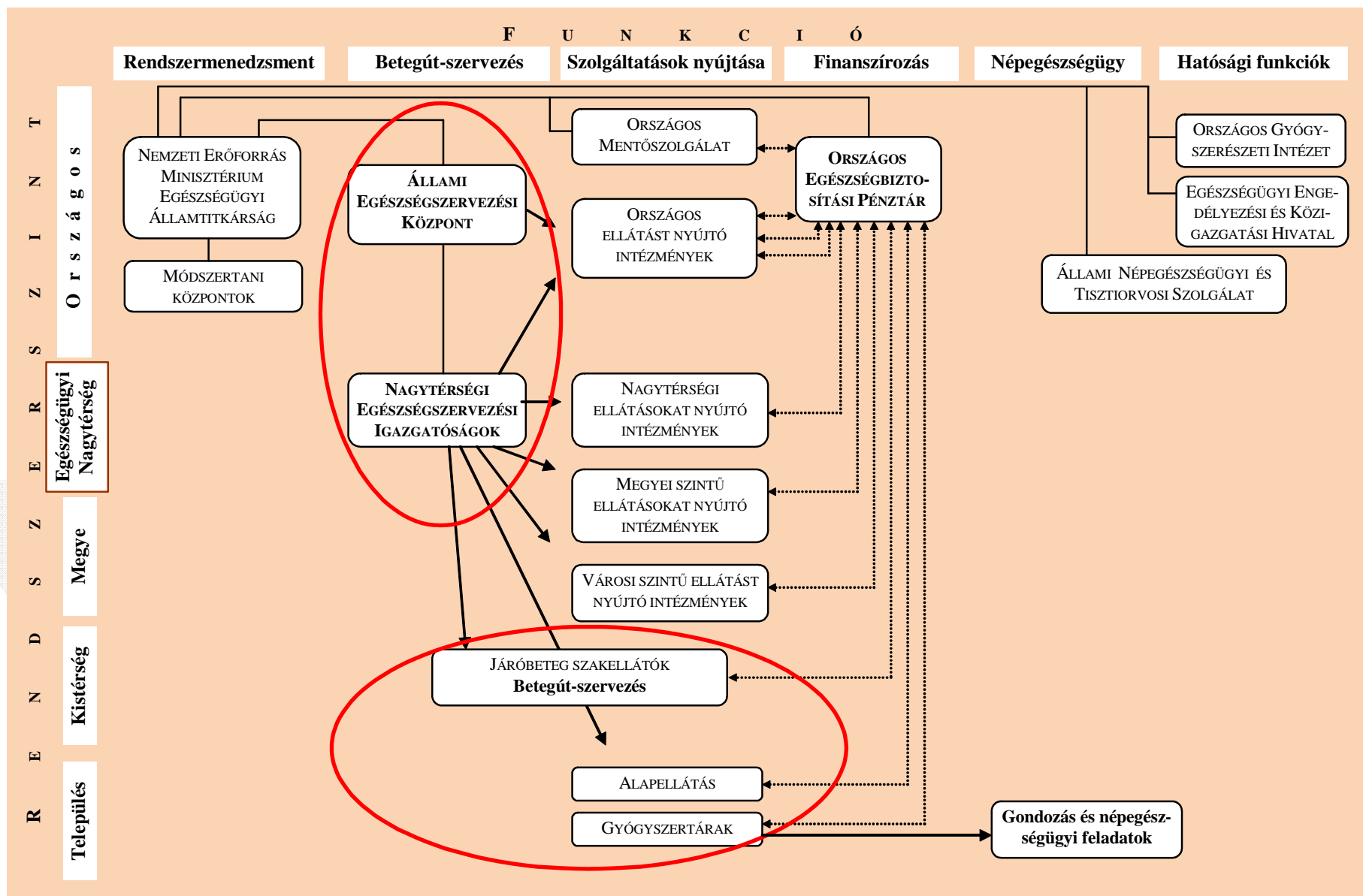
3. A megvalósíthatóság szempontjából (időkeret, források, technikai feltételek) **a pénzügyi-gazdasági intézkedések három részre oszthatók**: (1) azonnali forrásjuttatás 2010. december 31-ig; (2) a finanszírozási rendszer következő finanszírozási évre tervezett átalakítása, és (3) az egészségügyi ellátórendszer struktúrájának átalakítása, amelynek hatása 2012-től lesz érezhető. A beruházások az EU-s források terhére tervezhetők; eredményük a források hatékonyság és hozzáférhetőség mentén történő reallokációja, valamint a pénzügyi, költségvetési egyensúly hosszú távú fenntarthatósága lesz. Az **azonnali forrásjuttatás intézkedéscsomagja** mellett elkészült a **finanszírozási rendszer átalakításának koncepciója**, valamint elindult a mélyreható szerkezeti átalakítást támogató **szükségletterkép és kapacitásstervezési rendszer kiépítése** is.
4. A konszolidációs intézkedések integráns részét képezik azok a **szabályozási változások**, amelyek a rendszer működését megbénító, értelmetlen rendelkezéseket helyezik hatályon kívül, illetve változtatják meg. Ide tartozik a www.deregulacio.hu kezdeményezés is.

1.4.2. Rendszermodell

5. Az egészségügyi rendszer szervezeti kereteinek megváltoztatását **a kapacitásstervezési, az ellátó intézmények közötti menedzsment-koordinációs, valamint a betegút-szervezési funkciók, illetve az ezeket támogató részfunkciók köré építjük**. Ezek a funkciók nem működtek, illetve nem működnek hatékonyan a jelenlegi ellátórendszer szervezeti keretei között, így indokolt a jelenlegi intézményrendszer teljes felülvizsgálata és új alapokra helyezése.
6. A rendszerben megmarad az **egységes társadalombiztosítási modell**, amely a szolgáltatók és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár, mint egy finanszírozó közötti szerződéskötésre épül. Az OEP végzi a hagyományosan centralizált, egységes rendszerben hatékonyan működtethető finanszírozási funkciókat, például a szerződéskötést, valamint a teljesítményjelentések utáni pénzkifizetést.
7. A Nemzeti Erőforrás Minisztérium (NEFMI) felügyelete alá tartozó, három területi egység szintjén működő, az egészségügyi ellátókra építő **kapacitás-átrendező, a területi ellátó-intézmények menedzsment-koordinációját végző, betegút-szervezést támogató intézményt hozunk létre (országos központtal és területi egységekkel)**, amely egyrészt támogatja a kistérségi (és 0. progresszivitási) szinten elhelyezkedő járóbeteg-szakellátó szolgáltatás-szervezőt, irányítja az 1-3. progresszivitási szinthez tartozó egészségügyi, valamint a területi egységhez tartozó szociális intézmények közötti kapacitásátrendezést és bizonyos funkciók esetében a funkcionális integrációt. A nemzetközi ajánlások és

tapasztalatok alapján az országot 9-10 ilyen nagyobb területi integrációs egységre osztjuk, 1 000 000 – 1 100 000 lakossal. A területi beosztás azonban nem követi a hagyományos közigazgatási határokat, hanem az egészségügyi ellátás szervezhetősége szempontjából racionális földrajzi egységeket jelöl ki (nagytertség).

8. Az **Állami EgészségSzervezési Központ** és területi egységei, a **Nagytertségi Egészség-Szervezési Igazgatóságok**, a nagytertségen belül elhelyezkedő egészségügyi ellátók képviselőiből létrejövő **konzolidációs, struktúraátalakítási munkacsoportokkal** tartanak kapcsolatot, és dolgozzák ki a helyi struktúraátalakítási programot. A intézményrendszer működésének módszertanát, a funkcionális megosztást és az egyes funkciók pontos tartalmát a helyi viszonyokat figyelembe véve alakítjuk ki. Az egészségügyi rendszer újraszervezését az elérhető fejlesztési források átcsoportosításával és az ágazati stratégia mentén történő összehangolt felhasználásával támogatjuk.
9. A különböző állami, önkormányzati, egyházi és alapítványi egészségügyi ellátók közös ellátási stratégia mentén szervezik újjá, koordinálják tevékenységüket.
10. Hasonlóan fontos eleme az átalakításnak a NEFMI Államtitkársága alá tartozó (rendszer-menedzsmenthez kötődő) szakmapolitikai intézmények átszervezése, megújítása. **A korábban szétagoltan működő háttérintézményeket öt nagy módszertani központban fogjuk össze**, amelyek mindegyike egy-egy nagy ágazatirányítási feladatot egyikét szervezi, koordinálja: (1) menedzsmentfejlesztés, (2) kutatás, (3) oktatás, (4) az ellátás támogatása és (5) egészségkommunikáció. Az egyes rendszerszintű támogató funkciók közül az eddig is működőket felülvizsgáljuk és hatékonyabbá tesszük, a hiányzókat pedig felépítjük. Az intézmények fő feladata az adott tevékenység koordinálása, irányítása. A megvalósítás ugyanakkor széleskörű intézmények közötti együttműködésre épül. Hangsúlyosan jelenik meg a feladatok között az ágazati informatikai fejlesztések irányítása, illetve koordinálása.
11. **Országos Betegjogi Központ:** A betegjogok érvényesülése és (jog)intézményi biztosítása az állam alkotmányos kötelezettsége. Az egységes irányítás és az ellenőrzött színvonal elősegíti a hatékony jogvédelmet és a megbízhatóságot. A betegjogi jogérvényesítés nem igazgatási tárgykörbe tartozó részét, a betegjogok és megbízhatóság érvényesülésének és a megszűnt intézményekből átvett betegdokumentáció kezelésének ellenőrzését önálló – a fenntartótól és a finanszírozótól független – intézménynek kell ellátnia. A hatékony felügyelet érdekében az összetartozó feladatokat egy intézményben célszerű egyesíteni. Ennek megfelelően **Országos Betegjogi Központ megalakítását kezdeményezzük**, amely ellátja a **betegjogvédelem feladatait** (betegjogi képviselők rendszere), a megfelelő **dokumentációs feladatokat** (pl. bezárt intézmények kórlapjainak őrzése, feldolgozása), valamint az **EU irányába a kapcsolattartói feladatot**. Az új intézmény **módszertani feladatai** között szerepel majd azon irányelvek, útmutatók kidolgozása, amelyek segíthetik a **kártérítési perek elkerülését, az orvos-beteg közötti bizalom növelését**, vagy a jóhírnevet sokszor súlyosan sértő, **orvosokat érintő jogalap nélküli támadások elleni védelem** lehetőségeit. Megfontoljuk a skandináv modell tapasztalatainak becsatornázását a betegeknek okozott orvosi műhibák következtében előálló kártérítések mérséklése érdekében (no-fault rendszer).



1.1. ábra: Vázlatos rendszermodell szintenkénti és funkcionális mátrixban

Rendszermenedzsment, ágazati informatika

12. **Kiszámíthatóság és hosszú távú tervezés az egészségpolitikában, gyógyító társadalmi szerződés:** Az egészségügyi rendszer átalakítását a kiszámíthatóság, stabilitás és emberiség megteremtésével kívánjuk sikeressé tenni, amelynek alapját az egészségügyi rendszer céljaira és prioritásaira vonatkozó társadalmi megállapodás adja. Az Egészségügyért Felelős Államtitkárság legfontosabb feladata, hogy ezt a konszenzust a társadalmi és szakmai szervezetek legszélesebb körének bevonásával megteremtse, majd rendszeresen aktualizálja. Az egészségpolitikai célok, illetve ezek prioritásainak egy kormányzati ciklusra, közép-, és hosszútávra szóló aktualizálása mellett nagyobb figyelmet kívánunk fordítani a szabályozási keretek rendszeres felülvizsgálatára és javítására, a rendszer működésének nyomon követésére és értékelésére, valamint ellenőrzésére, az adatgyűjtési és adminisztrációs terhek rendszerszintű optimalizálásával.
13. **Ágazati informatika; egészség-, igénybevétel-, kapacitás-, és pénzügyi-gazdasági-controlling; közhiteles nyilvántartások rendbetétele:** Az egészségügyben keletkező nagy mennyiségű és nagy értéket képviselő adatmennyiség hasznosulási foka nem kielégítő. Ennek alapvető okai a hiteles törzsadatok és alapnyilvántartások hiánya, a formai és tartalmi ellenőrzések nem megfelelő volta, az alapidokumentációk szabályozatlansága, az adatáramlási útvonalak rendezetlensége és az adatszerkezetek elavultsága. A megoldás alapvető eszköze az ágazati jelentések technikailag is egységes rendszerbe foglalása, amit az **ágazati portál** valósít meg. A portál egyben **közhiteles módon publikálja** a törzseket, a jelentési rekordszerkezeteket és kitöltési szabályokat. Az ágazati adatok elemzési célú integrációját az **egészségmontitor és kapacitástervező rendszer** valósítja meg. A tartalmi hitelesség javítása érdekében az egészségügyi szolgáltató intézmények törzsfunkcióit központilag fejlesztett és karbantartott rendszer biztosítja. Szükséges továbbá az egészségügyi dolgozók adatkezelési (kódolási) ismereteinek fejlesztése.
14. **Háttérintézmények, központi támogató funkciók:** A rendszermenedzsmenthez kötődő szakmapolitikai háttérintézményeket az Egészségügyi Minőségfejlesztési és Kórháztechnikai Intézet (EMKI) bázisára építve szervezzük újjá, egészségügyi rendszer-, és szervezetfejlesztési módszertani központként. Az intézmény új feladatai közé fog tartozni, többek között, az ágazat különböző ellátási szintjei (alapellátás, járóbeteg szakellátás, fekvőbeteg ellátás) **szakmai fejlesztési koncepciójának kidolgozásához módszertani** anyagok készítése, az ehhez szükséges szakértői bázis létrehozása; az egészségpolitikai döntések megalapozásához nélkülözhetetlen **háttér tanulmányok, elemzések** végzése; és az ágazat számára megnyíló fejlesztési forrásokhoz szükséges szakmai előkészítő tevékenység. Az **infrastruktúra és gép-műszer kataszter** adatainak folyamatos karbantartása, validálása pedig lehetőséget ad az egészségügyi intézmények struktúra fejlesztéséhez szükséges elemző tevékenységek elvégzésére, nemzetközi tapasztalatok adaptálási lehetőségének feltérképezésére és a lehetséges beruházási irányokra vonatkozó ajánlások megfogalmazására.

D

Forrásteremtés és forrás egyesítés

15. **Szolidaritás, versenyképesség és egészséges életmódra ösztönzés a forrásteremtésben:** megőrizzük az egységes, kötelező részvételen alapuló, nemzeti kockázatközösségre épülő, köztulajdonban lévő társadalombiztosítót, amely kombinált, járulék és

fogyasztási/jövedéki adó bevételekkel gazdálkodik. Öt lehetséges forrásteremtési iránnyal számolunk, amelyek a nemzeti adó-, és gazdaságpolitikai prioritásoknak megfelelően alakulnak ki: 1) az egészségügyi közkiadások költségvetési forrásból történő fokozatos növelése, 2) a fogyasztási/jövedéki típusú adók arányának növelése, új, népegészségügyi termékdíj bevételeinek becsatornázása az egészségügybe, 3) a járulékalap szélesítése, 4) a járulék-, és nevesített adóbeszedési tevékenységek, illetve a járulékpolitika felülvizsgálata, átalakítása és ellenőrzése, 5) szigorúbb fellépés a járulékelkerülés megakadályozására.

16. **Felzárkózási program az egészségügyi kiadások mértékében és szerkezetében a fejlett EU országok átlagának eléréseért:** hosszabb távon cél az uniós átlagnak megfelelő egészségügyi közkiadások elérése, valamint a magánkiadások arányának visszaszorítása, szerkezetének átalakítása (célérték a teljes egészségügyi kiadás cca. 25%-a). Az egészségügyre jutó források bővítése a gazdasági növekedés arányos részéből és az adó- illetve járulékfizetési hajlandóság növeléséből, az elkerülés visszaszorításából képzelhető el.

Szolgáltatásvásárlás, finanszírozás és betegút-szervezés

17. **Az egységes társadalombiztosítási intézményrendszer és az egy biztosító szervezeti megerősítése, fejlesztése az ellátás hatékonyságának és minőségének javításáért – egészségtervezés, szolgáltatásvásárlás és betegút-szervezés:** az egy biztosító szervezetfejlesztése a funkciók azonosítása és megfelelő centralizáltsági (decentralizáltsági) szintre helyezésével történhet, a technikai (informatikai rendszer) és emberi erőforrás feltételek parallel biztosításával. A szolgáltatásvásárlás adminisztratív feltételeit (pl. szerződéskötés, finanszírozási technikák) egységesen, a kialakított központi standardok megőrzésével célszerű továbbra is biztosítani. Cél a szolgáltatók teljesítményének mérése (nyújtott ellátások minősége, ellátáshoz való hozzáférés) és visszacsatolása. Az egészségtervezéshez szükséges adatgyűjtés és az ellenőrzés biztosítói oldali szervezetrendszerét decentralizáltan, kistérségi, vagy ahhoz közeli szinten célszerű elhelyezni, mert így működtethető a leghatékonyabban. Fontos alapelvek közé tartozik, hogy nem szabad az egy biztosító és a szolgáltatók közé biztosítási alvállalkozókat beépíteni – ezek nemcsak, hogy rosszabb hatékonysággal működnek, hanem a rossz ösztönzők miatt kifejezetten rontják a betegek ellátáshoz való hozzáféréseinek esélyegyenlőségét. A több, egymással versengő, nyereségérdekelt biztosító pénztárak rendszerét, mint célmodellt a rendelkezésre álló bizonyítékok alapján egyértelműen elvetjük.
18. **Szükséglet alapú kapacitásstervezés, népegészségügyi prioritások meghatározása, szakterületenkénti megújulási program:** A hozzáférés esélyegyenlőségének és a hatékonyságnak a növelése egyaránt megkívánja, hogy az évtizedek során, illetve az utóbbi évek struktúraátalakítási intézkedései miatt kialakult, jelentős területi és szakmai ellátási aránytalanságokat az ellátórendszer fokozatos, a helyi szükségletekhez igazodó átalakításával, megújításával korrigáljuk. A rendszer alapját egyrészt a rutin statisztikai adatgyűjtési rendszerek, másrészt a háziiorvosi rendszerre építhető egyéni szükségletfelmérés (illetve az ebből következő egészségterv) adja, amely adatok aggregálásával földrajzi és szakterületi ellátás-fejlesztési programok állíthatók össze. A befogadási döntések ezekre az adatokra épülhetnek.
19. **Átláthatóság, ellenőrizhetőség és számonkérhetőség a társadalombiztosító működésében:** az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) közpénzekkel gazdálkodik,

amely indokolja a pénz elköltésének teljes átláthatóságát, a személyiségi jogokat nem sértő adatok teljes nyilvánosságát, illetve számonkérhetőségét. A relatív szervezeti autonómiát ellenőrzési, felügyeleti intézményrendszer, az adatokhoz, eljárásrendekhez való széleskörű hozzáférés lehetősége, valamint a döntések érintettek általi megtámadhatósága ellensúlyozza.

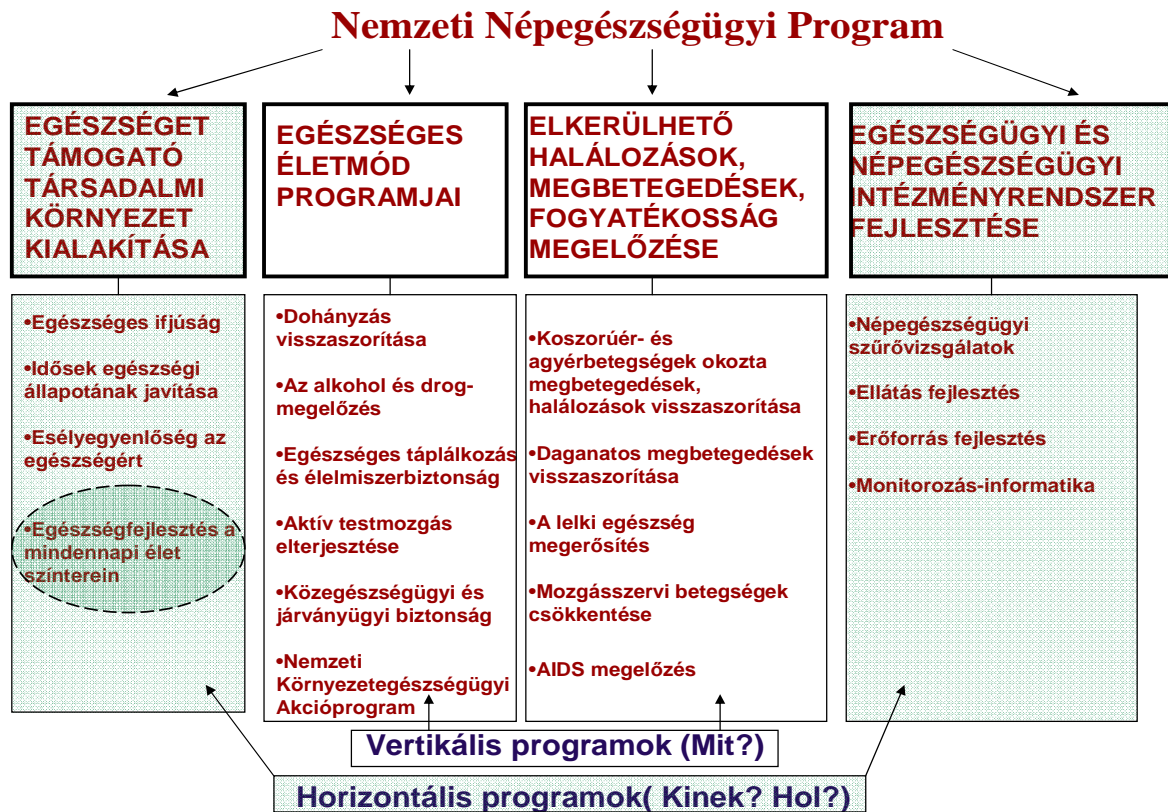
Szolgáltatások nyújtása és finanszírozási technikák

20. **Új szemlélet az egészségügyi emberi és társadalmi tőkével, illetve épületvagyonnal való gazdálkodásban – értékőrzés és mozgósítás, az egészségipar szerepének kiemelése:** Magyarország versenyképességének egyik feltétele az egészségügynek, húzóágazatként való kezelése, a szemlélete a korábbi maradékelvű viszonyulás helyett. A komplex megközelítés része az egészségipar szerepének felismerése, a **hagyományosan magas hazai innovációs és tudományos kapacitás felszabadítása**, a még kitartó szakembergárda megbecsülése. Az ágazattal kapcsolatos egyeztetések során folyamatosan tudatosítani szükséges, hogy az egészségipar GDP termelő potenciálja révén valójában **nem pénzt visz, hanem pénzt hoz**, így a hazai egészségügyben rejlő komparatív előnyök kihasználásával az egészségipar a nemzetgazdaság egyik húzóágazatává tehető. A hazai betegek ellátásában le nem köthető kapacitások az EU belső piacára való belépéssel tehető hasznossá (egészségturizmus). Cél, hogy minél több területen megszerezzük a ritka betegségek EU-s gyógyító-központi státuszát. Az elmúlt évek kormányzati politikájának egyenes következményeként kialakult erjedési folyamatokat megállítjuk, és megakadályozzuk a nehéz helyzetben lévő egészségügyi intézmények szabályozatlan, ellenőrizetlen tulajdonosi, vagy funkcionális privatizációját. Fontos az egészségügyi célvagyon értékének megőrzése. A korszerűtlen, drágán felújítható, de értékes épületegyüttesek esetében reális alternatívaként merülhet fel az ingatlan piaci áron való eladása, de a bevételek csak egészségügyi beruházásokra fordíthatóak.
21. **Új szemlélet az egészségügyi ellátók finanszírozásában – tőkeköltségek beépítése és szektorsemleges finanszírozás:** azáltal, hogy a tőkeköltségek nem a működési bevételekhez kapcsolódóan kerülnek a szolgáltatókhoz, a beruházási döntésekben nem kellő súllyal jelenik meg a kihasználtság. A hatékonyság javítása érdekében tehát szükség van az amortizáció és a megtérülés szolgáltatási díjtételekbe való beépítésére. Fontos szempont a szektorsemlegesség elve, ami azt jelenti, hogy az állami és a magánszolgáltatók ugyanazon feltételek mellett kapják a finanszírozást, különben nem adottak a szolgáltatók közötti verseny feltételei. A szektorsemlegesség elvét ugyanakkor nemcsak egy adott szolgáltatás esetében kell érvényesíteni, hanem különböző szolgáltatások egymáshoz viszonyított feltételei tekintetében is (tárgyi és alanyi szektorsemlegesség). Megszüntetendő az a gyakorlat, hogy bizonyos területeken, ahol magánszolgáltatók működnek, a szolgáltatási díjtételeket más területekhez képest aránytalanul magasan állapítják meg, így a közszolgáltatók rovására teremtenek jól jövedelmező piacot a magánbefektetőknek.
22. **Tulajdonlás és menedzsment az ellátórendszerben; az orvos, mint menedzser:** A tulajdonlás és működési mód megválasztása, tehát a magántulajdon és köztulajdon szerepe az egészségügyi szolgáltatások nyújtásában nem cél, hanem eszköz. Határozottan elutasítjuk tehát az elmúlt időszak szabályozatlan kényszerprivatizációit és az egészségügyi vagyon elkótyavetyélését, de nem vetjük el a betegek érdekében a

magántőke bevonását az ellátórendszer fejlesztésébe. Ez azonban addig nem támogatható, amíg nincsenek meg a magántőke közérdekkel összhangban történő működésének rendszerfeltételei. Egyre több tudományos bizonyíték szól amellett, hogy a szolgáltatók hatékony működésében a tulajdonforma helyett jóval nagyobb jelentősége van a megfelelő finanszírozási ösztönzőknek és az ezzel összhangban lévő, a működési kereteket meghatározó jogszabályoknak, a menedzsment és a tulajdon kapcsolatának, valamint az egészségtudományi és menedzsment tudás és tapasztalat egyesítésének. Ennek alapján támogatjuk az orvosok és egészségügyi dolgozók egészségügyi ellátók menedzsmentjébe történő bevonását, illetve meghatározott esetekben a tulajdonszerzést is.

23. **Szolgáltatói beteg-szervezés a hatékonyság, a minőség, a hozzáférés és a jövedelmi helyzet javítása érdekében:** a szolgáltatókat nemcsak ellenőrzéssel, hanem anyagilag is érdekelte kell tenni a hatékonyabb működés elérése érdekében. Tökéletes ösztönzőrendszer nem építhető fel, de fontos feladat olyan intézményi megoldás kialakítása, ahol a legkevesebb ellenőrzési igénnyel biztosítható az ellátás hatékonysága, azaz az ellátórendszer minél alacsonyabb szintjén befejezett, definitív ellátás nyújtása, a hatástalan, illetve marginális haszonnal járó beavatkozások visszaszorítása, a felesleges párhuzamosságok elkerülése. Fontos, hogy a hatékonysági nyereségek a rendszerben maradjanak, és az élet- és munkakörülmények jobbítására használjuk fel a felszabaduló pénzt. Többletforrások csak működőképes hatékonysági ösztönzők beállítása esetén és mentén kerülhetnek a rendszerbe. A hatékonysági ösztönzőket nem a finanszírozási technikák megváltoztatásával, hanem ezek kiegészítésével, finomításával, illetve ezekre való ráépítéssel célszerű megjeleníteni. A csökkenő kórházi esetszámok lehetőséget teremtenek a díjtételek fokozatos növelésére; így a kórházak nem járnak rosszul a volumencsökkenéssel, megszűnik a teljesítménykényszer.
24. **Szolgáltatók közötti verseny a betegért:** a biztosítók közötti versennyel szemben a szolgáltatók közötti verseny kívánatos eszköze az alulkezelés elkerülésének, megfelel a betegek elvárásainak és megfelelő keretek között elősegítheti az ellátás minőségének javulását is. A szolgáltatók közötti verseny akkor működik a leghatékonyabban, ha a betegek választási szabadsága (az orvosi indokoltóság és progresszivitás korlátain belül) minden szolgáltatóra kiterjed. Ehhez biztosítani kell az átjárhatóságot, amely legkisebb adminisztrációs költséggel az országosan egységes, standardizált szerződéskötés és finanszírozási technikák rendszerének megőrzésével valósítható meg.
25. **Paraszolvencia elleni küzdelem:** Célul tűzzük ki, hogy egyértelműen elválasszuk a *közszolgáltatásban, illetve a magánszektorban végzett gyógyító tevékenység kereteit*, s ezzel megalapozzuk az ellátókat és a betegeket is megszégyenítő helyzeteket, döntéseket, és ezért jóval nagyobb ösztönzővesztést okozó hálapénz rendszer kiiktatásának folyamatát. A paraszolvencia ellen tudatos, hosszú távú programmal vesszük fel a harcot. Ennek legfontosabb elemeit szakértői elemzések alapján dolgozzuk ki.
26. **Földrajzi-, és szakterületi ellátás-fejlesztési programok a területi és szakmai hozzáférési aránytalanságok csökkentésére, a hatékonyság és a minőség javítására:** Cél, hogy a programok kiterjedjenek az összes népegészségügyi szempontból jelentős szakterületre, különös tekintettel az egészségmegőrzésre és megelőzésre, az alapellátásra, a sürgősségi ellátásra és a rehabilitációra, valamint a kardiovaszkuláris, onkológiai, pszichiátriai és gyermek-egészségügyi ellátásra.
27. **Népegészségügyi akcióterv:** a feltárt problémákra válaszolva, a felkutatott és újragondolt fejlesztési forrásokra építve paradigmaváltó akcióterv készül, amely a

népegészségügyi célok elérése érdekében mozgósítani kívánja az egész lakosságot. Az akcióterv koncepcionális keretrendszerét az 1.2. ábrán szemléltetjük.



1.2. ábra: A Népegészségügyi akcióterv kialakításának koncepcionális keretei

28. **Sürgősségi ellátás, mentőszolgálat, ügyeleti ellátás és betegszállítás egységének megvalósítása:** A sürgősségi ellátásban az „egy kapus” modellt kívánjuk megvalósítani a prehospitalis és az intézményi szakban egyaránt. Így támogatjuk az Országos Mentőszolgálathoz (OMSZ) centralizált egységes diszpécseri és az ehhez kapcsolt ügyeleti rendszer megszervezését, illetve megfelelő szintű sürgősségi osztály kialakítását minden aktív ellátást végző kórházban. Célunk, hogy a kritikus megbetegedések és sérülések szakmailag meghatározott időablakai az ország egész területén betarthatók legyenek. A megfelelő *informatikai és építészeti beruházásokat a rendelkezésre álló fejlesztési forrásokból támogatjuk. Az OMSZ járművek futásteljesítménye jelentősen, 6,5%-kal nőtt 2009-ben. Ez még inkább aláhúzza az amortizálódott járműpark cseréjének azonnali megkezdését. A légimentés szervezését és pénzügyi helyzetét átvilágítjuk, ezt a mentési formát is az Országos Mentőszolgálatba integráljuk. Az őrzött betegszállítások fejlesztésének jelentős eleme lesz a felesleges és gyakran igen megterhelő epizódok számának csökkentése a telediagnosztika preferálásával és a szakember mozgását célzó mobil konziliáriusi rendszer ösztönzésével. Az őrzést nem igénylő betegszállítás területén súlyos anomáliák jelentkeznek. A betegek állapotát ronthatja a túlsúlyos járművel kóborlás, ugyanakkor utóbbi időben a szolgáltatók egy része – a magas benzinár miatt – csak „területi” beteget hajlandó mozgatni kórházak, rendelések között. A betegszállítás feltételeinek és teljesítményének szigorú ellenőrzését vezetjük be. Pontosítjuk a tömegrendezvények biztosításával, az esetleges katasztrófa helyzetek kezelésével kapcsolatos eljárási rendet, felelősségeket, azok fedezetének forrását.*

29. **Az alapellátás megerősítése, praxisközösségek, csoportpraxisok kialakítása:** Az ellátórendszer kulcselemének tekintjük, és így prioritásként kezeljük az alapellátást. Erősíteni fogjuk a háziiorvosi, házi gyermekorvosi hálózat képességét és érdekeltiségét a helyben befejezett ellátások arányának növelésére, a prevencióban, egészségnevelésben való aktív részvételre. Ennek érdekében csökkentjük adminisztratív terheiket, támogatjuk korszerű műszerpark kialakítását. A szükséges többletet a helyi morbiditási adatok alapján súlyozva, illetve kiegészítő teljesítményfinanszírozási elemek révén biztosítjuk. Vissza kívánjuk adni az alapellátásban dolgozók munkájának értékét, hogy újra vonzó alternatívát jelenthessen a jövő szakemberei számára, csökkentve ezzel a hozzáférés esélyét súlyosan veszélyeztető intenzív elvándorlást a területről. Ösztönözni fogjuk a helyi területi és szolgáltatói együttműködés elmélyítését a *praxisközösségek*, kistérségi alapellátási központok kialakítása, illetve a védőnői hálózat, valamint az otthoni szakápolást és szociális gondozást végző önkormányzati, civil és egyházi szervezetek munkájának szorosabb integrációja irányában. A praxisjog megújításával segíteni kívánjuk a fiatalok praxishoz kívánjuk jutását.
30. **A járóbeteg ellátás fejlesztése:** A kórházi és területi szolgáltatók elkülönülése, a magán és a közfinanszírozott tevékenység keveredése hozzájárul a járóbeteg ellátás zavaraihoz. Az intézményi szervezeti keretek tisztázása és átláthatóságának megteremtése mellett a járóbeteg szakellátóknak, mint a betegút-szervezés kistérségi központjainak, kiemelt szerepet kívánunk adni az ellátórendszer struktúraátalakításában, a hatékonyság javításában. Finanszírozási eszközökkel ösztönözzük a fekvőbeteg-ellátást kiváltó járóbeteg szolgáltatások részarányának növelését.
31. **A kórházi rendszer átalakítása:** A fekvőbeteg ellátás intézményeit, a kórházakat, mint helyi tudásközpontokat, egyúttal legnagyobb munkaadókat a nemzeti erőforrások megkülönböztetett értékeiként kezeljük. Célunk az egyértelmű feladat-kijelölés és az ehhez társuló finanszírozás, a párhuzamosságok megszüntetése, a progresszivitás elvének maradéktalan érvényesítése, a határterületi feladatok (rehabilitáció, idősellátás) komplex kezelésének megvalósítása az érintett ágazatok szorosabb bevonásával. Az önkormányzatok jelentős hányada súlyosan eladósodottá vált, ezért nem képes a szakmai és tulajdonosi – fejlesztési, állagmegóvási – elvárásoknak megfelelni. Mivel itt az ágazat egyéb területein jelentős arányban részes magánszektor sem ért el sikereket, az állami szerepvállalás erősítése kerül előtérbe.
32. **A progresszív betegellátás újraszervezése:** A súlyponti kórházi rendszert megszüntetjük. A morbiditási mutatók folyamatos monitorozására alapozva újraszervezzük a fekvőbeteg ellátás progresszív, hierarchikus rendszerét, amelyben kiemelt szerepet kapnak a megerősített *megyei kórházak és a szakkórházak*. A városi kórházak működtetése átszervezésre szorul. E folyamatban alapvető a munkahelyek és a kapacitások volumenének, valamint a sürgősségi ellátáshoz való biztonságos hozzáférés színvonalának a megőrzése. Ugyanakkor a szakmai, epidemiológiai és logisztikai paraméterek figyelembevételével egyedi módon kell meghatározni a helyi fejlesztés jövőképét, újszerűen építve a szociális ellátással való kooperációban, a kistérségi betegút szervezésben és a szűrővizsgálatok kiterjesztésében rejlő lehetőségekre. A speciális progresszív szolgáltatásokat is nyújtani képes *nagyteréségi központok* kialakításakor elsősorban az orvosgyetemekre kívánunk építeni. A jelentős költségigényű, különleges jártasságot és műszerezettséget igénylő, ritkábban végzett ellátásokat (égett sérültek, transzplantáció, speciális fertőzések, stb.) országos szakmai központokba koncentrálnuk, a

- megfelelő feltételek és hozzáférés biztosításával. A klinikák és egyes szakkórházak mellett ebben jelentős szerepet szánunk azoknak az országos intézeteknek, amelyek népegészségügyi szempontból kiemelt területen tevékenykednek. Ezért is elengedhetetlen a baleseti és pszichiátriai szakma módszertani központjának újrászervezése, az utóbbihoz kötődően pedig a hazai alkohológiai és addiktológiai ellátás kiemelt fejlesztése. **A progresszív betegellátás újrászervezéséhez szükséges források biztosítása mellett lényeges kiemelni, hogy az ellátórendszer hatékonyabb működéséből megmaradó megtakarítások rendszeren belüli megtartása és ösztönzőként való felhasználása elengedhetetlenül szükséges.** Újraértékeljük a minimumfeltételeket és a területi ellátási kötelezettség rendszerét.
33. **A rehabilitáció valós szakmai fejlesztése, krónikus ellátás, gyógyturizmus:** Az orvosi rehabilitáció nem a költségcsökkentés, hanem a gyógyító folyamat kiteljesítése szempontjából fejlesztendő. A közösségbe visszailleszkedés és a munkaképesség biztosítása csak a többi érintett ágazattal együttműködve érhető el, és vezethet az egyéni és társadalmi szempontból súlyosan káros inaktív lét megelőzéséhez. Ezért megszervezzük a rehabilitációs szakma egyetemi oktatását és hálózatának az aktív ellátáshoz hasonló, progresszív, hierarchikus rendszerét, megkülönböztetve attól az ápolási, szociális feladatokat és a szanatóriumi típusú kezeléseket. Ugyanakkor többletforrások révén is biztosítjuk a speciális krónikus feladatok (pl. súlyos gerinc- és agyvelősérültek ápolása, hospice) megoldását. A krónikus, illetve az *ápolási osztályokon* tartósan ellátott betegek finanszírozása csökkent, az előző kormány által bevezetett restriktív következtében, azonban ezek nem képesek a szociális kapacitások nagyobb arányú igénybevételére ösztönözni a lakosságot, mert ilyen irányú férőhely bővítésre évek óta nem került sor. Terveink szerint szakítunk az egészségügyi és szociális szolgáltatások eddig dogmaszerű szétválasztásával. A szükségletek és lehetőségek felméréseivel törekszünk a kapacitások konverziójára, az ott dolgozó ápolók és gondozók kompetenciáinak közelítésére. Hasonlóan kezdeményezzük az elviselhetetlenül magas rokkantnyugdijas csoport számának további növekedését megelőzni képes valódi, komplex – egészségügyi, szociális, képzési, foglalkozási – rehabilitáció és társadalmi reintegráció elmélyítését. A kérdést a többi ágazat vezetésével közösen kell rendezni az új minisztériumi keretrendszer kihasználásával. A *geológiai gyógyhelyeket* egy nemzeti gyógyturisztikai program részeként kezeljük kiemelten.
34. **A szétzilált, korábban világszínvonalú pszichiátriai ellátórendszer megerősítése:** Miközben hazánk vezető helyett foglal el a mentális betegségek vonatkozásában, az alkoholizmus egy magyar népbetegség, a súlyos neurológiai krónikus problémák, a demencia emberek százazreit érinti, nemcsak az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet (OPNI) bezárása történt meg, hanem jelentős (24%-os) országos pszichiátriai aktív ágyszám csökkentés is lezajlott az elmúlt években, a krónikus férőhelyek minimális (4%-os) bővülése mellett. Ez azt eredményezte, hogy Magyarország jelenleg a pszichiátriai fekvő kapacitások tekintetében Európában a 23. helyen van. Nagy szükség van tehát egy korszerű, betegközpontú pszichiátriai intézmény-hálózatát kialakítására, és egy módszertani-szervezési, a betegfolyamatokat követő és bizonyos speciális területeket kiemelt módon ellátni képes központ újrászervezésére.
35. **Gyógyszerpolitika:** Gyógyszerpolitikánk középpontjában a minőség és a költséghatékonyság áll. Transzparenssé tesszük a gyógyszerek *befogadási eljárását*. A gyógyszergyártókkal több évre szóló megállapodásokat kötünk, amelyek lehetővé teszik

a betegek és a biztosító terheinek mérséklését, és kiszámíthatóvá teszik a gyógyszerpiacot. A hazai gyógyszeripari kutatás-fejlesztés erősítésével és a generikus program továbbfejlesztésével kívánunk forrásokat teremteni arra is, hogy a nagy hatékonyságú, új gyógyszerek késedelem nélkül a hazai lakosság rendelkezésére álljanak. Hangsúlyt helyezünk a *gyógyszerfogyasztók egészségtudatosságának* növelésére, az orvosok és a gyógyszerészek érdekeltségének megteremtésére a gyógyszeres terápia eredményességének növelésében, bevonva őket a népegészségügyi programokba. Egyszerűsítjük, igazságosabbá és ellenőrizhetőbbé tesszük a *közgyógyellátás* rendszerét, hogy minden rászoruló hozzájuthasson a szükséges gyógyszereihez.

36. **Gyógyszerforgalmazás és gyógyászati segédeszköz ellátás:** A jogszabályok és a napi működés mentén is megteremtjük a gyógyszerterek egészségügybe történő visszaintegrálásának feltételeit. Módosítjuk a gyógyszerforgalmazás szabályait, és hatékonyabbá tesszük az ellenőrzést, hogy a lakosság biztonságos gyógyszerekhez jutását garantálni lehessen. Az Európai Bíróság határozatával összhangban *megállítjuk a gyógyszerpiac liberalizálását*, újraszabályozzuk a gyógyszerter létesítést és -működtetést, hogy az a valós szükségletekhez igazodjon. A közforgalmú gyógyszerellátásban biztosítjuk a gyógyszerész tudáson és etikán alapuló független működtetési kompetenciáit, és megteremtjük a feltételeit a többségi gyógyszerészi tulajdonon alapuló gyógyszerter-működtetésnek. Garantáljuk a térben és időben egyenletes gyógyszerellátás feltételeit, külön figyelmet fordítva a hátrányos helyzetű területekre. A közforgalmú gyógyszerellátást integráljuk a népegészségügyi programokba. *A gyógyászati segédeszköz* ellátás területén is biztosítani fogjuk az átláthatóságot a finanszírozásba történő befogadás és a kiszolgálás vonatkozásában egyaránt. Előnyben részesítjük a forgalmazáson túl tanácsadást, egyedi átalakítást, szervizelést, kölcsönzést is nyújtó komplex szolgáltatókat. Biztosítjuk, hogy a rászorultak a szakmai szempontok figyelembe vételével hozzájussanak a nagyértékű segédeszközökhöz is, de csak a megfelelő rehabilitációs team vagy osztály által végzett ellátás keretében.
37. **Egyszerűbb adminisztráció, átláthatóság és rendszermenedzselhetőség:** a jelenlegi adminisztrációs és adatszolgáltatási kötelezettségeket felülvizsgáljuk, a fölösleges kötelezettségeket megszüntetjük és elindítjuk a legfontosabb információrendszerek standardizálását. Átvizsgáljuk, hogy az egészségügyi rendszer teljesítményének értékeléséhez milyen adatok hiányoznak és a rutin statisztikai adatgyűjtési rendszereket ennek megfelelően alakítjuk át egy valódi ágazati teljesítményértékelési rendszer kialakítása érdekében.
38. **Minőségfejlesztés az egészségügyi ellátásban:** Az egészségügyi kormányzat a nehéz gazdasági helyzetben különös prioritásként kezeli az egészségügyi szolgáltatások minőségének kérdését, azaz azt, hogy az ellátások során biztonságos, megfelelő, időszerű és ezek eredményeként eredményes és hatékony, a betegek elégedettségét szolgáló betegellátás valósuljon meg. A minőségpolitikai célkitűzések, melyek illeszkednek a hazai egészségpolitikai irányokhoz és az Európai Unió trendekhez, ezen elvek figyelembe vételével kerülnek meghatározásra. A következő egy év feladata a kapcsolódó minőségügyi stratégia kidolgozása. A megfelelés és hatékonyság szellemében a **házi orvosi ellátásban** minőség célként a primer, szekunder és terciér prevenciók tevékenység erősítése, és a gyógyszerellátás megfelelésének fejlesztése került meghatározásra. Ennek érdekében olyan ösztönző rendszer kerül kiépítésre és folyamatos fejlesztésre, amely indikátorokon keresztül vizsgálja a végzett szakmai

H

I

munkát és az elért eredményeket pénzügyi elismerésben részesíti az érintett háziorvosok számára. Az indikátorok használata emellett lehetővé teszi a háziorvosi ellátás általános minőségi problémáinak a feltárását, és az erre alapozott rendszer szintű intézkedések megalapozását. A **szakellátásban** a betegbiztonság, mint prioritás érvényesítéséhez, a minőségellenőrzés és minőségértékelés eszköztára hiányzik, így szükséges annak megteremtése. Uniós források bevonásával átfogó minőségértékelési programot indítunk, a standardok egységes felülvizsgálatán alapuló akkreditációs rendszert. Ezen belül kiemelten kezeljük a betegbiztonságra való törekvést, így támogatjuk a betegbiztonsági kutatásokat és a gyógyszerbiztonságát. A szakellátóknak pályázati lehetőséget biztosítunk az akkreditációs programba való belépéshez. A gazdasági lehetőségek függvényében megalapozzuk az akkreditációs státuszt szerzett szolgáltatók elismerési rendszerét. Kiemelt prioritásként kezeljük a betegközpontú ellátás fejlesztését. Első lépésként ennek érdekében az ellátottak véleményének és az ellátás eredményének megismeréséhez standardizált felmérési rendszert dolgozunk ki.

Termelési tényezők előállítása, emberi erőforrás menedzsment

39. **Az ellátók működési biztonságának, társadalmi elfogadottságának növelése:** Az ellátók biztonságának növelése a *finanszírozási és jogi környezet* kiszámíthatóságának megteremtésével lehetséges. Tudatos *kommunikációs kampányt* indítunk az egészségügy értékeinek bemutatására. Az egészségügyi dolgozókat *megvédjük a fizikális és verbális erőszaktól* – a jogszabályi elrettentés növelésével is.

Egészségügyi dolgozók életpályamodellje

- **1. Jövedelem**
 - A pályán-, és itthon maradáshoz alternatívát nyújtson
 - Kiszámítható jövedelemstruktúra
 - Bérfelzárkóztatás több lépcsőben
- **2. Képzés**
 - Közoktatási és szakképzési rendszer összehangolása
 - Szakképzési rendszer felülvizsgálata
 - Átjárhatóság a szakképesítések között
 - Iskolarendszerű képzések preferálása
 - Legitim képzőhelyek megerősítése
 - Gyakorlati oktatás hangsúlyosabbá tétele
 - Továbbképzések támogatása
- **3. Munkavégzés feltételei**
 - Rugalmas foglalkoztatási formák
 - Kreatív gondolkodást ösztönző, szabadabb munkavégzés feltételeinek megteremtése
 - Pályára visszatérés lehetőségének megteremtése
- **4. Egyéb ösztönző lehetőségek**
 - Egészségügyi dolgozók kártyája
 - Szakmai megbecsültség presztízs helyreállítása
 - Címek, díjak, elismerések

1.3. ábra: Az életpályamodell koncepcionális elemei

40. **Emberi erőforrások képzése és megőrzése:** Az emberi erőforrás stratégia a jelenlegi problémák felméréséből, az azonnal megteendő, megtehető válságkezelési intézkedésekből, valamint egy hosszútávú intézkedési tervből tevődik össze. Eddig a

helyzetfelmérés, a források megtalálása és az azonnali intézkedések voltak napirenden. Az eddigi szakértői munka alapján az intézkedési terv az 1.3. ábrán bemutatott koncepcionális elemekből állhat össze. A hosszútávú intézkedési terv, a stratégiai célok mentén, kidolgozás alatt áll és egy későbbi fázisban válik részévé jelen vitairatnak.

Programtervek

Szakterületi bontásban

Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére

2. PROGRAMTERVEK

A.	Azonnali pénzügyi-gazdasági intézkedések	28
B.	Szakellátók Finanszírozása.....	33
C.	Állami egészségügyi szervezési intézményrendszer	38
D.	Ágazati informatika fejlesztése	41
E.	Tulajdonlás és menedzsment.....	45
F.	A magyarországi sürgősségi ellátórendszer fejlesztési terve	48
G.	Alapellátás	53
H.	Gyógyszerpolitika	57
I.	Minőségfejlesztés	62

A. AZONNALI PÉNZÜGYI-GAZDASÁGI INTÉZKEDÉSEK

A megvalósíthatóság szempontjából (időkeret, források, technikai feltételek) a pénzügyi-gazdasági intézkedések három részre oszthatók: (1) azonnali forrásjuttatás 2010. december 31-ig; (2) a finanszírozási rendszer következő finanszírozási évre tervezett átalakítása; és (3) az egészségügyi ellátórendszer struktúrájának átalakítása, amelynek hatása 2012-től lesz érezhető. A beruházások az EU-s források terhére tervezhetők; eredményük a források hatékonyság és hozzáférhetőség mentén történő reallokációja, valamint a pénzügyi, költségvetési egyensúly hosszú távú fenntarthatósága lesz. Az azonnali forrásjuttatás intézkedéscsomagja mellett elkészült a finanszírozási rendszer átalakításának koncepciója, valamint elindult a mélyreható szerkezeti átalakítást támogató szükségletterkép és kapacitástervezési rendszer kiépítése is.

A.a. Helyzet meghatározás, rendszerdiagnosztika

Az egészségügyi ellátórendszer az összeomlás szélére sodródott. Az ellátórendszerből a konvergencia program keretében történő forráskivonás, az átgondolatlan és áterőszakolt strukturális átalakítások, leépítések, a feleslegesen túlbonyolított szabályozás és értelmetlen adminisztrációs terhek, valamint a rendszer egyéni hatalmi és politikai érdekek mentén történő kiszámíthatatlan és követhetetlen alakítgatása azonnali intézkedést kívánó válsághelyzetbe sodorta az egészségügyi ágazatot. Ennek tünetei közé tartozik:

- Az első negyedévtől kezdődően fokozatosan felszaporodó kórházi **adósságállomány**, amelynek fizetési határidőn túli állománya, a tárca felmérése szerint, június végén elérte a 33,2, a teljes határidőn túli kötelezettség pedig a 36,5 milliárd forintot. A Gazdasági Tényfeltáró Bizottság jelentésében (pp.46-47) az egész adósságot 70-80 milliárd forintra becsüli, a felmérés adatainak extrapolálása alapján azonban ez év végére elérheti a 80-90 milliárd forintot is. A beszállítók felé való tartozás mellett egyes egészségügyi intézmények **a dolgozók felé adósodtak el**, a bérek alacsonyan tartásával, illetve csökkentésével, valamint az egyéb járandóságok, béren kívüli juttatások visszatartásával.
- Az egészségügyi **dolgozók elvándorlása**.
- Az egészségügyi **ellátás minőségének és az ellátáshoz való hozzáférésnek a romlása**, többek között a szolgáltatások kiüresítése, és hosszú várólisták kialakulása, és a válságtünetek súlyosbodása az idő előrehaladtával. A Bajai Kórházban például 652 szürkehályog műtétre várakozó beteg van, a most listára kerülőknek több mint 2 évet kell várniuk, azaz 2012. október végén kerülhetnek sorra, miközben a most sorra kerülők várakozási ideje még „csak” 1 év volt. Gerincműtétek esetében pedig a várakozási idő az elmúlt időszakban 5 évre emelkedett.
- Az ellátórendszer válsághelyzete a szakellátó intézményeken kívül érinti többek között a **mentést** (év végéig 150 mentőautót kellene lecserélni), a **szakember utánpótlást** (140-160 szakorvosi rezidens elhelyezése továbbra is megoldatlan a foglalkoztató intézmények nehéz gazdasági helyzete miatt), az **alappellátást** és megoldatlanok egyes megkezdett intézményi beruházások is.

A jelen válsághelyzet kialakulásának legfőbb oka az abszolút és relatív **forráshiány**, az elmúlt kormányzati időszakban történt **forráskivonás**, amelyet a következő adatok támasztanak alá:

- Magyarország gazdasági fejlettségéhez képest **az egészségügyi közkiadások szintje nagyon alacsony**: mind a környező országokhoz képest, mind pedig saját korábbi kiadásainkhoz képest jelentős az elmaradás. A Magyar Nemzeti Bank elemzői által készített tanulmány szerint 2007-ben, a nettó költségvetési pozíciót tekintve, az egészségügyi közkiadások aránya a GDP-n belül **2,1% ponttal (azaz több mint 500 milliárd forinttal) alacsonyabb**, mint a másik három visegrádi ország átlaga (P. Kiss, Szemere, 2009).

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

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

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

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

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

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

A.b. Okok és megoldási javaslatok

1. **A pénzügyi stabilizáció időszakának az egészségügyben 2010 novembere és 2011 decembere közötti időszak** tekinthető. Ez **kétlépcsős kormányzati beavatkozást** igényel: a 2010. év azonnali forrásjuttatását a 2011. év stabilizációs többletforrásai egészítik ki. A két év során juttatandó többletforrások csak együttesen képesek elérni a kitűzött célt, de az ország gazdasági helyzetétől függően többféle megoldás is elképzelhető. A forrásjuttatás abszolút mértéke és a 2010-re eső része határozza meg azt, hogy milyen gyorsan stabilizálható a rendszer (kevesebb pénzből értelemszerűen lassabb lesz a folyamat és kevésbé látványos eredményeket lehet elérni).
2. A többletforrásokat három prioritási területen kívánjuk felhasználni: (1) **Országos Mentőszolgálat (OMSz)** alapszintű működtetéséhez az elhasználdott mentőautók pótlásához. (2) **Az alapellátás** esetében a forrásjuttatás azért indokolt, mert ennek az ellátási formának alapvető szerepe van a szakellátás tehermentesítésében. Az alapellátás megerősítése tompítani képes a válsághelyzet a lakosság egészségi állapotára gyakorolt negatív következményeit. A forrásjuttatást az ellátás minőségével, és hatékonyságával kapcsolatos teljesítménycélok mentén tervezzük, azzal együtt, hogy a „korbácsrendelet” néven elhíresült szabályozás elveit megváltoztatjuk: nem büntetjük, hanem ösztönözzük a hatékonyságot a gyógyszerfelírásban. (3) **A kórházi, egészségügyi szakellátói szolgáltatói adósságállomány csökkentése.**
3. Az egészségügyi szakellátói adósságállomány kezelésében alapvető elvárás, hogy a rendszerbe juttatott források ne csak a pillanatnyi válsághelyzetet kezeljék, hanem **elősegítsék a rendszer hosszútávú gazdasági, szakmai és szervezeti stabilitásának kialakítását, és hozzájáruljanak a válsághelyzet újratermelődésének megakadályozásához.** Ehhez pedig arra van szükség, hogy az intézkedések **a válsághelyzet kialakulásának rendszerszintű és intézményi okait** szüntessék meg: (1) abszolút és relatív forráshiány, forráskivonás, (2) a finanszírozási rendszer torzulásai, aránytalanságai, (3) a finanszírozási rendszer rigiditása, gyakori, kiszámíthatatlan változtatásai, valamint a rapszodikus és igazságtalan ellenőrzési gyakorlat, (4) az egészségügyi rendszer strukturális hibái, aránytalanságai; (5) rendszerszintű és intézményi szintű menedzsment hibák.
4. **A megvalósíthatóság szempontjából (időkeret, források, technikai feltételek) az intézkedéseket három részre javasoljuk osztani:** (1) azonnali forrásjuttatás; (2) A finanszírozási rendszer jövő évre tervezett átalakítása; (3) Az egészségügyi ellátórendszer struktúrájának átalakítása, hatása 2012-től lesz érezhető, a beruházások az EU-s források terhére tervezhetőek; eredménye a források hatékonyság és hozzáférhetőség mentén történő reallokációja, valamint a pénzügyi, költségvetési egyensúly hosszú távú fenntarthatósága lesz.
5. **Az azonnali forrásjuttatás jelenti az első lépést a kialakult torz, igazságtalan rendszer felszámolásában.** Csak azok az intézmények juthatnak többletforráshoz, amelyek vállalják, hogy részt vesznek a területi alapú funkcionális integrációban, a rendszer átépítésében. A szolgáltatók együttműködése eddigi tapasztalataink alapján biztosítható a kialakult bizalmi kapcsolatra építve.
6. A forrásokat elsősorban **teljesítményalapon osztjuk szét** az egészségügyi ellátóintézmények között, de a különböző helyzetben lévő intézmények különböző technikával kezelendők.

7. A forrásjuttatásban való részvétel feltételei közé tartozik, hogy (1) az egészségügyi intézmény részt vesz a **területi konszolidációs munkacsoportokban** és hozzájárul a területre vonatkozó struktúraátalakítási program kidolgozásához, illetve végrehajtásához (4. ok kezelése – struktúraátalakítás előkészítése); (2) a **teljesítmény feltételeket** a kormányprogram vállalásai alapján dolgoztuk ki, így hangsúlyos elemként jelenik meg a várólisták csökkentése; (3) az **adósságrendezés feltétele** azt jelenti, hogy a súlyosan eladósodott intézmények konszolidációs intézkedési tervet dolgoznak ki.
8. **Az intézmények a korábbi teljesítmény és az eladósodottság mértéke szerint csoportosíthatóak.** Az intézményeket a beérkezett adósság adatok, valamint a korábbi fajlagos teljesítmények alapján négy nagy csoportba osztjuk: (1) kis adósság, nagy teljesítmény; (2) nagy adósság, nagy teljesítmény; (3) kis adósság, kis teljesítmény; (4) nagy adósság, kis teljesítmény. Az egyes csoportokba tartozó intézmények esetében további, csak az adott csoportba tartozó intézményekre alkalmazandó feltételek állapíthatók meg. (1) A kis adóssággal rendelkező és nagy teljesítményt nyújtó intézményeknél elsősorban további teljesítménycélokat határozzunk meg. A későbbi eladósodás veszélye ebben a csoportban minimális. (2) A nagy adóssággal, de egyben nagy teljesítménnyel is rendelkező intézmények esetében szintén a teljesítménycélokra érdemes a hangsúlyt helyezni azzal a megkötéssel, hogy a későbbi eladósodás a finanszírozási rendszer torzulásainak, illetve rigiditásának kezelésével (2. és 3. ok) előzhető meg. Ebben a csoportba tipikusan azok az intézmények tartoznak, amelyeket a korábbi kormányzat tudatosan büntetett irreálisan alacsony teljesítménykeretek meghatározásával. A finanszírozási rendszer jövő évben esedékes korrekciója jelentősen javítani fogja ezeknek az intézményeknek a pozícióit. (3) A kis adóssággal rendelkező, de ugyanakkor kis teljesítményt is nyújtó intézmények csoportjában ketté kell választani a szolgáltatókat. Amennyiben a kis teljesítmény tudatos menedzsment tevékenység eredménye volt, úgy külön beavatkozásra nincs szükség: elsősorban teljesítménycélokat kell kijelölni. Amennyiben a kis teljesítmény a kapacitások kihasználatlanságának következtében alakult ki, úgy a menedzsmentet kell javítani (5. ok), vagy a strukturális okokat (4. ok) kell megszüntetni. A struktúraváltási program megvalósítása a konszolidáció harmadik fázisára esik. (4) A nagy adóssággal és alacsony teljesítménnyel rendelkező intézmények esetében a pénz valószínűleg nem lesz elég a teljes adósságállomány kiváltására. Elengedhetetlen az intézményi menedzsment javítása és a strukturális okok kezelése is (4. és 5. ok). Az intézményeket fenntartható működési pályára állító, teljesítménynövelési és költségcsökkentési konszolidációs programot kell kidolgoznia az intézménynek, amelyben teljesítménycélok és költségoptimalizálási célok egyaránt megjelennek, a struktúraváltást is beleértve. A struktúraváltásban érintett intézmények első köre ebből a csoportból kerülhet ki.
9. Az intézkedéshez számos, külön kidolgozott **kiegészítő javaslat** tartozik (szabályozási változások, 4+4 kórház ügye). A konszolidációs intézkedések integráns részét képezik azok a **szabályozási változások**, amelyek a rendszer működését akadályozó, megbénító, értelmetlen rendelkezéseket helyezik hatályon kívül, illetve változtatják meg (ide tartozik a www.deregulacio.hu kezdeményezésünk is).
10. A kialakult válsághelyzettel kapcsolatban az Egészségügyért Felelős Államtitkárság kezdetektől fogva egyeztet a szakmai szervezetekkel, illetve szakértőkkel. A kapcsolatfelvétel után az érintett szervezetek képviselőinek és külső szakértőknek a

részvételével bizottsági munkát indítottunk el, 2010 júliusában, amely 2010 szeptemberétől heti rendszerességgel zajlik.

B. SZAKELLÁTÓK FINANSZÍROZÁSA

B.a. Helyzetelemzés, probléma-meghatározás

1. Az egészségügyi szolgáltatók pénzügyi helyzetének elemzésekor abból indulunk ki, hogy az elmúlt 4 év megszorításai eredményeképpen olyan helyzet alakult ki, amelyben a jelenlegi keretek között az egészségügyi intézmények napi működése sem fenntartható. A szakellátás finanszírozásában azonnal kezelendő krízishelyzet alakult ki, amelyet a leköszönő kormány egyszerűen áttolt az új kormány térfelére, azáltal, hogy a 2010-es költségvetésben „kezelte” a problémát. Ez arra volt elegendő, hogy az akkor felszaporodott adósságállományt az ellátó intézmények ki tudták fizetni, de azóta az adósságállomány lényegében újratermelődött. Emellett további intézkedések is bevezetés előtt álltak, amelyek a krízishelyzetet tovább fokozhatták volna (pl. minimumfeltételek, krónikus ellátás finanszírozási szabályai). Az egészségügyi rendszer konszolidációja tehát nem pusztán finanszírozási kérdés, hanem magában foglalja a rossz szabályozásból adódó torzulások korrekcióját (ide tartozik pl. a területi ellátási kötelezettség újraszabályozása).
2. A pénzügyi fenntarthatóság mellett a kialakult helyzetben sérül az erőforrás-allokáció hatékonysága és az ellátáshoz való hozzáférés esélyegyenlősége horizontálisan és vertikálisan is (területi ellátási egyenlőtlenségek, szolgáltatás-specifikus várólisták). A TVK nem normatív módon, az ellátási szükségletekkel összhangban került meghatározásra, TVK piac alakult ki és a TVK-k átláthatatlan módon történő, önkényes osztogatása tovább torzította a nyújtott ellátások és a valós szükségletek közötti diszkrepanciát. A globális TVK arra ösztönözte a szolgáltatókat, hogy a nagy változó költségű ellátások nyújtását visszafogják, így egyes területeken (pl. protézis-műtétek) hosszú várólisták alakultak ki. Ezek a területeken a meglévő kapacitások nem a szükségletek hiánya miatt állnak kihasználatlanul. A hiányhelyzet lökést adott a magánszolgáltatások nyújtásának, amely azonban átláthatatlanul összefonódott a közfinanszírozott ellátásokkal, gyakran fél-legális, vagy illegális módon. Kiegészítve a kiszámíthatatlan és ezért méltánytalan ellenőrzési rendszerrel az egész rendszer demoralizáló hatású, és a még meglévő morális gátak leomlásának irányába, a szétesés felé halad.
3. Az egészségügyi intézmények és fenntartók különbözőképpen reagáltak a kialakult helyzetre. Egy részük visszafogta a TVK feletti teljesítményeket, más részük nem. Egy részük eladósodott, egy másik részük nem. Egy adott kategóriában lévő intézmény többféleképpen juthatott el a jelenlegi helyzetébe, amelyben szerepet játszik a fenntartó, illetve az intézmény menedzsmentjének hozzáállása, a menedzsment hatékonysága, az intézmény adottságai, lobbyereje és TVK kerete.
4. A helyzetleíráshoz szükség van a teljesítményekre, az adósságállományra (2010. októberében elindult a második kórházi adósság felmérési kör is), valamint a kapacitásokra vonatkozó pontosabb adatokra, amennyiben ezek megbízhatóak és segíthetik a konkrét intézkedésekkel kapcsolatos várható hatások modellezését. Az adatok validitásával, illetve összehasonlíthatóságával kapcsolatos problémákat figyelembe kell venni.

B.b. A megoldással kapcsolatos alapelvek

5. Az előző kormány által tervezett költségvetésből a jelenlegi kapacitások fenntarthatatlanok, tehát vagy több pénzt kell a rendszerbe tenni (a működőképesség, illetve a megmaradt egészségügyi dolgozók megőrzése érdekében), vagy kapacitás-átalakításra illetve további leépítésekre van szükség. Ez utóbbi azért nem javasolható, mert irreverzibilis változásokat indít el. Azoknak a jól képzett orvosoknak, ápolóknak a döntő többsége, akiket így külföldre üldözünk, nem fog visszajönni Magyarországra, ha sikerült valamelyik EU-s tagországban egzisztenciát teremtenie. Ennek ugyanakkor egyre nagyobb az esélye, tekintettel arra, hogy a „vállalkozó kedvű” kollégák jó része, akik először vágtak ebbe bele, segíteni tudják a volt kollégák elhelyezkedését, egzisztencia teremtését. A munkaerő megtartásával kapcsolatban az azonnali intézkedések között elsősorban a TVK rendszer torzító hatása miatt mesterségesen kihasználatlanul álló kapacitások újraindítására van szükség. Az azonnali intézkedések keretében nincs reális esély a már külföldre menekült szakemberek visszacsábítására. Erre külön program készül.
6. Az erőforrás-allokáció mindenki számára átlátható, normatív alapú legyen, és igazodjon az ellátási szükségletekhez.
7. A forrásjuttatást úgy kell megvalósítani, hogy az lehetőség szerint ne azokat az intézményeket hozza kedvezőtlen helyzetbe, amelyek hatékonyan működtek és felelős gazdálkodást folytattak. A kibocsájtás tekintetében azonban egyelőre nincs lehetőség a nyújtott ellátás minőségének figyelembe vételére.
8. A konszolidációs program támogassa a hatékonyság növekedését az intézmények közötti funkcionális integráció ösztönzésén keresztül.
9. Olyan megoldások kidolgozására van szükség, amelyek a rendelkezésre álló többletforrásokat egy olyan változtatási program keretében allokálja az intézményeknek, amely nem jelent 2011-re vállalhatatlan kötelezettségvállalást. Az intézkedéseknek lehetővé kell tenni, hogy a 2010-es azonnali intézkedésekre szervesen épülhessenek a 2011-ben indítható mélyrehatóbb változtatások.
10. Az azonnali megoldási javaslatokkal kapcsolatban nem lehet elvárás, hogy az elmúlt 8 év minden igazságtalanságát, minden torzulását orvosolják.

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

11. A megvalósítási alapelvekkel összhangban lévő azonnali teendőket a rendszer rövid távú fenntarthatóságának megőrzése, a további erózió (dolgozók elvándorlása, kizsigelése, erkölcsi romlás, közönyösség, kiégés) megállítása, a makroszintű költségvetési keretek betartása, valamint az egészségügyi rendszer átalakításának előkészítése vezérli. Az elengedhetetlen kormányzati többletforrásokat ezekkel a rövid-, illetve hosszabbtávú célokkal összhangban kell bevonni és szétosztani. Ennek megfelelően az azonnali intézkedések két nagy csoportba sorolhatóak: (1) azonnali forrásjuttatás a szakellátásba (részleteit ld. Az A mellékletben), (2) a jelenlegi finanszírozási rendszer elkövetkező fél-egy évre érvényes módosítása, amely lehetővé teszi, hogy az intézményi gazdálkodás stabilizálódást a nyújtott teljesítménynek megfelelően. Ez utóbbi csoportban a következő intézkedések lehetősége merült fel: (1) az aktív fekvőbeteg-

- ellátás alapdíjának emelése; (2) a járóbeteg-szakellátási kassza országos TVK keretének emelése, a legfontosabb torzulások korrekciójával; (3) az aktív fekvőbeteg-ellátásban a TVK feletti teljesítmény átlag határkölségen történő finanszírozása; (4) a járóbeteg szakellátásban a TVK feletti teljesítmény átlag határkölségen történő finanszírozása; (5) a nagy népegészségügyi jelentőségű kórképek, illetve életmentő beavatkozások esetében a TVK eltörlése, vagy a TVK feletti teljesítmény határkölségen történő finanszírozása (6) célzott többleteljesítmény (szakmai TVK) olyan területekre, ahol az ellátás határkölsége nagy és hosszú várólisták alakultak ki, ide értve az egynapos ellátásokat is; (7) a sürgősségi betegellátó osztályok (SBO) fix térítési díjának emelése; (8) a korábbi központi (bérpolitikai) intézkedések kompenzálása a nem költségvetési szervként (GT, Egyházi/alapítványi) működő ellátó intézményekben. Egyéb intézkedésként felmerült még (9) az OEP által indított méltánytalan ellenőrzések leállítása, és az ellenőrzési keretrendszer megújításának elindítását, valamint (10) a krónikus fekvőbeteg ellátásban az előző kormány által bevezetett díjsökkentő szabály várható hatásainak felmérése az érintett szolgáltatók által készített jelentések alapján.
12. Az egyes intézkedések közül a 2011-es költségvetési keretszámok ismeretében, a szakmai szervezetekkel való egyeztetés alapján lettek kiválasztva a jövő évre vonatkozó finanszírozási korrekciók. A rendeletalkotás jelenleg folyamatban van. Általános irányelv, hogy a finanszírozási változások a merev TVK rendszer fellazítását és a szakmapolitikai prioritások érvényesítését szolgálják.
13. **Alapdíjmelés:** Az intézkedés hátránya, hogy (1) a TVK újraosztása nélkül a korábbi torz leosztásnak megfelelően a politikai alapon kedvezményezett kórházak járnak vele a legjobban és emellett (2) a következő évre vonatkozó váromány-szintet határoz meg. Ezek miatt nem javasolunk olyan mértékű emelést, amely a többletforrások nagyobb részét juttatná ezen a módon a rendszerbe. Ehelyett (esetleg ezzel kombinációban) TVK keret emelés is elképzelhető, ezt azonban nem százalékosan, hanem normatív alapon célszerű megtenni.
14. **A járóbeteg-szakellátási és a labor kassza országos TVK keretének emelése, a legfontosabb torzulások korrekciójával:** A járóbeteg szakellátási TVK-k elosztásában nem olyan mértékűek a torzulások, mint a fekvőbeteg ellátásban, ezért a jelenlegi TVK elosztás szerinti egységes emelés támogatható lehetőség. Ettől függetlenül el kell végezni a legszükségesebb korrekciókat. A szükségletalapú indikatív kapacitástervezési rendszer kidolgozásáig olyan, minden szolgáltató számára egyszerű, átlátható és a hatékonyan működő szolgáltatókat előnyben részesítő normatív intézményi kibocsájtás korlátot (TVK) meghatározó képletet kell összeállítani, amely (amennyire ez lehetséges) támogatja a funkcionális integrációt, előkészíti a struktúraátalakítást.
15. **Merev TVK megszüntetése a fekvőbeteg-ellátásban:** A teljesítmény korlát feletti ellátásokért az eset változó költségéhez közelítő térítés fizetésével. TVK mentes időben sem kell arra számítani, hogy az esetszámok folyamatosan, lényegesen nőnek. Az EMAFT időszak tapasztalatai alapján az első egy-két hónapban maximálisan 15% körüli országos teljesítmény-növekedés jelentkezne (3% kiadási többlet), a továbbiakban várhatóan az 5-10%-ot (1-2% kiadási többlet) sem érné el.
16. **Merev TVK megszüntetése a járó-beteg ellátásban,** a fekvő-beteg ellátás tehermentesítése érdekében. Jelenleg 70 Mrd pontszám az éves TVK keret, de a szolgáltatók ezt jelentősen meghaladó mértékben végeznek és jelentenek ellátásokat, ennek becsült

értéke jelenleg 15-25%. A járó-beteg ellátásban azonban, szemben a fekvő ellátással a finanszírozási technikának betudhatóan nagyon jelentős teljesítmény-fokozódási potenciál van, amit távlatilag a technika megváltoztatásával lehet kezelni.

17. **A nagy népegészségügyi jelentőségű kórképek, illetve életmentő beavatkozások esetében a TVK eltörlése, vagy a TVK feletti teljesítmény határkölségen történő finanszírozása:** Több terület merült fel, többek között a gyermekellátás (6 év alatt), onkológia (kemo, sugár, műtét), traumatológia, stroke, kardiológia (AMI, hemodinamika, stb), trombolízis, intenzív terápia, xigris kezelés, stb. Kivitelezésére elsősorban a beavatkozási kódok alapján végzett beazonosítás jön szóba.
18. **Szakmai TVK többlet allokálása a nagy határkölségű, hosszú várólistákkal terhelt beavatkozásokhoz:** A TVK többlet a beavatkozások változó kölségének rendelkezésre bocsátását (határkölségen történő finanszírozás), ahol lehetséges, az egynapos ellátások előtérbe helyezését (pl.: szemészet) jelenti. Kézi gyűjtésen és becslésen alapuló számításaink szerint a jelenlegi érdemi várólisták döntő többsége maximum 8,4 milliárd forint rendelkezésre bocsátásával ledolgozható. Ez a látens szükségletektől és a gerincműtétektől eltekintve jelentős biztonsági tartalékot is tartalmaz (vannak pl. átfedések a várólisták között – egy beteg több helyre is regisztrálhat; kapacitáskorlátok miatt 2010. második félévében az összes felhalmozódott beavatkozás nem végezhető el).

A megvalósítás lehetséges technikái: kiinduló (bázis) helyzetnek tekinthetjük a várólistás beavatkozásokból az utolsó éves időszakban teljesített darabszámot. Abban az esetben, ha a szolgáltató emelni tudja ezekből az ellátásokból a kibocsátását, egy központi keretből megkapja a pluszban végzett beavatkozásoknál az ellátás változó kölségét. Ez lényegében ezeknek a beavatkozásoknak az országosan egységes kezelését jelenti, és ha a teljes HBCs összeget megkapja az intézmény (pl. egynapos ellátások preferálása), akkor tulajdonképpen ezeknél a beavatkozásoknál teljesen eltöröljük a TVK-t.

Nem kizárt annak a lehetősége sem, hogy a szakmai TVK-t (beavatkozáshoz rendelt) más területekre is ki lehet terjeszteni (lásd 2.5).

19. **SBO-k fix térítési díjának emelése.**
20. **A korábbi (egyházi fenntartású, illetve GT formában működő intézményekkel szembeni) diszkriminatív finanszírozási intézkedések korrekciója.**
21. **A folyamatban levő OEP ellenőrzések felfüggesztése,** módszertanuk, jogosultságuk, „koncepciójuk” felülvizsgálata. Azoknak az ellenőrzéseknek a felfüggesztésére van szükség, amelyek célja a pénzbehajtás méltánytalan szabályrendszer alapján (pl. visszamenőleges szabály megállapítás, pl. afázia vizsgálata; merev TVK miatt ki nem fizetett összegek visszavonása).
22. **Krónikus ellátások finanszírozási szabályainak változása:** a 2010 áprilisában életbe lépett új szabályok szerint egyes hosszú ápolási esetek térítési díja jelentősen csökken. Azonnali intézkedésként nem javasoljuk ennek felfüggesztését, de be kell gyűjteni az érintett ellátóktól, hogy milyen finanszírozási nehézséget jelent ez számukra. Intézkedési tervet a szolgáltatói jelentések figyelembe vételével célszerű kidolgozni.

B.d. Intézkedések 2011-re

23. **Egészségügy Finanszírozási Módszertani Központ létrehozása:** A finanszírozási technikák fejlesztésére, karbantartására önálló vagy autonómiát élvező szervezet felállítása. Fontos szerepet kell kapjon a nemzetközi kitekintés, részvétel a terület tudományos életében.
24. **Finanszírozási technikák felülvizsgálata, karbantartás, generáljavítás:** A karbantartás kiemelt feladata legyen a progresszivitás méltányossági problémáinak enyhítése. Javaslatunk a csak centrumokban végezhető ellátástípusok finanszírozási rendszerének a kompetenciák, akkreditációk mentén történő továbbfejlesztése, ezen ellátások súlyszámmainak valamint az áthelyezett, szövődményes esetek térítésének felülvizsgálatával párhuzamosan. Megfontolandó az oktatási és kutatási ráfordítások térítésének felülvizsgálata, ami nem kizárólag minisztériumi kompetencia.
25. **„GYÓGYINFOK” újjászületése:** A besorolások végzése, pénzügyi kimutatások állami fennhatóságú, de autonóm, professzionális szolgáltató szervezethez kerüljön. A szervezeti elkülönítés a módszertani központtól azért indokolt, hogy egy adott időszakban (pl. évközben, kétéven belül, stb.) ne történjenek változtatások (kiszámíthatóság).
26. **Finanszírozási akkreditációs szervezet felállítása:** A kódolás végzését a jelenleginél részletesebben, pontosabban előíró szabályok alkalmazásának szigorú betartatása megfelelő minőségbiztosítási és audit rendszer alkalmazásával. A teljesítmény-jelentések ellenőrzésére korszerű módszertan kialakítása, ellenőrzést végző személyek kiválogatása, képzése.
27. Járó-beteg ellátás finanszírozásában a jelenlegi tételes rendszer leváltása érdekében az **ambuláns HBCs rendszer** kidolgozásának megkezdése jön szóba.

C. ÁLLAMI EGÉSZSÉGSZERVEZÉSI INTÉZMÉNYRENDSZER

A Nemzeti Erőforrás Minisztérium (NEFMI) felügyelete alá tartozó, három területi egység szintjén működő, az egészségügyi ellátókra építő **kapacitás-átrendező, a területi ellátó-intézmények menedzsment-koordinációját végző, betegút-szervezést támogató intézményt hozunk létre (országos központtal és területi egységekkel)**, amely egyrészt támogatja a kistérségi (és 0. progresszivitási) szinten elhelyezkedő járóbeteg-szakellátó szolgáltatás-szervezőt, irányítja az 1-3. progresszivitási szinthez tartozó egészségügyi, valamint a területi egységhez tartozó szociális intézmények közötti kapacitásátrendezést és bizonyos funkciók esetében a funkcionális integrációt. A nemzetközi ajánlások és tapasztalatok alapján az országot 9-10 ilyen nagyobb területi integrációs egységre osztjuk, 1 000 000 – 1 100 000 lakossal. A területi beosztás azonban nem követi a hagyományos közigazgatási határokat, hanem az egészségügyi ellátás szervezhetősége szempontjából racionális földrajzi egységeket jelöl ki (nagyterség).

C.a. Ellátási területek és szakellátási progresszivitási szintek

1. Az új szakmai ellátási térkép alapján a megyénél nagyobb, de a jelenlegi régióktól eltérő területi egységeket (nagyterségeket) tekintjük az ellátási egységeknek. Ezek az egységek a közlekedési és földrajzi adottságok figyelembevételével, a jelenlegi kórházhálózat fejlettségi szintjének ismeretében alakítandók ki.
2. Az elvek figyelembevételével az alábbi területi egységek tűnnek szükségesnek:
 - I. **Budapest központtal:** Buda, Fejér, Komárom-Esztergom Megye közlekedésileg ide irányuló részeivel;
 - II. **Budapest központtal:** Észak-Pest, Nógrád, Heves, Megye közlekedésileg ide irányuló részeivel;
 - III. **Budapest központtal:** Dél-Pest, Jász-Nagykun-Szolnok, Bács-Kiskun Megye közlekedésileg ide irányuló részeivel;
 - IV. **Debrecen központtal:** Hajdú-Bihar, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Békés és Jász-Nagykun-Szolnok Megye közlekedésileg ide irányuló részeivel;
 - V. **Miskolc központtal:** Borsod-Abaúj-Zemplén, Heves, Nógrád Megye ide irányuló részeivel;
 - VI. **Szeged központtal:** Csongrád, Jász-Nagykun-Szolnok, Békés, Bács-Kiskun Megye közlekedésileg ide irányuló részeivel;
 - VII. **Győr központtal:** Győr-Moson-Sopron, Komárom-Esztergom, Veszprém, Vas megye közlekedésileg ide irányuló részeivel;
 - VIII. **Zalaegerszeg központtal:** Zala, Vas, esetleg Veszprém és Somogy megye közlekedésileg ide irányuló részeivel;
 - IX. **Pécs központtal:** Baranya, Tolna, Somogy, Fejér megye közlekedésileg ide irányuló részeivel.

3. **A nagytérégi területi egységek határain belül található ellátóintézmények képesek az egészségügyi ellátás csaknem teljes vertikumának megvalósítására.** Ez alól csak az országos központokba és alközpontokba szervezett ellátások jelentenek kivételt. A szükséges kapacitások egy-egy területi egységre oszthatók le az epidemiológiai adatok messzemenő figyelembevételével. Egy-egy területi egységen belül az ellátások szakmánként, esetleg a szakmán belül szubspecialitásonként is a progresszivitás elvei szerint szerveződnek. A nagytérsegen belül a kapacitások leosztása és a szakmai progresszivitási szintek meghatározása a közlekedési, népességi és aktuális strukturális és humánpolitikai feltételek mentén történik. A progresszivitás magasabb szintjei egy-egy szakmán belül nem feltétlenül a nagytérsege központjában vannak – ezeknek helye a szakmai hagyományoknak és lehetőségeknek megfelelően határozandó meg.
4. **Szakellátási progresszivitási szintek:**
- 0. Járóbeteg ellátási szint** – lakosság közeli ellátást biztosít a kis kórházakban és járóbeteg rendelőkben a szakemberek területre mozgatásával, a helyi, kistérségi betegút szervezést, a betegutak optimalizálást irányítja.
- I. Fekvő- és járóbeteg ellátó intézmény:** elsősorban az „alapszakmákban” a demográfiai, közlekedési és földrajzi sajátosságok szerint szervezve – biztosítja a lakosság-közeli fekvőbeteg és társuló járóbeteg ellátást;
- II. Megyei szintű fekvő- és járóbeteg ellátási központ:** minden megyei szinten megjelenő szakmában biztosítja a megyei szintű ellátást;
- III. Nagytérsegei szintű fekvő- és járóbeteg ellátási központ:** biztosítja a teljes szélességű és mélységű ellátást az adott területen.
- IV. Országos szakmai központok és alközpontok:** A jelentős költségigényű, speciális tapasztalatot és műszerezettséget igénylő, ritkábban végzett ellátásokat országos szakmai központokba (indokolt esetben néhány alközpontba) kell szervezni. Ezek az ellátások így nem jelennek meg minden nagytérsegeben, hanem országos szinten centralizáltak. A szóba jövő ellátások szakmai, betegbiztonsági, hozzáférhetőségi és költséghatékonysági okból is a lehető legnagyobb mértékben centralizálандók. Az országos szakmai központok és alközpontok megyei, fővárosi kórházakba, egyetemi klinikákra, országos intézetekbe vagy szakkórházakba szervezhetők a szakmai hagyományok és logisztikai tényezők figyelembevételével.
5. **Feladatmegosztás és kompetenciaszintek:** Szakmánként és azokon belül szubspecialitásonként meghatározandók, hogy mely ellátásokat szükséges járóbeteg ellátásként a lakossághoz minél közelebb vinni (járóbeteg szint), és mely ellátások szervezendők a progresszivitás I. II. és III. szintjeire, illetve mely területeken szükséges országos központokat létesíteni.

C.b. Betegút-szervezési intézményrendszer

6. A nagytérsegeben, progresszivitási szinttől függetlenül, a közfinanszírozott, szakellátást végző intézmények csatlakoznak a **Nagytérsegei Egészség-szervezési Igazgatóságokhoz.** Az alapellátási szint integrálása, a **kistérségi szinten megvalósuló, betegút-szervező járóbeteg szakellátókon** (0 szint) keresztül történik. A speciális, országos központokba szervezett ellátásokat az **Állami Egészség-szervezési Központ** irányítja, amely Budapesten működik.

Nagyteréségi Egészség szervezési Igazgatóságok

7. A **Nagyteréségi Egészség szervezési Igazgatóság** a kilenc nagyteréségből érkező, az országos intézmények ellátási körébe tartozó esetek ellátását szervezi. Így az egy-egy Igazgatóság alá tartozó mintegy 1,1 millió lakos ellátása mind az alapellátás, mind a szakellátás minden szintjén lefedett. Az érintett **Igazgatóság** a **szakmai módszertani útmutató alapján** az egyedi lehetőségek figyelembevételével és az ellátóintézményekkel együttműködésben alakítja ki az egészségügyi ellátó intézmények szervezeti, gazdasági, szakmai kapcsolati hálóját.
8. **Nagyteréségi Egészség szervezési Igazgatóság feladatai:** (1) alapfeladata a Nagyteréségi Egészség szervezési Igazgatóság illetékességéhez tartozó lakossági beteg-utak optimalizálását végző helyi szintek összefogása, ezek szakma-specifikus nyilvántartása, nyilvánosságra hozása, monitorozása; (2) A nagyteréségi együttműködési modell részletes tartalmának, a megvalósítás működési formáinak és a lehetséges közös vezetési rendszereknek a kidolgozása; (3) Együttműködési megállapodások kialakítása, projektszervezetek/gazdasági társaságok létrehozása, amelyek kiterjedhetnek a közös közbeszerzésen át, a közös adósság kezelésig is, a nagyteréségben és országos szinten is. (4) Szakma specifikus támogató tevékenységek megszervezése, amely magába foglalhatja a telediagnosztikát, pathológiát, labor szolgáltatásokat és a többi még érintett ellátási területet is; (5) Gazdasági támogató tevékenységek megszervezése; (6) ellenőrző funkciók, felülvizsgálati rendszer működtetése; (7) egyéb olyan feladatellátás, amely támogatja a nagyteréségi betegút-szervezést, illetve az ott lévő intézmények ellátó tevékenységének hatékonyabb szervezését; (8) Képzések, tréningek szervezése az ellátó intézmények dolgozói számára, ahol a szükséges menedzsment ismereteket, vagy akár a speciális ellátásszervezésből következő ismeretek elsajátítását oktatják.
9. **Nagyteréségi Egészség szervezési Igazgatóság szervezete:** több működési modell képzelhető el (Állam által felügyelt, non profit szervezet vagy államigazgatási szervezet, stb). A vezetési modell tekintetében is több megoldás képzelhető el, de szoros kapcsolat szükséges a helyi ellátó-intézmények képviselőivel.

Állami Egészség szervezési Központ

1. **Feladatai:** (1) A Nagyteréségi Egészség szervezési Igazgatóság ellátási körén kívül eső intézményekbe irányuló beteg-utak szervezése, ezek szakma-specifikus nyilvántartása, nyilvánosságra hozása, monitorozása; (2) módszertanban hozzá rendelt feladatok elvégzése, (3) a Nagyteréségi Igazgatóságok felügyelete.
2. Különböző szervezeti és finanszírozási modellek képzelhetők el, amelyek közül a végleges feladatmegosztás, feladatlista ismeretében célszerű kiválasztani az adott kontextushoz illő legoptimálisabbat.

D. ÁGAZATI INFORMATIKA FEJLESZTÉSE

Az egészségügyben keletkező nagy mennyiségű és nagy értéket képviselő adatmennyiség hasznosulási foka nem kielégítő. Ennek alapvető okai a hiteles törzsadatok és alapnyilvántartások hiánya, a formai és tartalmi ellenőrzések nem megfelelő volta, az alapidokumentációk szabályozatlansága, az adatáramlási útvonalak rendezetlensége és az adatszerkezetek elavultsága. A megoldás alapvető eszköze az ágazati jelentések technikailag is egységes rendszerbe foglalása, amit az ágazati portál valósít meg. A portál egyben közhiteles módon publikálja a törzseket, a jelentési rekordszerkezeteket és kitöltési szabályokat. Az ágazati adatok elemzési célú integrációját az egészségmonitor és kapacitástervező rendszer valósítja meg. A tartalmi hitelesség javítása érdekében az egészségügyi szolgáltató intézmények alapfunkcióit központilag fejlesztett és karbantartott rendszer biztosítja. Szükséges továbbá az egészségügyi dolgozók adatkezelési (kódolási) ismereteinek fejlesztése.

D.a. Helyzet meghatározás, rendszerdiagnosztika

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

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

D.b. A jelen állapot kialakulásának fő tényezői

10. A fenti jelenségek részben már említett okai mellett fontos tényező, hogy egy negatív spirál alakul ki, **az adatrögzítés és adatszolgáltatás érdektelenségbe fulladhat.** Ezt az érdektelenséget csak fokozza a finanszírozott teljesítmény adminisztratív korlátozása (TVK).
11. **Az adatok tartalmi hibájának okai,** a már említett finanszírozási torzításon túl a kódrendszerek használatában való jártasság hiányosságai, a folyamatba épített ellenőrzés hiánya, illetve késedelmes hibajelzés, valamint a következmény nélküliség. Ugyancsak tartalmi hibákat okoz – főleg a feldolgozási folyamatokban – a korszerűtlen adatstruktúra.
12. **A közhiteles törzsadatok hiányának oka** kisebb részben szintén a megfelelő szakértelem szükségessége egyes intézményekben, nagyobb részben az egymásra épülő nyilvántartásokat vezető intézmények közötti együttműködés zavara. Hiányzik továbbá a megfelelő informatikai támogató eszköz.
13. **Az adatstruktúra elavultságának** már említett **oka,** hogy a változtatás költség- és időigényes, azonban éppen ezért elodázhatatlan egy rugalmas, az igények későbbi változását már könnyebben kiszolgálni képes adatmodell kialakítása.
14. **Az adatáramlási útvonalak szétszórta,** különböző jogszabályokban **vannak rögzítve,** amelyek nem tükrözik egységes elveket. A finanszírozási kényszereken kívül nincs olyan funkcionális vagy technikai megoldás, amely kikényszerítené a jogszabályok

maradékalan megvalósulását, ezért a gyakorlatban esetenként a jogszabályoktól való eltérés tapasztalható.

15. A horizontális kapcsolatrendszer fejletlenségének fő okai **az alapidokumentációk alacsony fokú struktúráltsága** (gyakori a szabad szöveges tárolás) és a szabványos kommunikációhoz szükséges üzenet-típusok (**szabványos archetípusok**) **hiánya**. A jelenlegi adatvédelmi jog alkalmazása is nehezíti az intézmények közötti adatcserét.
16. **Hiányzik** az ágazatban – és a társágzatokban – keletkezett adatok legfelsőbb szintű integrálását, összehasonlító elemzését, térinformatikai vizsgálatát lehetővé tevő **integrált monitor-alkalmazás**.

D.c. Megoldási javaslatok

1. **Szervezeti alapok megteremtése:** Az egészségügyi ágazat államtitkárságának közvetlenül alárendelt irányító intézmények elsődlegesen az ágazat érdekeit szem előtt tartva hangozzák össze informatika vonatkozású fejlesztési és üzemeltetési tevékenységeiket.
2. Az ágazati informatikai tevékenységek összehangoltságának biztosítására az ESKI koordinálásával *Informatikai Tanács* alakul, amely az államtitkár közvetlen tanácsadó testületként működik.
3. Az ágazati informatika az ágazati fejlesztéspolitikával és a *kormányzati informatikával szoros összehangoltságban* működik. Ennek biztosítása a Tanács felelőssége.
4. *Az ágazati informatika a megoldásaival, fejlesztési törekvéseivel, szakmai ajánlásaival az egészségügyi ágazati stratégiát szolgálja.*
5. **Stratégiai igazodás:** Az ágazati informatika fejlesztése igazodik az egészségügyi ágazatban körvonalazódó stratégiai irányokhoz, úm. az állam fokozott szerepvállalása; a transzparens ágazati működés és elszámolás kialakítása; funkcionális területi integráció és progresszív ellátásszervezés, szükséglet alapú kapacitástervezés.
6. **Ehhez igazodva az ágazati informatika 2011-2014-re azonosított stratégiai céljaiként a jelzett problémák átfogó megoldására teszünk javaslatot:** Megteremtjük az ágazati jelentések egységes rendszerét, illetve annak technikai alapját. Ennek eszköze az ágazati közhiteles nyilvántartások publikálását, a jelentések validálását és a jelentés tartalmától függő redisztribúcióját megvalósító **ágazati portál**. A portál az egyetlen jogilag hiteles forrása az ágazat közös törzsadatainak, a jelentések adatstruktúra leírásainak és a formailag ellenőrizhető kitöltési szabályoknak. A portál mindezeket transzparens módon, gépi és felhasználói hozzáférés biztosításával teszi közzé. A portál alapvető feladata, hogy csak a törzsadatoknak, rekordszerkezeteknek és kitöltési adatoknak megfelelő jelentéseket fogadjon el, képes legyen azokat rekordonként hitelesíteni és továbbküldeni, illetve hiba esetén a megfelelő hibajelzéssel együtt a feladónak visszaküldeni. Így megvalósul a folyamatba épített ellenőrzés és garantálható, hogy csak ellenőrzött adat kerül a rendszerbe. Mivel a portál – szintén transzparens szabályok alapján – gondoskodik a jelentések szétosztásáról, megszűnik, de legalábbis minimálisra korlátozódik az ágazat szereplői közti másodlagos adatátadás és információkérés.
7. Az ágazat portál adatgyűjtő és elosztó funkciójának megvalósítása kapcsán **modernizáljuk a jelentések adatstruktúráit**, úgy, hogy megfelelő rugalmasságot biztosítva a jelen és jövőbeli információigények kielégíthetők legyenek.

8. A portál bevezetése révén **fölszámoljuk a többszörös, redundáns jelentéseket.**
9. Az adatok legteljesebb újrahasznosítását teszi lehetővé az **egészségügyi monitor és szükséglet alapú kapacitástervező rendszer**, amely integrálja az ágazatban keletkező és különböző adatgazdák által aggregált adatokat, és adatbányászati valamint térinformatikai alkalmazások segítségével elemezhetővé teszi azokat.
10. A jelentések tartalmi hitelességének valamint a horizontális kapcsolatok erősítésének érdekében definiálni kell a kórházi, szakrendelői és háziiorvosi rendszerek "core" funkcionalitását, **az alapnyilvántartások minimális kötelező tartalmát.** Az ezt megvalósító informatikai rendszereket központi fejlesztésben célszerű létrehozni, és szolgáltatni kell az egészségügyi ellátók számára.
11. Ugyancsak a tartalmi hitelesség javítása érdekében szükséges **az egészségügyi dolgozók** adatkezelési, illetve a kódrendszerek használatával kapcsolatos **ismereteinek javítása, kódolás támogató programok fejlesztése és rendelkezésre bocsátása.**
12. Ki kell dolgozni **a szabványos üzenetminták (archetípusok)** minimális körét, illetve szükség esetén további, egyszerűen alkalmazható kvázi-szabványokat kell alkotni, amelyek szükség esetén transzformálhatók a hivatalos hazai, az európai, ill. nemzetközi szabványok által előírt formára.

E. TULAJDONLÁS ÉS MENEDZSMENT

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

E.a. Helyzet meghatározás, rendszerdiagnosztika

A szolgáltatói oldal tulajdonviszonyai az elmúlt 20 évben jelentősen át lettek alakítva a túlcentralizált államszocialista modellhez képest. Jelentős átrendeződés történt a közszférán belül, ahol az önkormányzati tulajdon lett meghatározó, központi kormányzati tulajdonban csak az orvosegyetemek, az országos intézetek és néhány ágazati és egyéb speciális állami egészségügyi intézmény maradt. Az önkormányzatokhoz rendelt területi ellátási kötelezettség azonban nem jelent kötelezettséget saját tulajdonú szolgáltatók működtetésére; az ellátási feladat kiszervezésének lehetősége adott, amely legelterjedtebb a házi orvosi ellátásban, ahol a praxisok döntő többsége funkcionálisan privatizált. Az önkormányzati tulajdonú rendelőben és eszközökkel, az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral szerződésben lévő, vállalkozó házi orvos nyújtja az ellátást. Teljes (tulajdoni) privatizáció történt a gyógyszer-kiskereskedelemben (patikák), de jelentős a magántőke és a magántulajdon szerepvállalása néhány speciális egészségügyi szolgáltatás (művese kezelés, CT, IVF) esetében is.

Az új kapacitások befogadásának folyamata jelenleg kellően nem látható, és nem biztosított, hogy csak az ellátási szükségleteknek megfelelő kapacitások kerüljenek be a közfinanszírozás körébe. A jelenleg is működő finanszírozási rendszer további sajátossága, hogy az OEP finanszírozás deklarálta csak a működési költségeket téríti. A tőkeköltségek fedezése az intézményfenntartó tulajdonosok kötelessége az egészségügyi törvény rendelkezései szerint. Ez a kétszatsornás, duális finanszírozás lehetővé teszi a kormány számára, hogy befolyásolja az egészségügyi beruházásokat, viszont a beruházási döntésekben eljelentékteleníti a kihasználtság szempontját, így hatékonysági veszteséghez vezethet. A duális finanszírozás ugyanakkor a legfontosabb gátja a magánberuházásoknak is. Azokon a területeken, ahol eddig megjelent a tulajdonosi magántőke, az OEP úgy hidalta át a problémát, hogy arányosan jelentősen nagyobb térítési díjakat állapított meg; természetesen a többi, dominánsan köztulajdonú szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások kárára. A szolgáltatások közötti belső térítési díj aránytalanságok általánosságban is veszteséges és nyereséges szolgáltatásokat eredményeznek, és megfelelő szabályozás nélkül fennáll a veszélye annak, hogy a magántőke a nyereséges termékvonalak kimazsolásával a

köztulajdonú szolgáltatókat csődbe kergeti és súlyos működési krízist idéz elő, a köz- és magántulajdon keveredésének egyéb anomáliáiról (pl. illegális magánpraxis közintézményekben) nem is beszélve.

Az egészségügyi szolgáltatói piac kibővítése, a magán- és köztulajdon keveredése tehát számos anomáliát okozhat, amely nem akadályozható meg megfelelő egészségügy specifikus szabály-, és feltételrendszer nélkül. Az első ilyen szabályozási kezdeményezés az Orbán kormányhoz köthető, azonban a törvényt a Medgyessy-kormány hatályon kívül helyezte, mert túl restriktívnek találta. A helyébe lépő MSZP-s elképzelés elvérzett az Alkotmánybíróságon és a 2004-es népszavazás érvénytelensége ellenére a kérdés nem került újra napirendre, így a privatizációs folyamatok jelenleg is ellenőrizetlenül, átgondolatlanul és szektorspecifikus szabályozási korlátok nélkül zajlanak.

Az elmúlt években a szolgáltatók privatizációja nem volt az egészségügyi kormányzati politika fókuszpontjában, de a leépítések, a forráskivonás és az abszolút teljesítménykorlát bevezetése olyan helyzetet teremtett, amelyben a közszolgálati egészségügyi intézmények „kiéheztetése” és a feltehetően szándékosan generált tömeges csődhelyzet lökést adott a szabályozatlan, és a tulajdonos önkormányzatok számára előnytelen (elsősorban funkcionális) privatizációnak. **Így olyan erjedési folyamat indult meg, amelynek megállítását elsődleges feladat éppen a visszafordíthatatlan károk megelőzése és a jelenlegi helyzetben a kormány egészségügy megmentését célzó cselekvési szabadságának minél szélesebb körű megőrzése érdekében.**

E.b. Alapelvek, tudományos bizonyítékok

A probléma-orientált programalkotás módszertanából és az egészségpolitika célkitűzéseiből származtatható alapelvek jelölik ki a szükséges beavatkozások kereteit:

1. A privatizáció, a magántulajdon és a nyereségérdekelt működés (a piaccal és a versennyel együtt) nem cél, hanem eszköz. Felhasználásukat csak abban az esetben érdemes megfontolni, ha olyan működési feltételrendszer lehet teremteni, amelyben a magánérdek és a közösségi érdek összhangba hozható egymással, tehát a magántulajdon elősegíti az egészségpolitikai célok elérését, nem pedig hátráltatja azt.
2. Az egészségügyi piac sajátosságai miatt az államnak komoly szerepet kell vállalnia a piaci szereplők magatartásának szabályozásában. Enélkül a szabályozás nélkül a piac súlyos hatékonysági veszteségeket okoz, pazarolja az erőforrásokat, nem garantálja az ellátás klinikai minőségét és területi hozzáférhetőségét sem.
3. Az egészségügyi közgazdaságtani szakirodalom számos példával szolgál arra, hogy a magántulajdon és a profitorientált működés önmagában nem eredményez hatékonyabb, sőt jobb klinikai minőségű ellátást sem. A hatékony működésben jóval nagyobb jelentősége van a megfelelő finanszírozási ösztönzőknek és az ezzel összhangban lévő, a működési kereteket meghatározó jogszabályi környezetnek. Ennek alapján hatékonysági megfontolásból nem indokolt az egészségügyi szolgáltatók privatizációja, megőrizhető a köztulajdon dominanciája. Például a HBCs rendszer az aktív fekvőbeteg ellátás finanszírozásában pontosan azokat az eredményeket hozta, amit a HBCs-tól, mint finanszírozási technikától várni lehetett úgy, hogy a kórházak köztulajdonban (kisebb részben nem profit orientált – egyházi, alapítványi – magántulajdonban) voltak.
4. A finanszírozói oldallal ellentétben a szolgáltatók közötti verseny (a tulajdonviszonyoktól függetlenül) ösztönözheti a hatékonyabb működést és az ellátás minőségének javítását,

azonban ehhez, az egészségügyi piac sajátosságaiból adódóan, kiterjedt állami szabályozásra, és a verseny egyéb feltételeinek megteremtésére van szükség.

5. A hatékony működés megteremtésének fontos feltétele a tulajdonosi célok és az intézményi menedzsment céljainak összehangolása.
6. Egyre több ígéretes kutatási eredmény szól amellett, hogy az orvosok, egészségügyi dolgozók az egészségügyi szervezetek menedzsmentjébe történő fokozottabb bevonásával növelhető a működés hatékonysága: az alaptechnológiával kapcsolatos tudatlanságból eredő rossz menedzsment költségei ugyanis nagyobbak, mint az egyébként valóban drága orvosi idő egy részének menedzsmentre való felhasználása. Az egészségügyi szervezeteken belül ez elfogadottság, tekintély kérdése is, ami szintén az orvosok bevonása mellett szól.

E.c. Megoldási javaslatok

7. Az elmúlt évek kormányzati politikájának egyenes következményeként kialakult kedvezőtlen folyamatokat meg kell állítani. Az egészségügyi intézmények szabályozatlan, ellenőrizetlen tulajdonosi, vagy funkcionális privatizációja nem támogatható.
8. Azoknál a tulajdonos önkormányzatoknál, ahol a funkcionális privatizáció korábban lezajlott, felül kell vizsgálni a működtetési szerződéseket és az előnytelen megállapodásokat módosítani kell.
9. A magántőke bevonása addig semmi esetre sem támogatható, amíg ennek feltételrendszerét ki nem alakítottuk: (1) az egészségügyi ellátórendszer specialitásait figyelembe vevő, egészségügy specifikus szabályozásra van szükség; (2) a finanszírozó részéről tisztázandók a rendszerbe való belépés feltételei és eljárásrendje; a befogadási döntések folyamatát átláthatóvá, a döntések szempontjait és magukat a döntéseket nyilvánossá és megtámadhatóvá kell tenni; (3) az azonos szolgáltatást nyújtók azonos finanszírozást, valamint az eltérő szolgáltatást nyújtók eltérő, de rendszer-arányos finanszírozását kapjanak (szektorsemleges finanszírozás); (4) a tőkekötségeket célszerű beleépíteni a társadalombiztosítási finanszírozásba; (5) a kapacitások átstrukturálásának (befogadásának és leépítésének) alapját egy országos, szükséglet alapú ellátás-fejlesztési program adja. Az átláthatóság, illetve kiszámíthatóság a befektetők érdeke is, hiszen ez ad lehetőséget a hosszú távú tervezésre, és a viszonylag alacsony tőkefinanszírozásra.
10. A fekvőbeteg ellátó intézményeket ennek a keretrendszernek a kialakítása után is célszerű köztulajdonban (illetve non-profit magán működtetésben – egyházak) megőrizni. Tulajdonosi privatizáció a megfelelő keretrendszer kialakítása után is elsősorban az alapellátásban, illetve a járóbeteg szakellátásban támogatható, a munkavállalói tulajdonszerzés lehetőségének megteremtésével együtt.
11. Az egészségügyi intézmények működtetésében a menedzsment hatáskörét és gazdálkodási jogosítványait érdemes szélesíteni, hogy eredményesen tudjanak reagálni a finanszírozási ösztönzőkre. Ennek konkrét formáját (korporatizáció, vagy egészségügyi közintézményekre vonatkozó speciális szabályozás kialakítása) az eddigi korporatizációs tapasztalatok elemzése értékelése alapján célszerű kiválasztani.
12. Az orvosokat és egészségügyi szakdolgozókat célszerű bevonni az egészségügyi ellátók menedzsmentjébe és a kompetenciákat célzott menedzsmentfejlesztő programokkal építeni.

F. A MAGYARORSZÁGI SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÓ-RENDSZER FEJLESZTÉSI TERVE

A sürgősségi ellátásban az „*egy kapus*” modellt kívánjuk megvalósítani a prehospitalis és az intézményi szakban egyaránt. Így támogatjuk az Országos Mentőszolgálathoz centralizált egységes diszpécseri és az ehhez kapcsolt ügyeleti rendszer megszervezését, illetve megfelelő szintű sürgősségi osztály kialakítását minden aktív ellátást végző kórházban. Célunk, hogy a kritikus megbetegedések és sérülések szakmailag meghatározott időablakai az ország egész területén betarthatók legyenek. A *légimentés* szervezését és pénzügyi helyzetét átvilágítjuk, ezt a mentési formát is az Országos Mentőszolgálatba integráljuk. Az *őrzött betegszállítások* fejlesztésének jelentős eleme lesz a felesleges és gyakran igen megterhelő epizódok számának csökkentése a telediagnosztika preferálásával és a szakember mozgását célzó mobil konziliáriusi rendszer ösztönzésével. Az *őrzést nem igénylő betegszállítás* területén súlyos anomáliák jelentkeznek. A betegszállítás feltételeinek és teljesítményének szigorú ellenőrzését vezetjük be. Pontosítjuk a *tömegrendezvények* biztosításával, az esetleges katasztrófa helyzetek kezelésével kapcsolatos eljárási rendet, felelőségeket, azok fedezetének forrását.

F.a. Problémák és célok

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

F.b. Megoldási javaslatok, intézkedések

Mentés

3. A **mentést kizárólagosan állami feladatként** kívánjuk megtartani a jövőben is, amit a nagy múltú **Országos Mentőszolgálat (OMSZ)** végez az egész országban, biztosítva az azonos elvek mentén szervezett, egységes irányítású, szakmaiságú és eszközparkú embermentést Magyarországon. Az országos szervezet előnyei messze meghaladják a „mamut-szervezetekben” kódolt – ismert, ebből adódóan jobbra kiküszöbölhető, vagy csökkenthető – hátrányokat. A jelenleg számos sebből vérző OMSZ még mindig a hazai egészségügy országosan a legegységesebben működő és legmegbízhatóbb gyorsreagálású

- egysége. E képességét megerősítve – és sebeire gyógyírt találva – az OMSZ biztos alapot, kiszámítható hátteret nyújt a hazai egészségügyre váró jelentős átalakításoknak, és **válk az oxyológia proaktív, professzionális intézményévé.**
4. Az OMSZ e küldetésének eléréséhez egységesíteni és erősíteni kell a szolgálat szakmaiságát, amelyhez elengedhetetlen **az oktatási rendszer fejlesztése.** A közeljövőben megerősítjük és korszerűsítjük az OMSZ oktatási központjait, az érintett szakterületek képzési gócpontjaivá téve azokat. Az ellátás szakmai minőségét **a szakmai minőségfejlesztési rendszer** működtetése, és a **teljesítményarányos motivációs rendszer** megalkotása biztosítja.
 5. A mentés egyik kulcseleme, a **mentésirányítás,** szükségképpen az OMSZ elválaszthatatlan része, ugyanakkor szintén jelentős fejlesztések előtt áll. Az időben meghozott megfelelő döntéseket elektronikus döntéstámogató algoritmusok, és térinformatikai-logisztikai rendszerek alkalmazása támogathatják már a közeljövőben.
 6. Ellentétben a múltbeli, erősen érdekvezérelt gyakorlattal, **a mentőállomás-hálózat szükséglet-alapon** kell továbbfejleszteni. Az egészségügyi ellátórendszer egyéb elemeinek változása előtt az OMSZ megfelelő fejlesztéseinek (például az eset- és rohamkocsik számának növelése) mindenképp meg kell történnie ahhoz, hogy a betegek hozzáférése az ellátórendszerhez ne csorbuljon.
 7. A közelmúltban mesterségesen elválasztott szervezeti elemet, **a légi mentést** ismét az OMSZ integráns részévé tesszük, megőrizve ugyanakkor az egész ország területi lefedettségét, és az egységes, kiemelkedő szakmai színvonalat.
 8. Az **OMSZ szakmai adatbázisa** az egész ország mentési szükségletének térképe, amelynek ismerete elengedhetetlen az egész ellátórendszer fejlesztéséhez. Ezt az adatbázist korszerűsíteni fogjuk. Az ebből nyert információk révén biztosíthatjuk azt, hogy a mentési rendszerünk még inkább a lakosság szükségleteihez illeszkedjék.
 9. A népegészségügyi szempontból kiemelkedő jelentőségű főbb kórképek (például hirtelen halál, akut koronária szindróma, stroke, légzési elégtelenség, súlyos sérültek) terén **regisztereket** indítunk el és működtetünk. A szolgálat egyéb pontokon is kapcsolódik a népegészségügyi program meghatározott elemeihez (pl. „Szívroham = 104!”, „Gutaütés = 104!”), illetve a különböző szintű és struktúrájú laikus elsősegélynyújtó szerveződésekhez: iskolai oktatás, Vöröskereszt, gépjárművezetői oktatás stb.
 10. A **szervezetirányítást** korszerű döntéstámogató rendszer alkalmazásával tesszük hatékonyá.
 11. A különböző **rendezvények egészségügyi biztosításának** megkerülhetetlen, míg az állami rendezvények kizárólagos szereplője az OMSZ.
 12. Mivel a korszerű mentésben a **mentőorvosok** bevetése meghatározott betegkörökben bizonyíthatóan járulékos hasznot eredményez az orvosok nélkül működő mentési rendszerekhez képest, a több mint 100 éves múltra visszatekintő mentőorvosi rendszer – egyik hungarikumunk – megtartandó Magyarországon. A mentőorvosok helye és szerepe ugyanakkor újragondolandó a rendszerben. A mentőorvosok bevetését – strukturális, illetve mentésirányítási átalakításokkal – azokra a betegcsoportokra kell összpontosítani, akiknél ez a járulékos haszon megalapozottan várható (pl. a „Mentőorvosi Kocsi” használatának általánossá tétele – „randevú szisztéma”). Ezzel, illetve az alábbiakban vázolt változtatásokkal a hazai mentőorvosok emberi erőforrás-krízise is megszüntethető, illetve enyhíthető.

13. Meg kell teremtenünk a **sürgősségi ellátók biztonságát**: elsősorban kórházon kívül, de kórházon belül is egyre gyakrabban fenyegetik agresszív cselekmények az ellátó személyzetet. Ez ellen a jog megfelelő eszközeivel sürgősen és határozottan fellépünk.

Prehospitalis „egy kapu” ellátási modell, orvosi ügyelet

14. Az alapellátás (1997 évi CLIV. Tv. 88.§), ezen belül a háziorvosi ellátás a beteg és az orvos által választott, tervezhető időben végzett kuratív és/vagy „szociál-medikális” tevékenység. A sürgősségi ellátás – rendszerszerű – végzése ebbe nem tartozik bele. A földrajzi elhelyezkedés következtében azonban a háziorvos, mint aki helyben van és elérhető, gyakorta arra „kényszerül”, hogy a sürgősségi ellátást megkezdje. A háziorvosok ez irányú szerepének hatékony oktatása szükséges a továbbképzési rendszeren belül.
15. Az **ideáltípusú ellátórendszer** országosan egységes prehospitalis sürgősségi rendszert kíván, amely egyetlen, ugyanakkor jól ismert, bárki számára megfelelően elérhető belépési kaput biztosít az ellátási szükséglettel bíró betegek számára (**„prehospitalis egy kapu”-modell**, a kórházi „egy kapu modell” analógiájaként). Ebben a kiválóan megszervezett mentési rendszerben a betegek a hirtelen jelentkező panaszok, riasztó tünetek kezdetét követően késelem nélkül, közvetlenül a mentőszolgálatot értesítik problémáikról (a közismert **„104”** az egyetlen hívószám). Ennek letéteményese a kellően képzett és támogatott mentésirányítás, mely előre lefektetett elvek (nyílt, kemény sorolás) mentén dönt a problémákra adandó válaszok időbeli sorrendjéről, illetve szakmai szintjeiről, és indokolt esetben biztosítja a szükséges számú és szintű mentőerő mielőbbi összpontosítását a helyszínen. A megfelelően felkészült mentőerők a betegeket/sérülteket a prehospitalis betegosztályozást követően késelem nélkül és maradéktalanul ellátják, majd a gyógyintézetbe szállítandó betegeket/sérülteket közvetlenül a helyszínről a kellő közelségben elhelyezkedő végleges ellátóhelyre szállítják. Ezen ideáltípusú modell nélkülözhetetlen elemei: a jól képzett betegek és társadalom minden tagja számára biztosított „egyetlen kapuban” kiváló mentésirányítás, kellően nagyszámú különféle mentőegység-típus, és térben/időben szinte korlátlan kórházi kapacitás a gondosan meghatározott progresszivitás minden egyes szintjén. Az Országos Mentőszolgálatnál kialakított Mentésirányító központokat alkalmassá tesszük az összes sürgősségi hívás feldolgozására, azzal, hogy a dolgozók képzettségét ki kell egészíteni az orvosi ügyeletre vonatkozó ismeretekkel.
16. A mai orvosi ügyeleti funkció sok elemét érdemes megtartani, jó néhányat – pl. receptírás – pedig meg kell szüntetni.
17. Az ügyelet telephelyei és a mentőállomások között településbeli hasonlóság van. Számos helyen egy épületben is üzemelnek. Ez a szakmailag is kívánatos, és egyben költségkímélő megoldás.
18. Kívánatos és elérendő cél, hogy az orvosi ügyeleti szolgálatok folyamatosan, az év minden napján **24 órában működjenek**.
19. **Sürgősségi osztályok (SBO) melletti alapellátási ügyelet**: Azon településeken, ahol van SBO, ott mindenképpen javasolt a legalább épületi integráció, amit az új SBO-k befogadása során is figyelembe kell venni. Azokban a városokban, ahol SBO működik, az ott dolgozók forgó rendszerű foglalkoztatása kívánatos és célszerű a sürgősségi ellátás különböző elemei (SBO, mentők, „ügyelet”) között.

20. Az **orvosi ügyeletek** országosan **egységes adatbázisának kialakítása** a beteg biztonságát fokozó tényező. Ennek megvalósításához szükséges, a különböző szereplők (alapellátás, ügyelet, OMSZ, kórház) közös informatikai rendszerének kiépülése.
21. Hosszú távon megfontolandó a főiskolai szintű alapellátási ügyelet képzésének elindítása. Az új rendszerben szerveződő ügyeletek a mai fogalmaink szerinti, kiegészített tananyag alapján képzett szakemberek (pl. mentőtisztek) alkalmazásával is biztosíthatók.

Kórházi sürgősségi ellátás

22. kórházi sürgősségi ellátást 2 alapelv mentén szervezzük meg: (1) akut beteget ellátó kórház nem működhet megfelelő **sürgősségi osztály (SBO)** nélkül; (2) **sürgősségi ellátásra szoruló beteg csak** megfelelő, akut betegek ellátására felkészült, **SBO-val rendelkező kórházba kerülhet.**
23. E két alapelvből kiindulva az SBO működtetése mind a betegek, mind a jövőben akut ellátást biztosító kórházak alapvető létérdeke. E kórházak néhány kötelező ismérve: egy telephely, azon belül egy sürgősségi belépési pont („**egy kapu**”), amely a meghatározott felkészültségű SBO-ra nyílik. Az SBO-n a szükségletalapú sürgősségi ellátás összes feltétele adott: épület, eszközpark, emberi erőforrás, valamint az érintett társszakmák háttérkapacitása az intézmény azonos telephelyén, lehetőleg egy épületen belül. Az SBO előre lefektetett elvek mentén rendelkezik az adott kórház szabad kapacitásával, operatíván elosztva a kórház erőforrásait.
24. Az SBO-k a kórházi sürgősségi ellátás **gyógyító, oktató és kutató fellegrái.**
25. A sürgősségi szakemberek a helyszíni illetve kórházi sürgősség között előre megtervezett **forgó rendszerben** dolgoznak, ennek összes előnyét kihasználva. E forgó rendszer biztosítja a helyszíni és a kórházi sürgősségi ellátás azonos szakmai elvek mentén működő egységességét és folytonosságát, ugyanakkor enyhíthetően hat a szakorvosi emberi erőforrás-krízisre is.
26. A szükségletalapú sürgősségi ellátórendszer emberi erőforrás-igényének (újra)tervezése, valamint a hiánypótlás szorosan monitorozott ütemezése szükséges – az OMSZ és az SBO-k között, illetve az ország egyes területei között is. A krízis orvoslásához elengedhetetlen a hathatós kormányzati „kézi irányítás”.
27. Meghatározzuk a **mentőtisztek helyét és szerepét** a vázolt sürgősségi rendszerben, a képzés megfelelő átalakításával ahhoz, hogy a már említett forgó rendszerben, illetve az alapellátási ügyeleti rendszerben is megállhassák a helyüket.
28. A reguláris **egyetemi oktatáson** belül a sürgősségi ellátás-oxologia oktatása terén országos egységesítés szükséges.
29. **Budapest:** a jelenlegi akut kórházi ellátás rendszere szinte áttekinthetetlen, ráadásul sok beteg nem, vagy csak kerülőutakkal, késve kerül a betegségének, állapotának megfelelő szintű ellátóhelyre. A fentebb tárgyalt 2 alapelv mentén a fővárosban csak **néhány**, akut ellátást biztosító **központ** létrehozása indokolt. A területi elv alapján az összes beteg/sérült e központok valamelyikében kapna kórházi sürgősségi ellátást. E központokba települnének át az országos intézmények is. A központok közötti sürgősségi átszállítás (ún. örzött szállítás) nem, vagy csak különösen indokolt esetben lenne indokolt.

30. A hazai **intenzív osztály**-hálózat kapacitása az egyik, de nem az egyetlen igen szűk keresztmetszet a sürgősségi ellátás terén jelenleg. E kapacitást átvilágítjuk; az e téren is kifejezett emberi erőforrás-krízist szükséglet-alapú tervezéssel meg kell szüntetnünk.

Betegszállítás

1. 2008. január 1. után megtörtént a mentés és a betegszállítás teljes szétválasztásának végrehajtása. **Az átalakítás hatékonysági elemzése**, a minőség alakulásának vizsgálata a kormányváltást megelőzően elmaradt. Ugyanakkor az OMSz-nál országosan emelkedik a primer mentések és a kórházi átszállítások száma is.
31. A cél a betegszállítási rendszer **transzparenciájának** kialakítása, egy hatékony rendszer megalkotásával és fenntartásával.
32. Ennek egyik eleme az **országosan egységes irányítási rendszer**. Ma a betegszállítók országosan egységes irányítása nem megoldott. Megfontolandó megoldás az OMSz mentésirányítását és a betegszállításokat magába foglaló integrált irányítási rendszer. Ezzel megszűnnek a párhuzamosságok és a nem indokolt feladatátadások, ugyanakkor megoldódik a nyilvántartás és egységes adatszolgáltatás, valamint biztosítható a betegszállítási kapacitás katasztrófa-tartalékként való működtetése, és szükséges esetben az azonnali bevetetősége – mely jelenleg egyáltalán nem megoldott.

G. ALAPELLÁTÁS

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

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

3. Ezen a helyzeten kíván változtatni az egészségügyért felelős tárca (1) a feladatátvállalási szerződések tartalmának egységesítésével, és (2) az eszköz- és ingatlantámogatás rendszerének felújításával, és (3) a praxisjog rendszerének megújításával.
4. Az önkormányzat és a működési engedéllyel bíró házi orvos közti **feladatátvállalási szerződések tartalmának egységesítésével** (tartalmi minimum meghatározása) el kívánjuk érni, hogy a felelősségi határok egyértelmű elhatárolhatóak legyenek.
5. Fel kívánjuk frissíteni a korábban jó működő **eszköz- és ingatlantámogatás** jól bevált rendszerét. A 2001-2005. közötti időszakban a költségvetési támogatást kaptak azoknak a vállalkozó házi orvosok, házi gyermekorvosok, valamint a fogászati alapellátást nyújtó fogorvosok, akik az önkormányzatok eredeti kötelezettségei közül, a külön jogszabályban meghatározott szakmai minimumfeltételek közé tartozó eszközök, a kulturált betegfogadást szolgáló berendezési tárgyak beszerzését, illetve folyamatos pótlását szerződésben átvállalták, valamint azoknak, akik saját tulajdonú ingatlanban működtek közre az önkormányzatok egészségügyi alapellátással kapcsolatos kötelezettségeiknek teljesítésében. A támogatással elérhetővé vált, hogy a duális finanszírozás nem kellően tiszta viszonyai között ne maradjanak el a rendelői eszközpark szükséges fejlesztései. Az informatikai eszközök intenzív fejlődése, illetve a definitív ellátásra való törekvés következtében az orvosok informatikai és (a szakellátás terheit csökkentő) diagnosztikai eszközigényei fokozottan megnöttek, az alapellátás ingatlanállománya legtöbb esetben tragikus állapotban leledzik, azonban az ehhez szükséges forrásokat a jelenlegi finanszírozási keretek között nem képesek kigazdálkodni, ezért szükségesnek tartjuk az eszköz- és ingatlantámogatás rendszerének újraélesztését.
6. **A praxisjog intézménye mindenképpen megújításra szorul.** A jogalkotó szándéka szerint piacképes vagyoni jog keletkezett, mely a praxisokból kilépők részére biztosított egyszeri, nagyobb mértékű "végkielégítést. Napjainkra azonban a finanszírozás elértéktelenedése miatt jelentősen leszűkült a piacképes praxisok száma, nagymértékben csökkent a kereslet, s így a kilépni szándékozó, sokszor bőven a nyugdíjkorhatár felett tevékenykedő házi orvos nem tudja eladni praxisát. A finanszírozás szükségszerű optimalizálásán kívül megoldási lehetőségként körvonalazódik egy önfenntartó, úgynevezett „**praxisalap**” létrehozása, amely átvenné az eladni kívánt (de piaci körülmények között eladhatatlan) praxisokat egy előre meghatározott értékelési sémának megfelelően, ugyanakkor lehetőséget nyújtana fiatalok részére kedvezményes hitelkonstrukció keretében, támogatott praxisvásárlásra, illetve az életkezdéshez szükséges feltételek megteremtéséhez is.
7. A másik megoldandó probléma az értékesítés nehézsége mellett, hogy a praxisok eladási ára, nem tükrözi annak valós értékét, azaz az ár jelenleg egyáltalán nem mutatja az ott végzett munka minőségét, a praxis általános állapotát. Az ismert **nyugdíjkielátások** miatt a praxisalap mellett megfontolandó lehet létrehozni egy olyan kötelező, kisebb mértékű járulékot, amelyet minden házi orvos a havi (ennek összegével megemelt) egészségbiztosítótól származó finanszírozásából fizet, és a nyugdíjba menő, vagy egészségi okból nem munkaképes kollégáknak nyújt a várhatóan igen alacsony nyugdíj mellett megélhetést biztosító forrást.
8. A házi orvos, kapuőri funkciójának megfelelően, megfelelő ösztönzők beépítésével alkalmas arra, hogy a szakellátási szint tehermentesítését csökkentse. Bár ez elmúlt években volt rá törekvés, de igazi áttörést nem sikerült elérni a téren, hogy a **más klinikai szakvizsgával** is rendelkező házi orvosok, a más szakterületen szerzett jártasságukat a

praxisban is kamatoztathassák, ezen változtatni szándékozunk. A XXI. században a technika és a tudomány fokozott fejlődés következtében nem elvárható, hogy a korszerű alapellátáshoz szükséges tudás egy ember birtokában legyen, ezért az egyedi praxis mellett célszerű lehet a csoportpraxis létesítés lehetőségének jogi és finanszírozási alapjait is megteremteni. A **csoportpraxis** az orvosi együttműködésnek olyan emelt szintű szervezeti formája, amely több szakterületet integrálva nyújthat egy szomszédos háziiorvosi körzetekben ellátott lakosság számára emelt szintű alapellátást. Az (elsősorban a négy) alapszakmákba is tevékenykedő szakemberek nagyobb arányban lennének képesek befejezett ellátás nyújtására. Megoldást jelenthet, főként az országbeli ellátási különbségek, hozzáférési elégtelenségek kiküszöbölésére a más klinikai szakvizsgával is rendelkező háziiorvosok horizontális orvosi együttműködése, **praxisközösségbe** (azaz területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziiorvosi szolgálatok feladatainak ellátására létrejött egészségügyi társas vállalkozás) tömörülése is. Ezen csoportosulási forma hatékonyabb működést eredményezhet, és a közösen alkalmazott kiegészítő tevékenységek (gyógytornász, dietetikus, masször, stb.) javíthatják az ellátás minőségét.

9. Rendszerszinten költséghatékonyabb működést eredményezhet és a háziiorvos valódi **kapuóri funkcióját erősítheti**, amennyiben a háziiorvos részére törvényi felhatalmazottság mellett biztosítjuk, hogy a hozzá bejelentkezett biztosítottak, jogosultak tekintetében, **valamennyi a társadalombiztosítás terhére történt szolgáltatásról** (támogatott gyógyszer kiváltása, nem beutaló köteles szakorvosi vizsgálatokon történő részvétel) **tájékoztatást kapjon**. A gördülékeny működéshez az adatvédelmi szabályozás minimális változtatása mellett azonban szükséges egységes informatikai hálózat kialakítása, amely az alapellátás egységeit összeköti minden szakellátó intézménnyel és kórházzal, illetve az egészségbiztosítóval. A hálózaton keresztül a háziiorvos részére lekereshetőek a betegek kórelőzményei, kiszűrhetőek a párhuzamosságok.
10. A hozzáférés és az ellátás minősége régióként és praxisonként nagymértékben eltérő. Különös problémát jelentenek a **tartósan betöltetlen praxisok**, melyek száma az idősödő kollégák arányával párhuzamosan növekszik, és figyelembe véve az aggasztó humán erőforrás tendenciákat, a folyamat állami beavatkozást igényel. Megoldást jelenthet rövidtávon a más, klinikai szakmákból való **átképzés megkönnyítése** (rövidített rezidensi program, licenc vizsga), hosszútávon pedig a **háziiorvosi életpálya modell kialakítása**, nem titkolt azzal a céllal, hogy a háziiorvosi tevékenység újra szakmailag és megélhetés szempontjából a vonzó szakmák közé emelkedjen. Ennek érdekében már az **egyetemi képzés keretében** hangsúlyosabbá kell tenni az alapellátó orvosok munkára való felkészítését, s az elméleti szakismeretek mellett szerepet kell kapjon a mélyreható gyakorlati oktatás, és a kommunikációs képzés. A háziiorvosi praxishoz jutást az egzisztenciával még nem bíró fiatalok számára a praxisalap intézményesítésével kívánjuk lehetővé tenni. A háziiorvosi munka szakmai színvonalának emelése (**adminisztrációs és kompetencia gátak, jelentési kötelezettségeket racionalizálása** – „egyablakos jelentés”, **körzethatárok újragondolásával az általános túlterheltség lebontása**) egyúttal presztízsemelő hatást is jelent, ugyanakkor elkerülhetetlen a finanszírozás rendezése.
11. A közfeladatot ellátó praxisok komoly forráshiánnyal küzdenek, sőt emellett a **vállalkozói lét terheiből** is részesülnek (iparűzési adót fizetés, mérséklet költségelirási lehetőségek, illetékköteles praxis adásvétel, stb.), ezen a helyzeten mindenképpen

változtatni kell. A praxisok finanszírozásának nem pontosan definiált eleme a **társadalombiztosításon kívüli szolgáltatások köre**, melyek vagy hatóságilag szabályozottak (pl. jogosítvány), vagy az orvostól és a kialakult helyi viszonyoktól függ a nagyságuk (pl. nem kötelező oltások beadása). Főként az utóbbi, nem kellőképpen meghatározottság feszültséget támaszt az orvos-beteg kapcsolatban, és a konfliktus elkerülési technikák miatt finanszírozási veszteséget is okoz, tehát **pontosabban szabályozni kell, szolgáltatási típusonként díjtételekkel**.

12. A meglévő finanszírozási mechanizmusok mellett lehetőséget kell biztosítani bizonyos területeken a **teljesítmény finanszírozására**. Ennek módja lehet a háziiorvosi indikátor rendszer eredményeinek a jelenlegi finanszírozási rendszerbeli arányának növelése, valamint a más szakvizsgával rendelkezők számára a kompetencialista szélesítése, így a finanszírozás bővítése.
13. A **szűrővizsgálatok** egyik fő akadálya, hogy a lakosság igen nagy százaléka soha nem jár orvoshoz, csak a mikor már késő. Ezért fontos szerepe van az **alapellátás egyéb szereplőinek** is (védőnő, iskola-orvos, foglalkozás-egészségügyi orvos) a megelőzés fontosságára való figyelemfelhívásban. Mindemellett az előbb említett háziiorvosi indikátorok között is értékelésre kerül a háziorvos szűrési tevékenysége, s terveink szerint az indikátorok felülvizsgálata során emelni tudjuk azon komponensek számát, amelyek a népegészségügyi szempontból fontos **szűréseken való részvétel ösztönzését díjazzák**.

H. GYÓGYSZERPOLITIKA

Gyógyszerpolitikánk középpontjában a minőség és a költség-hatékonyság áll. Transzparenssé tesszük a gyógyszerek *befogadási eljárását*. A gyógyszergyártókkal több évre szóló megállapodásokat kötünk, amelyek lehetővé teszik a betegek és a biztosító terheinek mérséklését, és kiszámíthatóvá teszik a gyógyszerpiacot. A hazai gyógyszeripari kutatás-fejlesztés erősítésével és a generikus program továbbfejlesztésével kívánunk forrásokat teremteni arra is, hogy a nagy hatékonyságú, új gyógyszerek késedelem nélkül a hazai lakosság rendelkezésére álljanak. Hangsúlyt helyezünk a *gyógyszerfogyasztók egészségtudatosságának* növelésére, az *orvosok és a gyógyszerészek érdekeltségének megteremtésére* a gyógyszeres terápia eredményességének növelésében, bevonva őket a népegészségügyi programokba. Egyszerűsítjük, igazságosabbá és ellenőrizhetőbbé tesszük a *közgyógyellátás* rendszerét, hogy minden rászoruló hozzájuthasson a szükséges gyógyszereihez.

A jogszabályok és a napi működés mentén is megteremtjük a gyógyszertárak egészségügybe történő visszaintegrálásának feltételeit. Módosítjuk a gyógyszerforgalmazás szabályait, és hatékonyabbá tesszük az ellenőrzést, hogy a lakosság biztonságos gyógyszerekhez jutását garantálni lehessen. Az Európai Bíróság határozatával összhangban *megállítjuk a gyógyszerpiac liberalizálását*, újraszabályozzuk a gyógyszertár létesítést és -működtetést, hogy az a valós szükségletekhez igazodjon. A közforgalmú gyógyszerellátásban biztosítjuk a gyógyszerész tudáson és etikán alapuló független működtetési kompetenciáit, és megteremtjük a feltételeit a többségi gyógyszerészi tulajdonon alapuló gyógyszertár-működtetésnek. Garantáljuk a térben és időben egyenletes gyógyszerellátás feltételeit, külön figyelmet fordítva a hátrányos helyzetű területekre. A közforgalmú gyógyszerellátást integráljuk a népegészségügyi programokba. A *gyógyászati segédeszköz* ellátás területén is biztosítani fogjuk az átláthatóságot a finanszírozásba történő befogadás és a kiszolgálás vonatkozásában egyaránt. Előnyben részesítjük a forgalmazáson túl tanácsadást, egyedi átalakítást, szervizelést, kölcsönzést is nyújtó komplex szolgáltatókat. Biztosítjuk, hogy a rászorultak a szakmai szempontok figyelembe vételével hozzájussanak a nagyértékű segédeszközökhöz is, de csak a megfelelő rehabilitációs team vagy osztály által végzett ellátás keretében.

H.a. A gyógyszerügy, mint az egészségügy integráns része: célok és problémák

1. Minden közösségi szolgáltatással kapcsolatban jogosan támasztható általános társadalmi igény a biztonság, a minőség és a hatékonyság érvényesítése. Ez a követelményrendszer a gyógyszerellátás esetében **(1) a gyógyszer- és betegbiztonság, (2) ellátásbiztonság, (3) szolgáltatás-minőség** érvényesítését és **(4) a közforrások és lakossági befizetések hatékony felhasználását** jelenti. A jelenlegi rendszerben a korábbi politikai döntések e négy alapkövetelmény érvényesülését gátolják, a nyilvánvaló problémák miatt veszélyeztetett a gyógyszer-, a beteg- és az ellátásbiztonság, nem érvényesülhetnek

megfelelően a szakmai szolgáltatások és a rendszerszintű költséghatékonyság helyett az egyes egységek üzemgazdasági hatékonyságára helyeződik a hangsúly.

H.b. A lakossági gyógyszerellátás rendszere

2. **A lakossági gyógyszerellátás hazai rendszerét a gyógyszerpiaci liberalizáció alapvetően versenypiaci keretek közé kényszerítette, ahol nem érvényesül sem a szükségleti elv, sem az intézményhálózat viszonylagos egyenletességének igénye.** A versenypiaci szabályozás nem gátolja az azonos feladatot ellátó párhuzamos struktúrák kiépülését és nem képes arra, hogy a kis népsűrűségű térségek (kistelepülések) gyógyszerellátása megfelelő szinten legyen biztosított. Ez a hozzáférési esélyegyenlőtlenség fokozódását váltja ki. A jelenlegi struktúra nem alkalmas a gyógyszerellátás működésére rendelkezésre álló források hatékony felhasználására. A felelősségi viszonyok rendezetlenek, a gyógyszertárak működtetésének szakmai garanciái hiányoznak. A gyógyszertárak közötti verseny néhány elem viszonylagos javulása (pl. városokban a nyitvatartási idő növekedése, a sorban állás csökkenése) mellett a bizalmi jellegű professzionális szolgáltatások színvonalának romlását okozza.
3. További probléma, hogy **a jelenlegi szabályozás a gyógyszerek és egyéb termékek kiskereskedelmi értékesítésében teszi érdekeltté a gyógyszertárakat, ahelyett, hogy a gyógyszerári szolgáltatásokat igénybe vevők egészségügyi problémájának a megoldására fókuszálnának.** Ennek alapvető oka, hogy a gyógyszertárak működésének forrása kizárólag termékértékesítéshez kötött, árrés-jellegű bevétel. A gyógyszertárak nem érdekeltek sem a közösségi források hatékony felhasználásában, sem a lakossági hozzájárulás minimalizálásában. Hiányoznak azok az ösztönzők is, amelyek a betegek racionális gyógyszeres terápiájának kialakításában és felügyeletében a gyógyszerészek érdekeltségét megteremtik.
4. Úgyszintén gondot jelent, hogy **a gyógyszertárak – mint a gyógyszerpiacba integrált szereplők – működését a gyógyszer-gyártók és nagykereskedők termék-értékesítési és promóciós érdeke jelentősen befolyásolja, ugyanakkor a háziorvosi ellátás egészségügyi prioritásainak patikai érvényesítését a rendszer nem preferálja.** A gyógyszerellátás feladatainak ellátását gátolja az ágazat folyamatos eladósodása és a körbetartozás, továbbá növekvő gondot jelentenek az egyre átláthatatlanabb tulajdonosi viszonyok.
5. **A gyógyszertárakban jelenleg alkalmazott minőségbiztosítási rendszerek** elsődlegesen a gyógyszer mint termék minőségi jellemzőinek biztosítására fókuszálnak. Ennek előnye, hogy a gyógyszertárak a gyógyszerek és egyéb termékek hamisításának a legális gyógyszer-forgalmazási csatornákon megfelelő gátat képesek állítani. Ugyanakkor a gyógyszertárak által nyújtott professzionális szolgáltatások minőségét garantáló minőségbiztosítási rendszerek jellemzően hiányoznak.
6. **Cél egy olyan gyógyszerellátó rendszer kialakítása, ahol a gyógyszerári intézményrendszer struktúrája a – rendelkezésre álló források figyelembe vételével – a szükségletekhez igazodik és lehetőség szerint egyenletes hozzáférést biztosít a betegeknek.** Helyre kell állítani a **felelősségi viszonyokat** és a gyógyszerész-szakember személyes felelősségvállalására kell alapozni a gyógyszertár-működtetést. A menedzsment-tulajdonlás előírása a személyes érdek mellett a kusza tulajdonosi viszonyok rendezését is szolgálja. A **tulajdonosi viszonyok** fokozatos átrendezésével, a

- gyógyszerész szakember kompetenciáinak fejlesztésével és a menedzsmenthez kötődő kötelezettségek előírásával kell megteremteni a feltételeit annak, hogy a lakossági gyógyszerellátás az egészségpolitikai célok megvalósításában meghatározó tényezővé váljék.
7. **A gyógyszertárakat visszaintegráljuk az egészségügy rendszerébe és megteremtjük a feltételeit annak, hogy az orvosokkal és az egészségügy többi szereplőjével együttműködve vegyenek részt az egészséges életmód promóciójában, a prevencióban és a betegek gyógyításában.** A gyógyszertáraknak be kell kapcsolódnia a népegészségügyi programokba. Alkalmassá kell válniuk arra, hogy a gyógyszertárat orvos közreműködése nélkül felkereső beteg szakszerű ellátása és – ha szükséges – az ellátó rendszer orvosi szintjeire történő irányítása biztosított legyen. A gyógyszertárnak részt kell vennie a nagy népegészségügyi kockázatú betegségek gyógyszerészi gondozásában és a gyógyszeres terápia menedzsmentben. Részt kell venniük a gyógyszerelési problémák kiszűrésében és elsődleges feladatukká kell váljék a betegek gyógyszereléssel kapcsolatos együttműködésének megteremtése.
 8. **A gyógyszertárak minőségi rendszerének megújításával és az etikai rendszer helyreállításával** biztosítani kell a gyógyszer- és betegbiztonság maradéktalan érvényesülését, a gyógyszertári szolgáltatások protokollokhoz kötött, egységes és magas színvonalú nyújtását.
 9. A gyógyszertáraknak garantálniuk kell a közösségi források költséghatékony felhasználását. **A források hatékony felhasználásában érdekeltté kell tenni a gyógyszertárakat.** Ennek érdekében olyan ösztönzőket kell bevezetni, amelyek támogatják a gyógyszertárak népegészségügyi programban való részvételét és a gyógyszertárak által nyújtott szolgáltatásokat.
 10. A gyógyszertárak – mint vállalkozások – gazdaságilag racionális működésének előfeltétele a menedzsment megfelelő **gazdálkodási felkészültsége.** Ennek megteremtése a **gyógyszerészképzés és –továbbképzés** megfelelő korrekciója mellett a szakmai szervezetekre is feladatot ró.

H.c. Támogatáspolitikai megfontolások

11. Az egészségügyből történt forráskivonás érzékenyen érintette **a lakossági gyógyszer-terhek növekedése** miatt különösen a krónikus betegségben szenvedő, szociálisan hátrányos helyzetű csoportokat. Napi jelenség, hogy szükséges gyógyszereiket nem tudják kiváltani. Emellett a gyógyszertárak gazdasági ellehetetlenítése miatt a betegek sokszor szembesülnek azzal, hogy **nem tudnak felírt gyógyszereikhez azonnal hozzájutni**, hanem 1-2 nap múlva vissza kell térniük a patikába. Ez a helyzet jelentősen rontja a beteg-együttműködést, ami a népegészségügyi mutatók további romlásához vezet.
12. Szembe kell nézni, azzal, hogy mivel a fekvőbeteg-gyógyintézetben kezelt betegek ellátását a kórházak a jelenlegi finanszírozási helyzetben nem képesek maradéktalanul biztosítani, részben a járóbeteg-gyógyszerkassza terhére történik ezen betegek gyógyszerellátása.
13. Az egészségpolitika hosszú évek óta adós a **költséghatékonyság gyógyszer-támogatási értelmezésének megfelelő irányelv** kidolgozásával. Ez mind a gyógyszerbefogadás, mind pedig a fenntarthatóság szempontjából szükséges a támogatás felülvizsgálat során, a

- hatékony allokáció mérlegelésének, a megalapozott döntések meghozatalának szempontjából. Mára szerte a világon jelentősen meghaladta az orvosilag lehetséges terápiák köre a gazdaságilag megengedhető mértéket. Az egészség-gazdaságtani elemzések rendszerének erre a kihívásra is hatékony választ kell adnia.
14. **A gyógyszerek támogatásba történő befogadásának elvei és folyamata korrekcióra szorul.** A korrekció során az egészségpolitikai prioritások mentén történő rendezés az ország gazdasági teherbíró képességének figyelembe vételével indokolt. Ez a gazdasági növekedés újraindulásával növekvő lehetőségeket biztosíthat az új befogadások rendszerében és a támogatási csoportok körében.
 15. Forrás-felszabadítás egyik lehetséges módszere **a gyógyszer-támogatásban a generikus termékek előtérbe helyezésével lehetséges.** Azonban a jelenlegi rendszerben az originális készítmény szabadalmának lejártá után a generikus készítmények piacra lépését követően, a fixesítés során meghatározott referencia termék nem élvez olyan mértékű piaci előnyöket, amelyek érdekeltté tennék a forgalmazókat, hogy árcsökkentés révén készítményeik preferált referencia ársávba kerülő terméké váljanak.
 16. Az elmúlt években jelentősen (több mint százezer fővel) csökkent a **közgyógyellátásban** részesülők köre. Ennek oka a szociális helyzetük alapján korábban közgyógyellátásban indokolatlanul részesülők kiszűrése mellett az eljárás bonyolultsága és az önkormányzatok jelentős mértékű közvetlen anyagi kötelezettsége, ami településenként eltérő gyakorlatot generál. Ugyanakkor a közgyógyellátás keretében kifizetésre kerülő összeg – az Állami Számvevőszék jelentésében foglaltak szerint – magas. A jelenlegi rendszer túlbürokratizált, kiszámíthatatlan és tervezhetetlen mind a jogosultság megszerzése, mind a támogatás mértéke vonatkozásában. Eltérőek a hozzájutás feltételei és a rászorultsági elv is eltérően érvényesül településenként és jogcímenként.
 17. Az orvosokkal, gyógyszerészekkel és betegekkel szemben foganatosított intézkedések során az elmúlt évtizedben az orvosok és gyógyszerészek esetében kizárólag adminisztratív szankciókat alkalmaztak, és a betegeknek csak a költségérzékenysége voltak tekintettel (támogatás-mértékek változtatása, helyettesíthetőség). A jogszabályoknak és a szakmai előírásoknak (pl. protokollok) való megfelelés biztosítása mellett indokolt, hogy **a költségtakarékos gyógyszerrendelést, kiszolgáltatást és a racionális (együttműködő) gyógyszerfelhasználást megfelelő szabályozókkal ösztönözzük.** Fontos, hogy a támogatott gyógyszerek lakossági felhasználása megfelelő életmód-korrekcióval történjék, ami egyrészt a hatékonyság záloga, másrészt a valódi egészségnyereség feltétele. Az ehhez szükséges lakossági attitűd kialakításában az egészségügy valamennyi szereplőjének aktív közreműködése és ennek központi szervezése indokolt.
 18. **A támogatásba már befogadott gyógyszerek esetében kidolgozzuk a rendszeres felülvizsgálat szempontrendszerét,** mely egyes terápiás területeket áttekintve, megfelelő költség-hatékonysági elemzések alapján valósul meg, és szorosan kapcsolódik egy-egy terület finanszírozási protokolljaihoz. Ezen felülvizsgálati szempontrendszer, amely az egészségpolitikai, népegészségügyi célok mellett az egyes terápiás területekre fordított költségeket is figyelembe veszi, biztosítja az átláthatóságot, tervezhetőséget, kiszámíthatóságot kritériumait.
 19. A generikus program további költségracionalizálás lehetőségét hordozza, melynek megvalósítása során a kiszámíthatóság, az átláthatóság és a tervezhetőség biztosítása a gyógyszerpiaci szereplőkkel való konstruktív együttműködés érdekében indokolt. A

Preferált referencia ársáv rendszer kialakítása során egy olyan több összetevős rendszert hozunk létre, amely a betegek mellett a piac minden szereplőjét érdekeltté teszi a preferált referencia ársávú termék státuszának erősítésben. Ennek elérése érdekében lépéseket teszünk, mely egyrésztől ösztönzi a gyártókat a belépéskor nagyobb árkedvezmény biztosítására, más részről érdekeltté teszi az orvost a kedvezőbb költséghatékonyságú gyógyszer rendelésében, a gyógyszerészt a kedvezőbb térítési díjú és támogatású gyógyszer expedálásában, és a közgyógyellátási rendszer változásával kedvező piaci pozícióba hozza a gyártót. A rendszer kiszámíthatóbbá teszi a gyógyszerpiacot hosszabb időre, és nem kényszeríti sem a beteget, sem az orvost a negyedévenkénti, vagy havonkénti gyógyszerváltásra. Mindezek hatására a gyógyszer-kassza megtakarítása mellett ez a betegterhek csökkenését is elősegíti.

20. A biológia terápiák egyre szélesebb körű elterjedésével a megfelelő szakmai előírások figyelembe vételével meg kell teremteni a **biosimilar készítmények** megjelenéséből adódó költségcsökkentés lehetőségét.
21. A **közgyógyellátási rendszerben** szükséges a hozzáférés településenkénti különbségeinek megszüntetése, a jogosultsági eljárás egyszerűsítése, a közgyógyellátás keretén belül rendelhető gyógyszerek körének felülvizsgálata.
22. A támogatási rendszerben jelenleg a horizontális méltányosság elve érvényesül, mivel az adott támogatás minden biztosítottnak egyformán jár, aki adott betegségben szenved, függetlenül a speciális élethelyzettől (a közgyógyellátási rendszert leszámítva). Ugyanakkor szükséges a **vertikális méltányosság erősítése**, a gyógyszertámogatási rendszer progresszivitási szintjeinek megteremtése, és a gyógyszertámogatások rendszeréhez kapcsolódóan, de attól független társadalom- és családpolitikai szempontok érvényesítése is célszerű. Magyarországon a sajátos demográfiai helyzet miatt, a gyermekvállaláshoz kapcsolódóan, megfontolandó olyan – személyhez kapcsolódó – támogatási forma bevezetése, amely adott életkorig átvállalja a beteg gyermek gyógyszerelésének (részbeni) költségét.
23. Az eddigi gyakorlattal szemben olyan rendszer kialakítása szükséges, mely **növeli a beteg tájékozottságát és személyes felelősségét** a gyógyszerhasználat hatékonyságának növelésében. Megfelelő állami szakmai háttérintézmény koordinálásával olyan, az egészségügyi ellátórendszer valamennyi szereplőjét integráltan kezelő, a beteg-tájékozottságot és a beteg-együttműködést javító programok elindítása nagymértékben javítja a terápia hatékonyságát.
24. Mind költséghatékonysági, mind orvos-szakmai szempontból lényeges előrelépést jelentene, ha egyes terápiás területeken a költséghatékonyság vonatkozásában a **kasszák közötti átjárhatóság** biztosítható lenne.
25. A befogadások jelenlegi rendszerének nyomon-követhetőbb, átláthatóbb átalakítása szükséges, a befogadási döntéshozatalt segítheti, ha az ország gazdasági teljesítő-képessége, egészségügyi helyzete alapján az egy megnyert életévre, vagy QALY-ra fordítható összeg meghatározásra kerül.
26. A **gyógyszerpiac működését hosszú távon is kiszámíthatóvá kell tenni**. Ez a jelenlegi szereplők részére is nagyon fontos, iparpolitikai szempontból azonban nélkülözhetetlen. A hazai gyógyszeripar kiemelt szerepe mellett külföldi szereplők részére is vonzóvá kell tenni Magyarországot, mint befektetési környezetet.

I. MINŐSÉGFEJLESZTÉS

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

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

A szakellátásban a **betegbiztonság, mint prioritás érvényesítéséhez, a minőségellenőrzés és minőségértékelés eszköztára hiányzik**, így szükséges annak megteremtése. Az egészségügyi kormányzat ezért – követve az európai tendenciákat – Unió források bevonásával átfogó minőségértékelési programot indít, a **standardok egységes felülvizsgálatán alapuló akkreditációs rendszert**. Ezen belül kiemelten kezeljük a betegbiztonságra való törekvést, így **támogatjuk a betegbiztonsági kutatásokat** és a **gyógyszerezés biztonságát**. A szakellátóknak **pályázati lehetőséget biztosítunk az akkreditációs programba való belépéshez**. A gazdasági lehetőségek függvényében **megalapozzuk az akkreditációs státuszt szerzett szolgáltatók elismerési rendszerét**.

Kiemelt prioritásként kezeljük a **betegközpontú ellátás fejlesztését**. Ennek érdekében első lépésként az ellátottak véleményének és az ellátás eredményének megismeréséhez **standardizált felmérési rendszert dolgozunk ki**.

I.a. Helyzet meghatározás és rendszerdiagnózis

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

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

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

I.b. Megoldási javaslatok

7. A **házi orvosi ellátásban** folytatódik az indikátorokon alapuló értékelési és elismerési rendszer fejlesztése. Az eddigi tapasztalatokra támaszkodva, az érintettek bevonásával átdolgozásra és kiegészítésre kerülnek az indikátorok. Fejlesztésre kerül a visszajelzési rendszer. Módosulnak **a bónuszok odaítélési kritériumai.**
8. **Betegbiztonsági kutatások támogatása.** Az említett akkreditációs rendszer részeként kerül további fejlesztésre – **az Európai Unió által a tagállamoktól elvárt – nemkívánatos események jelentési rendszere**, amelyhez minden, akkreditációs státuszt elnyerni kívánó szolgáltató csatlakozik. Az anonim jelentések alapozzák meg az oki kutatásokat és a betegbiztonságot szolgáló standardok kidolgozását, de alkalmasak rendszer szintű döntések megalapozására is.
9. **Akkreditációs rendszer kialakítása és működtetése a szakellátásban:** Az egészségügyben az amerikai sebészek kezdték el kidolgozni, és azóta világszerte egyre nagyobb

intenzitással terjednek a standardok, egységes felülvizsgálati rendszere az akkreditáció. Az Európai Unióban a 2008-ban közzétett eredmények szerint a 27 tagállamból 15-ben működik és aktuálisan 2-ben fejlesztenek akkreditációs rendszert. Kutatások arra utalnak, hogy az **akkreditációs** programok segítik **leginkább a betegbiztonság javítását** az ismert minőségmenedzsment stratégiák közül.

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

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

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

11. A **betegbiztonsági kockázatok** kiemelt területe a **gyógyszerelés**. Az említett akkreditációs program keretében elindul a **gyógyszerészi gondozási** szolgáltatás, amely javíthatja az érintett betegek egészségi állapotát, életminőségét, és csökkenti a járulékos költségeket. A gyógyszerészi gondozási protokollok a Gyógyszerészi Szakmai Bizottság ajánlása (2010) mentén készülnek el.
12. A szakmai kollégiumok átalakulását követően, az újjászervezett EMKI-n keresztül, **módszertani támogatást kívánunk adni a szakmai irányelvek fejlesztéséhez**. Hosszabb távon kerülhet sor a klinikai auditok átfogó bevezetésére.
13. Az egészségügyi szolgáltatók szakmai munkájának megítélését segíti az **egységes betegelégedettségi kérdőív kidolgozása** és gyakorlatba ültetése, illetve egyes betegcsoportokban az ellátásokat követően végzett egészségi állapot önértékelési felmérés („*patient reported outcome*”) elindítása.