

**BELÜGYMINISZTER
IGAZSÁGÜGYI MINISZTER**
Szám: BM/14539/2022.

A 2011. évi CXII. törvény
27. § (5)–(7) bekezdése szerint
NEM NYILVÁNOS
Készült: 2022. október 14.

ELŐTERJESZTÉS a Kormány részére

az egészségügyi ellátórendszer megújításához szükséges intézkedésekről

Budapest, 2022. október

Készítette	Látta	Jóváhagyta
	Dr. Dargay Eszter helyettes államtitkár	
	Dr. Tóth László helyettes államtitkár	
BM JKHÁT	Dr. Boér Gábor helyettes államtitkár	Dr. Pintér Sándor miniszter
	Dr. Takács Péter államtitkár	
	Dr. Felkai László közigazgatási államtitkár	

EGYEZTETÉSI LAP

1. AZ EGYEZTETÉS ALAPADATAI

<i>előzetes egyeztetésre való megküldés:</i>	<i>2022. szeptember 28.</i>
<i>honlapon való közzététel időpontja:</i>	
<i>közigazgatási egyeztetésre megküldés:</i>	
<i>közigazgatási egyeztetés lezárása:</i>	
<i>közigazgatási államtitkári értekezlet időpontja:</i>	<i>2022. október 11.</i>
<i>stratégiai és családügyi kabinetülés időpontja:</i>	<i>2022. október 17.</i>
<i>gazdasági kabinetülés időpontja:</i>	
<i>kormányülés időpontja</i>	

2. AZ EGYEZTETÉSBEN RÉSZT VEVŐK

2.1. Minisztériumok

Intézmény	Egyetért	Nem ért egyet	Nem adott véleményt	Észrevétele maradt fenn
Igazságügyi Minisztérium				
Miniszterelnöki Kormányiroda				
Pénzügyminisztérium				
Honvédelmi Minisztérium				
Miniszterelnöki Kabinetiroda				
Miniszterelnökség				
Agrárminisztérium				
Külgazdasági és Külügyminisztérium				
Kulturális és Innovációs Minisztérium				
Technológiai és Ipari Minisztérium				
Építési és Beruházási Minisztérium				
gazdaságfejlesztésért felelős miniszter munkaszervezete				
nemzetpolitikáért, nemzetiségpolitikáért, egyházpolitikáért és egyházdiplomáciáért felelős miniszter munkaszervezete				
területfejlesztési miniszter munkaszervezete				

2.2. Egyéb állami szervek

2.3. Egyéb szervezetek

VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

1. AZ ELŐTERJESZTÉS CÉLJA

Az előterjesztés olyan intézkedéseket tartalmaz, amelyek az egészségügyi ellátórendszer megújításához szükségesek. A javaslatok érintik az egészségügyi ellátórendszer szinte valamennyi szegmensét.

Az egyes változtatások főbb elemei a következők:

- egészségügyi alapellátás terén a praxiskörzetek meghatározása során állami szerepvállalás biztosítása,
- az ügyeleti rendszerben az Országos Mentőszolgálat (OMSZ) korábbi pilotprogramjának kiterjesztése,
- az alapellátásban jogszabályban előírt feltételeknek megfelelő szoftver használata,
- a járóbeteg-ellátásban az állami szerepvállalás növeléséhez szükséges intézkedések biztosítása,
- a fekvőbeteg-ellátásban a látogatási szabályok pontosítása,
- az alapellátás kivételével a szabad orvosválasztás szabályozásának módosítása,
- az egészségügyi adatkezelés tisztázása,
- Nemzeti Laborhálózat kialakításához szükséges intézkedések bevezetése,
- az egészségügyi szűrési rendszerek felülvizsgálata,
- az egészségügyi dolgozók illetményének szabályainak pontosítása, áttekintése,
- várólisták csökkentése,
- egészségügyben történő közreműködési jogviszonyok felszámolása,
- szakápolási rendszer átalakítása, kerettörvény kialakítása.

Az előterjesztés az intézkedések megvalósításához szükséges törvényszövegeket, valamint a feladatok tűzéséhez szükséges Korm. határozatokat tartalmazza.

A kórházi adósságállománnyal kapcsolatban szükséges intézkedésekről és az egészségügyi ellátórendszer finanszírozásáról külön előterjesztés készül.

1. Egészségügyi alapellátás

1. Az alapellátás szerkezetének átalakítása

Jelenleg a háziorvosi rendszer klasszikusan az egy orvos, egy nővér koncepcióra épül. Az emellett kialakított körülbelül 6500 körzet határait így az ellátandó betegszámot az önkormányzattal történt feladatvállalási szerződés szabja meg az orvos, vagy az őt képviselő cég számára. A körzet betöltéséről az Országos Kórházi Főigazgatóság (továbbiakban: OKFÓ) gondoskodik praxisjog biztosításával, amely a megfelelő szakmai kompetenciák igazolása után személyhez kötött vagyoni jog. A 6500 körzetből mintegy 620 tartósan (6 hónapnál hosszabb ideje) betöltetlen, illetve állandó helyettesítéssel biztosított az orvosi ellátás. Részletesen áttekintve a praxisok működését megállapítható, hogy a jogszabályban megkövetelt óraszámban 1500-2000 esetleg 2500 beteg látható el. A szám függ az adott körzet életkori, jóléti mutatóitól. Jelenleg 1825 olyan körzet van, ahol az ellátotti szám nem haladja meg az 1200 főt.

Célunk olyan háziorvosi ellátási rendszer kialakítása, ahol a háziorvosok terhelése lehetőség szerint egyenletes, az üres körzetek száma minimális és a megfelelő üzemméret optimális ellátást biztosít a betegek számára. A praxisközösségekbe szerveződés lehetőséget biztosít a háziorvosok számára a

másod szakvizsgák korlátozott gyakorlására, illetve a jártassági igazolványok megszerzésével különböző szakterületen olyan ellátás nyújtására, amely eddig kizárólag a járóbeteg-szakrendelés körébe tartozott. Ezzel a betegek nagyobb része kap definitív otthon közeli ellátást, és amellyel csökkenthető a járó- és fekvőbeteg ellátók igénybe vétele is, továbbá a kialakítandó telemedicinális konzultációval a szakrendelőkbe való bejutási idő is lerövidíthető.

A tervezett **intézkedés lényege**, hogy **első lépésben az OKFŐ, mint praxiskezelő számára átadásra kerül a körzethatárok átalakításának, kijelölésének joga, továbbá átveszi a betöltetlen körzetek kezelését.**

Az ellátási szerződések megkötése az OKFŐ és az önkormányzatok közös felelőssége azzal, hogy amennyiben arról megállapodás nem születik, úgy az önkormányzat elveszíti ezen jogosultságát, a feladatellátási szerződést az OKFŐ köti meg.

A későbbiek folyamán, 2028. január 1-ig bezárólag, a gazdaságtalan üzemméretű körzetek (praxisok) – ideértve különösen az 1200 fő alatti praxisokat – kivezetésre kerülnek. Az önkormányzatok támogatják a jelenlegi rendszer korrekcióját, azzal, hogy egyes részjogosítványaik továbbra is megmaradnak.

Az alapellátás szerves részét képező védőnői szolgálatok tekintetében a praxiskezelő által átalakított körzetekhez igazodva, ahhoz szervesen kapcsolódva a védőnői körzetek kialakításának a jogosultsága is állami kézbe kerül.

A védőnői szolgálatok a városi fekvőbetegellátó-intézményhez kerülnek telepítésre, alkalmazotti állományba. A védőnők **szakmai tevékenységüket önállóan látják el**, azonban rendszeresen kapcsolatot tartanak és szükség szerint egyeztetnek egészségügyi szakemberekkel, gyermekjóléti, köznevelési és a szociális ellátórendszer szakembereivel, valamint civil, karitatív szervezetekkel.

Az országban jelenleg mintegy 4900 védőnő dolgozik, akik közül például 3600 fő területen, 950 fő iskolában, 105 fő kórházban, és 64 fő családvédelmi szolgálatnál nyújt ellátást.

2. Az alapellátási ügyeleti rendszer átalakítása

Az alapellátási ügyelet ellátórendszer átalakításához – az országosan egységes ügyeleti ellátás biztosításához – azonos szempontok szerinti ügyeleti ellátás megszervezése szükséges. Erre kiváló támpontot ad a másfél éve tartó **Hajdú-Bihar megyei pilot program**, amelynek lényege, hogy **a rendelési idő végétől a háziorvosi ügyeletet az Országos Mentőszolgálat** (a továbbiakban: OMSZ) **szervezi és látja el**. A tapasztalatokra alapozva megállapítható, hogy este 10 és reggel 6 óra között gyakorlatilag csak sürgősségi ellátás, illetve mentési feladat merül fel az háziorvosi ügyeletben, a délutáni időszakban 22:00-ig viszont az ügyeleti feladatok, vagyis a sürgős esetek mellett szabályos háziorvosi tevékenység is folyik.

Jelenleg az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény alapján az önkormányzat és a háziorvos között kötött feladat-ellátási szerződésben kell rögzíteni az ügyeleti feladatokban való részvétel rendelkezéseit, azonban ez számos esetben nem történik meg. A gyakorlatban a feladat-ellátási szerződésben nem határozzák meg pontosan a részvétel módját, idejét, így a háziorvos számos esetben nem is vállalja el az ügyeleti feladatokat. Az önkormányzat ezért háziorvosi ügyeleti szolgálatot bíz meg az ügyeleti feladatok biztosítására, esetenként többletfinanszírozással. Ahol ez nem megoldható, azon a településen a háziorvosi ügyeletet vállalók többletterhelése jelentkezik.

Ennek az a következménye, hogy **a működés nem optimális**, nincs fölötte minőségi kontroll, illetve az ezzel kapcsolatban kiáramló pénz sem ismert.

Ezért – a fent jelzett pilot alapján – úgy kerül megszervezésre az ügyeleti ellátás, hogy a városi kórház koordinálásával minden járásban, a járásközpontban háziiorvosi ügyelet lesz, amit a járásban dolgozó háziiorvosok végeznek, illetve hétvégén és ünnepnapon is napi 6 órában (8:00-14:00) biztosítanak. Az ettől eltérő időkből, tehát hétköznap 22:00-08:00-ig, illetve hétvégén, illetve ünnepnapokon 14:00-08:00-ig az OMSZ biztosítja az ügyeletet a járás létszámától és a szolgálat igénybe vételétől függően diszpécser szolgálattal, vagy központi kivonulással, vagy helyi járási kivonulással, orvossal, mentőtiszttel, vagy APN-nel. Ha az ellátás mentőtiszttel, vagy egyetemet végzett ápolóval történik, akkor a telemedicínás konzíliumot ők biztosítják.

Háziiorvosi ügyeleti rendszer új szerkezete

A háziiorvosi ellátás és az ügyelet az alábbiak szerint szerveződik, illetve szükséges biztosítani:

- 08:00-16:00-ig hétköznap a háziiorvos saját rendelőjében, a területéhez vagy a praxisközösség területéhez tartozó betegek háziiorvosi ellátása (pl. szűrés, vizsgálat, beutaló, receptírás),
- 16:00-22:00-ig, illetve hétvégén és ünnepnapon 08:00-14:00-ig a háziiorvos ügyeletet lát el a járási szakrendelő területén, azon városi kórház szervezésében, amelyhez a járás területileg tartozik.
- 22:00-08:00-ig, illetve hétvégén 14:00-08:00-ig a háziiorvosi jellegű sürgős esetekre vonatkozó orvosi ügyeletet az OMSZ biztosítja.
- 16:00-08:00-ig, illetve hétvégén és ünnepnapon folyamatosan az OMSZ diszpécserközpontja osztályozza a feladatokat és jelzi a háziiorvos számára a helyszínre vonulási igényt.

Az ügyeleti rendszer biztosítása az önkormányzatoktól az OMSZ-hoz kerül át. Az előterjesztés szerinti átalakítások Budapestre egyelőre nem terjednek ki.

Az önkormányzati érdekszövetségek az ügyeleti szerkezet fenti átalakítását támogatják, sőt kifejezetten kérik.

3. A miniHIS kötelező használatának elrendelése az alapellátásban

A háziiorvosi rendszerben alapvető elvárás, hogy a háziiorvos úgy rögzítsen adatokat, hogy azokat az egyes állami informatikai rendszerek meghatározott struktúrában át tudják venni.

Mindehhez olyan szoftver szükséges, amely ezekkel a rendszerekkel megfelelően kommunikálni tud és az adatokat az elvárások szerint rögzíti.

Erre figyelemmel az alábbi műszaki feltételeket várjuk el a háziiorvosok által használt rendszerekkel kapcsolatban:

- EESZT migrációs modul beépítése a háziiorvosi rendszerbe
- EESZT beépülő modul beépítése a háziiorvosi rendszerbe
- az orvosi alkalmasság igazolás kiállítása és továbbítása a háziiorvosi rendszerből
- MÁK Tartós beteg igazolás kiállítása közvetlenül a háziiorvosi rendszerből
- NNK – OSZIR Fertőzőbeteg jelentés kiállítása közvetlenül a háziiorvosi rendszerből
- Menekülők ellátásának kezelése közvetlenül a háziiorvosi rendszerből
- Rapid Antigen Teszt kezelése közvetlenül a háziiorvosi rendszerből
- Rizikófelmérési adatlap kezelése közvetlenül a háziiorvosi rendszerből.

A fenti elvárásokat – törvény felhatalmazása alapján – miniszteri rendelet fogja rögzíteni.

Azon házi orvosok számára, akik a fenti feltételeknek megfelelő szoftverrel nem rendelkeznek és számára az eddigi szoftverét biztosító szervezetek nem végzik el a fejlesztést, az állam biztosít megfelelő rendszert.

A miniHIS állami tulajdonban lévő, az ESZFK Nonprofit Kft. által fejlesztett és üzemeltetett ingyenes, webes technológiával rendelkező medikai alkalmazás. Teljesértékű házi orvosi rendszer, mely alkalmas a törvényben meghatározott kötelező adatszolgáltatás biztosítására a NEAK és az EESZT felé. Főbb funkciók: Páciens adatkezelés, eRecept, eBeutaló rögzítés, EESZT Páciens életútkezelés, -követés. A rendszer ASP szolgáltatásként, ingyenesen hozzáférhető és rendelkezik elérhető végfelhasználói támogatással az ESZFK Kontakt Center munkatársai által.

II. A települési önkormányzatok járóbeteg-szakellátó intézményeinek átvétele

Magyarország helyi önkormányzatairól szóló 2011. évi CLXXXIX. törvény szerint az önkormányzatok által önként vállalt feladat a járóbeteg-szakellátás biztosítása. Jelenleg tehát ahol nem fekvőbetegellátó szolgáltatóba integrált a járóbeteg-szakellátás, a feladatot az önkormányzat látja el a következő szervezetek útján:

- önkormányzati költségvetési szerv (a vizsgált 95 szolgáltatóból 51),
- önkormányzati tulajdonú gazdasági társaság (a vizsgált 95 szolgáltatóból 42),
- vegyes tulajdonú gazdasági társaság (a vizsgált 95 szolgáltatóból 1),
- magántulajdonú gazdasági társaság (a vizsgált 95 szolgáltatóból 1).

Finanszírozással a feladatra az adott ellátó rendelkezik.

Alapvető egészségpolitikai cél az önkormányzati járóbeteg-szakellátó intézmények tevékenységének megyei ellátórendszerbe történő, a mostaninál szorosabb integrációja.

Jelenleg ezek az intézmények elsősorban a fenntartó önkormányzatok korábbi döntései, valamint esetenként a szomszédos településekkel létrejött megegyezések alapján nyújtanak egészségügyi ellátásokat a lakosság bizonyos csoportjai számára. Ellátási portfóliójuk sokszor kizárólag helyi érdekek szerinti és nem veszi figyelembe sem a közelebbi területi (járási), sem pedig a távolabbi megyei ellátási preferenciákat.

Előbbiekből fakadóan kiemelt cél, hogy ezek az intézmények egységes logika és feladatleosztás szerint vállaljanak részt a lakosság ellátásában. Az önkormányzati járóbeteg-szakellátóknak kapuőri, prevenciós és gondozási tevékenységet is el kell majd látniuk, ez több esetben a jelenlegi tevékenységük kiterjesztésével, egészségügyi vagy járási egészségközponti funkciók felvállalásával kell, hogy járjon.

Az egységes szempontok alapján működő ellátórendszer megteremtése érdekében az előterjesztés az önkormányzati fenntartás alá tartozó egészségügyi szakellátást nyújtó **intézmények állami átvételét** célozza az Országos Kórházi Főigazgatóság (továbbiakban: OKFŐ) és a megyei irányító intézmények bevonásával.

Az önkormányzati érdekszövetségek támogatják a javaslatot azzal a pontosítással, hogy az ingatlan ne az állam tulajdonába, hanem használatába kerüljön.

Jelzi az előterjesztő, hogy azon területeken, ahol a megyei irányító funkciót KEKVA intézmények látják el, ott abban az esetben, ha a járóbeteg ellátók átvételre kerülnek, gondoskodni kell azoknak a KEKVA intézmények felé történő átadásáról.

A járóbeteg szakellátók átvétele esetén a szakellátó vezetőjének kinevezéséhez az érintett települési önkormányzat véleményét kikéri a kinevezésre jogosult, továbbá az önkormányzatok rálátása érdekében minden évben beszámol az érintett települési önkormányzatnak az átvett intézmény működéséről.

III. Fekvőbeteg-szakellátás

1. Ellátási struktúrát érintő intézkedések

Az ellátások folyamatosságának biztosítása érdekében, az alábbi fő elvek érvényesülése mellett javasolt – **a közfeladatot ellátó közérdekű vagyongazdálkodó alapítványi formában működő kórházak kivételével** – az ellátási struktúra optimalizációja:

Kórházi struktúrát- működést érintő intézkedések

- Kórház nem kerül bezárásra, járási egészségközpontok kerülnek kialakításra, amelyek új funkciót is kapnak (prevenció, ügyeletszervezés).
- Egy megyében egy önálló jogi személyiséggel rendelkező szakellátó egészségügyi intézmény jön létre.

A koncepció szerint, a megyei irányító intézmények telephelyeként, társkórházként működne a jelenlegi városi intézmények. A munkáltatói jogokat egy megyén belül a megyei irányító intézmény gyakorolná. A tervezett kapacitásokat egyenletes földrajzi eloszlásban a lakossági igényeknek maximálisan megfelelően kell kialakítani. A vidéki klinikai központokat érintő megyék (Hajdú-Bihar megye, Baranya megye, valamint Csongrád-Csanád megye), továbbá a főváros és Pest megye irányítási modellje specifiális, azonban egységes beteggát-szervezési elvek érvényesülnek itt is.

- Minden állami tulajdonú kórház egészségügyi dolgozójának munkáltatója a megyei kórház lesz, a dolgozók változó telephellyel kapnak munkaszerződést, így rotációjuk megoldható a központ és a városi telephelyek között.

Szakmaszerkezetet érintő

- A lakóhelyhez közeli ellátás megerősítésre kerül:
 - Az alapellátás, a népegészségügyi prevenció és a központi ügyelet járási központja a városi kórház lesz.
 - A városi kórházakban az egy napos műtéteket, belgyógyászati alaptervékenységet, valamint a szülészeti és sürgősségi ellátásokat – további szakmák jelenléte mellett - biztosítjuk.
 - Szakrendelések megmaradnak lakóhely közelben.
- Szakmaspecifikus koncentráció valósul meg: nagy humán erőforrás igényű szakmák a megyei egészségügyi fekvőbeteg ellátó intézménybe költöznek. A legfontosabb szervezési szempont a

betegbiztonság.

- A megyei szintű kórházak elektív és magas minőség/volumen összefüggésű ellátásokat nyújtanak, és képesek a különleges esetek kezelésére.
- Egynapos sebészet térnyerése. A műtétes osztályok kiváltása szükséges modern egynapos sebészeti egységekkel – ott, ahol földrajzi-közlekedési szempontok miatt indokolt.
- Tartós ápolási kapacitások megerősítése javasolt – a korábbi fekvőbeteg osztályok infrastruktúráján olyan egységek kialakítása, ahol az idősgondozás elsősorban a szociális szektorra támaszkodva megoldható.
- Az ellátásszervezési feladatok esetében nem szükséges központi kormányzati beavatkozás, az OKFŐ koordinálásával, megyei szinten kell meghatározni az otthon közelében nyújtott szakellátások körét és kapacitását. Ennek keretében kórházanként és osztályonként meghatározásra kerül az az elvárt esetszámot, melyet teljesíteni szükséges. Amennyiben ez nem teljesül, úgy a kórházi osztály működése ágazatirányítói jogkörben felfüggeszthető lesz.
- Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) 150. §-ának módosítása, bővítése indokolt. Az Áht. 9. § h) pontja szerinti, az egyedi utasítás kiadására vonatkozó irányítói, miniszteri jogkör is átruházásra került a középírányító OKFŐ-nek az 516/2020. Korm.rendelet 2. § (5a) bekezdésében az Áht. 9/A. §-alapján, így a működés felfüggesztésének jogköre is átruházható az OKFŐ-re.

A fenti elvek alapján a kórházi struktúrát és szakmaszerkezetet érintő feladatokat az OKFŐ megyei szinten koordinálja a valós lakossági ellátási igényekhez és a rendelkezésre álló humánerőforráshoz igazodó kapacitás-kiosztással, a releváns szempontok figyelembevételével, a minisztérium útján bevonva a lakossági véleményközvetítés szempontjából jelentős intézményeket és a megyei kórházak vezetőit.

Az új rendszer bevezetésének eredményeképp hatékonyabb és átláthatóbb szakmai irányítás mellett, szabályozottabb környezetben biztosíthatóak az ellátások, továbbá a szakellátás és a lakosság közeli alapellátások összhangja.

A megyei kórház vezetője minden évben egyszer beszámol a megyei közgyűlésnek, valamint, ha a megyei kórház a városi kórház feladatait is ellátja, akkor a megyei jogú város képviselőtestületének.

2. Beteglátogatási rend átalakítása

Jelenleg az intézmények látogatási rendjei között jelentős eltérések mutatkoznak. A kontrollálatlan beteglátogatási szabályozás a betegellátás zavartalansága ellenében hat. A betegellátás során figyelemmel kell lenni:

- a látogatással nem érintett betegek jogaira,
- a betegellátás zavartalanságára,
- az egészségügyi intézmények működési rendjére.

Nem megengedhető, hogy az egészségügyi intézmények területén korlátozás nélkül jelenjenek meg jelentős számban látogatók, mert jelenlétük sértheti mások jogait, valamint zavarhatja az ellátást. Ugyanakkor biztosítani kell a kapcsolattartás alkotmányos jogát is.

Javaslat a látogatási rend szabályozására

A beteg kapcsolattartási joga az Alaptörvényből származó joga. Ugyanakkor a jog gyakorlása során folyamatosan tiszteletben kell tartani más betegek jogait is, hiszen a beteg kapcsolattartása érinti mások

magánélethez, egészséghez való jogát, amely mind közvetlenül, mind a fekvőbeteg-gyógyintézet betegellátásának zavartalanságában megnyilvánul.

Bevezetésre kerül az ún. segítő személy fogalma, aki közvetlenül segíti a beteget a fekvőbeteg intézetben, (de természetesen ápolásnak nem minősülő tevékenységet végezve), az ápolat beteg mellett tartózkodhat.

Ápolási segítő csak az a természetes személy lehet, akit/akiket az ápolat beteg erre igazoltan felhatalmazott és adatai/k az egészségügyi dokumentációban rögzítésre kerültek. A beteg mellett egyszerre egy ápolási segítő tartózkodhat folyamatosan. A segítő személy jelenléte a kórházban nem korlátozódik a látogatási időre. A segítő személy fogalma kiterjed – a törvényben biztosított többletjogokkal – a szülőkre, a szülésben résztvevőkre, valamint az egyházi támogatókra is.

A beteg jogait el kell ismerni, ugyanakkor a házirend azt – a törvényben meghatározottak szerint – korlátozhatja.

Fentiekre figyelemmel, az előterjesztő a hatályos, jogalkalmazói vitákat eredményező rendelkezések újraszabályozását javasolja. Tisztifőorvosi ajánlás alapján az intézményi házirendben szabályozni kell a beteglátogatási rendet a következők szerint.

1. A látogatási idő és a látogatók száma korlátozható, valamint előzetes bejelentkezéshez (pl. informatikai úton történő előjegyzéshez) köthető. Szintén előírható, hogy a látogatók védőöltözetet viseljenek, természetesen ehhez a gyógyintézetnek kell biztosítania az eszközöket.
2. A látogatási korlátozások természetesen nem vonatkoznak az ún. kísérőkre, akik a beteg befekvésését, személyes tárgyainak szállítását, valamint az intézményből történő távozást segítik.
3. A fekvőbeteg-gyógyintézet rendje fenntartása érdekében javasolt, hogy a magas fertőzési kockázattal bíró osztályokon a 14 év alattiak látogatása ki legyen zárva, hiszen jelenlétük súlyosan és főleg indokolatlanul zavarhatja az egészségügyi ellátást. A korlátozás ugyanakkor nem vonatkozna a testvérre és az egyenesági rokonra.

A javaslatnak költségvetési vonzata nincs.

IV. Egészségügyi informatika - adatkezelés

1. Az előterjesztés az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (a továbbiakban: EESZT) központi eseménykatalógus és az egészségügyi profil adatok vonatkozásában meghosszabbítja a kérdéses adatok megőrzési idejét. Az EESZT-ben az érintettek vonatkozóan kezelt adatok vonatkozásában az Eüak. határozza meg a tárolt adatok megőrzési idejének maximumát, amely időpont után az adatokat törölni szükséges. Ezen időtartamok az ellátási célra tekintettel kerültek meghatározásra. A központi eseménykatalógus és az egészségügyi profil adatok vonatkozásában ugyanakkor a hatályos szabályozás alapján 2022. november 1-jét követően szükséges megkezdeni a 2017-ben elhunyt személyek eseménykatalógus és eProfil adatainak törlését. Egészségügyi szakpolitikai célok megvalósulása érdekében, tudományos kutatás céljából szükséges az adatok elérhetőségi idejének meghosszabbítása. A módosítási javaslat fenti okokból a központi eseménykatalógus és az egészségügyi profil adatok vonatkozásában a megőrzési időt az érintett halálát követő 5 évről 10 évre módosítja.

2. Az EESZT-ben rögzített adatok és a NEAK által nyilvántartott egészségbiztosítási adatok – betegéletút – vonatkozásában meghatározott őrzési idő alapvetően különbözik abban, hogy a NEAK vonatkozásában az anonimizálásra vonatkozó határidő a bekerüléstől számított 30 év elteltével kezdődik meg. A módosítási javaslat a NEAK vonatkozó őrzési időnek az EESZT-s őrzési időhöz hasonló szabályozására tesz javaslatot, ami alapján az őrzési idő a beteg halálát követő 10 évre változna.

3. Az egészségügyért felelős miniszter irányítása alatt álló ESZFK Egészséginformatikai Szolgáltató és Fejlesztési Központ Nonprofit Korlátolt Felelősségű Társaság (a továbbiakban: Szolgáltatóközpont) szolgáltatási köre bővítésre kerül. Az egészségügyi ellátórendszer informatikai ellátása tekintetében szakmapolitikai érdek, hogy az állami ellátórendszer azonos kiszolgáló informatikai háttérrel rendelkezzen annak érdekében, hogy az egészségügyi intézményrendszer által elvégzett feladatok, ellátások folyamatosan összehasonlíthatóak, egybevethetőek legyenek. Ezek részleteit kormányrendeleti szabályok fogják meghatározni.

V. A Nemzeti Laborhálózat kialakítása

Közpolitikai cél

Az egyes egészségügyi ellátások kérdéseiről szóló 2354/2020. Korm. határozatban foglaltak szerint **a Kormány** az országos egészségügyi ellátás magas színvonalú biztosítása érdekében szükségesnek látja az állam fokozott szerepvállalását és **döntött a Nemzeti Diagnosztikai Laborhálózat megvalósításáról**. A feladat végrehajtására az Országos Kórházi Főigazgatóság fenntartásában lévő **Nemzeti Orvoslaboratóriumi Diagnosztikai Nonprofit Kft. (a továbbiakban: NOLD NKft.)** került kijelölésre.

A laborszolgáltatás jelenlegi helyzete

Hazánkban jelenleg a laborszolgáltatás sajátossága, hogy **a laborok egymástól függetlenül – heterogén jelleggel –, irányítási, gazdálkodási és fenntartási szempontból elkülönülten, szigetesen működnek. A köztulajdonban álló laboratóriumok működése veszteséges**, amely jelentős szerepet játszik a kórházak eladósodásában.

Jelenlegi szakmai környezet

- jelenleg **különböző eszközökön, különböző mérési és referencia tartományokkal, különböző gyártóktól származó reagensekkel történik a szolgáltatás nyújtása**
- a labortechnológiák sajátossága, hogy a beszerzési költségek jelentős részét a reagensek teszik ki
- gyakoriak a telepített, szállítói tulajdonú eszközök verseny nélküli reagensbeszerzése
- **különböző informatikai rendszerek közötti átjárhatóság nem lehetséges**
- a különálló laborokban végzett **vizsgálati módszerek eltérőek** és csak részben adnak egységes eredményt
- több szakkérdésben hiányzik az egységes álláspont
- a laborok többsége a jelenlegi minimumrendeletben előírt feltételeknek nem teljes körűen felel meg
- a vizsgálatok **megrendelésének jelentős része még mindig papír alapon történik**

Az egységes adatbázis hiányában a vizsgálati eredmények összehasonlítása és visszakövethetősége nem valósulhat meg, a mért eredmények tendenciáinak kimutatására és az azokból történő következtetések levonására nem alkalmas. Mindez újabb és újabb indokolatlan laborvizsgálatokat és felesleges költségeket generál, továbbá ezek hiányában jelentős adatvagyon vesz el, amely megghiúsítja a prevenciós törekvéseket is. Ezek a hiányosságok kizárólag szabályozással nem szüntethetők meg.

Jelenlegi pénzügyi környezet

- **veszteségesen működő laborok**
- **nem hatékony gazdálkodási méretek**
- a jelenlegi laborok indokolatlanul nagy száma, feleslegesen **párhuzamos kapacitások** fenntartását vonja maga után
- az intézményenként egyedi, alacsonyabb volumenű **közbeszerzések drágák**
- jelenleg **a minták szállításának költségei nem kimutathatóak**, mert azok szállításai az önkormányzatok, kórházak, szakrendelők és magánszolgáltatók által vegyesen történik
- az egyes laborokat üzemeltető **intézmények - kórház, egyetem, egyház vagy önkormányzat laborköltségei nehezen**, vagy egyáltalán nem **kimutathatóak**

A jelenlegi rendszer a fentiek alapján sem az ellátás biztonsága, sem a gazdaságos üzemméret szempontjából nem hatékony és jelentős veszteségeket generál. A „láthatatlan” költségekkel együtt az éves közfinanszírozott laborköltségek elérhetik a 60 milliárd forintot, amely ebben a formában finanszírozási oldalról sem hatékony.

A változtatás indoka

Jelenleg laboratóriumot bármilyen egészségügyi intézmény fenntarthat, ha megfelel a minimum feltételeknek. Ezért:

- a) a laborok mérete nem gazdaságos,
- b) a reagens és a műszerpark sokféle; ezért a leletek nem azonos paraméterekkel készülnek,
- c) nem lehetséges a leletek strukturált leképezése,
- d) általánosságban is nem alkot az egész egy egységes, átlátható rendszert.

A változás tartalma

- a) Egységes reagens rendszer kerül az egyes vizsgálatokhoz beszerzésre. Ezekhez egységes – 5 évre bérelt, majd meghosszabbítható – műszerpark.
Az intézkedés során figyelembe kell venni, hogy ezzel számos beszállító kiszorulhat a magyar piacról.
- b) A laboratóriumok a fekvőbetegellátó intézményeknél lennének.
- c) A kiválasztott vállalkozó folyamatos szállításának az lenne a biztosítéka, hogy a közbeszerzési kiírás az alábbi feltételt jelölné meg: saját költségére, Magyarországon olyan raktárbázist kell működtetni, amely – a szállítás elmaradása esetén is – 5 hónapos folyamatos magyarországi kiszolgálást, ellátást biztosít.
- d) Az ország 5 régióra lenne osztva. A nem azonnal szükséges vizsgálatok leleteit a közbeszerzésen nyertes logisztikai szolgáltató szállítaná az érintettektől (házi orvos, stb.) a laborba.
- e) Az orvosok – legalábbis közfinanszírozott módon – nem rendelhetnék el indokolatlan laborvizsgálatokat. Meghatározott időintervallumon belül kötelező a részükre a máshol végzett laboreredményt elfogadni.
- f) A közbeszerzést ez évben szándékozzuk kiírni, ez év végi eredmény kihirdetéssel. A szállítások 2023. I. félévében kezdődnek meg és az egyes laborok nem egyenként, hanem csoportban,

párhuzamosan állnak át. Az átállás befejezése attól függ, hogy a közbeszerzési nyertes milyen időpontot vállal erre.

- g) a Nemzeti Laborhálózat a fekvőbetegellátó intézményeknél kerül kialakításra a jelenlegi területi ellátási kötelezettséggel és kapacitásokkal. Az egyetemi klinikák (alapítványok) jelenlegi területi ellátási kötelezettsége és kapacitása nem változik. A továbbiakban közfinanszírozott laboratóriumi ellátásra a Nemzeti Laborhálózat mellett az egyetemek lesznek jogosultak. A Nemzeti Laborhálózat kialakítása során biztosított annak a lehetősége, hogy az egyetemi klinikák laboratóriumai a későbbiekben megállapodás útján csatlakozhassanak a hálózat közbeszerzéséhez és informatika hálózatához

VI. A szűrővizsgálatok keretrendszere részletes szabályainak a kialakításáról, a betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló, felnőttkorban végzett, életkorhoz kötött alkalomszerű szűrővizsgálatok rendszerének továbbfejlesztéséről

A teljes szűrési rendszer áttekintendő. Szakmai és társadalmi vita lefolytatása után 2023. március 31. napjáig a belügyminiszter komplex javaslatot terjeszt majd a Kormány elé.

VII. Illetmények

1. EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK ILLETMÉNYEN FELÜLI JUTTATÁSA

Az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény végrehajtásáról szóló 528/2020. (XI. 28.) Korm. rendelet 26. § (1) bekezdése alapján az Országos Kórházi Főigazgatóság fenntartásában álló egészségügyi szolgáltatók az országos kórház-főigazgató 1/2021. (XII. 29.) OKFŐ utasítása (a továbbiakban: OKFŐ utasítás) szerint jogosultak illetményen felüli juttatásokat adni az általuk foglalkoztatott egészségügyi dolgozók részére.

Az OKFŐ utasítás alapján az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény (a továbbiakban: Eszjtv.) 8. § (3) bekezdése szerinti személyeket (orvos, szakorvos, fogorvos, szakfogorvos, gyógyszerész, szakgyógyszerész, továbbá egyéb, nem egészségügyi egyetemi végzettséggel, valamint nem egészségügyi egyetemi végzettséggel és egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítéssel rendelkező egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy) a következő illetményen felüli juttatások illetik meg:

- ügyeleti díj,
- készenléti díj,
- önként vállalt túlmunka,
- képesítési pótlék,
- műszakpótlék,
- helyettesítési díj,
- kirendelési díj,
- vezetői juttatás,
- illetménykiegészítés (eseti illetménykiegészítés, fix díj, szakterületi támogatás),
- jutalom.

Az OKFŐ utasítás szerint az eseti illetménykiegészítés, a fix díj, a szakterületi támogatás, és a jutalom kizárólag abban az esetben nyújtható, ha az egészségügyi szolgáltató a költségvetésében annak nyújtására fedezettel rendelkezik.

Az egyes egészségügyi dolgozók és egészségügyben dolgozók illetmény- vagy bérnövelésének, valamint az ahhoz kapcsolódó támogatás igénybevételének részletes szabályairól szóló 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet (a továbbiakban: 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet) 3. § (1a) és (1b) bekezdése értelmében az egészségügyi szolgáltatók **az ügyelet, a készenlét, az önként vállalt túlmunka és a műszakpótlék biztosításához támogatásra jogosultak**. A támogatás mértéke az Eszjtv. hatálya alá tartozó fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatónál megegyezik az OKFŐ utasításban megállapított összeggel.

A hatályos rendelkezések értelmében **nem jár támogatás** az egészségügyi szolgáltató részére a **képesítési pótlék, helyettesítési díj, kirendelési díj, vezetői juttatás, illetménykiegészítés és a jutalom** biztosításához. Az **egészségügyi szakdolgozók a fentiek közül** helyettesítési és kirendelési díjra jogosultak, amely díjak biztosításához a szolgáltatók támogatást szintén nem kapnak.

2. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLATI JOGVISZONYRÓL SZÓLÓ 2020. ÉVI C. TÖRVÉNY MÓDOSÍTÁSA

Az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény (a továbbiakban: Eszjtv.) 2021. március 1-jétől új egészségügyi szolgálati jogviszony bevezetése mellett jelentős mértékben emelte az orvosok alapilletményét munkájuk elismeréseként. A jogalkotó az Eszjtv. bevezetésekor rendelkezett arról, hogy az egészségügyi szolgáltatások minőségének biztosítása érdekében az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy munkateljesítményét a munkáltató írásban értékeli, amely minősítés alapján az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy illetménye az adott fizetési fokozathoz tartozó összeghez képest legfeljebb 20%-kal növelhető, ezt jelen előterjesztés 40%-ra javasolja emelni. Jelen előterjesztés célja az is, hogy az egészségügyi szolgáltató esetlegesen 20%-kal csökkenthesse az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló orvos alapilletményét, ha a minősítés során a teljesítménye nem éri el a kívánt követelményeket. A teljesítményértékelés megalapozására a javaslat lehetővé teszi azt is, hogy a munkáltató és az egészségügyi szolgáltató fenntartója a minősítéshez szükséges mértékben és célból a minősítendő személy által végzett egészségügyi tevékenység során keletkezett, vagy azzal összefüggő betegellátási adatokat, az ezen adatokat hordozó egészségügyi dokumentációt megtekinthesse és azokat a minősítés érdekében kezelhesse. A minősítés – amelynek minél teljesebb körű megvalósítását szolgálja a tervezett előírás – az egészségügyi ellátás érdekét szolgálja, ugyanis a minősítés hozzájárul az ellátás minőségének javulásához is. Mindez azt jelenti, hogy az ehhez szükséges adatkezelési művelet az arányosságnak megfelel, hiszen mind az érintett beteg, mind más betegek a jövőben magasabb színvonalú ellátást fognak kapni a minősítés bevezetésével.

2023. július 1-jétől az egészségügyi szolgáltatónak lehetősége legyen az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló orvosok és szakdolgozók alapilletményét a minősítésük alapján nem csak emelni (legfeljebb 40 %-kal), hanem szükség szerint csökkenteni (legfeljebb 20 %-kal) is.

3. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓK PÓTLÉKRENDSZERÉNEK ÁTALAKÍTÁSA

Az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személyeket alapilletmény és illetményen felül járó díjak, pótlékok illetik meg. Az egészségügyi tevékenység végzése során a szakmák eltérő specifikusságára tekintettel különböző feladatmennyiséget, veszélyességet jelentenek, valamint különböző végzettséggel, képesítéssel végzik az egészségügyi dolgozók a munkájukat, mely különbözőségeket ellentételezéseként részesülnek pótlékokban.

Az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személyeket megillető **illetményen felül járó díjak jelenleg nagyon heterogén, nehezen átlátható rendszert alkotnak**, ezért célszerű lenne az egyszerűsítése, átláthatóvá tétele.

Az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló **orvosok** illetményen felül járó juttatásait és azok mértékét az országos kórház-főigazgató 1/2021. (XII.29.) **OKFŐ utasítása** tartalmazza. Ezzel szemben az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló **egészségügyi szakdolgozók** illetményen felül járó juttatásai különböző jogforrásokból olvasható össze:

- az illetménypótlékokat egyrészt – elsősorban uniós irányelv alapján kötelezően adandó mozgóbéreket – az egészségügyi tevékenység végzéséről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény (a továbbiakban: Eütev.),
- az Eszjtv.,
- az egyes egészségügyi dolgozók és egészségügyben dolgozók illetmény- vagy bérnövelésének, valamint az ahhoz kapcsolódó támogatás igénybevételének részletes szabályairól szóló 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet (a továbbiakban: 256/2013. Korm. rendelet),
- az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet, valamint
- az országos kórház-főigazgató 1/2021. (XII.29.) OKFŐ utasítása tartalmazza.

Jelen előterjesztés célja, hogy az orvosokat és az egészségügyi dolgozókat megillető illetményen felül járó díjak rendszere egységesen, átlátható, jól számítható módon kerüljön kialakításra. Annak érdekében, hogy **átlátható és egységes rendszer alakulhasson ki**, javasolt **valamennyi illetményen felül járó díj megállapítását az országos kórház-főigazgató hatáskörébe utalni**.

A megvalósuló béremeléssel egyidejűleg **az alapbérbe épülnének a különböző jogcímenek adott illetményen felül járó juttatások**, mint például a szakterületi pótlék, a képesítési pótlék, a vezetői juttatás vagy az idegen nyelvi pótlék. Az Európai Unió irányelveinek - *a munkaidő-szervezés egyes szempontjairól szóló 2003. november 4-i 2003/88/EK európai parlamenti és tanácsi irányelvnek, valamint az Európai Unióban alkalmazandó átlátható és kiszámítható munkafeltételekről szóló az Európai Parlament és a Tanács 2019. június 20-i (EU) 2019/1152 irányelvének* – való megfelelés érdekében a „mozgóbérek” – ügyeleti díj, készenléti díj, műszakpótlék, önként vállalt túlmunka,– továbbra is megtartásra kerülnének, és kiegészítésre kerülne a helyettesítési és kirendelési díjakkal.

4. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓK BÉREMELÉSE

2020. november 18-án került kihirdetésre az Eszjtv., amely az orvosok számára olyan mértékű béremelést hozott, amely következtében eltolódott az orvosok és az egészségügyi szakdolgozók bére közti arány. Az előterjesztés célja az egészségügyi szakdolgozók bérfeljesztése, amellyel növelhető az orvosi-szakdolgozói alapszabványok aránya.

Az orvosi-szakdolgozói bérek arányának összehasonlítása az Európai Unióban:

A szakorvosok és a kórházi ápolók havi átlagos jövedelme az OECD adatai* alapján (US\$), kiegészítve az orvosok és szakdolgozók 2021. évi és 2022.01-03. havi átlagos kereseti adataival az egészségügyi ágazati bér-és létszámstatisztikai adatfeldolgozás adatai alapján

Az előterjesztést a Kormány nem tárgyalta meg, ezért az nem tekinthető a Kormány álláspontjának.

Sorszám	Ország	Szakorvosok / OKFŐ adatforrás esetén orvosok		Kórházi ápolók / OKFŐ adatforrás esetén a teljes szakdolgozói kör		A kórházi szakdolgozók átlagos jövedelmének aránya az orvosok jövedelméhez viszonyítva	Forrás, megjegyzés
		Legfrissebb rendelkezésre álló adat az OECD adatbázisában	Egy főre jutó havi jövedelem, OKFŐ adatforrásnál kereset (US\$)	Legfrissebb rendelkezésre álló adat az OECD adatbázisában	Egy főre jutó havi jövedelem, OKFŐ adatforrásnál kereset (US\$)		
1.	Írország	2019	15 997	2020	5 428	33,9%	OECD
2.	Németország	2019	13 238	2018	4 527	34,2%	OECD
3.	Finnország	2019	10 500	2019	3 691	35,1%	OECD
4.	Olaszország	2020	7 754	2020	2 782	35,9%	OECD
5.	Hollandia	2019	14 642	2019	5 259	35,9%	OECD
6.	Luxemburg	2015	23 906	2020	9 533	39,9%	OECD
7.	Portugália	2018	4 275	2018	1 756	41,1%	OECD
8.	Magyarország	2019	3 031	2019	1 249	41,2%	OECD
9.	Dánia	2013	15 333	2013	6 427	41,9%	OECD
10.	Franciaország	2018	8 041	2018	3 415	42,5%	OECD
11.	Szlovákia	2018	3 198	2018	1 395	43,6%	OECD
12.	Észtország	2020	4 127	2020	1 933	46,8%	OECD
13.	Szlovénia	2019	5 025	2019	2 388	47,5%	OECD
14.	Spanyolország	2020	7 571	2020	3 799	50,2%	OECD
15.	Litvánia	2018	2 257	2018	1 169	51,8%	OECD
16.	Görögország	2020	3 713	2020	1 931	52,0%	OECD
17.	Csehország	2019	3 558	2019	1 888	53,1%	OECD
18.	Lettország	2018	2 402	2018	1 334	55,5%	OECD
19.	Belgium	2019	10 799	2019	6 487	60,1%	OECD
20.	Lengyelország	2018	1 906	2018	1 635	85,8%	OECD
21.	Magyarország **	2021	4 833	2021	1 577	32,6%	OKFŐ, Ágazati bér- és létszámstatisztika; tartalmazza a szakorvosok és nem szakorvosok keresetét, valamint a teljes szakdolgozói kör keresetét.

22.	Magyarország **	2022. január- március	6 144	2022. január- március	1 682	27,4%	OKFŐ, Ágazati bér- és létszámstatiszti ka; tartalmazza a szakorvosok és nem szakorvosok keresetét, valamint a teljes szakdolgozói kör keresetét (kizárólag a MÁK körbe tartozó intézmények esetén volt lehetőség a vizsgálatra).
-----	--------------------	--------------------------------------	-------	--------------------------------------	-------	-------	---

A 2016-ban megkezdett ágazati bértárgyalások eredményeként kialakításra került a bérek közti arány, amely alapján az egészségügyi szakdolgozók bére átlagosan az orvosi bérek 45%-át érte el. Az orvosi bérek emelésének első üteme 2021. január 1-jétől valósult meg, amelynek következtében az egészségügyi szakdolgozói bér már csak a 32%-át érte el az orvosi béreknek, 2022. január 1-jével pedig átlagosan 27,4%-ra csökkent, amivel a nemzetközi összehasonlításban utolsó helyére került Magyarország. Az egészségügyi szakdolgozókat érintő bérfeljavítás elmaradása esetén ez az arány tovább csökkenne 2023. január 1-jétől 21%-ra.

A további csökkenés megakadályozása érdekében 2 lépcsős béremelést javasolunk, amely szerint a tervezett béremeléssel **az orvosi-szakdolgozói bérearány összesítve 36%-ra emelkedne.**

Az **alap- és középfokú végzettséggel rendelkezők** részére a béremelés százalékos mértéke létszámarányal súlyozva **átlagosan 32%-os** mértékben valósulna meg, amely szerint az orvosi - alap-és középfokú végzettséggel rendelkező szakdolgozói bérearány 32%-ra emelkedne.

A **felsőfokú végzettséggel rendelkezők** részére a béremelés százalékos mértéke létszámarányal súlyozva **átlagosan 55,2%**, amely szerint az orvosi-felsőfokú végzettséggel rendelkező szakdolgozói bérearány 51,2%-ra emelkedne.

A béremelés százalékos mértéke eltérő besorolási osztályonként és azon belül is eltér szintenként, ezáltal egyfajta **életpálya modellként** is szolgál, a fiatalok számára látható az előrehaladás mértéke, a **középkorosztály részére megtartó, illetve visszahozó ereje** lehet, míg **elismeri és megbecsüli a régóta pályán levő** egészségügyi szakdolgozókat, továbbá vonzóvá válhat a nők karkedvezményes nyugdíjazását igénybe vevő egészségügyi szakdolgozók részére a továbbfoglalkoztatás kérése – ahogy az orvosoknál is megfigyelhető volt, hogy a béremelést követően kétszer annyian jöttek vissza, mint előtte – ezáltal is növelve az egészségügyi szakdolgozók létszámát.

Amennyiben az orvosi-szakdolgozói alaphér aránya összesítve átlagosan 36%-ra emelkedne, annak becsült forrásigénye a számításaink szerint körülbelül 168,3 milliárd forint (szochóval számolva).

Ehhez kapcsolódik, hogy az egészségügyi kormányzat 2016. június 8-án megállapodást kötött a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamarával (a továbbiakban: MESZK). Ennek alapján a MESZK tagsággal együtt járó tagdíjfizetést az állam átvállalja az egészségügyi szakdolgozók helyett, az állami fenntartású intézmények vonatkozásában.

Tekintettel arra, hogy a korábbi 4 lépcsős szakdolgozói béremelés megvalósult, és jelen előterjesztés további szakdolgozói béremelést javasol, így a továbbiakban a kamarai tagdíjak állam általi átvállalását kivezethetőnek tartjuk.

VIII. Várólista csökkentés

Az intézkedés lényege:

A várólisták mihamarabbi csökkentése. A meghozott intézkedések célja, hogy mielőbb sor kerüljön a kórházi várólisták csökkentésére, amely egyaránt magában foglalja a műtetre várakozók számának és a várakozási időnek a csökkentését is. A szakmai irányelvek szerint indokolt ellátásokat a betegek és a rászorulóknak teljes köre a megfelelő időben megkapja, a lehető leggyorsabban hozzájusson a diagnózisához, illetve a szükséges ellátása és a betegségének kezelése mihamarabb elkezdődjön. Célunk, hogy a pandémia előtti nemzetközi szinten is kedvező várakozási idő csökkentésében tapasztalt helyzetet minél előbb újra elérhessük, ezáltal a jól működő 2019-es rendszerhez térünk vissza.

E célokat szem előtt tartva az alábbi intézkedések bevezetése javasolt:

1. Az előterjesztés keretében a várólistákra vonatkozó nyilvántartási metódusok pontosítása.

Kikerülnek a várólistákról az esedékes időpontban – indokolás nélkül – **távolmaradó betegek**, valamint azok a betegek, akiknél valamilyen oknál fogva **megszűnt** a műtettel kapcsolatos orvosi **indikáció**. Ezen betegek, később – orvosilag indokolt esetben – felvételüket kérhetik az előjegyzési listára.

Ahhoz, hogy **valid információk** álljanak rendelkezésre a rendszerben minden ellátást igénylő betegeket rögzíteni szükséges, az ellátásra várakozók közül azonban a publikus, lekérdezhető listákon a NEAK csak azok számát fogja szerepeltetni, akik már 60 napon túl várakoznak, mivel a nemzetközi gyakorlat szerint, valamint a magyar terminológiai értelemben ezt az esetszámot tekinthetjük valós várakozási problémának.

A várólista, valamint az előjegyzési lista jelenleg is elkülönül egymástól azonban a várólistákra vonatkozó nyilvántartási metódusok további pontosítása is szükséges, hogy még élesebben és egyértelműben különüljön el egymástól a két listatípus.

- **Várólistára** azok kerülnek, akiknek indokolt lenne a műtét, de kapacitás hiányában nem lehet végrehajtani 60 napon belül az ellátást.
- **Az előjegyzési listára** azon betegek kerülnek, akik a beavatkozást későbbi időpontra kérik. A beteg állapota nem igényel azonnali műtétet, középtávon ütemezhető a beavatkozás, figyelembe véve a beteg időzítésbeli szempontjait is. Szintén előjegyzési listán szerepelnének

azok a betegek, akik ragaszkodnak az általuk kiválasztott orvos személyéhez annak ellenére, hogy az adott beavatkozás kórházon belül másik orvosnál hamarabb elérhető lenne.

Ezen felül – a betegtájékoztatót, valamint az ellátások operatív szervezését segítő – a NEAK honlapján a kiválasztott várólista esetében lehetőség lesz rá, hogy a beteg a műtéteket elvégző szolgáltatók listáját a várakozási napok száma szerint növekvő vagy csökkenő sorrendbe lekérdezze. **A NEAK szoros ellenőrzése mellett valósul meg a várólisták ledolgozása** (szigorú ellenőrzésre kerül mind a listák vezetése, mind a műtétszámok teljesülése). **Amennyiben a kórház nem teljesíti vagy nem megfelelően vezeti a listákat, akkor a NEAK finanszírozás elvonással szankcionálja.**

2. Minimum beavatkozás szám meghatározása minden finanszírozott, állami fenntartásban álló egészségügyi szolgáltató részére

Jelenleg azok a szolgáltatók vesznek részt a várólista csökkentési programba, akik jelentkeztek és feladatvállalást tettek. A várólista csökkentési programok a szolgáltatók esetszám alapú vállalása szerint kerültek összeállításra.

A módosító javaslat szerint minimum bázis beavatkozás számot határozunk meg minden finanszírozott, állami fenntartásban álló egészségügyi szolgáltatóknak. Így nem kell külön jelentkezniük és feladatvállalást tenniük a program kapcsán, a NEAK közli ki az elvégzendő beavatkozás számot.

3. Országosan nyilvántartott betegfogadási lista kialakítás.

RRF terhére megvalósuló projekten belül kerül biztosításra a fedezet azon informatikai rendszer kidolgozására és kiépítésére, amely a fekvőbeteg szakellátás várólistáihoz hasonlóan **a járóbetegszakellátás betegfogadási listáit is országosan egységesen kezeli.** A teljes betegút követését lehetővé teszi és a járóbeteg ellátásban alkalmazott betegfogadási listákat országosan képes szinkronizálni. **A rendszer azt a célt szolgálja, hogy a járóbeteg-ellátásban ne alakuljon ki hosszú várólista.**

IX. Közreműködők

Az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény (a továbbiakban: Eszjtv.) 2021. március 1-jétől bevezette az egészségügyi szolgálati jogviszonyt, amellyel egyidejűleg rendezte, hogy az állami és az önkormányzati fenntartású egészségügyi szolgáltatóknál egészségügyi szolgálati jogviszonyban foglalkoztathatóak az egészségügyi és egészségügyben dolgozók. Az Eszjtv. az egészségügyi szolgálati jogviszony mellett ugyanakkor nem zárja ki a közreműködő, valamint az önkéntes segítő egészségügyi szolgáltató általi igénybevételenek lehetőségét.

A tervezet célja, hogy az Eszjtv. hatálya alá tartozó állami fenntartású egészségügyi szolgáltatóknál egészségügyi tevékenységet csak egészségügyi szolgálati jogviszonyban vagy önkéntes segítőként lehessen végezni, vagyis a személyes és tárgyi feltételt biztosító **közreműködés közül a személyes közreműködés kivezetésre kerüljön,** amely intézkedés **finanszírozási szempontból is előnyösebb és költséghatékonyabb** lenne az egészségügyi szolgáltatók részére, hiszen jelenleg a közreműködők magasabb díjazásban részesülhetnek, mint az egészségügyi szolgálati jogviszonyban állók.

Az előterjesztő javasolja, hogy

- valamennyi állami fenntartású egészségügyi szolgáltató által végzett egészségügyi tevékenység csak egészségügyi szolgálati jogviszonyban vagy önkéntes segítőként legyen végezhető 2024. január 1-jétől.

1. Jelenleg 11895 közreműködő szolgáltató van, amelyek 1146 közfinanszírozott szolgáltatónál 8855 (járó-és fekvőbeteg szakellátás) közfinanszírozott szervezeti egység munkájában vesznek részt, szinte minden szakmában. Ezen belül a legtöbb közreműködő (3221) a központi ügyelet szakmában van.

Jelenleg nem ismeretes, hogy hány fő dolgozik a közreműködőknél. A **közreműködés kivezetése esősorban ellátás-szervezési és betegbiztonsági szempontok együttes figyelembevétele mellett történhet meg.** Ennek érdekében az OKFŐ a fenntartása alá tartozó intézmények tekintetében felmérést végez, a felmérés során az állami fenntartású kórházak felülvizsgálják a közreműködői (ideértve a személyes közreműködést is) szerződéseket. A felmérésben az összegek, szerződési határidők feltüntetésével meg kell jeleníteni azok közbeszerzési státuszát is. A felmérés határideje legkésőbb: 2022. december 31.

2. A nem egészségügyi tevékenységet végző szervezetek, illetve személyek (pl. ügyvédek, könyvvizsgálók stb.) megbízásának lehetőségét szigorítani javasolt. Nem kivezethető a szerződések megkötése ezen a területen, mert ezek olyan feladatok, amelyeket az egészségügyi szolgáltató saját szakemberekkel nem tud ellátni, illetve ilyen szakemberek állandó foglalkoztatása drága és pazarló lenne. A kontrolláltabb szabályozás alapján a szerződéseket a megyei intézményi integrációra tekintettel szükséges szabályozni oly módon, hogy megyei intézményenként (ideértve az integrálódó telephelyeket is) egy féllel köthető szerződés egy szakfeladat tekintetében, a szerződés megkötését az Országos Kórházi Főigazgatónak szükséges jóváhagynia.

A személyes közreműködők, a munkaerő-közvetítők és a munkaerő-kölcsönzők kivezetése az állami fenntartású egészségügyi szolgáltatók rendszeréből 2023. év végéig megvalósítható.

X. A szakápolás átalakításáról szóló új törvény

Az egészségügyi és a szociális ellátásban az ápolási, gondozási tevékenység más módon szerveződik.

Az ápolási feladat az **egészségügyi ellátáson belül** a háziorvosi (körzeti) ápolónők munkájában, az otthoni szakápolásban, valamint az aktív és krónikus kórházi ellátásban is megjelenik.

A fekvőbeteg szakellátás ápolási ágáin fekvő betegek, mint ahogyan az ellátási forma nevében is szerepel elsősorban ápolásra szorulnak, azaz mindennapi szükségleteiket, mint az étkezés, tisztálkodás, öltözködés nem tudják segítség nélkül megoldani. Ezek a többségükben idős betegek általában krónikus betegségekben is szenvednek, amely miatt gyógyszeres és egyéb kezelést igényelnek folyamatosan. Mindemelllett állapotuk nem igényel folyamatos orvosi felügyeletet, ahogyan jelenleg ez az ápolási osztályokon történik.

A betegek legtöbbször az aktív kórházi ellátásból kerülnek ápolási osztályokra, mivel állapotuk már nem igényel rendszeres, aktív egészségügyi ellátást, emiatt a kórházi elhelyezésük már nem indokolt. **A betegek egy része szociális okból marad kórházi ellátás keretei között,** például amiatt, hogy a családjuk mindennapi ellátásukról nem tud személyesen gondoskodni, emiatt fekvőbeteg intézetben való elhelyezésük szükségessége forog fenn. Ezen betegek többsége orvosi beavatkozást, rendszeres egészségügyi ellátást nem igényel, alapvetően szociális okokból kerül a fekvőbeteg-ellátó intézménybe.

Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Korm. rendelet) 7. melléklete

alapján a finanszírozás módja szerint **krónikus ellátásnak** minősül az, amelynek célja az egészségi állapot stabilizálása, fenntartása, illetve helyreállítása. Az ellátás időtartama, illetve befejezése általában nem tervezhető, és jellemzően hosszú időtartamú. A Korm. rendelet 8. számú melléklete tartalmazza a krónikus ellátások megnevezéseit és azok szorzószámát.

Finanszírozás szempontjából tehát ápolási ágynak minősül minden olyan ágy, amelyen a kórház a Korm. rendelet 8. számú melléklete szerinti ápolási tevékenységet végez.

A NEAK rendelkezésére álló legfrissebb adatok alapján megállapítható, hogy országos szinten:

- 2286 db működő,
- 258 db szünetelő ápolási ágy van, és
- 2544 db ápolási ágyra van kapacitás (ez az átadható maximális ágyszám).

Az ágykihasználtságra vonatkozó adatok alapján az ápolási ágyak országos kihasználtsága 59,52%-os, tehát megközelítőleg 1360 beteget ápolnak ezen ágyakon.

A **szociális ellátásban** az ápolás az alap- és szakellátások szintjén a beteg otthonához kötötten, vagy bentlakást nyújtva történik.

2017. szeptember 1-től hatályos a szakápolási központra vonatkozó rendelkezés, amely a szociális intézményi ellátás szabályozásának talaján, annak bekerülési, finanszírozási, térítési díj megállapítási szabályainak logikáján alapul. A hatályos szabályozást a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (a továbbiakban: Szoc. tv.), valamint a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCSM rendelet tartalmazza. A szociális intézményi keretek között igénybe vehető, komplex szakápolási ellátást nyújtó szakápolási központban magas progresszivitást nem igénylő szakápolási tevékenységek valósulnak meg az igénybevevők ellátásában. Ezen túlmenően a szociális intézmények jelenleg az egészségügyi ellátórendszerben lévő, szociális szükségletekkel rendelkező személyek ellátását is képesek felvállalni. A szociális otthonokban folyó alapápolási, valamint a szakápolási feladatok egységesítése lehetővé teszi, hogy e tevékenységek többlet költségvetési forrás bevonása nélkül, sokoldalúbb szolgáltatást lehetővé tevő helyen koncentrálódjanak, költséghatékonyabb allokációt lehetővé téve az időseket szolgáló ellátórendszerben.

Mivel az ápolás és gondozás valamennyi eleme egyaránt megtalálható az egészségügyi és a szociális szolgáltatások között, a párhuzamosságok miatt ugyanolyan egészségi állapottal rendelkező személy egészségügyi vagy szociális ellátást egyaránt igénybe vehet.

A rendszer átalakításával elérni kívánt cél az, hogy az ápolási szükséglettel rendelkező személy az igényeinek legmegfelelőbb, legjobb minőségű szolgáltatást kapja. A szakápolás jellemzői alapján célszerűbb azt szociális, tartós ápolást-gondozást nyújtó intézmények keretein belül végezni, azért is mert a szakápolás súlya az egészségügyön belül alacsony, területi lefedettsége egyenetlen. Az ellátottak szempontjából eredményesebb, ha a szociális ágazat keretében kapják meg a szükséges gondoskodást, hiszen a szociális intézmény teljes ellátást – fizikai, mentális és egészségügyi gondoskodást – nyújt lakóinak, emellett személyes igényeiknek megfelelően otthon-jelleget biztosít számukra.

A törvény megteremti a jogalapját annak, hogy az egészségügyi szakellátás azon ápolási ágai kerüljenek a szociális ellátórendszer részére átadásra, amelyeken az állami fenntartású egészségügyi szolgáltatók tartós ápolást-gondozást végeznek, az állami fenntartású egészségügyi intézményekben végzett ápolást a szociális ellátórendszer keretein belül működő szakápolási központok végzik a jövőben.

Az eddig egészségügyi ellátás keretében biztosítási jogviszony alapján és az intézmények térítési díjakról szóló szabályzatában meghatározott napi díj mellett igénybevett krónikus fekvőbeteg ellátás

egy része helyett a jövőben a Szoc. tv. szerint számított térítési díj mellett igénybe vehető komplex szociális és egészségügyi ellátást kap az adott férőhelyet használó igénybevevő.

A törvény meghatározza az ápolási ágyak átadásának kereteit, a feladat átvételéhez kapcsolódó vagyonomozgást, biztosítja, hogy a feladatot egészségügyi szolgálati jogviszony keretében végző szakdolgozók a közalkalmazotti jogviszonyba kerüléssel sem kereshetnek kevesebbet, mint a feladatátvétel időpontjában, valamint szabályozza az egészségügyi ellátórendszerben ápolott betegek szociális ellátórendszerbe átkerülésének, az EESZT-hez csatlakozással az egészségügyi adatkezelési és jelentési követelmények garanciális szabályait (ez utóbbi kapcsán szükséges Eüak. módosítást az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló törvénytervezet tartalmazza).

Az átvett feladat ellátásának biztosítása érdekében garanciális elem, hogy az átvett szakdolgozók foglalkoztatója a feladat átvételének napjától a szakápolási központ, ezért az egészségügyi szolgálati jogviszony közalkalmazotti jogviszonnyá alakul át, azonban a szakdolgozó a továbbfoglalkoztatást visszautasíthatja. Mivel a feladatátadással együtt az átadó egészségügyi szolgáltatónál a munkaköre nem gyakorolható tovább, az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény 12. §-a szerinti – másik egészségügyi szolgáltatóhoz történő – áthelyezése kezdeményezhető.

Az átvett feladatra jutó költségvetési forrás számításakor a krónikus fekvőbeteg-szakellátás finanszírozását kell alapul venni, a finanszírozást az Egészségbiztosítási Alap adja át az állami fenntartású befogadó intézmények fenntartójának. A finanszírozás jelenleg napidíjon alapul, a napidíj mértéke 6600 forint/nap, és az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet által meghatározott szorzó szakápolás esetén 1,0-szeres. A szakápolási központ működéséhez az Egészségbiztosítási Alapból legfeljebb az átadásra kerülő ágyszámnak (kapacitásnak) megfelelő finanszírozott összeget kell biztosítani a szakápolási központ működtetéséhez.

Az átveendő feladat teljeskörűsége esetén a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőnél (NEAK) rendelkezésre álló adatok alapján országos szinten jelenleg:

- 2286 db működő ápolási ágy áll rendelkezésre;
- 258 db szünetelő ápolási ágy van; és
- 2544 db ápolási ágyra van finanszírozási kapacitás (ez lenne elvi szinten a maximálisan átadható ágyszám).

A NEAK által megküldött ágykihasználtsági adatok alapján az ápolási ágyak országos kihasználtsága 59,52%-os, tehát megközelítőleg 1360 beteget ápolnak ezen ágyakon.

Az ágazat jellemzője a jelentős számú nem állami intézményfenntartó (egyházi, civil szervezet) ezért a későbbiekben a központi költségvetésről szóló törvénybe szükséges beépíteni a szakápolási központ jogcímet, amely alapján a nem állami fenntartású szakápolási központ is a szociális tevékenységhez nyújtott alaptámogatása mellett a szakápolási tevékenység után kiegészítő állami támogatást hívhat le.

Biztosítani szükséges továbbá az egyes egészségügyi dolgozók és egészségügyben dolgozók illetmény- vagy bérnövelésének, valamint az ahhoz kapcsolódó támogatás igénybevitelének részletes szabályairól szóló 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet szerint az ápolási tevékenység végzéséhez előírt egészségügyi dolgozókat megillető bérkiegészítéséhez kapcsolódó támogatás összegét.

Mivel a jelenleg finanszírozottnál magasabb összeget nem igényel az ágyak átvétele, ezért a központi költségvetést terhelő többletigény nem jelentkezik a feladattal.

Az átvett ingatlanra eső központi költségvetésből, a megemelkedett energiaköltségekhez kapcsolódó kompenzációs összeg szintén átadásra kerül.

XI. A kötelező egészségbiztosítás pénzbeli ellátásait támogató informatikai rendszerek (e-Pell) kialakításához szükséges, egyes társadalombiztosítási törvények módosításáról

Az előterjesztés a KÖFOP „A kincstári rendszerek felhasználói felületeinek, valamint a Kincstár számlavezető rendszerének megújítása és az ügyviteli folyamatok újraszervezése” megnevezésű kiemelt projekt eredményeként az egészségbiztosítás pénzbeli ellátásait (táppénz, csed, gyed, stb) támogató ügyviteli rendszerek 2023. július 1-jétől egységes digitalizálására tesz javaslatot, csökkentve ezzel az ügyfeleket és ügyintézőket terhelő adminisztratív kötelezettségeket is. Az előterjesztés az e-Pell rendszer eredményeként egy országosan egységes – az állampolgárok számára is elérhető – nyilvántartás létrehozására is javaslatot tesz, amely valamennyi biztosítottra vonatkozóan tartalmazza az egészségbiztosítási pénzbeli ellátások releváns adatait.

A foglalkoztatók számára jelenleg ÁNYK rendszeren kötelező az elektronikus kapcsolattartás, de ez csak a foglalkoztatók által beküldendő – az általuk foglalkoztatott – biztosítottak kérelmeire érvényesül. Az egészségbiztosítási szervektől kimenő dokumentumok jelenleg papír alapon kerülnek kiküldésre, mert a jelenlegi – a projekt eredményeként leváltandó – szakrendszer technikailag nem képes közvetlenül a rendszerből iratokat továbbítani állampolgári tárhelyre, Cégkapura, Hivatali tárhelyre.

A társadalombiztosítási kifizetőhellyel rendelkező munkáltatók esetén a kifizetőhelyi elszámolás struktúrája, adattartalma és beküldési módja változik (ÁNYK helyett SZÜF-re), így ennek eredményeként már nem kell külön statisztikai adatszolgáltatást teljesíteniük.

A társadalombiztosítási kifizetőhellyel nem rendelkező munkáltatóknak az eddig használt ÁNYK nyomtatvány helyett SZÜF űrlapokat kell használni, számukra más kötelezettséget nem jelent a módosítás.

A foglalkoztatók számára kötelezően megmarad az elektronikus kapcsolattartás és a biztosítottak kérelmét Cégkapuról, állampolgári tárhelyről, Hivatali tárhelyről tudják továbbítani a kormányhivatalok részére, amelyre a kormányhivatalok is elektronikus úton (Hivatali tárhelyről) fogják kiküldeni a foglalkoztatók részére szóló dokumentumokat.

A javaslat értelmében a természetes személyek a jövőben rendelkezhetnek arról, hogy papír alapon, vagy elektronikus úton kívánnak kapcsolatot tartani a hatósággal. Az ügyintézés során is - a természetes személy rendelkezése szerint - papír alapon, vagy elektronikus úton fog a kapcsolattartás megvalósulni.

A papír alapú kapcsolattartás lehetősége csak a természetes személyek részére marad meg, amennyiben ezt választják.

XII. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény módosítása a köznevelési intézmények által a SARS-COV-2 koronavírus elleni oltottsági státuszra vonatkozó adatkezeléshez kapcsolódó szabályozási környezetben tapasztalt hiányosságokkal összefüggésben

A Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság (a továbbiakban: NAIH) 2022. június 16-án ajánlással fordult a Belügyminisztérium felé, tekintettel arra, hogy a köznevelési intézmények által a SARS-COV-2 koronavírus elleni oltottsági státuszra vonatkozó adatkezeléshez kapcsolódó szabályozási környezetben a személyes adatok kezelésével kapcsolatos hiányosságokat tárt fel.

Az ajánlásban foglaltaknak megfelelő szabályozási környezet kialakítása érdekében módosítani szükséges az adatkezeléssel kapcsolatos problémakör törvényi szintű rendezését akként, hogy szükséges adatok kezelése a jövőben a következők szerint történjen:

- a) a SARS-COV2 vírus által okozott megbetegedéseken kívül gondolni kell a későbbi járványokra is, így általánosságában, a Kormány rendeletében meghatározott megbetegedések esetén kell biztosítani a védettségi adatok beszerezhetőségét;
- b) az érintettek fertőzöttségének tényére, valamint – az adott járvány természetétől függően – az oltottsággal, védettséggel rendelkező személyeknek a védőoltás tényére, a védettségi időtartamra vonatkozó adatával összefüggésben a jövőben az adatkezelőként a köznevelési intézmény kerüljön kijelölésre azzal, hogy ezen adatfajtákat a köznevelési intézmény vezetője által kijelölt személy, valamint az a személy is megismerhesse, akinek esetében ez – foglalkozásának jellegénél fogva – szükségképpen indokolt.
- c) az ajánlásban rögzítettek tekintetével a fenti adatokkal kapcsolatosan törvényi szinten kerülne sor annak kezelésére, hogy amennyiben a védettségi/járványügyi szempontból releváns adatok más forrásból nem vagy csak késsedelemmel érhetőek el, úgy a jövőben azok a szülőktől, törvényes képviselőktől, nagykorú tanulóktól is bekérhetőek legyenek;
- d) e szabályozási koncepció kialakítása a legmesszebbekig arra figyelemmel történt, hogy nevezett adatok kezelésére kizárólag a törvényes cél eléréséhez szükséges esetekben, mértékben és ideig kerüljön sor, megfelelően az adatkezelés nemzetközileg kimunkált alapelveinek, jelesen a célhoz kötöttség- és az adattakarékosság elvének, továbbá az adatok minősége követelményének is.

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény módosítása révén biztosítható a SARS-CoV-2 koronavírus elleni oltottsági státuszra vonatkozó adatkezelés tekintetében a NAIH ajánlásában foglaltaknak megfelelő szabályozási környezet kialakítása.

2. AZ IGÉNYBE VETT ESZKÖZÖK

2.1. Jogalkotás

Az előterjesztés szerinti intézkedésekhez szükséges törvénymódosításokat az 1. melléklet, a szakápolásról szóló új törvényt a 2. melléklet tartalmazza.

Az előterjesztés szerinti intézkedésekhez kormányrendeletek megalkotása is szükséges a következő témákban:

- alapellátás,
- egészségügyi informatika,
- laborhálózat,
- illetmények,
- várólista csökkentés.

2.2. Egyéb intézkedés

Kormányhatározat kiadása szükséges a következő témákban.

- A települési önkormányzatok járóbeteg-szakellátó intézményeinek átvétele.
- A nemzeti orvoslaboratóriumi diagnosztikai laborhálózat kialakítása.
- Az illetményen felüli juttatások.
- A szakdolgozói béremelés.

2.3. Alternatívák

A javasolt intézkedésnek nincs alternatívája.

3. AZ ELŐTERJESZTÉS KORMÁNYPROGRAMHOZ VALÓ VISZONYA

Az intézkedések a Kormányprogramban is kiemelten szereplő folyamatos betegellátást hivatottak biztosítani, továbbá az egészségügyi dolgozók elismerését támogatni.

4. VITÁS KÉRDÉSEK

Sorszám	Észrevételt tette	Észrevétel rövid tartalmi leírása	Előterjesztő álláspontja
-	-	-	-

5. ELŐZMÉNYEK, KAPCSOLÓDÁSOK

Az előterjesztés nem kapcsolódik más folyamatban lévő előterjesztéshez.

6. EURÓPAI UNIÓS KAPCSOLÓDÁSOK

A tervezet nem rendelkezik európai uniós kapcsolódással.

Előzetes véleményezési kötelezettség az Európai Unió joga alapján nem áll fenn.

A tervezet nem tartalmaz az EUMSZ 107. cikke szerinti állami támogatást.

7. ORSZÁGGYŰLÉSI TÁRGYALÁSRA VONATKOZÓ INFORMÁCIÓK

Az előterjesztésben szereplő törvénytervezetet – törvényjavaslatként – az Országgyűlés az általános szabályok szerint tárgyalja.

8. TÁRSADALMI EGYEZTETÉS

A tervezetet a jogszabályok előkészítésében való társadalmi részvételről szóló 2010. évi CXXXI. törvény szerinti társadalmi egyeztetésre kerül.

9. AZ ELŐTERJESZTÉS KOMMUNIKÁCIÓJA

9.1. Milyen kommunikáció javasolt az előterjesztés elfogadása esetén?

9.2. A tájékoztatás módja

Politikai döntéshozatalt követő szóvivői tájékoztató	Nem
Tárcaközlemény	Nem
Tárca által szervezett sajtótájékoztató	Nem

9.3. Fő üzenet

Az előterjesztő részéről nyilatkozó: Dr. Takács Péter

9.4. Részletes kommunikációs terv

Aktívan nem kommunikálandó.

10. INDOKOLÁS KÖZZÉTÉTELE

A törvénytervezethez kapcsolódó indokolás a Magyar Közlöny kiadásáról, valamint a jogszabály kihirdetése során történő és a közjogi szervezetszabályozó eszköz közzététele során történő megjelöléséről szóló 5/2019. (III. 13.) IM rendelet 20. § (2) bekezdés a) pontja alapján az Indoklások Tárában közzétételre kerül.

Kérem a Kormányt, hogy az előterjesztést fogadja el.

Budapest, 2022. október

Dr. Pintér Sándor
belügyminiszter