Tervezési Jelentés
Magyarország Helyreállítási és Ellenállóképességi Terve keretében megvalósuló „A XXI. századi egészségügy feltételeinek kialakítása” című intézkedéshez kapcsolódóan

Készítette:
Országos Kórházi Főigazgatóság

2023. 04. 21.

Tartalomjegyzék

1 Vezetői összefoglaló 3

2 A magyarországi egészségügyi ellátórendszer jellemzői 6

2.1 Az intézményrendszer állapota 6

2.2 Morbiditási, mortalitási, demográfiai szempontok 7

2.3 Területi eloszlás, területi egyenlőtlenségek 7

2.3.1 Ellátási adatok 7

2.4 Betegutak 8

2.5 Az intézményi fenntartói struktúra bemutatása 9

3 Az integrált betegúttal érintett vármegyei rendszerek szükségességét alátámasztó problématérkép összefoglalása 11

4 Az intézkedési javaslatok részletes bemutatása – integrált betegúttal érintett vármegyei kórházi rendszerek kialakítása 13

4.1 Vármegyei irányítási modell – integrált betegutak kialakítása 13

4.2 Az integrált betegúttal érintett vármegyei rendszerek átalakítását és működését támogató tervezett fejlesztések bemutatása 19

4.2.1 Infrastruktúra fejlesztések 22

4.2.2 Az alkomponens kapcsán meghatározott fejlesztési prioritások illeszkedése 24

4.3 Jogalkotást érintő intézkedési javaslatok 35

5 Az alkomponens jelenlegi mérföldkövének teljesítéséhez szükséges intézkedések részletes ütemezése 36

1 Vezetői összefoglaló

Magyarország 2022 novembere óta rendelkezik az Európai Bizottság által hivatalosan elfogadott, a Helyreállítási és Ellenállóképességi Eszköz (a továbbiakban RRF) forrásainak majdani felhasználását bemutató hivatalos tervdokumentummal (Magyarország Helyreállítási és Ellenállóképességi Terve, a továbbiakban HET vagy RRP). A tervdokumentum komponensekre és alkomponensekre bontva ismerteti a tervezett reformintézkedések és beruházások tartalmát. Az RRF források felhasználása – a reformintézkedések és a beruházások megvalósítása – 2021/Q1 és 2026/Q2 közötti időszakra esik.

A jelen feladat RRF szempontú értelmezése, tematikus és módszertani lehatárolása az alábbi három feltételnek felel meg:

1. ”H” komponens (Egészségügy) / érintett alkomponens: ***”A XXI. századi egészségügy feltételeinek kialakítása”*** – a reformintézkedés (az integrált betegúttal érintett vármegyei szintű ellátásszervezési, irányítási és szervezeti integrációs modellváltás) bemutatása a vonatkozó mérföldkőben meghatározottak szerint (HET) – elsődleges megfelelési prioritás;
2. a Kormány által 2022 végén elfogadott új egészségügyi stratégia célkitűzéseinek eléréséhez történő hozzájárulás és a 2023 januárjában az ágazati irányítás által meghatározott feladatok – másodlagos megfelelési prioritás.

A Tervezési Jelentés elsősorban a HET-ben foglalt mérföldkő teljesítéséhez szükséges, ezért a dokumentum elsősorban az RRF megfelelési szempontoknak megfelelően épül fel – a fenti értelmezés más elemeinek figyelembevétele mellett, adott esetben részletes elemzés bemutatásával.

Az Európai Bizottság által a tagállami vállalásokról vezetett feladatnyilvántartás szerint jelen alkomponens esetében „A Belügyminisztérium tervet készít, amely meghatározza a különböző intézmények szerepét a vármegyei szintű integrált betegútvonalakon, a rendelkezésre álló kapacitások és a demográfiai trendek alapján. A jelentésnek tartalmaznia kell a vármegyei szintű kórházi hálózatok kiépítésének ütemtervét integrált betegutakkal.” A feladat elvégzését a Magyar Közlönyben Kormányhatározati formában közzétett Tervezési Jelentés támasztja alá. A Tervezési Jelentést az Országos Kórházi Főigazgatóság (a továbbiakban OKFŐ) készíti el.

A feladatszabásnak és a hivatalos HET dokumentumban foglaltaknak megfelelően a Tervezési Jelentés elkészítése során három illeszkedési szempontrendszer került figyelembe vételre:

1. a dokumentum nyújtson megfelelő alapot az Európai Bizottság számára a reformintézkedés megértéséhez, ami alapján meg tudja ítélni a tervezett intézkedések lényegét, céljait, az érintettekre gyakorolt hatásait és az azoktól elvárt konkrét eredmények szakmai tartalmát, ennek megfelelően a mérföldkő teljesítését elfogadja. – A hangsúly a reformelemek HET-tel összhangban lévő stratégiai tartalmán, az egészségügyi ágazat szabályozói és működési környezetének átalakításán, az integrált betegúttal érintett vármegyei szintű ellátásszervezési, irányítási és szervezeti integrációs modellváltás (a továbbiakban: integrált betegúttal érintett vármegyei rendszerek) bevezetésén van (bizottsági szempontú stratégiai szint);
2. A dokumentum illeszkedjen az ágazati programban foglaltakhoz – bemutatva és alátámasztva azt, hogy a reformintézkedés miként járul hozzá a tagállami szintű egészségügyi szakpolitikai célkitűzések eléréséhez a szakellátást illetően. – A hangsúly a reformelemek és a hazai ágazati stratégiai programelemek összhangján van (hazai szakpolitikai – stratégiai szint);

3. A dokumentum megfelelően mutassa be megfelelően a HET-ben vázolt beruházási elemek kapcsolódását a reformintézkedések által kitűzött célokhoz történő hozzájárulás szintjén, amelyek részletes kifejtésére a beruházások megvalósításának bemutatásakor kerül sor **(bizottsági és szakpolitikai – operatív szint).**

Miután a reformintézkedés bemutatása jelenti a mérföldkő teljesítésének tartalmi határait, **jelen dokumentum csupán érintőlegesen** – azok komplementer jellegét hangsúlyozva – **vázolja a beruházási elemekre vonatkozó megvalósítási feladatokat** a reformintézkedéstől elvárt eredmények eléréséhez történő hozzájárulás tekintetében.

Az **átfogóan értelmezhető Tervezési Jelentés célja, hogy** az OKFŐ fenntartásában működő, közfinanszírozott szakellátásokat nyújtó intézményrendszer megerősítését az Európai Bizottság, a Belügyminisztérium és az ágazati stratégia által meghatározott szempontok szerint is bemutatja, eltérő hangsúlyok mellett.

A jelen feladat szakmai szempontú értelmezése, tematikus és módszertani lehatárolása szerint – a HET 284. oldalán olvasható célkitűzések alapján a közfinanszírozott egészségügyi ellátórendszer hatékonyságnövelésének eszközeként bemutatott 22 db integrált betegúttal érintett vármegyei rendszerről, a szakellátások terén a szakmaszerkezeti koncentrációról/optimalizációról és a megvalósítandó hatékony ellátásszervezésről szól.

A vármegyei – Budapesten az eltérő nevezéktan szerint centrumkórházi – szintű területi kórházi rendszerekre vonatkozó ellátásszervezési, intézményi integrációs és irányítási **modellváltás** (RRF reformintézkedés) jelen fázisban **az integrált betegúttal érintett vármegyei/budapesti** – OKFŐ fenntartásban működő, közfinanszírozott járó- és fekvőbeteg-szakellátó intézményeket magába foglaló – **kórházi rendszert érinti az egészségügyi ellátórendszer ellátási piramisának valamennyi érintett szakellátási szintjén**.

A **reformintézkedéssel érintett alkomponens második mérföldkövé**nek megvalósíthatóságát az Országos Kórházi Főigazgatóság feladatairól szóló **516/2020. (XI.25.) Korm. rendelet** teremti meg, meghatározva az egységes és átlátható új nemzeti egészségügyi irányítási rendszer kialakításának alapjait. Az **OKFŐ** a fenntartásában működő, reformintézkedéssel érintett **intézmények betegellátásban betöltött szerepének megfelelően** – részletes felmérés alapján, fejlesztési intézkedésekre bontva – **kívánja fejleszteni** a vármegyei szintű integrált betegutakhoz tartozó rendelkezésre álló kubatúrát és eszközparkot a humánerőforrás kapacitások és a demográfiai tendenciák figyelembevételével, a morbiditási, mortalitási adatokhoz igazodóan. Ez annyit tesz, hogy az intézkedés megvalósítása során **differenciálni fog a fekvőbeteg-ellátó (továbbiakban: kórház) rendszerek között a felmért területi sajátosságok alapján**.

Az ágazatirányítás a következő célokat tűzte ki a kórházakra és a kórházakhoz integrált járóbeteg-szakellátókra vonatkozóan:

1. valós szükséglet alapú ellátásszervezés, szabályozott és integrált betegutak kialakítása;
2. egyenlő hozzáférés javítása az egészségügyi szolgáltatásokhoz;
3. az intézmények egységes szemlélettel történő és módszertan szerinti működtetése, irányítása és fejlesztése;
4. az OKFŐ által fenntartott kórházak és a kórházakhoz integrált járóbeteg intézmények infrastrukturális körülményeinek és műszerezettségének javítása az akadálymentesítési szempontok érvényesítésével;

5. a járóbeteg-szakellátás megerősítésével a kórházak fekvőbeteg kapacitásainak tehermentesítése az ambulánsan is ellátható betegektől;
6. a lakosság, mint munkavállaló munkaerő-piaci esélyeinek javítása a munkavégző képesség gyors helyreállításával, a betegségek és fogyatékosságok megelőzésével és korai felismerésével;
7. a definitív ellátások – azaz a befejezett, további progresszív ellátást nem igénylő kezelések – biztosítása minél alacsonyabb progresszivitási szinten, ezek ellátási arányának növelése, a betegelégedettség és betegbiztonság javítása a betegterhek csökkentése mellett;
8. az egészségügyi ellátások minőségének fejlesztése a lakossági szükségletekhez alkalmazkodva, az ellátáshoz való hozzáférés javítása;
9. a járóbeteg-szakellátásban új, korszerű eljárások támogatása, a meglévő ellátások szolgáltatási minőségének javítása, pl. kúraszerű ellátás (reumatológiai, fül-orr-gégészeti, neurológiai betegségek) és ambuláns műtéti eljárások (általános sebészet, nőgyógyászat, urológia, szemészet, bőrgyógyászat, ortopédia területén) magasabb arányának kialakítása a járóbeteg-szakellátásban;
10. a fejlesztések révén a szakmai együttműködés (kooperáció és koordináció) erősítése; a szervezett és szabályozott betegutak kialakítása az alapellátás, a járóbeteg-szakellátás, illetve az aktív és a rehabilitációs fekvőbeteg-szakellátások közötti koordinációval;
11. a fekvőbeteg ellátás magasabb progresszivitású szintjén jelentkező költségesebb betegforgalom csökkentése, kiváltásának elősegítése.

A 2023/Q2-ben (2023.06.30-ig) teljesítendő mérföldkő szakmai tartalmát az integrált betegúttal érintett vármegyei rendszerek kialakításának megtervezése jelenti, amelynek keretében elkészül:

1. a jelen Tervezési Jelentés és a vonatkozó
2. megvalósítási ütemterv.

A mérföldkő teljesítése során az OKFŐ meghatározza a különböző intézmények/intézménytípusok – irányító vármegyei intézmények, városi kórházak – szerepét a vármegyei szintű integrált betegutakban, a rendelkezésre álló kapacitások és a demográfiai tendenciák alapján.

A fentiek szerint a következő, 2024/Q1 határidejű mérföldkőhöz tartozó vállalt indikátor az integrált betegúttal érintett vármegyei rendszerek száma: 22 db (18 vármegye, illetve 4 budapesti centrumkórház területi ellátási kötelezettsége alá tartozó budapesti és Pest vármegyei területek).

2 A magyarországi egészségügyi ellátórendszer jellemzői

2.1 Az intézményrendszer állapota

2021 elején kezdődött meg érdemben az intézményrendszer átalakítási folyamata, az alapvető szabályozási háttér 2020 őszétől év végéig lépett hatályba. Az ellátórendszert sok tekintetben önálló, a különböző hierarchikus szinteken eltérő feladatokkal és ellátási kötelezettséggel rendelkező intézménytípusok alkották. Az ellátások a következő szintekhez kapcsolódnak: prevenció, azaz megelőzés, alapellátás, járó- és fekvőbeteg-szakellátás. A szakellátást az egymásra épülő progresszivitási szintű egészségügyi járó- és fekvőbeteg szolgáltatók, a legmagasabb progresszivitási szintű klinikai központok és az országos intézetek alkotják.

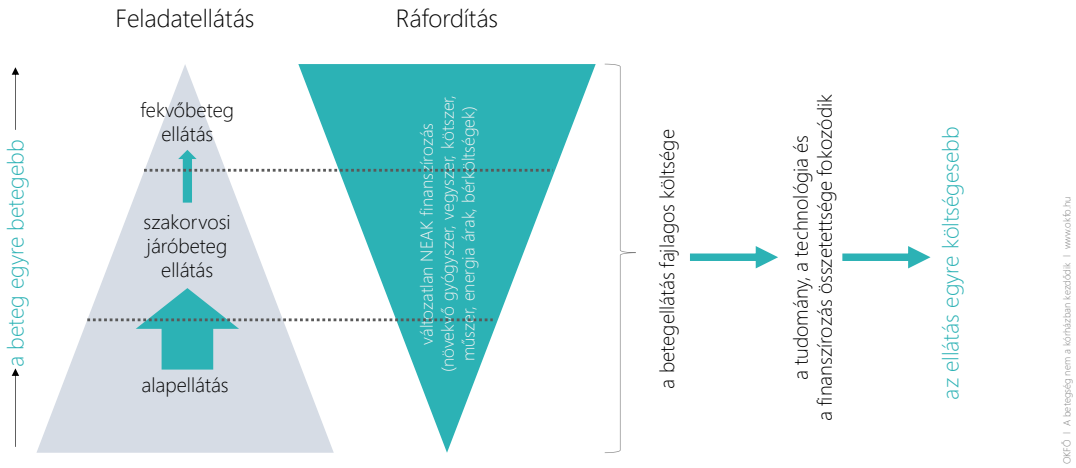
Összességében véve Magyarországon is általánosan jellemző a kórházcentrikus egészségügyi ellátórendszer, amelyben a betegek gyakran az egyszerűbb diagnosztikai vizsgálatok, ambulánsan elvégezhető ellátások, beavatkozások miatt is kórházba kerülnek, illetve egyes betegek kivizsgálására szintén kórházi bennfekvés keretében kerül sor.

Az infrastruktúra fenntartásának magas költsége és a humán erőforrások miatt az ellátási szintek optimalizálása, a lakosságközeli, definitív alapellátás és járóbeteg-szakellátás megerősítése szükséges. Ezzel elkerülhetővé válik a gondozási, ellátási folyamat miatti hosszas kórházi benntartózkodás és kezelés.

Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés két fő általános aspektusa a szükséglet és az igénybevétel során jelentkező egyenlőtlenségek. A 2023. februári Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (továbbiakban: NEAK) által nyilvántartott adatok szerint a 6443 háziorvosi praxis közül 691 (11%) a betöltetlen, összesen 516 településen. A hiány legnagyobb mértékben a vegyes körzeteket érinti (22%-uk betöltetlen). Az 128 iskolaorvosi státuszok közel 15%-a, a 4108 fogorvosi körzetből 231, a 9968 védőnői körzetből 6,9% betöltetlen.

Az alábbi piramisok az ellátási szintek és a ráfordítások egymáshoz viszonyított arányát ábrázolják.

A működési feltételek reálérték vesztése



2.2 Morbiditási, mortalitási, demográfiai szempontok

Az Eurostat adatai szerint a magyarországi a megelőzhető okok miatti halálozási arányszám (315/100 000 lakos/év) és a megfelelő kezeléssel elkerülhető halálozás (173/100 000 lakos/év) meghaladta az uniós átlagot a koronavírus világjárvány előtt. A magyarországi halálesetek mintegy feléért az életmóddal összefüggő kockázati tényezők felelősek. 2019-ben az összes haláleset 25%- táplálkozási kockázatoknak volt tulajdonítható. A dohányzás az összes haláleset további 21%-át, az alkoholfogyasztás 7%-át, a mozgásszegény életmód pedig 2%-át okozta.

A demográfiai változások, a krónikus betegek (ezen belül a több betegséggel is sújtottak) növekvő száma, a visszatérő, illetve az újonnan megjelenő fertőző betegségek, az innovatív technológiai fejlődés eszközrendszerének és eredményeinek hasznosítására törekvő ellátás egyre jelentősebb költségvonzata okán szükséges a gondolkodás az egészségügyi rendszerek közép- és hosszú távú fenntarthatóságáról. Annak érdekében, hogy ezeknek a kihívásoknak megfeleljenek, az egészségügyi rendszereknek eredményesebbé és hatékonyabbá kell válniuk, javítani kell reagálóképességüket. Nemzetközi viszonylatban meghatározó jelentősége van az egészségügyi szakdolgozók szerepvállalásának, hatáskörük az EU tagországokban általában lényegesen kiterjedtebb az egészségügyi ellátásban, mint Magyarországon.

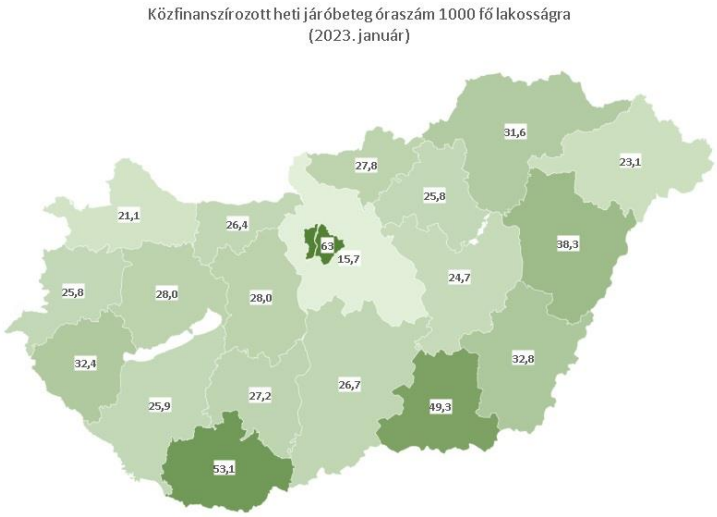
Az Európai Unió és a WHO dokumentumai egyaránt hangsúlyozzák, hogy többet kell tenni az országoknak lakosságuk egészségi állapotának javításáért és az egyenlőtlenségek felszámolásáért egyrészt az egészségtudatosság növelésével, másrészt pedig az egészségügyi ellátás szintjén is, a fenntartható működésű, megfelelő minőségű egészségügyi rendszerek és az univerzális hozzáférés biztosításával.

Magyarországon az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében minden betegnek (lakosnak) joga van az egészségi állapota által indokolt, megfelelő, folyamatosan hozzáférhető és az egyenlő bánásmód elvének megfelelő ellátáshoz.

2.3 Területi eloszlás, területi egyenlőtlenségek

2.3.1 Ellátási adatok

Magyarország egyes földrajzi területei között a lakosság egészségügyi ellátásában különbségek állnak fenn. Egyes vármegyékben kisebb az elérhető szakellátások mértéke, komplexitása, mint másokban, illetve különbségek vármegyéken belül is jelentkezhetnek.



A fenti ábrán kizárólag szakorvosi óraszámok szerepelnek. A járóbeteg-szakellátásban lekötött kapacitások jellemzően szakorvosi ellátást fednek le.

Az országos egészségügyi ellátórendszer strukturális állapotát fel kell zárkóztatni az időközben bekövetkező társadalmi változásokhoz és az orvostechnológiai fejlődéshez. Ennek megfelelően a lakosságközeli akut, sürgősségi, aktív, krónikus és gondozást, ápolást végző ellátási formák feltételrendszerének újragondolását tűztük ki célul, amely a kompetenciákhoz/beavatkozásokhoz, egészségügyi ellátási tevékenységhez rendeli az erőforrásokat.

Az ellátórendszer megerősítése szempontjából kulcskérdés, hogy minden, az ellátási struktúrát, ellátási kapacitásokat és kompetenciákat, betegutakat érintő beavatkozást úgy kell megtervezni és végrehajtani, hogy az eredmény valós ellátási szükségleteket tudjon kielégíteni.

A 2019-re vonatkozó Eurostat adatok alapján, Magyarországon a kórházi ágyak arányszáma és az átlagos kórházi tartózkodási idő magasabb, mint az Európai Unió átlagában mért értékek. Továbbá, Magyarországon az egy főre eső orvos-beteg találkozások átlagos száma (10,7). Az OECD megállapítása szerint, bár az orvos-beteg konzultációk esetében az országok közötti eltéréseket részben kulturális tényezők is magyarázzák, az egészségügyi ellátás/népegészségügyi szolgáltatások szervezése, az ellátási szintekhez (és ezen belül a szakdolgozókhoz) rendelt kompetenciák és a finanszírozás jellegzetességei nagyobb súllyal eshetnek latba.

Az elmúlt évtizedben tapasztalt (2012 és 2020 között 34,1%-os) növekedés során az egy főre jutó egészségügyi kiadások a GDP százalékában kifejezett aránya Magyarországon (7,3%), mely az uniós átlag (10,3%) alatti.

A **járóbeteg-szakellátás** közel 80%-át (79,25%) vidéken a klinikai központok, az irányító vármegyei intézmények és irányított kórházak végzik, tehát a lakosság-közeli ellátások jelentős része napjainkra a kórházakba centralizálódott.

A teljes magyarországi járóbeteg-szakellátás 75 – 80%-át az állami fenntartású, egyben az adott ellátási terület aktív fekvőbeteg ellátását, illetve a krónikus fekvőbeteg ellátását is végző kórházak, illetve a négy orvostudományi egyetem klinikai központjai végzik.

A klasszikus értelemben vett, a terület ellátásáért felelős kórháztól szervezetileg függetlenül működő területi szakrendelői hálózat napjainkra lényegében csupán Budapesten és Pest megyében maradt fent.

Azaz a lakosság-közeli ellátások feladatainak igen jelentős része is a magyarországi vármegyék döntő többségében a kórházakba, illetve a vármegye legnagyobb, vezető kórházába centralizálódott.

Az integrált ellátásszervezési modell elsődleges célja olyan ellátórendszer kialakítása, amelyben a jelenlegi, gyakorta alacsony hatékonysággal működő ellátás helyett egy jóval hatékonyabb és eredményesebb ellátásszervezési gyakorlat jöhet létre az ország minden vármegyéjében és Budapesten egységes ellátásszervezési, irányítási és szervezeti integrációs alapelvek és módszertan szerint.

2.4 Betegutak

A betegút az az út, amit a beteg végigjár az egészségügyi ellátás során. A beteg számára az egyes szolgáltatások eléréséhez a reális fizikai elérhetőséget kell biztosítani. A finanszírozó vagy a fenntartó által kialakított ellátásszervezési megoldások meghatározzák, hogy egyes betegségek esetén a beteg milyen láncolaton keresztül (pl.: háziorvos – szakambulancia – centrum, vagy háziorvos – területi kórház) mely szolgáltatóknál veheti igénybe az ellátást.

Az egészségügyi ellátórendszerekben a betegutak általában meghatározottak, egymásra épülnek, ellátási protokollok alapján követik egymást a szükséges diagnosztikai és terápiás lépések, az orvos-beteg találkozások. A szakmai protokollok követése kiküszöböli az indokolatlan vizsgálatokat, az

összehangolt betegirányítás és betegkövetés a diagnózis gyorsabb felállítását a szükséges ellátási szinten és a definitív ellátás időveszteség nélküli megkezdését eredményezi.

A betegek azonban az esetek jelentős részében nem irányítottan veszik igénybe az egészségügyi ellátást, hanem az ellátórendszer különböző szintjein lépnek be a rendszerbe, és az egymást követő megjelenések indokoltsága egyes esetekben megkérdőjelezhető. Ennek oka lehet a személyes ismeretség, korábban a paraszolvenciával szerzett előny kihasználása, a megjelenések és az igénybevétel választásának szabadága, a betegek tájékozatlansága.

Magyarországon az egészségügyi ellátórendszer résmentes, azaz minden magyar állampolgár számára biztosított a főként területi ellátási kötelezettség elvén működő az alapellátás és a szakellátás. Az egészségügyi szolgáltatók a Nemzeti Népegészségügyi Központ által kijelölt terület lakosainak ellátását kötelesek elvégezni, de szabad kapacitásaik terhére területen kívüli lakosokat is elláthatnak.

Célszerű az alapellátásban dolgozó háziorvosok kapuőri feladatainak meghatározása, a megelőző ellátások és a prevenció hatékonyságának növelése, a betegút-szervezésben a háziorvosok szerepének növelése, a rendelkezésre álló digitális megoldások alkalmazása a betegekkel és a szakellátással való kapcsolattartás erősítése érdekében. A szakellátás elérhetősége és a kapacitások eloszlása egyenlőtlen. A hozzáférés javítása elérhető a betegek megfelelő tájékoztatásával, a járóbeteg- szakellátásra való háziorvos által szervezett beutalással, illetve a lakosságközeli járóbeteg-szakellátások hatékonyságának növelésével, a szabad kapacitások összehangolásával és kihasználásával.

Az alapellátásban és járóbeteg-szakellátásban a definitív ellátás arányának emelésével a jelenleg kórházcentrikus ellátórendszer terhei csökkenthetők, ezáltal lehetőség nyílhat az erőforrások újraosztására.

Az integrált betegutakkal érintett vármegyei rendszerek kialakítása egységes szakmai irányítási, együttműködési modellt feltételez valamennyi vármegyei egészségügyi szolgáltató között, akik az irányító intézmény utasításai és ellenőrzése mellett az ellátási kapacitások kihasználásának maximumára törekednek, figyelembe véve a legmagasabb progresszivitási szintű ellátások regionális és országos elérhetőségét.

2.5 Az intézményi fenntartói struktúra bemutatása

A közfinanszírozott egészségügyi ellátórendszer szereplői Magyarországon – fenntartói és szakmai irányítási viszonyok szerint

Az intézmények közül jelen alkomponens tekintetében az OKFŐ fenntartású és/vagy irányítás alatt működő intézményeket tárgyaljuk (járó- és fekvőbeteg-szakellátó irányító vármegyei intézmények (IVI-k), irányító vármegyei intézményi feladatkörrel rendelkező egyetemi klinikák, centrumkórházak, valamint városi kórházak; országos intézetek). Az önálló (önkormányzati) járóbeteg-szakellátók a Tervezési Jelentés szempontjából nem relevánsak, mivel a tárgyalt reformintézkedés rájuk nem vonatkozik.

A fenti összefoglaló alapján a térképen az OKFŐ fenntartású és szakmai irányítású intézmények láthatók.

Az OKFŐ fenntartása vagy tulajdonosi joggyakorlása alá tartozó intézmények



ORSZÁGOS KÓRHÁZI FŐIGAZGATÓSÁG

3 Az integrált betegúttal érintett vármegyei rendszerek szükségességét alátámasztó problématérkép összefoglalása

A magyarországi egészségügyi rendszer alapszerkezete, területi feladatkiosztásai és elvárásai; illetve az ezek végrehajtásához rendelt források, valamint a végrehajtáshoz szükséges HR erőforrások nagysága, munkateljesítménye, területi megoszlása napjainkra megoldásra vár.

Indokolt a minimum feltételrendszer és a NEAK által finanszírozott kapacitások felülvizsgálata, a szükséglet alapú feladatkiosztásra, és az erőforrások – humán, infrastrukturális és finanszírozási – újraosztását tartalmazó javaslat elkészítése.

Az ország jelenlegi járóbeteg-szakellátási rendszere döntő mértékben a kórházi orvosokra épül, az orvosok előzőekben részletezett vezető intézményekbe történő koncentrálódása jelenleg az ország egyes zónáiban (melyekben az ország lakosságának jelenleg csaknem 40%-a él) jelentősen megnehezíti a praxisközösségekkel összehangolt - azokra épített - működőképes, lakosságközeli/járási járóbeteg-szakellátási rendszer létrehozását, miközben ez az aktuálisan kitűzendő, tervezetten a következő hónapokban megvalósítandó egészségpolitikai cél.

A járóbeteg-szakellátási feladatok, illetve a fekvőbeteg ellátási feladatok átfedő jelenlegi rendszere miatt indokolt megkülönböztetni a kórházban működő, de a lakosság számára nyitott területi - „lakosságközeli" - ellátást végző szakrendeléseket a kórház saját osztályainak működését szolgáló (a beteg kórházi felvételének előkészítése, kezelt betegek követése, ellenőrzése) zárt rendszerű járóbeteg szakrendelésektől, a szakambulanciáktól. Az első feladat ugyanis nem egyértelműen kötődik a kórházi osztályok működtetéshez, az ehhez meghatározott létszámhoz kapcsolt feladathoz, míg a második igen.

A jelenlegi HR adatok szerint a vármegyei irányítás lehetősége, hogy a rendelkezésére álló helyi, vármegyei HR erőforráshoz igazítsa a vármegyei ellátási szerkezetet, módosítson a fekvőbeteg-szakellátások szakmaszerkezetén, a humánerő intenzív szakmákat az irányító, kiemelt szintű ellátást biztosítani képes vármegyei intézménybe koncentrálja.

A vármegyei kórházak rendszerében a hazai kórházi orvosok 30%-a, a szakdolgozók 32%-a dolgozik, a budapesti általános és centrumkórházak rendszerében (t.i. országos intézetek és klinikai központ nélkül) pedig a hazai kórházi orvosok 20 %-a, és a hazai szakdolgozók 15%-a kerül foglalkoztatásra.

Jelenleg harminc kórházban (országos intézetekben, klinikai központokban és egyes vármegyei kórházakban) foglalkoztatják az orvosok 83%-át és a szakdolgozók 67%-át. E kórházak mindegyikében 200 feletti a foglalkoztatott orvosok száma.

A hazai egészségügyi közellátási rendszer jelenlegi legköltségesebb eleme az orvosi munkaerő. A NEAK által a teljes közellátási egészségügyi rendszer orvosi bérkiegészítésre kifizetett „céltartalék" kasszakeret 2023-ban nagyobb, mint amit a NEAK a teljes aktív kórházi ellátás fenntartására fordít (melyben szintén van bérelem).

A helyzetben átfogó strukturális módosítással indokolt lépni. Ennek bevezető lépéseként tekintünk az integrált betegúttal érintett vármegyei rendszerek kialakítására, amelyek egységes ellátásszervezéssel, az irányítási struktúra átalakításával, a hatáskörök átrendezésével növelik az ellátórendszer hatékonyságát, a betegek egészségügyi ellátáshoz való hozzáférését.

A strukturális módosítás során össze kellene hangolni a tényleges országos HR erőforrást, illetve annak területi megoszlását, valamint a jelenlegi „országosan egységes elvű" területi – vármegyei – intézményi feladatokat, forrásokat. Az egészségpolitikai elvek mentén – figyelemmel a lakosságigényekre és a gazdasági lehetőségekre – szükséges lenne továbbfejleszteni és megújítani az ország alapellátási –

járóbeteg-szakellátási – kórházrendszerét. Még ebben az esetben is indokolt a HR erőforrások jelenlegi lokálisan eltérő koncentrációjának és megoszlásainak a kezelése. Egy ilyen hosszú távra optimalizált szerkezeti változtatás megtervezése várhatóan 6-12 hónapot igényelne.

Fontos kiemelni, hogy az OKFŐ saját hatáskörébe tartozó egyik igen fontos, már rövidtávon is kiemelt jelentőségű megoldási eleme a fenntartása alá eső intézmények HR helyzetének folyamatos monitorozása. Ehhez egy naprakész intézményi szintű informatikai HR adatbázis kialakítása szükséges. Az adatállomány alapjai a Magyar Államkincstárnál rendelkezésre állnak (konkrét orvos/szakdolgozó konkrét egészségügyi szakdolgozói bérkifizetési helyei), emellett az NNK, valamint a NEAK is rendelkezik személyhez kötött adatokkal, orvosi pecsét-számmal stb. Ráadásul a jelenlegi, törvény által elrendelt fenntartói jogkörök is valójában csak egy naprakész, országos adatbázis alapján érvényesíthetőek.

4 Az intézkedési javaslatok részletes bemutatása – integrált betegúttal érintett vármegyei kórházi rendszerek kialakítása

A hazai járó- és fekvőbeteg-szakellátás betegoldal felöli megközelítésénél alapvető szempont az ellátások minél gyorsabb, sürgősségi és tervezhető, jelentősebb bürokratikus akadályok nélküli igénybevétele. A járóbeteg-szakellátók esetében az alapellátást támogató közvetlen, lakosságközeli országos hálózat létrehozása kiemelt prioritás, hiszen a járóbeteg-szakellátás adja a legnagyobb esetszámot az ellátási formák közül.

A teljes magyarországi járóbeteg-szakellátás (így a lakosság-közeli szakellátás) tényleges teljesítése igen nagy részben a kiemelt jelentőségű 30 – 35 hazai kórház orvosaira, szakdolgozóira hárul ma is, és fog hárulni az integrált ellátási modell kialakítását követően is, azonban jelentősen más hangsúlyok mellett.



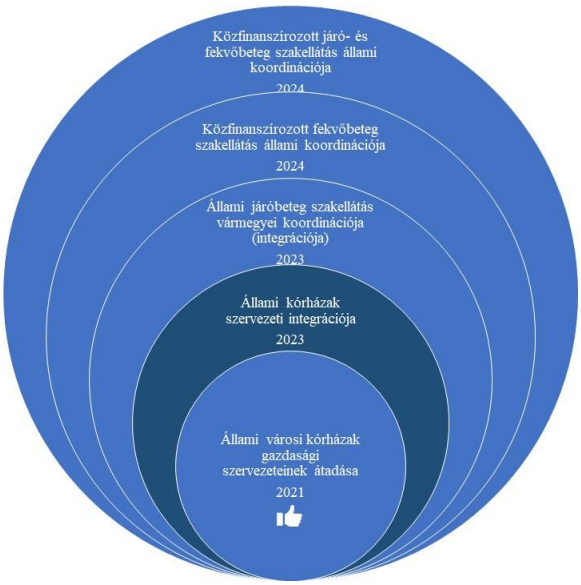
4.1 Vármegyei irányítási modell – integrált betegutak kialakítása

A vármegyei szintű ellátásszervezési, irányítási és szervezeti integrációs modellváltás keretében a közfinanszírozott betegellátás komplex koordinációs és ellenőrzési rendszerének részeként az állami kórházak vármegyei szintű integrációjának tervezett szakaszait és a vonatkozó szempontokat, feladatokat az alábbiakban mutatjuk be.

Az országban meglévő – fenntartói irányítási struktúrájában és elérhető humán- és infrastrukturális erőforrásaiban – diverz állami intézményi környezetben hosszútávú igényként jelenik meg a vármegyei szintre épülő teljeskörű területi koordinációs és ellenőrzési rendszer kialakítása a közfinanszírozott ellátások tekintetében.

A heterogenitás többrétű, tetten érhető:

1. az állami egészségügyi ellátórendszer valamennyi szintjén (alapellátás, szakellátás);
2. a közfeladatot ellátó nem állami (klinikai központok) szektorban;
3. az egyházi egészségügyi intézményekre vonatkozóan;
4. a magánszektor tisztán közfinanszírozott ellátásai tekintetében, a következő ábra szerint.



A közfinanszírozott egészségügyi ellátórendszer átalakításának első lépéseként 2020 végén létrejött az OKFŐ, melynek elsődleges feladata az állami fekvőbeteg-ellátások irányítása, ellátásszervezésének koordinációja és ellenőrzése lett.

Az átalakítás végső céljaként a kormányzat olyan működési, működtetési formát határozott meg, ahol az állam képviseletében az OKFŐ középirányító szervként a megelőző és gyógyító ellátás minden területére kiterjedően (közfinanszírozott megelőző ellátás; alapellátás; járóbeteg-szakellátás; fekvőbeteg-szakellátás; állami, magán, egyházi, vagy éppen alapítványi működtetésű) látja el szakmai irányítói és ellátásszervező feladatát.

Az OKFŐ 2021 nyarán a városi intézmények irányítása tekintetében az egészségügyi ellátórendszer irányítói funkcióinak kiterjesztésére egy három verziót tartalmazó javaslatot készített elő. Ezt követően arról született döntés, hogy a vármegyei szintű működtetés mellett **a helyi szintű ellátásszervezés** kialakítását úgy kell elvégezni, hogy a városi intézmény költségvetési szervként önállóan működő intézmény marad, amelynek a gazdasági, műszaki, személyügyi és informatikai feladatellátását részben az irányító vármegyei kórház biztosítja, emellett **a városi intézmény gazdasági szervezet nélkül működő, önállóan gazdálkodó költségvetési szervként önálló marad**.

Kormányzati döntés értelmében a jövőben első lépésként a közfeladatot ellátó közérdekű vagyonkezelő alapítványi fenntartásban lévő irányító vármegyei intézményként működő **klinikai központok szervezetébe integrálódnak** az érintett vármegyékben működő városi intézmények, azaz három vármegye vonatkozásában megvalósulhat bizonyos intézményi kör tekintetében a teljes integráció.

Ezt követően ugyanakkor egyértelmű döntés született arról is, hogy **az elkövetkező időszakban további városi intézményi integrációs lépések nem történnek**, erre tekintettel **más megoldásokat kell találni** a vármegyei irányítási rendszer hatékonyságának erősítéséhez.

Annak érdekében, hogy vármegyei szinten az irányító vármegyei intézménynél ne csak a gazdasági szervezethez kapcsolódó feladatok, hanem a vármegyei ellátást érintően a teljes szakmaszerkezet tekintetében érdemi rálátás és koordinációs feladatrendszer alapozhasson meg egy hatékonyabb együttműködést, a jelenlegi jogszabályi keretek között érdemes az irányító vármegyei intézmények felé több érdemi feladatot és hatáskört áthelyezni a városi intézménytől a szervezeti és működési szabályzatok szintjén, érdemes emellett fejleszteni az irányító és az irányított közötti kommunikációs

eszközrendszert is annak érdekében, hogy a transzparens információk rendelkezésre állása érdekében mindkét intézmény érdekelt legyen a hatékony együttműködésben. Fentieken túl az OKFŐ – középirányítói feladatainak keretei között – minél több módszert, ajánlást, gyakorlati eszközt dolgoz ki és biztosít az intézmények részére avégett, hogy a városi kórházak státuszának megőrzése mellett is erősíthetők legyenek az irányító vármegyei intézmények jogkörei.

Az irányító vármegyei intézmény többletfeladatai az általa irányított városi intézmény tekintetében:

1. Stratégiai tervezés témaköre:

   A városi intézmények stratégiai tervezésének és fejlesztésének vármegyei szintű irányítása, kontrollja.

2. Intézményirányítás témaköre:

   1. A városi intézmény főigazgatója által kiadni javasolt főigazgatói utasítások, szabályzatok előzetes véleményezése, kifogása esetén az utasítás, szabályzat nem adható ki (a kifogást indokolni kell, csak a vármegyei szintű ellátás hatékonyságának érdekeire alapozható).

   2. Az irányító vármegyei intézmény főigazgatója előzetesen jóváhagyja a városi intézmény önálló szervezeti egységeinek egységszintű működési rendjét, kifogása esetén a működési rend nem adható ki (a kifogást indokolni kell, csak a vármegyei szintű ellátás hatékonyságának érdekeire alapozható).

   3. Az irányító vármegyei intézmény főigazgatója figyelemmel kíséri a városi intézmény ellátottsági és működési mutatóit, elemzi a működés szakmai hatékonyságát, ezzel kapcsolatban vármegyei szinten egységes ajánlásokat dolgoz ki.

   4. Az irányító vármegyei intézmény főigazgatója vármegyei szinten felügyeli a városi intézmények informatikai és kontrolling tevékenységét.

   5. Az irányító vármegyei intézmény főigazgatója támogatja a városi intézményben felmerülő integritási és kockázatkezelési feladatok ellátásának felügyeletét.

   6. Az irányító vármegyei intézmény főigazgatója vármegyei szinten felügyeli az adatvédelmi feladatokat, a tűz és munkavédelmi, valamint a katasztrófavédelmi tevékenységet.

   7. Az irányító vármegyei intézmény főigazgatója vármegyei szinten felügyeli az adatvédelmi feladatok ellátását. Az irányító vármegyei intézmény főigazgatója támogatja a városi intézmény adatvédelmi tevékenységének felügyeletét, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok, valamint a betegjogok a városi intézményen belüli védelmét, érvényesülését, a vonatkozó jogszabályokban előírt nyilvántartás megőrzését,

   8. Az irányító vármegyei intézmény főigazgatója részére folyamatos betekintést kell biztosítani a városi intézmény által megkötött szerződésekbe, a szerződéses tartalmakat érintő – vármegyei ellátás érdekeire alapozott – javaslatait a városi intézmény főigazgatója köteles figyelembe venni.

   9. Az irányító vármegyei intézmény főigazgató kérésére a városi intézmény köteles olyan konzorciális együttműködésekben való részvételre (beszerzések), amelyek vármegyei szintű ellátási érdekeket alapulnak.

10. A városi intézményhez érkező sajtómegkeresésekre adandó válaszok előzetes egyeztetése, kifogása esetén a válasz vagy sajtóközlemény nem adható ki (a kifogást indokolni kell, csak a vármegyei szintű ellátás hatékonyságának érdekeire alapozható).

3. Munkáltatói joggyakorlás témaköre:

1. A városi intézmény főigazgatója által javasolt vezetői megbízások előzetes véleményezése, kifogás esetén vezetői megbízás nem adható (a kifogást indokolni kell, csak a vármegyei szintű ellátás hatékonyságának érdekeire alapozható).

2. A városi intézmény HR fejlesztési tervét az irányító vármegyei intézmény vezetőjének véleményeznie kell, az általa véleményezett keretek között a vezetői megbízások kivételével a főigazgató szabadon dönt, a keretek esetleges túllépését csak az irányító vármegyei intézmény főigazgatójának előzetes egyetértésével lehet megtenni, figyelembe véve a vármegyei irányítási érdekeket.

4. Humánpolitika témaköre:

1. Az irányító vármegyei intézmény főigazgatója folyamatosan ellenőrzi a városi intézmény humánpolitikai, bér- (bértömeg) és munkaerő gazdálkodását, erre tekintettel a városi intézmény adataiba betekinthet.

2. Az irányító vármegyei intézmény főigazgatója betekinthet az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személyek minősítésébe, azzal kapcsolatban javaslatot tehet a városi intézmény főigazgatójának.

5. Pénzügyi, gazdálkodási, működtetési témakör:

1. Az irányító vármegyei intézmény főigazgatója figyelemmel kíséri a városi intézmény pénzügyi egyensúlyát, a teljesítmény elszámoláshoz előzetesen jóváhagyást ad.

2. Az irányító vármegyei intézmény főigazgatója előzetesen véleményezi a városi intézmény főigazgatója által kiadni javasolt kötelezettségvállalási és utalványozási jogköröket.

3. Az irányító vármegyei intézmény főigazgatója a vonatkozó jogszabályi rendelkezésekre figyelemmel meghatározza a vagyonnyilatkozat tételre kötelezettek körét.

4. Az irányító vármegyei intézmény főigazgatója előzetesen véleményezi a városi intézmény költségvetési tervjavaslatainak elkészítését, az éves zárszámadási javaslat elkészítését, figyelemmel kíséri a jóváhagyott költségvetés végrehajtását.

5. Az irányító vármegyei intézmény főigazgatója véleményezi az OKFŐ részére előkészített, városi intézmény vagyonkezelésében álló vagyonelemekkel kapcsolatos tulajdonosi joggyakorlói döntésekhez kapcsolódó előkészítő anyagokat, szerződés-tervezeteket.

6. Ellátásszervezési tevékenység irányítói támogatása

Az irányító vármegyei intézmény főigazgatójának feladata az orvos-szakmai, egyéb gyógyító és gyógyszerellátási, valamint a betegápolási tevékenységének folyamatos felügyeletének és összehangolásának koordinálása és e tevékenységek rendszeres fejlesztése, ennek keretében az ellátásszervezés bármely területét érintően a városi intézmény főigazgatójától írásbeli beszámolót kérhet, ezentúl feladatai közé tartozik:

1. az egészségügyi, valamint a kórházi ápolási dokumentáció vezetése szabályszerűségének és szakmai tartalmának biztosítása és felügyelete érdekében az egységes irányítói elvárások meghatározása és ellenőrzése,

2. az ügyeleti tevékenység biztosítása érdekében egységes irányítói elvárások meghatározása és az ügyeleti tevékenység rendszeres ellenőrzése,

3. a betegjogok érvényesülésének biztosítása érdekében egységes irányítói elvárások meghatározása

4. a betegek által bejelentett panaszok tekintetében folyamatos módszertani támogatás és panaszkezelési tréningek szervezése,

5. a városi intézményi betegjogi képviselők részére vármegyei szintű módszertani továbbképzések szervezése

6. az egészségügyi hatósági rendelkezések végrehajtásának ellenőrzéséről készített intézményi jelentések áttekintése, egységes vármegyei szintű javaslatok készítése,

7. a házirend kialakításához és módosításához szükséges egységes irányítói elvárások meghatározása

8. a higiénés rend biztosításának rendszeres ellenőrzése, az ezzel kapcsolatos egységes irányítói elvárások meghatározása

9. az egészségügyi szolgáltatások minőségellenőrzésének rendszeres felügyelete, az ezzel kapcsolatos egységes irányítói elvárások meghatározása

10. az orvosi, gyógyszerészi, ápolói és egyéb egészségügyi munkakörben foglalkoztatott egészségügyi dolgozók vármegyei szinten történő továbbképzésének szervezése

7. Egyéb módszertani támogatások az alábbi területeken:

1. infekciókontroll tevékenységének módszertani támogatása és rendszeres ellenőrzése,

2. minőségirányítási tevékenységének rendszeres ellenőrzése,

3. kommunikációs és PR tevékenységének módszertani támogatása,

4. a HR tevékenység módszertani támogatása, ennek keretében a munkatársak munkaköri leírásának tartalmával kapcsolatos egységes irányítói elvárásrendszer kialakítása,

5. a gyógyító munka dokumentálásának felügyelete és módszertani támogatása,

6. jogi, adminisztratív, kommunikációs, védelmi, ellenőrzési és minőségirányítási tevékenységek módszertani támogatása,

7. ellátásszervezést és működtetést érintő bármely szakmai feladat folyamatos módszertani támogatása.

8. képzési és akkreditációs tevékenységének koordinálása.

8. Intézményközi kommunikációs csatornák működtetése:

Az irányító vármegyei intézmények az általuk irányított városi intézményeket érintő feladatokkal összefüggésben a minél hatékonyabb és gyorsabb döntéshozatal érdekében rendszeres (heti-havi-éves) és ad hoc kommunikációs csatornákat (értekezleteket, egyéb munkakoordinációt

támogató fórumokat) működtetnek személyesen és a technikai lehetőségek figyelembevételével, online módon. Ennek rendszerét minden vármegye esetében az OKFŐ-vel is egyeztetni kell, ezzel kapcsolatban az OKFŐ szakmai ajánlást tesz közzé.

A jelenlegi és a tervezett teljes állami intézményhálózat felépítése

A jelenlegi intézményhálózat felépítése:

Felosztás irányítás típusa szerint	Alkategóriák	számuk
Irányítási jogkörrel rendelkező intézmények	Irányító vármegyei intézmények (korábbi megyei kórházak)	14
	Irányító vármegyei intézménynek minősülő klinikai központok (Pest vármegyén kívül működő egyetemi klinikai központok)	3
	Irányító vármegyei intézmények (irányított intézmény nélkül – integrált betegúttal jelenleg is rendelkező vármegyei intézmény)	1
	Irányító vármegyei intézménynek minősülő fővárosi centrumkórházak	3
	Irányító vármegyei intézménynek minősülő fővárosi centrumkórházak (irányított intézmény nélkül)	1
	Országos gyógyintézetek	7
Összesen		29
Irányítási jogkörrel jelenleg nem rendelkező intézmények	Irányítási jogosultsággal nem rendelkező vármegyei intézmények (vármegyei jogú városokban)	6
	Irányítási jogkörrel nem rendelkező klinikai központ (Budapesten)	1
	Országos társgyógyintézetek	5
	Városi intézmények (minden vármegyében)	53
Összesen		65
Mindösszesen		94

A fenti táblázatban szereplő irányítási jogkörrel rendelkező és nem rendelkező intézménytípusokra alapozva alakítható ki a tervezett 22 db integrált betegúttal érintett vármegyei rendszer. A különböző intézménytípusok (klinikai központok, országos, vármegyei és városi intézmények) a közfinanszírozott egészségügyi ellátórendszerben egymásra épülő progresszív ellátásokat biztosítanak.

Az RRF fejlesztési időszakában a fentiek szerint a jelenlegi 94 intézmény az alábbiak szerint vesz részt az integrált betegutakkal érintett vármegyei rendszerekben:

1. 22 db irányítási funkciókkal felruházott és integrált betegutakkal (53 db irányított kórházzal rendelkező) rendelkező vármegyei rendszer alakul ki;
    1. amelyek mellett az ellátórendszer szerves részei a nem vármegyei (t.i. országos) szinten működő országos gyógyintézetek (7 db) és társgyógyintézeteik (5 db), amelyek a jelenlegi struktúrában működnek tovább; hasonlóan
    2. a 6 db irányítási jogosultsággal nem rendelkező vármegyei intézményhez és
    3. 1 db Irányítási jogkörrel nem rendelkező budapesti klinikai központhoz.

4.2 Az integrált betegúttal érintett vármegyei rendszerek átalakítását és működését támogató tervezett fejlesztések bemutatása

Az OKFŐ a reformintézkedéssel érintett intézmények betegellátásban betöltött szerepének megfelelően kívánja fejleszteni a vármegyei szintű integrált betegutakhoz tartozó – járóbeteg-szakellátást biztosító - rendelkezésre álló kubatúrát és eszközparkot a humánerőforrás kapacitások és a demográfiai tendenciák figyelembevételével, a morbiditási, mortalitási adatokhoz igazodóan. A 2020 végén az alábbiak szerint elemzett állapotok alapján mindezt a HET-ben meghatározott prioritásokhoz illeszkedve tervezi.

Szempont	Azonosított kihívás
Széttagolt fenntartói és irányítási feladatkörök – az ágazatirányítás jellemzői 2020 végén	az ágazati irányítás diverz jellege: az állami fenntartási feladatok 3 különböző minisztériumhoz tartoztak, az ellátórendszer szakmai irányítási feladatai nem teljeskörűen tartoztak az OKFŐ-höz;
	több minisztérium fennhatósága, kevésbé hatékonyan képviselt ágazati prioritások és kormányzati érdekérvényesítés
	ezek hiányában az ellátórendszer intézményeinek szervezettsége, feladatköri lehatárolása, működése és gazdálkodása nem lehetett optimális;
	az ellátórendszer egyes elemei (ellátási szintek és intézmények) között alacsony hatékonyságú volt koordináció, a feladatok ellátása nem szolgált egységes stratégiai és operatív célokat;
	az OKFŐ megalakulása előtti időszakban az egységes ágazati irányítási módszertan hiánya – „magukra hagyott kórházak” vs. „mások kárára érdekérvényesítő kórházak”
Az egészségügyi ellátások szereplői, az ellátási piramis – az ellátásszervezés jellemzői	különálló intézmények, egyedi érdekek, hatékony intézményi szintű érdekérvényesítés, a „mindig van kivétel” kihívásai, koordináció hiánya 2021 előtt – intézményi szerepek
	kórházközpontú, felesleges költségeket generáló ellátások;
	túlzott és felesleges párhuzamosságok az ellátásokban, következésképp a teljes rendszer szintjén pazarló/alacsony hatékonyságú forrásfelhasználás
Az intézmények működési jellemzői	az intézmények erőforrásaihoz képest túlzott és növekvő leterheltsége, egyre szűkösebb finanszírozási mozgástér, helyenként elavult infrastruktúra
	alacsony hatékonyságú működési-üzemeltetési struktúra, elhanyagolt háttérszolgáltatások és egészségügyben dolgozók
	szűkös szakmai HR erőforrások (egészségügyi dolgozók)
A szabályzói és finanszírozási rendszer	elavult (több évtizede változatlan módszertan szerinti) szabályzói és finanszírozási környezet;
Az ágazat működésének felügyelete és ellenőrzése	a háttérintézmények és az ellátórendszer közötti „távolság”, fejlesztendő együttműködési attitűd és partnerség (hatósági megközelítés)
Az intézményrendszer megítélése	irányítói, társadalmi és politikai bizalmatlanság az intézményi szint menedzsment teljesítményével kapcsolatban, jelenlévő korrupció
A lakosság jellemzői és az ellátórendszerrel kapcsolatos attitűdje	alacsony szintű egészségtudatosság;
	túlzott és felesleges orvos-beteg találkozások jellemzőek;
	a fejlődő betegedukáció (pl. Egészségfejlesztési Irodák, EFI-k tevékenysége) további hatékonyságnövelése;

Szempont	Azonosított kihívás
	az elöregedő lakosság digitális írástudásának hiánya, fejlesztésének szükségessége.
Az ellátórendszer egészségügyi informatikai támogatása, az adatvagyon kezelése	nem elégséges és szigetszerűen alakuló IT támogatás, az interoperabilitás hiánya mellett;
	kevésbé rendszerezett, strukturált és valid adatvagyonra történő támaszkodás, adatvezérelt döntéshozatal feltételeinek hiánya;
	relatíve alacsony fokú illeszkedés a közösségi trendekhez (tervezés alatt álló új szabályzók figyelembevétele, határon átnyúló egészségügyi szolgáltatások, Európai Egészségügyi Adattó, stb.)

Ennek keretében az ágazatirányítás a következő **fejlesztési prioritás**okat tűzte ki az azonosított kihívások kezelésére a kórházakra és a kórházakhoz integrált járóbeteg-szakellátókra vonatkozóan:

- valós szükséglet alapú ellátásszervezés, vármegyei szinten szabályozott és integrált betegutak kialakítása;
- egyenlő hozzáférés javítása a lakóhelyközeli egészségügyi ellátáshoz és szolgáltatásokhoz;
- beteg- (és dolgozói) edukáció, a prevenció erősítése a járó- és fekvőbeteg-szakellátás tehermentesítése és a korszerű technológiák széleskörű alkalmazhatósága érdekében;
- az intézmények egységes szemlélettel történő és módszertan szerinti működtetése, irányítása és fejlesztése;
- koncentrált és koordinált, valós intézményi igényeket tükröző, korszerű, interoperábilis informatikai megoldások biztosítása a hatékonyabb betegellátás és működés elősegítéséhez;
- az ágazatirányítás, az intézményrendszer és az ellenőrző háttérintézmények közötti együttműködés és koordináció erősítése;
- **a kórházak és a kórházakhoz integrált járóbeteg intézmények infrastrukturális körülményeinek és műszerezettségének javítása az akadálymentesítési szempontok érvényesítésével**;
- a járóbeteg-szakellátás megerősítésével a kórházak fekvőbeteg kapacitásainak tehermentesítése az ambulánsan is ellátható betegektől;
- a lakosság, mint munkavállaló munkaerő-piaci esélyeinek javítása a munkavégző képesség gyors helyreállításával, a betegségek és fogyatékosságok megelőzésével és korai felismerésével;
- a definitív ellátások – azaz a befejezett, további progresszív ellátást nem igénylő kezelések – biztosítása minél alacsonyabb progresszivitási szinten, ezek ellátási arányának növelése, a betegelégedettség és betegbiztonság javítása a betegterhek csökkentése mellett;
- az egészségügyi ellátások minőségének fejlesztése a lakossági szükségletekhez alkalmazkodva, az ellátáshoz való hozzáférés javítása;
- a járóbeteg-szakellátásban új, korszerű eljárások támogatása, a meglévő ellátások szolgáltatási minőségének javítása, pl. kúraszerű ellátás (reumatológiai, fül-orr-gégészeti, neurológiai betegségek) és ambuláns műtéti eljárások (általános sebészet, nőgyógyászat, urológia, szemészet, bőrgyógyászat, ortopédia területén) magasabb arányának kialakítása a járóbeteg-szakellátásban;
- a fejlesztések révén a szakmai együttműködés (kooperáció és koordináció) erősítése; a szervezett és szabályozott betegutak kialakítása az alapellátás, a járóbeteg-szakellátás, illetve az aktív és a rehabilitációs fekvőbeteg-szakellátások közötti koordinációval;

- a fekvőbeteg ellátás magasabb progresszivitású szintjén jelentkező költségesebb betegforgalom csökkentése, kiváltásának elősegítése.

A fejlesztési prioritásoktól elvárt legfontosabb eredményeket az alábbiak szerint foglaljuk össze.

Az ágazati irányítás számára leglényegesebb elvárt eredmény a vármegyei szintű ellátásszervezési, irányítási és szervezeti integrációs modellváltás megvalósításának elősegítése, amelyben kulcsfontosságú szerepet kap az integrált betegutak vármegyei/centrumkórházi szintű (területi) kialakítása.

Az ellátórendszer – egyben a magyar egészségügy – megerősítése jelen alkomponens értelmezésében és a kórházak újonnan kialakított irányítási rendszerében (azok szakmai profiljának finomhangolásával, egységes központi irányításával, az aktív ellátás és a krónikus rehabilitációs és ápolási tevékenységek szükségletekhez való igazításával és az ehhez szükséges infrastruktúra fejlesztéssel, átalakítással) **megszünteti a széttagoltságot és az ellátási szükségletekre rugalmasan reagálni képes egységes országos rendszert biztosít**.

Teszi mindezt **vármegyei/centrumkórházi szintű (területi) centralizáció mellett**, ami kiegészíti az OKFŐ által a központi irányelveknek megfelelően teljesített középirányítói feladatkörök ellátását. A kórházakhoz integrált járóbeteg-szakellátók infrastrukturális állapota az ország egész területén további fejlesztésre szorul. **A XXI. századi egészségügy feltételeinek kialakításával javul az egészségügyi rendszer ellenálló képessége az orvosi eszközökkel történő felszerelés, valamint infrastruktúrafejlesztés révén.**

Az ellátórendszeren belüli párhuzamosságok csökkennek, **profiltisztított ellátóhelyek jönnek létre** a fenntarthatóság és a költséghatékonyság javítása, valamint a széttagoltság csökkentése érdekében. **A szakellátóknál elérhető szolgáltatások minősége és a betegbiztonság, valamint a szakellátásban dolgozók munkakörülményei javulnak**.

Különösen kiemelt (elvárt) eredmény az **ellátásszervezés hatékonyságának javítása**, a beteg az összekapcsolt – integrált – betegúton megfelelő helyen, időben jelenjen meg, kapja meg a szükséges ellátást és eredményesen haladjon az egészségének visszaállítása, javítása felé.

Az ellátási kapacitások és a betegutak területi alapon összehangolt rendszerében **az egynapos és az ambuláns ellátási kapacitások növekednek**. Az **ágykihasználtság javul**, az átlagos ápolási napok száma – így **a fekvőbeteg-szakellátás leterheltsége** – számottevően **csökken**.

A kórházakhoz integrált járóbeteg-szakellátóknál **elérhető szolgáltatások minősége és a betegbiztonság javul**.

A reformintézkedéssel és a kapcsolódó beruházási elemekkel érintett célcsoportok szervezeti és humán alcsoportokra bonthatók. Ezeket a következő táblázat tartalmazza.

Célcsoport besorolása és megnevezése	Szervezeti alcsoport	Humán alcsoport
Elsődleges célcsoport	Érintett intézmények (irányító vármegyei intézményi funkciókat betöltő egészségügyi szolgáltatók, városi kórházak és azok integrált járóbeteg szakrendelői	egészségügyi és egészségügyben dolgozók lakosság, páciensek
	Ágazati döntéshozók, jogalkotók	a Belügyminisztérium és az Igazságügyi Minisztérium érintett vezetői és dolgozói

Másodlagos célcsoport	Háttérintézmények – Nemzeti Népegészségügyi Központ (NNK); Nemzeti Egészségügyi Alapkezelő (NEAK); Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (OGYÉI) Országos Mentőszolgálat (OMSZ)	a szervezetek érintett dolgozói a páciensek hozzátartozói helyi politikai döntéshozók
	Kormányhivatalok (Népegészségügyi Főosztályok)	
	Országos Vérellátó Szolgálat (OVSZ)	
	Vármegyei megközelítésben a területileg érintett önálló alapellátók és járóbeteg-szakellátók, szociális intézmények	
Harmadlagos célcsoport	Egyéb érintett minisztériumok	a szervezetek érintett dolgozói
	Vármegyékben lévő munkáltatók	
	Civil és érdekképviseleti szervezetek	

Az alkomponens reformintézkedéssel érintett intézményi célcsoport:

1. OKFŐ fenntartás és szakmai irányítás alá tartozó irányító vármegyei intézmények – 15 db
2. Budapesten működő, OKFŐ fenntartás és szakmai irányítás alá tartozó, irányító vármegyei intézményi funkciókat betöltő centrumkórházak – 4 db
3. OKFŐ szakmai irányítás alá tartozó, KEKVA alapítványi fenntartású, irányító vármegyei intézményi szerepet betöltő Klinikai Központok – 3 db

4.2.1 Infrastruktúra fejlesztések

Az infrastruktúra országos szinten további fejlesztést igényel; az integrált betegutak megtervezése az, aminek a következményeként meghatározható a konkrét helyszínekhez majdan kapcsolódó eszközfejlesztések és építési beruházások (pl. felújítások) konkrét szakmai tartalma. Ezeket a beruházási elemeket csupán érintőlegesen említjük jelen Tervezési Jelentésben. A beruházási elemek megvalósítása során a modellváltáshoz kapcsolódó felmérésekre kell támaszkodni.

A konvergencia régiókban (minden Pest vármegyén kívüli vármegyében) jellemzően a strukturális és kohéziós alapokra támaszkodva számos, összességében nagyértékű infrastrukturális fejlesztésre került sor az önálló járóbeteg-szakrendelők tekintetében, azonban az integrált szakellátók (a fejlesztésekkel érintett jelenlegi célcsoport) ebből kevésbé részesültek; a hangsúly a fekvőbeteg-szakellátók (kórházak) infrastrukturális feltételeinek javításán volt. Ennek oka az volt, hogy a fejlesztési célkitűzések mögött nem léteztek egységes egészségügyi ágazati stratégiai prioritások: egyenként minden intézkedés az ellátórendszer adott szintjén jelentős eredmények elérését tette lehetővé, teljesítve az uniós források felhasználásával összefüggő közösségi elvárásokat, azonban olyan átfogó szakmapolitikai kohéziós erő még nem jelent meg, ami a jelenleg tervezett modellváltást meghatározta. Pest megyén kívül tehát a modellváltásból eredő infrastrukturális szükségletek kielégítése jelenti az elsődleges prioritást a kórházakhoz integrált járóbeteg és a fekvőbeteg-szakellátás fejlesztése során a vármegyei ellátási szinten megtervezett integrált betegutak alapján.

Budapesten a strukturális és kohéziós alapokból egyáltalán nem kerülhetett sor fejlesztésekre (NEM konvergencia régió) a szakellátó intézményekben; kizárólag EBP fejlesztések történtek (ezek már lezárultak), azonban a fentiekhez hasonlóan érdemi koordináció nélkül. A kerületekben szigetszerű, ad-hoc infrastrukturális fejlesztésekre került sor; mindennek ellenére az infrastrukturális állapotok a konvergencia régiókhoz képest szembetűnő elmaradást mutatnak. A modellváltásból eredő infrastrukturális szükségletek kielégítése mellett ennek a lemaradásnak a pótlása jelenti majd az

elsődleges prioritást a kórházakhoz integrált járóbeteg és a fekvőbeteg-szakellátás fejlesztése során, a centrumkórházi ellátási szinten megtervezett integrált betegutak alapján.

Tervezett infrastrukturális beruházási szempontok:

1. Az építészeti felújítással cél, hogy a betegellátás különleges igényei mellett ki kell elégíteni az orvostechnológia sokrétű elvárásait, az épületeknek helyt kell állnia műszaki és esztétikai szempontból is.
2. A színek, az anyagok, a felületek, a természetes megvilágítás minősége mind hatást gyakorolnak a betegre, segítik annak felépülését, és könnyítik az orvosok és a teljes személyzet megtartását.
3. A tervezett felújításoknál figyelembe kell venni a koronavírus járvány kapcsán szerzett tapasztalatokat és az esetleges újabb és újabb hullámok esetén szükséges kialakításokat.
4. A szakrendelők belső tereinek felújítása mellett a homlokzat és nyílászárók, az elektromos hálózat, a gépészeti rendszerek, tűzvédelmi rendszerek, az épület megközelítését szolgáló feljáró rámpák teljes felújítását is tervezzük, az akadálymentesítés szempontjainak maximális figyelembevételével.
5. A Rendelőintézetekben lévő bútorok többnyire egyidősek az épületekkel, használatukból adódóan kopottak, elavultak.
6. A rendelőkben teljes bútorzat cserét tervezünk, mellyel biztosítható a komfortos és kényelmes betegellátás.
7. A beszerzés keretében üveges, polcos szekrények, íróasztalok, gördíthető konténerek, forgószékek, lábpedálos kukák, fertőtlenítőszer adagolók, papírtörölköző tartók, mosdószekrények, padok, vizsgálóágyak, műszerkocsik, fellépő zsámolyok, újraélesztő kocsi, ruhafogasok, stb. cseréjét tervezzük a beteg és dolgozói komfort növelése érdekében.

A reformintézkedéshez kapcsolódóan vállalt beruházási indikátorok típusai:

1. orvostechnikai eszközök biztosítása (db);
2. építési beruházások (építés és felújítás, m^2).

4.2.2 Az alkomponens kapcsán meghatározott fejlesztési prioritások illeszkedése

Az ágazatirányítás a fenti szempontok szerint – az azonosított kihívások kezelésére meghatározott, egyben az ellátórendszer ellenállóképességét javító – fejlesztési prioritásokat az alábbiak szerint illeszti HET-ben megfogalmazott stratégiai célkitűzésekhez.

Szempont	Azonosított kihívás	Kapcsolódó ágazati fejlesztési prioritások az alkomponens tekintetében	Illeszkedés a HET-ben megfogalmazott stratégiai célkitűzéshez
Széttagolt fenntartói és irányítási feladatkörök – az ágazatirányítás jellemzői 2020 végén	▪ az ágazati irányítás diverz jellege: az állami fenntartási feladatok 3 különböző minisztériumhoz tartoztak, az ellátórendszer szakmai irányítási feladatai nem teljeskörűen tartoztak az OKFŐ-höz; ▪ több minisztérium fennhatósága, kevésbé hatékonyan képviselt ágazati prioritások és kormányzati érdekérvényesítés ▪ ezek hiányában az ellátórendszer intézményeinek szervezettsége, feladatköri lehatárolása, működése és gazdálkodása nem lehetett optimális; ▪ az ellátórendszer egyes elemei (ellátási szintek és intézmények) között alacsony hatékonyságú volt koordináció, a feladatok ellátása nem szolgált	▪ valós szükséglet alapú ellátásszervezés, vármegyei szinten szabályozott és integrált betegutak kialakítása ▪ egyenlő hozzáférés javítása a lakóhelyközeli egészségügyi ellátáshoz és szolgáltatásokhoz ▪ az intézmények egységes szemlélettel történő és módszertan szerinti működtetése, irányítása és fejlesztése ▪ beteg- (és dolgozói) edukáció, a prevenció erősítése a járó- és fekvőbeteg-szakellátás tehermentesítése és a korszerű technológiák széleskörű alkalmazhatósága érdekében ▪ a fejlesztések révén a szakmai együttműködés (kooperáció és koordináció) erősítése; a szervezett és szabályozott betegutak kialakítása az alapellátás, a járóbeteg-szakellátás, illetve az aktív és a rehabilitációs fekvőbeteg-szakellátások közötti koordinációval ▪ a járóbeteg-szakellátás megerősítésével a kórházak fekvőbeteg kapacitásainak	▪ A kórházi rendszer egységes irányítása biztosítja a fekvőbeteg ellátóhelyek közti feladatmegosztás pontos szabályozását, a korábbi széttagoltság felszámolását. Ehhez az ellátórendszer minden progresszivitási szintjét és az ország teljes területét érintő fejlesztések, valamint az ellátórendszer ellenállóképességét javító, rendszerszintű beavatkozások megvalósítására kerül sor. ▪ A reformintézkedés kezeli az egészségügyi dolgozók humánerőforrás-helyzetét és az egészségügyi rendszer ellenálló képességének fokozása érdekében biztosítja az orvosi eszközökkel való megfelelő ellátást és az infrastruktúrát. Javítja a minőségi megelőző és alapellátási szolgáltatásokhoz való hozzáférést. ▪ Az egészségügyi intézkedések átfogó célja egy modern, a XXI. század kihívásaira reagálni képes, hatékony ellátórendszer működtetése, a különböző ellátási szinteket érintő fejlesztésekkel az elérhető egészségnyereség maximalizálása érdekében. A XXI. századi egészségügy feltételeinek kialakítása keretében elsődlegesen a struktúraátalakítást szolgáló, jelentős infrastrukturális igényű, az ellátórendszer minden progresszivitási szintjét és az ország teljes

Szempont	Azonosított kihívás	Kapcsolódó ágazati fejlesztési prioritások az alkomponens tekintetében	Illeszkedés a HET-ben megfogalmazott stratégiai célkitűzéshez
	egységes stratégiai és operatív célokat; ▪ az OKFŐ megalakulása előtti időszakban az egységes ágazati irányítási módszertan hiánya – „magukra hagyott kórházak” vs. „mások kárára érdekérvényesítő kórházak”	tehermentesítése az ambulánsan is ellátható betegektől ▪ az egészségügyi ellátások minőségének fejlesztése a lakossági szükségletekhez alkalmazkodva, az ellátáshoz való hozzáférés javítása ▪ a járóbeteg-szakellátásban új, korszerű eljárások támogatása, a meglévő ellátások szolgáltatási minőségének javítása, pl. kúraszerű ellátás (reumatológiai, fül-orr-gégészeti, neurológiai betegségek) és ambuláns műtéti eljárások (általános sebészet, nőgyógyászat, urológia, szemészet, bőrgyógyászat, ortopédia területén) magasabb arányának kialakítása a járóbeteg-szakellátásban ▪ a fejlesztések révén a szakmai együttműködés (kooperáció és koordináció) erősítése; a szervezett és szabályozott betegutak kialakítása az alapellátás, a járóbeteg-szakellátás, illetve az aktív és a rehabilitációs fekvőbeteg-szakellátások közötti koordinációval	területét érintő fejlesztések, valamint az ellátórendszer ellenálló képességét javító, rendszerszintű beavatkozások megvalósítására kerül sor az ellátórendszert támogató infrastrukturális fejlesztések és eszközbeszerzések révén.
Az egészségügyi ellátások szereplői, az ellátási piramis –	▪ különálló intézmények, egyedi érdekek, hatékony intézményi szintű érdekérvényesítés, a	▪ valós szükséglet alapú ellátásszervezés, vármegyei szinten szabályozott és integrált betegutak kialakítása	▪ A kórházi rendszer egységes irányítása biztosítja a fekvőbeteg ellátóhelyek közti feladatmegosztás pontos szabályozását, a korábbi széttagoltság felszámolását. Ehhez az ellátórendszer minden progresszivitási

Szempont	Azonosított kihívás	Kapcsolódó ágazati fejlesztési prioritások az alkomponens tekintetében	Illeszkedés a HET-ben megfogalmazott stratégiai célkitűzéshez
az ellátásszervezés jellemzői	„mindig van kivétel” kihívásai, koordináció hiánya 2021 előtt – intézményi szerepek ▪ kórházközpontú, felesleges költségeket generáló ellátások; ▪ túlzott és felesleges párhuzamosságok az ellátásokban, következésképp a teljes rendszer szintjén pazarló/alacsony hatékonyságú forrásfelhasználás	▪ egyenlő hozzáférés javítása a lakóhelyközeli egészségügyi ellátáshoz és szolgáltatásokhoz ▪ az intézmények egységes szemlélettel történő és módszertan szerinti működtetése, irányítása és fejlesztése ▪ a járóbeteg-szakellátás megerősítésével a kórházak fekvőbeteg kapacitásainak tehermentesítése az ambulánsan is ellátható betegektől ▪ a lakosság mint munkavállaló munkaerő-piaci esélyeinek javítása a munkavégző képesség gyors helyreállításával, a betegségek és fogyatékosságok megelőzésével és korai felismerésével ▪ az egészségügyi ellátások minőségének fejlesztése a lakossági szükségletekhez alkalmazkodva, az ellátáshoz való hozzáférés javítása ▪ a járóbeteg-szakellátásban új, korszerű eljárások támogatása, a meglévő ellátások szolgáltatási minőségének javítása, pl. kúraszerű ellátás (reumatológiai, fül-orr-gégészeti, neurológiai betegségek) és ambuláns műtéti eljárások (általános sebészet, nőgyógyászat,	szintjét és az ország teljes területét érintő fejlesztések, valamint az ellátórendszer ellenállóképességét javító, rendszerszintű beavatkozások megvalósítására kerül sor. ▪ A reformintézkedés kezeli az egészségügyi dolgozók humánerőforrás-helyzetét és az egészségügyi rendszer ellenálló képességének fokozása érdekében biztosítja az orvosi eszközökkel való megfelelő ellátást és az infrastruktúrát. Javítja a minőségi megelőző és alapellátási szolgáltatásokhoz való hozzáférést.

Szempont	Azonosított kihívás	Kapcsolódó ágazati fejlesztési prioritások az alkomponens tekintetében	Illeszkedés a HET-ben megfogalmazott stratégiai célkitűzéshez
		urológia, szemészet, bőrgyógyászat, ortopédia területén) magasabb arányának kialakítása a járóbeteg-szakellátásban ▪ a fejlesztések révén a szakmai együttműködés (kooperáció és koordináció) erősítése; a szervezett és szabályozott betegutak kialakítása az alapellátás, a járóbeteg-szakellátás, illetve az aktív és a rehabilitációs fekvőbeteg-szakellátások közötti koordinációval ▪ a fekvőbeteg ellátás magasabb progresszivitású szintjén jelentkező költségesebb betegforgalom csökkentése, kiváltásának elősegítése ▪ beteg- (és dolgozói) edukáció, a prevenció erősítése a járó- és fekvőbeteg-szakellátás tehermentesítése és a korszerű technológiák széleskörű alkalmazhatósága érdekében	
Az intézmények működési jellemzői	▪ az intézmények erőforrásaihoz képest túlzott és növekvő leterheltsége, egyre szűkösebb finanszírozási mozgástér,	▪ valós szükséglet alapú ellátásszervezés, vármegyei szinten szabályozott és integrált betegutak kialakítása	▪ A kórházi rendszer egységes irányítása biztosítja a fekvőbeteg ellátóhelyek közti feladatmegosztás pontos szabályozását, a korábbi széttagoltság felszámolását. Ehhez az ellátórendszer minden progresszivitási szintjét és az ország teljes

Szempont	Azonosított kihívás	Kapcsolódó ágazati fejlesztési prioritások az alkomponens tekintetében	Illeszkedés a HET-ben megfogalmazott stratégiai célkitűzéshez
	helyenként elavult infrastruktúra ▪ alacsony hatékonyságú működési-üzemeltetési struktúra, elhanyagolt háttérszolgáltatások ▪ szűkös szakmai HR erőforrások (egészségügyi dolgozók)	▪ az intézmények egységes szemlélettel történő és módszertan szerinti működtetése, irányítása és fejlesztése ▪ a kórházak és a kórházakhoz integrált járóbeteg intézmények infrastrukturális körülményeinek és műszerezettségének javítása az akadálymentesítési szempontok érvényesítésével ▪ a járóbeteg-szakellátás megerősítésével a kórházak fekvőbeteg kapacitásainak tehermentesítése az ambulánsan is ellátható betegektől ▪ a definitív ellátások – azaz a befejezett, további progresszív ellátást nem igénylő kezelések – biztosítása minél alacsonyabb progresszivitási szinten, ezek ellátási arányának növelése, a betegelégedettség és betegbiztonság javítása a betegterhek csökkentése mellett ▪ az egészségügyi ellátások minőségének fejlesztése a lakossági szükségletekhez alkalmazkodva, az ellátáshoz való hozzáférés javítása ▪ a járóbeteg-szakellátásban új, korszerű eljárások támogatása, a meglévő ellátások szolgáltatási minőségének javítása, pl. kúraszerű ellátás (reumatológiai, fül-orr-gégészeti, neurológiai betegségek) és ambuláns	területét érintő fejlesztések, valamint az ellátórendszer ellenállóképességét javító, rendszerszintű beavatkozások megvalósítására kerül sor. ▪ A reformintézkedés kezeli az egészségügyi dolgozók humánerőforrás-helyzetét és az egészségügyi rendszer ellenálló képességének fokozása érdekében biztosítja az orvosi eszközökkel való megfelelő ellátást és az infrastruktúrát. Javítja a minőségi megelőző és alapellátási szolgáltatásokhoz való hozzáférést. ▪ Az egészségügyi intézkedések átfogó célja egy modern, a XXI. század kihívásaira reagálni képes, hatékony ellátórendszer működtetése, a különböző ellátási szinteket érintő fejlesztésekkel az elérhető egészségnyereség maximalizálása érdekében. A XXI. századi egészségügy feltételeinek kialakítása keretében elsődlegesen a struktúraátalakítást szolgáló, jelentős infrastrukturális igényű, az ellátórendszer minden progresszivitási szintjét és az ország teljes területét érintő fejlesztések, valamint az ellátórendszer ellenálló képességét javító, rendszerszintű beavatkozások megvalósítására kerül sor az ellátórendszert támogató infrastrukturális fejlesztések és eszközbeszerzések révén.

Szempont	Azonosított kihívás	Kapcsolódó ágazati fejlesztési prioritások az alkomponens tekintetében	Illeszkedés a HET-ben megfogalmazott stratégiai célkitűzéshez
		műtéti eljárások (általános sebészet, nőgyógyászat, urológia, szemészet, bőrgyógyászat, ortopédia területén) magasabb arányának kialakítása a járóbeteg-szakellátásban ▪ a fejlesztések révén a szakmai együttműködés (kooperáció és koordináció) erősítése; a szervezett és szabályozott betegutak kialakítása az alapellátás, a járóbeteg-szakellátás, illetve az aktív és a rehabilitációs fekvőbeteg-szakellátások közötti koordinációval ▪ a fekvőbeteg ellátás magasabb progresszivitású szintjén jelentkező költségesebb betegforgalom csökkentése, kiváltásának elősegítése ▪ beteg- (és dolgozói) edukáció, a prevenció erősítése a járó- és fekvőbeteg-szakellátás tehermentesítése és a korszerű technológiák széleskörű alkalmazhatósága érdekében	
A szabályzói és finanszírozási rendszer	▪ elavult (több évtizede változatlan módszertan szerinti) szabályzói és finanszírozási környezet;	▪ beteg- (és dolgozói) edukáció, a prevenció erősítése a járó- és fekvőbeteg-szakellátás tehermentesítése és a korszerű technológiák széleskörű alkalmazhatósága érdekében	▪ Az egészségügyi intézkedések átfogó célja egy modern, a XXI. század kihívásaira reagálni képes, hatékony ellátórendszer működtetése, a különböző ellátási szinteket érintő fejlesztésekkel az elérhető egészségnyereség maximalizálása érdekében. A XXI. századi egészségügy feltételeinek kialakítása keretében elsődlegesen a

Szempont	Azonosított kihívás	Kapcsolódó ágazati fejlesztési prioritások az alkomponens tekintetében	Illeszkedés a HET-ben megfogalmazott stratégiai célkitűzéshez
		▪ a fejlesztések révén a szakmai együttműködés (kooperáció és koordináció) erősítése; a szervezett és szabályozott betegutak kialakítása az alapellátás, a járóbeteg-szakellátás, illetve az aktív és a rehabilitációs fekvőbeteg-szakellátások közötti koordinációval ▪ a definitív ellátások – azaz a befejezett, további progresszív ellátást nem igénylő kezelések – biztosítása minél alacsonyabb progresszivitási szinten, ezek ellátási arányának növelése, a betegelégedettség és betegbiztonság javítása a betegterhek csökkentése mellett ▪ a fekvőbeteg ellátás magasabb progresszivitású szintjén jelentkező költségesebb betegforgalom csökkentése, kiváltásának elősegítése	struktúraátalakítást szolgáló, jelentős infrastrukturális igényű, az ellátórendszer minden progresszivitási szintjét és az ország teljes területét érintő fejlesztések, valamint az ellátórendszer ellenálló képességét javító, rendszerszintű beavatkozások megvalósítására kerül sor az ellátórendszert támogató infrastrukturális fejlesztések és eszközbeszerzések révén.
Az ágazat működésének felügyelete és ellenőrzése	▪ a háttérintézmények és az ellátórendszer közötti „távolság”, fejlesztendő együttműködési attitűd és partnerség (hatósági megközelítés)	▪ beteg- (és dolgozói) edukáció, a prevenció erősítése a járó- és fekvőbeteg-szakellátás tehermentesítése és a korszerű technológiák széleskörű alkalmazhatósága érdekében ▪ az ágazatirányítás, az intézményrendszer és az ellenőrző háttérintézmények közötti együttműködés és koordináció erősítése	▪ A kórházi rendszer egységes irányítása biztosítja a fekvőbeteg ellátóhelyek közti feladatmegosztás pontos szabályozását, a korábbi széttagoltság felszámolását. Ehhez az ellátórendszer minden progresszivitási szintjét és az ország teljes területét érintő fejlesztések, valamint az ellátórendszer ellenállóképességét javító, rendszerszintű beavatkozások megvalósítására kerül sor.

Szempont	Azonosított kihívás	Kapcsolódó ágazati fejlesztési prioritások az alkomponens tekintetében	Illeszkedés a HET-ben megfogalmazott stratégiai célkitűzéshez
		▪ a fejlesztések révén a szakmai együttműködés (kooperáció és koordináció) erősítése; a szervezett és szabályozott betegutak kialakítása az alapellátás, a járóbeteg-szakellátás, illetve az aktív és a rehabilitációs fekvőbeteg-szakellátások közötti koordinációval	▪ Az egészségügyi intézkedések átfogó célja egy modern, a XXI. század kihívásaira reagálni képes, hatékony ellátórendszer működtetése, a különböző ellátási szinteket érintő fejlesztésekkel az elérhető egészségnyereség maximalizálása érdekében. A XXI. századi egészségügy feltételeinek kialakítása keretében elsődlegesen a struktúraátalakítást szolgáló, jelentős infrastrukturális igényű, az ellátórendszer minden progresszivitási szintjét és az ország teljes területét érintő fejlesztések, valamint az ellátórendszer ellenálló képességét javító, rendszerszintű beavatkozások megvalósítására kerül sor az ellátórendszert támogató infrastrukturális fejlesztések és eszközbeszerzések révén.
Az intézményrendszer megítélése	▪ irányítói, társadalmi és politikai bizalmatlanság az intézményi szint menedzsment teljesítményével kapcsolatban	▪ egyenlő hozzáférés javítása a lakóhelyközeli egészségügyi ellátáshoz és szolgáltatásokhoz ▪ az egészségügyi ellátások minőségének fejlesztése a lakossági szükségletekhez alkalmazkodva, az ellátáshoz való hozzáférés javítása ▪ a járóbeteg-szakellátásban új, korszerű eljárások támogatása, a meglévő ellátások szolgáltatási minőségének javítása, pl. kúraszerű ellátás (reumatológiai, fül-orr-gégészeti, neurológiai betegségek) és ambuláns műtéti eljárások (általános sebészet,	▪ A reformintézkedés kezeli az egészségügyi dolgozók humánerőforrás-helyzetét és az egészségügyi rendszer ellenálló képességének fokozása érdekében biztosítja az orvosi eszközökkel való megfelelő ellátást és az infrastruktúrát. Javítja a minőségi megelőző és alapellátási szolgáltatásokhoz való hozzáférést. ▪ Az egészségügyi intézkedések átfogó célja egy modern, a XXI. század kihívásaira reagálni képes, hatékony ellátórendszer működtetése, a különböző ellátási szinteket érintő fejlesztésekkel az elérhető egészségnyereség maximalizálása érdekében. A XXI. századi egészségügy feltételeinek kialakítása keretében elsődlegesen a

Szempont	Azonosított kihívás	Kapcsolódó ágazati fejlesztési prioritások az alkomponens tekintetében	Illeszkedés a HET-ben megfogalmazott stratégiai célkitűzéshez
		nőgyógyászat, urológia, szemészet, bőrgyógyászat, ortopédia területén) magasabb arányának kialakítása a járóbeteg-szakellátásban ▪ a fejlesztések révén a szakmai együttműködés (kooperáció és koordináció) erősítése; a szervezett és szabályozott betegutak kialakítása az alapellátás, a járóbeteg-szakellátás, illetve az aktív és a rehabilitációs fekvőbeteg-szakellátások közötti koordinációval ▪ a fekvőbeteg ellátás magasabb progresszivitású szintjén jelentkező költségesebb betegforgalom csökkentése, kiváltásának elősegítése	struktúraátalakítást szolgáló, jelentős infrastrukturális igényű, az ellátórendszer minden progresszivitási szintjét és az ország teljes területét érintő fejlesztések, valamint az ellátórendszer ellenálló képességét javító, rendszerszintű beavatkozások megvalósítására kerül sor az ellátórendszert támogató infrastrukturális fejlesztések és eszközbeszerzések révén.
A lakosság jellemzői és az ellátórendszerrel kapcsolatos attitűdje	▪ alacsony szintű egészségtudatosság; ▪ felesleges orvos-beteg találkozások nagy száma ▪ a fejlődő betegedukáció (pl. Egészségfejlesztési Irodák, EFI-k tevékenysége) további hatékonyságnövelése; ▪ az elöregedő lakosság digitális írástudásának hiánya, fejlesztésének szükségessége.	▪ a definitív ellátások – azaz a befejezett, további progresszív ellátást nem igénylő kezelések – biztosítása minél alacsonyabb progresszivitási szinten, ezek ellátási arányának növelése, a betegelégedettség és betegbiztonság javítása a betegterhek csökkentése mellett ▪ az egészségügyi ellátások minőségének fejlesztése a lakossági szükségletekhez alkalmazkodva, az ellátáshoz való hozzáférés javítása ▪ a fekvőbeteg ellátás magasabb progresszivitású szintjén jelentkező	▪ Az egészségügyi intézkedések átfogó célja egy modern, a XXI. század kihívásaira reagálni képes, hatékony ellátórendszer működtetése, a különböző ellátási szinteket érintő fejlesztésekkel az elérhető egészségnyereség maximalizálása érdekében. A XXI. századi egészségügy feltételeinek kialakítása keretében elsődlegesen a struktúraátalakítást szolgáló, jelentős infrastrukturális igényű, az ellátórendszer minden progresszivitási szintjét és az ország teljes területét érintő fejlesztések, valamint az ellátórendszer ellenálló képességét javító, rendszerszintű beavatkozások megvalósítására kerül sor az ellátórendszert támogató

Szempont	Azonosított kihívás	Kapcsolódó ágazati fejlesztési prioritások az alkomponens tekintetében	Illeszkedés a HET-ben megfogalmazott stratégiai célkitűzéshez
		költségesebb betegforgalom csökkentése, kiváltásának elősegítése ▪ beteg- (és dolgozói) edukáció, a prevenció erősítése a járó- és fekvőbeteg-szakellátás tehermentesítése és a korszerű technológiák széleskörű alkalmazhatósága érdekében	infrastrukturális fejlesztések és eszközbeszerzések révén.
Az ellátórendszer egészségügyi informatikai támogatása, az adatvagyon kezelése	▪ nem elégséges és szigetszerűen alakuló IT támogatás, az interoperabilitás hiánya mellett; ▪ kevésbé rendszerezett, strukturált és valid adatvagyonra történő támaszkodás, adatvezérelt döntéshozatal feltételeinek hiánya; ▪ relatíve alacsony fokú illeszkedés a közösségi trendekhez (tervezés alatt álló új szabályzók figyelembevétele, határon átnyúló egészségügyi szolgáltatások, Európai Egészségügyi Adattó, stb.)	▪ az intézmények egységes szemlélettel történő és módszertan szerinti működtetése, irányítása és fejlesztése ▪ koncentrált és koordinált, valós intézményi igényeket tükröző, korszerű, interoperábilis informatikai megoldások biztosítása a hatékonyabb betegellátás és működés elősegítéséhez ▪ beteg- (és dolgozói) edukáció, a prevenció erősítése a járó- és fekvőbeteg-szakellátás tehermentesítése és a korszerű technológiák széleskörű alkalmazhatósága érdekében	▪ A kórházi rendszer egységes irányítása biztosítja a fekvőbeteg ellátóhelyek közti feladatmegosztás pontos szabályozását, a korábbi széttagoltság felszámolását. Ehhez az ellátórendszer minden progresszivitási szintjét és az ország teljes területét érintő fejlesztések, valamint az ellátórendszer ellenállóképességét javító, rendszerszintű beavatkozások megvalósítására kerül sor. ▪ Az egészségügyi intézkedések átfogó célja egy modern, a XXI. század kihívásaira reagálni képes, hatékony ellátórendszer működtetése, a különböző ellátási szinteket érintő fejlesztésekkel az elérhető egészségnyereség maximalizálása érdekében. A XXI. századi egészségügy feltételeinek kialakítása keretében elsődlegesen a struktúraátalakítást szolgáló, jelentős infrastrukturális igényű, az ellátórendszer minden progresszivitási szintjét és az ország teljes területét érintő fejlesztések, valamint az ellátórendszer

Szempont	Azonosított kihívás	Kapcsolódó ágazati fejlesztési prioritások az alkomponens tekintetében	Illeszkedés a HET-ben megfogalmazott stratégiai célkitűzéshez
			ellenálló képességét javító, rendszerszintű beavatkozások megvalósítására kerül sor az ellátórendszert támogató infrastrukturális fejlesztések és eszközbeszerzések révén.

4.3 Jogalkotást érintő intézkedési javaslatok

Az egységes és átlátható új nemzeti egészségügyi irányítási rendszer kialakítását célzó jogi szabályozás hatályba lépése - 516/2020. (XI. 25.) Korm. rendelet az Országos Kórházi Főigazgatóság feladatairól (2021/Q1)

Az Országos Kórházi Főigazgatóság feladatairól szóló kormányrendelet meghatározza az egységes és átlátható új nemzeti egészségügyi irányítási rendszer kialakításának alapjait.

Az OKFŐ alaptevékenysége körében ellátja az Országos Kórházi Főigazgatóságról szóló 516/2020. (XI. 25.) Korm. rendeletben rögzített feladatokat. A rendelet hatályba lépése a megadott határidőre megtörtént, a mérföldkő ezzel teljesült. Ebben a mérföldkőben jogalkotási javaslatokkal nem élünk.

5 Az alkomponens jelenlegi mérföldkövének teljesítéséhez szükséges intézkedések részletes ütemezése

Az alkomponens jelen mérföldkövének keretében az egészségügyért felelős Belügyminisztérium tervet (Tervezési Jelentés) készít, amely meghatározza a különböző intézmények szerepét a vármegyei szintű integrált betegútvonalakon, a rendelkezésre álló kapacitások és a demográfiai trendek alapján. A jelentésnek tartalmaznia kell a vármegyei szintű kórházi hálózatok kiépítésének ütemtervét integrált betegutakkal.

A mérföldkő teljesítéséhez szükséges ütemterv az alábbi lépésekben ismerteti a vármegyei szintű ellátásszervezési, irányítási és szervezeti integrációs modellváltás keretében kialakítandó, integrált betegúttal érintett vármegyei kórházi rendszerek létrehozását.

#	Feladat	Felelős	Tervezett határidő
1.	**Kormányhatározat elfogadása és a Tervezési Jelentés megjelentetése a Magyar Közlönyben** **Intézményvezetők és a nyilvánosság tájékoztatása a döntésről**	**Kormány**	**2023. 06. 30.**
2023. II. félév			
2023 Q3			
2.	Egyeztetés a KIM-mel, valamint az érintett egyetemi klinikák fenntartóival	OKFŐ BM	2023. 07. 15.
2023 Q4			
3.	Részletes megvalósítási terv, illetve kormányelőterjesztés elkészítése és elfogadása az integrált betegúttal érintett vármegyei rendszerek kialakításával kapcsolatban (adott esetben)	BM Egészségügyért Felelős Államtitkárság OKFŐ	2023. 10. 31.
4.	Intézményvezetők és a nyilvánosság tájékoztatása az integrált betegúttal érintett vármegyei rendszerek kialakításával kapcsolatban hozott döntésről	BM	2023. 12. 15.
5.	Kuratóriumi és felsőoktatási intézményi irányítói döntés előkészítése	Érintett közérdekű vagyonkezelő alapítványok kuratóriumi elnökei	2023. 12. 31.
2024 I. félév			
2024 Q1			
6.	Irányítói döntés meghozatala	BM vagy Érintett közérdekű vagyonkezelő alapítványok kuratóriumi elnökei	2024. 02. 28.
7.	Intézményi alapdokumentumok (alapító okirat, működési engedély, SZMSZ stb.) aláírása (adott esetben)	BM OKFŐ	2024. 03. 31.

#	Feladat	Felelős	Tervezett határidő
8.	22 db integrált betegúttal érintett vármegyei rendszer kialakítása		2024. 03. 31.