

Nemzeti Szociális Jelentés 2012

Magyarország

1. Bevezetés

1.1. Általános gazdasági és szociális helyzet kiemelt tekintettel a szociális védelemhez és a társadalmi befogadáshoz kapcsolódó kihívásokra

A magyar gazdaság egyik legfontosabb, a potenciális növekedést fékező strukturális problémája a nagyon alacsony aktivitás és foglalkoztatottság. 2011-ben a 20-64 évesek körében 60,7%-os volt a foglalkoztatási ráta éves szinten, ami javulást mutat az egy évvel ezelőtti adathoz (60,4%) képest¹. A gazdasági válság hatására a korábbi években megemelkedett munkanélküliségi ráta 2010 óta valamelyest mérséklődött, és 2011-re – az egy évvel korábbihoz képest 0,3 százalékponttal – 10,9%-ra csökkent.

A szakterületet jellemző főbb kihívások az alacsony foglalkoztatottság mellett a gyenge társadalmi kohézió, a szegénység növekedése és az idősödés. Mindegyik kihívás megfelelő kezelésében kulcsszerepe van a **foglalkoztatottság növelésének**. A szociális védelmi rendszerek megfelelő fenntarthatósága, a társadalmi integrálódás és a szegénység mérséklése nagymértékben azon múlik, hogy sikerül-e a foglalkoztatást jelentősen és tartósan növelni.

A fentiekkel összefüggésben a Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia helyzetelemzésében megállapítja, hogy Magyarországon a szegénység legalapvetőbb oka a háztartások alacsony munkaerő-piaci aktivitása. Emellett a szegénység szempontjából legmeghatározóbb társadalmi jellemzők az alacsony iskolai végzettség, a roma származás, a családok gyermekszáma, illetve a gyermekszegénység, valamint a rurális lakókörnyezet.

Magyarországon a szegénység és a jövedelem-egyenlőtlenségek a '90-es években tapasztalt emelkedést követően a 2000-es évek jelentős részében stagnáltak. A szegénység kockázata 2010-ben körülbelül a '90-es évek közepén mértnek felel meg. 2010-ben a lakosság 29,9%-a tartozott a három szegénység és társadalmi kirekesztődési indikátor valamelyikébe. A 2010. évi adatokban – a gazdasági válság hatására – romlás volt tapasztalható 2008-hoz képest a leghátrányosabb helyzetű célcsoportok helyzetében. Erre utal egyrészt, hogy a medián 60%-a alatti jövedelemből élők (szegénységi küszöb alatt élők) aránya csökkenő jövedelmi küszöb mellett maradt állandó a 2009-évi értékhez képest (12,3%), valamint nőtt az anyagi deprivációban élők aránya (a 2008-évi 17,6%-ról 2010-re 21,6%-ra). A harmadik uniós társadalmi befogadási indikátor, az alacsony munkaintenzitású háztartásban élők aránya stagnált (2008-ban 12%, 2010-ben 11,8%).

Az egyéb életkori csoportok kapcsán nem tapasztalható azon általános trend megszakadása, miszerint az életkor előrehaladtával a szegénységi kockázat csökken, legkedvezőbb az idős népesség esetében. Mindhárom mutató korcsoportos bontásából az állapítható meg, hogy a mutatók értékének romlása elsősorban a gyermekek körében következett be, az okozza az általános ráta romlását. A gyermekek körében a szegénységi ráta érdemben nem változott két év alatt (2010-ben 20,3% volt), a súlyos anyagi deprivációban élő 18 év alattiak aránya

¹ Forrás: KSH MEF

azonban a 2008. évi 21,5%-ról 2010-re 28,8%-ra nőtt! Az alacsony munkaintenzitású háztartásban élő gyermekek aránya pedig a 2008. évi 11,1%-ról 2010-re 13,8%-ra nőtt, ez továbbra is a második legmagasabb arány a tagállamok között.

A roma népesség halmozottan hátrányos helyzete abból adódik, hogy körükben az egyéb szegénységet növelő tényezők – alacsony foglalkoztatottság és képzettség, sokgyermekes családszerkezet, vidéki lakóhely, eladósodottság – halmozottan jelentkeznek. Körükben a szegénységi arány eléri a 70%-ot. A szegénységben élő gyermekek mintegy fele szintén roma. A társadalmi-gazdasági hátrányok területi koncentrációja régóta ismert, a súlyos szociális hátránnyal jellemezhető települések 40%-a a 33 leghátrányosabb kistérségben található. A területi szegregációs folyamatok megállítása érdekében számos program indult, köztük a 33 leghátrányosabb kistérség átfogó fejlesztési programja a 2007-2013 közötti uniós programozási időszakban. A területi leszakadás megakadályozása – az eddigi programok tapasztalatainak értékelése után – továbbra is kiemelt prioritás kell, hogy legyen.

A relatív szegénységi ráta kedvezőbb az uniós átlagnál (2010-ben 12,3% volt szemben az EU 16,4%-os átlagával), melyben jelentős szerepe van a szociális ellátórendszer teljesítményének, hiszen szociális ellátások (nyugdíjakat ide nem értve) nélkül a szegénységi ráta 28,4% lenne.

A szociális védelmi rendszerek irányába megnyilvánuló egyik alapvető kihívás a népesség **idősödése**, amely nem egy hosszútávon ható következmény, hanem jelenleg is zajló folyamat. Ez a kihívás egyaránt érinti az egészségügyet, a szociális ellátórendszereket és nem utolsósorban pedig a nyugdíjrendszert. A születéskor várható élettartam növekedése egyfelől a humán tényező diadalaként is értékelhető, ugyanakkor a következmények megfelelő kezelése újfajta szemléletmódot és folyamatos alkalmazkodást igényel. Az alkalmazkodást, szükséges szemléletváltást segíti elő ezen a téren az Európai Bizottság által kezdeményezett **Aktív idősödés és nemzedékek közötti szolidaritás 2012-es Európai Éve**, az év jegyében Magyarország is előkészítette programjait.

Az **időskori függőségi ráta** (a 65 éven felüliek a 65 év alatti munkaképes népesség %-ában) jól érzékelteti a következő évtizedekben végbemenő folyamatot. Ez az arány 2010-ben 24,2 majd a prognózisok szerint 2050-ben már 50,2 lesz. (az EU 27-eknél is nagyon hasonlóan alakul 25,9-ről 50,2-re nő), amely jelzi, hogy a kereső eltartott arány drasztikusan fog változni a következő 40 évben. A foglalkoztatás növelése mind a megfelelő egyéni nyugdíjvárományok megalapozása, mind pedig a közteherviselés szempontjából kiemelt jelentőségű. A béreket terhelő, nemzetközi összehasonlításban magas közterhek is csak abban az esetben csökkenthetők, ha a foglalkoztatás jelentősen nő majd.

A szociális szolgáltatások területén egyre erőteljesebb kihívásokat jelent a működési kiadások emelkedése, és a működési támogatások nagyságának azonos szinten tartása. Ez indukálja a szolgáltatások racionalizálásának, a források felhasználásának és a szolgáltatások igénybevételeinek kontrollálásának igényét, valamint alapozza meg a szakmai munka átszervezésének, a modernebb, hatékonyabb és eredményesebb szolgáltatásokat nyújtó struktúra kialakításának követelményét.

A magyar egészségügyi szektor előtt álló fő kihívások: a lakosság kedvezőtlen egészségi állapota, a demográfiai idősödésből eredő, egyre növekvő betegségterhek, új megbetegedési formák megjelenése, a népesség egészségügyi szükségleteinek folyamatos átalakulása, a betegek növekvő elvárásai, valamint az egészségügyi technológiák gyors fejlődése és elterjedése, ugyanakkor – az elmúlt évtizedek folyamatos reformtörekvései ellenére – a rendszert továbbra is jellemző szerkezeti, szervezési, irányítási, minőségi, hozzáférhetőségi, finanszírozási és fenntarthatósági problémák, súlyosbítva az egészségügyi szektor számára rendelkezésre álló források további jelentős szűkülésével, különösen a globális gazdasági-pénzügyi válság körülményei között. Napjainkra egyértelművé vált, hogy a növekvő

szükségletek és a szűkülő források közötti ellentmondás kizárólag a jövőbeni szükségleteknek megfelelő, azokhoz rugalmasan igazodó, újfajta struktúrájú egészségügyi ellátórendszerek kialakításával oldható fel és csak ily módon biztosítható az ellátórendszer tartós pénzügyi fenntarthatósága.

A magyar egészségügyi szektorban további jelentős kihívás az egyre erőteljesebbé váló egészségügyi munkaerő krízis, az egyre növekvő mértékű orvos- és nővérrelvándorlás, melyet alapvetően gazdasági megfontolások motiválnak. A helyzetet tovább súlyosbítja az egészségügyi dolgozók körében is jelentkező demográfiai idősödés. Sürgető feladatként jelentkezik az egészségügyi szakemberek megtartására, a meglévő humán erőforrás kapacitások racionalizálására, megfelelő átképző programok biztosítására vonatkozó intézkedések meghozatala. Speciális intézkedésekre van szükség a rezidens orvosok esetében, akiknek tömeges kiáramlása komoly problémát jelent.

1.2. A 2012. évi Nemzeti Szociális Jelentés tartalma, kapcsolódása és kiegészítő elemei a Nemzeti Reformprogramhoz

A társadalmi befogadás tekintetében a Nemzeti Szociális Jelentés és a Nemzeti Reformprogram közti koherenciát az biztosítja, hogy mindkét dokumentum tartalmazza a 2011 novemberében elfogadott, 2011-2020 közötti időszakra vonatkozó Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia céljait, beavatkozási területeit és intézkedéseit. A Nemzeti Stratégia tartalmazza a 2011-ben lefektetett, társadalmi befogadásra vonatkozó számszerű célkitűzést is (ami a szegénységben vagy kirekesztettségben élők számának 450 ezer fővel való csökkentése). A társadalmi felzárkózás politika fő megközelítése – melyet mindkét dokumentumban igyekszünk megjeleníteni – a komplex, ágazatok közti együttműködések alapuló beavatkozások előmozdítása a hátrányos helyzetű csoportok, elsősorban a romák és a szegénységben élő gyermekek, valamint a leghátrányosabb helyzetű térségekben élő népesség érdekében. A beavatkozások fő fókusza az aktív korú tartós munkanélküliek/inaktívok foglalkoztathatóságának, foglalkoztatásának elősegítése, a gyermekek esetében a minél korábbi életkorban történő beavatkozás és a minőségi oktatáshoz való hozzáférés biztosítása a hátrányok átörökítésének megakadályozása érdekében, valamint a szolgáltatásokhoz való hozzáférés elsősorban területi hiányainak orvoslása. A társadalmi felzárkózás szempontjait emellett horizontálisan is igyekszünk érvényesíteni a szakpolitikákban és a helyi tervezésben, valamint nyomon kívánjuk követni a roma népesség részvételét a társadalmi felzárkózást célzó programokban.

A nyugdíjrendszerben korábban, 2009-ben és 2010-ben továbbá az elmúlt év során megtett intézkedések egyrészt jelentős mértékben és tartósan hozzájárultak az állami költségvetés konszolidációjához, a hiánycél mérsékléséhez, másfelől a rendszer fenntarthatóságát szolgálták: a rendszer átalakítása során a célkitűzések között az is szerepelt, hogy a nyugdíjrendszer mindenkori finanszírozása saját forrásból, ne költségvetési kiegészítés révén történjen.

A 2012. évi Nemzeti Reformprogramban – a tavalyihoz képest – várhatóan valamelyest markánsabban jelennek meg az egészségi/egészségügyi szempontok, különös tekintettel a munkaerő egészségének és foglalkoztathatóságának javítására, míg az egészségügyi szektor makrogazdasági, növekedésbarát fiskális konszolidációs szempontjai várhatóan a Konvergencia Programban jelennek majd meg.

1.3. A Jelentés készítése során történt konzultációk

A Jelentés a Nemzeti Gazdasági és Társadalmi Tanács oldalaival, valamint a Magyar Orvosi Kamarával, a Magyar Gyógyyszerész Kamarával, és a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamarával került egyeztetésre.

2. A Nyitott Koordinációs Módszer (OMC) átfogó közös célkitűzései mentén történt előrehaladás áttekintése

2.1. Fő kihívások, fő prioritások

Társadalmi befogadás

A Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia (2011-2020) a legfőbb kihívások alapján, az alábbi célterületeken fogalmazza meg a szükséges beavatkozási irányokat és a következő célokat tűzte ki:

- **A szegénységben és társadalmi kirekesztettségben élők arányának csökkentése, különös tekintettel a roma népességre** Magyarországon az egyik legnagyobb társadalompolitikai kihívás a tartós munkanélküliség/inaktivitás kezelése, mely egyben a szegénység legfőbb oka. Ezért kiemelt cél a mélyszegénységben élők, romák foglalkoztatási szintjének emelése. Ennek érdekében Magyarország számos intézkedést tesz, illetve tervez a célcsoport képzése, kompetenciafejlesztése, foglalkoztathatóságuk javítása érdekében. Egyes gazdaság- és vállalkozásfejlesztési programokban is törekszünk a hátrányos helyzetűek bevonására a magas munkaigényű ágazatok és a szociális gazdaság fejlesztésével. A szociális ellátórendszer átalakításával a munkaerőpiacra való visszatérést ösztönözzük. A hátrányos helyzetű álláskeresők foglalkoztatását célzott aktív munkaerőpiaci eszközökkel, illetve átmenetileg közfoglalkoztatás keretében segítjük. Ez utóbbi a munkaerőpiacról tartósan kiszorult alacsony kvalifikált emberek számára olyan megoldást kínál, amely segély helyett munkajövedelemhez juttatja őket, ezáltal biztosítva megélhetésüket, valamint munkaerő-piaci szükségletekhez igazodó képzésekkel segíti visszailleszkedésüket az elsődleges munkaerőpiacra.
- **A szegénység, társadalmi kirekesztettség újratermelődésének megakadályozása**
A gyermekek, gyermekes családok szegénységének csökkentése érdekében szükséges a családokat érintő jóléti transzferek szinten tartása, a gyermekjóléti, gyermekvédelmi szolgáltatások minőségének, elérhetőségének javítása, a kora gyermekkori gondozás-nevelés és a korai képességgondozás fejlesztése. Javítani kell a halmozottan hátrányos helyzetű, köztük roma tanulók minőségi oktatáshoz való hozzáférését, iskolai sikerességüket és lemorzsolódásuk csökkentését támogató programokkal kell elősegíteni.
- **A társadalmi-gazdasági javakhoz történő egyenlő esélyű hozzáférés javítása**
Biztosítani kell a lakhatás elbizonytalanodásához vezető összetett problémák kezelését, beleértve a lakhatási támogatási rendszer és a szociális bérlakás rendszer eszközeit. Programokat kell indítani a szegregálódott, alacsony infrastruktúrájú városi lakótelepek, településrészek lakásállományának és lakókörnyezetének rehabilitációjára, valamint az ott élők foglalkoztatási és társadalmi integrációjának elősegítésére. Fontos cél a romák, mélyszegénységben élők és gyermekek egészségi állapotának és ellátórendszerhez való hozzáférésnek javítása.

Nyugdíjrendszer

A nyugdíjrendszer átalakítására az elmúlt években irányuló intézkedések a demográfiai helyzet kezelését, a fenntarthatóság biztosítását szolgálták, a munkában töltött évek meghosszabbítását célzó szabályok emellett a nyugdíjak megfelelőségének biztosításához is hozzájárulnak. **A nyugdíjak területén** kiemelt prioritás a nyugdíjak fenntarthatóságának biztosítása extra költségvetési forrás igénybevétele nélkül, amely abban az elvárásban

fogalmazódik meg, hogy a rendszer legyen önfenntartó és biztosítsa a Nyugdíjbiztosítási Alap mindenkori egyensúlyát. Továbbra is kiemelt prioritás emellett a nyugdíjak megfelelőségének és a rendszer megfelelő alkalmazkodásának biztosítása.

Egészségügy

A „Simmelweis Terv az Egészségügy megmentéséért” a Kormány egészségpolitikai koncepcióját tartalmazza, amely megteremti az általános kereteket az egészségügyi rendszer strukturális átalakítására. A célmodell – összhangban az európai kihívásokkal és folyamatokkal – egy kisebb, a kórházközpontú modelltől elmozduló, új struktúrájú, jobban szervezett, hatékonyabb ellátórendszer kialakítása, amely megfelel a minőségi, hozzáférhetőségi és fenntarthatósági követelményeknek. A Semmelweis Tervben bevezetett új koncepció lényege az egészségügyi ellátórendszer térségekbe szervezése. 8 ilyen egység került kialakításra, amelyekben a betegellátás a progresszivitás alapszintjétől a legmagasabb szintig biztosítható. Alapelv, hogy a tömegesen nyújtható, egyszerűbb ellátások a betegek lakhelyéhez minél közelebb álljanak rendelkezésre, viszont a bonyolult, nagy specializációt igénylő kezelések, beavatkozások a magas szakmai színvonalú centrumokban valósuljanak meg. A modell meghatározó eleme a betegút-szervezés.

Szintén kiemelt feladat a népegészségügyi intézményrendszer fejlesztése és a központi állami intézményeken kívül, partnerségi keretek között a társadalom valamennyi alrendszerének és szereplőjének bevonása a Népegészségügyi Programba.

Az egészségi állapotot és annak meghatározó tényezőit tekintve jelentős a területi, illetve társadalmi-gazdasági tényezők szerinti egyenlőtlenség hazánkban. A közösségi szintér alapú (munkahelyi, iskolai, települési) egészségfejlesztési programok elterjesztése, támogatása folyamatos feladat.

2.2. 2012-re elhatározott, a szociális OMC szakterületeire is ható szakpolitika változásról

- 2011-2012 folyamán jelentős változások zajlanak le a **személyi jövedelemadó** rendszerben, az egykulcsos személyi jövedelemadóra történő áttérés érdekében. Az átmeneti időszakban az alacsony keresetű munkavállalói csoportok nettó bérének szinten tartása érdekében a Kormány kompenzációs lehetőségeket biztosít (ld. részletesebben a 3.4. fejezetben).
- A 2012. szeptember 1-től hatályos köznevelési törvény többek között a tanköteles kor 16 éves korra történő leszállításáról rendelkezik, amely nem jelenti azt, hogy a tanuló kikerül az iskolarendszerű oktatásból. A korai iskolaelhagyás megelőzését a koragyermekkorai nevelés erősítése, korszerű pedagógiai módszerek szolgálják, a lemorzsolódás szempontjából veszélyeztetett csoportok esetében – hátrányos helyzetű vagy sajátos nevelési igényű tanulók – célzott programok állnak rendelkezésre. A 2012-től életbe lépő átfogó **felsőoktatási reform** célja a természettudományi, informatika és műszaki végzettségük arányának jelentős növelése és a felsőoktatás minőségének javítása.
- **Közfoglalkoztatás:** a tartós munkanélküli, inaktív személyek aktiválása érdekében a Kormány átalakította a közfoglalkoztatás rendszerét. A közfoglalkoztatási bér a segélynél magasabb, de a piaci minimálbérnél alacsonyabb meghatározása azt a célt szolgálja, hogy motiválja a közfoglalkoztatottakat a nyílt munkaerő-piaci belépésre. Képzések indulnak az alacsony képzettségű résztvevők kompetenciáinak fejlesztése, foglalkoztathatóságuk javítása érdekében. 2012-ben legalább 200 ezer fő közfoglalkoztatásba bevonására kerül sor.

- A tartós bentlakást nyújtó intézmények fenntartásának jogszabályi kötelezettsége mindeztáig a megyei önkormányzatok feladata volt. Figyelemmel azonban a megyék felhalmozódó adósságállományára, a kormányzat 2012. január 1-vel átvette az intézmények fenntartói feladatainak ellátását, megalakítva az ehhez szükséges megyei szintű intézményfenntartó szervezeti kereteket. A központi fenntartás így ezen intézmények számára biztosítja a zavartalan működéshez szükséges feltételeket. Az átvétel mindösszesen 86 intézményt és 12.333 ellátottat érint.

3. A szegénység és a társadalmi kirekesztettség csökkentése

3.1. A legfrissebb és a 2020-ig várható helyzet alakulása a nemzeti szegénység elleni számszerű célkitűzéseket figyelembe véve

A Magyarország által a Nemzeti Reformprogramban 2011-ben vállalt cél a szegénységben vagy kirekesztettségben élők számának 5%-pontos csökkentése 2020-ra: ez a 2008. évi bázisadat alapján 2,83 millióról 2,38 millióra, vagyis mintegy **450 ezer fővel** való csökkentést jelent. Ezt a célt három indikátor – a gyermekes háztartásokban élők relatív szegénységi rátája, a súlyos anyagi nélkülözésben élők aránya, valamint az alacsony munkaintenzitású háztartásban élők aránya – egyaránt mintegy 20-20%-os csökkentésével kívánjuk elérni. Ugyanez a fő számszerű célja a 2011. november 30-án elfogadott Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégiának is.

A 2008. évi bázisadatot követően a szegénységben vagy kirekesztettségben érintettek köre 2009-ben 2,96 millió főnek, 2010-ben **2,99 millió** főnek adódott, melyhez képest 610 ezer fővel kellene csökkenteni az érintettek számát 2020-ra.

A három részmutató értékeinek változását a következő táblázatban foglaltuk össze:

	Mutató megnevezése	Bázisadat (2008)	2009	2010
1.	Szegénységben élő gyermekes háztartások aránya	16%	17%	16,6%
2.	Alacsony munkaintenzitású háztartásban élők aránya (0-60 évesek)	12%	11,3%	11,8%
3.	Súlyos anyagi deprivációban élők aránya	17,8%	20,3%	21,6%

A gyermekes háztartások relatív szegénységi rátája kismértékben romlott, az alacsony munkaintenzitású háztartásban élők aránya gyakorlatilag nem változott, míg a legnagyobb romlás a súlyos anyagi deprivációban élők arányában tapasztalható. Mindhárom mutató korcsoportos bontásából az állapítható meg, hogy a mutatók értékének romlása **elsősorban a gyermekek körében** következett be, az okozza az általános ráta romlását. A súlyos anyagi deprivációban élő 18 év alattiak aránya például a 2008. évi 21,5%-ról 2010-re 28,8%-ra nőtt! Az alacsony munkaintenzitású háztartásban élők körében pedig azt láthatjuk, hogy a mutató értéke a felnőtt népesség körében javult, a gyermekekében pedig romlott (a 2008. évi 11,1%-ról 2010-re 13,8%-ra).

A társadalmi befogadás számszerű cél elérése a középtávú gazdasági növekedéssel és a foglalkoztatottság bővülésével párhuzamosan várható. A középtávú növekedési és

foglalkoztatási várakozásokkal összhangban ezért 2013-ig a három indikátor közül elsősorban az alacsony munkaintenzitású háztartásban élők arányának csökkenése prognosztizálható – rövidtávon elsősorban a közmunkaprogramokba bekerülő tartós munkanélküliek számának emelkedésével. A másik két mutatóban és így a teljes mutatóban is csak **2015-től számítunk érzékelhető javulásra.**

3.2. A szegénység és a társadalmi kirekesztettség csökkentése érdekében tett és teendő fő intézkedések

A Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia értelmében a szegénység és társadalmi kirekesztés csökkentése érdekében az alábbi beavatkozási területeken szükséges beavatkozásokat eszközölni:

- Gyermekjólét
- Oktatás
- Foglalkoztatás
- Egészségügy
- Lakhatás
- Bevonás, szemléletformálás, diszkriminációs jelenségek elleni küzdelem.

A Nemzeti Stratégiához kapcsolódó, 2012-2014. évekre vonatkozó kormányzati intézkedési terv az alábbi intézkedéseket irányozza elő (konkrét határidők, felelős tárcák és források megjelölésével):

- I. A **gyermekjólét, gyermekvédelem** területén folytatni kell a térségi komplex gyermekesély programok létrehozását a leghátrányosabb kistérségekben, melyek központi elemei a Biztos Kezdet Gyerekházak. Tovább kell bővíteni a minőségi kora gyermekkori szolgáltatásokat a szolgáltatás-, illetve férőhelyhiányos településeken. Lehetőség szerint bővíteni kell a hátrányos helyzetű gyermekek kedvezményes étkezésének és nyári étkezésének lehetőségeit, kiterjesztve a középiskolás korosztályra. Programokat kell indítani a családsegítő és gyermekjóléti szolgáltatások megerősítésére a gettósodó településeken. Ki kell dolgozni az iskolai szociális munka rendszerét. Erősíteni kell a roma helyettes szülők és nevelőszülők képzését, valamint be kell illeszteni a gyermekvédelem rendszerébe a fiatalkorúak pártfogásának intézményét.
- II. Az oktatás területén kiemelt jelentőségű a 3 éves kortól való kötelező óvodáztatás bevezetése 2013 végétől, melyhez jelentős férőhely-bővítés kapcsolódik. A Kormány folytatja az óvodában, illetve az alap- és középfokú oktatásban az integrációs és képesség-kibontakoztató felkészítés programját (IPR). Bővülnek a tanoda és „második esély” típusú programok is, kiemelten a leghátrányosabb helyzetű térségekben. Folytatódnak a hátrányos helyzetű, köztük roma fiatalok ösztöndíj-programjai. A felsőoktatásban bővíteni kell a roma szakkollégiumokat, továbbá programokat kell indítani a hátrányos helyzetű diákok diák- és szabadidősportban való részvétele érdekében. Jelentős szerepet kell biztosítani a közoktatás céljainak megvalósulását támogató, a kulturális intézmények által nyújtott nem formális és informális tanulási formák és programok biztosítására, mely a társadalmi befogadás érdekében preventív és rehabilitációs funkciót is tud biztosítani.
- III. A **foglalkoztatás** területén a társadalmi felzárkózási politika fő célcsoportja a tartós munkanélküli, inaktív csoportok. A célcsoport nyílt munkaerő-piaci integrációja érdekében célzott kedvezményeket biztosítunk a foglalkoztatáshoz kapcsolódó

költségekből a munkáltatók részére egyes hátrányos helyzetű csoportok (többek közt hosszabb ideje munkanélküliek, megváltozott munkaképességűek, fiatalok, illetve 2013-tól alacsony iskolai végzettségűek) foglalkoztatása esetén, valamint törekszünk az alacsony iskolai végzettségűek foglalkoztatásának előnyben részesítésére bizonyos vállalkozás-fejlesztési programokban. A hátrányos helyzetű álláskeresők foglalkoztatását a nemzeti foglalkoztatási szolgálat bázisán, a munkaügyi központok által megvalósított célzott aktív munkaerőpiaci eszközökkel is segítjük. A nyílt munkaerő-piaci integráció felé vezető átmenetként erősíteni kell a szociális földprogramokat és támogatjuk a szociális gazdaság területén működő szervezetek gazdasági és társadalmi beilleszkedés érdekében kezdeményezett fejlesztését. Széles körben kerülnek indításra 2012-ben szakmai képzésekkel egybekötött közfoglalkoztatási programok, amelyek munkajövedelmet és a foglalkoztathatóság javítását is kínálják a leghátrányosabb helyzetű csoportoknak. A főként uniós forrásból induló munkaerő-piaci és foglalkoztathatóságot javító társadalmi integrációs, képzési programokban kiemelt célcsoportnak tekintjük a hátrányos helyzetű, roma vagy a szegregátumokban élő embereket. A roma nők számára képzéseket biztosítunk szociális és gyermekvédelmi szakmákra.

- IV. Az **egészségügyben** a társadalmi befogadás szempontjából a koragyermekkor szűrésre, a hátrányos helyzetű szülők gyermek-egészségügyi ismereteinek bővítésére, az alapellátás prevenciók kapacitásának javítására, valamint az iskolai egészségfejlesztés kiépítésére helyezük a hangsúlyt. Ezen kívül programokat indítunk a szegregált lakókörnyezetben élő népesség népegészségügyi szűrésekbe való bevonására, és a hozzáférés javítására a betöltetlen háziorvosi, gyermekorvosi praxisok betöltésével a védőnői szolgálat megerősítésével. A leghátrányosabb helyzetű kistérségekben pályázati felhívás került kiírásra az egészséget szolgáló egyéni magatartásminták és közösségi értékek elterjedésének ösztönzésére, az egészségfejlesztés színterein megvalósuló közösségi programok elterjesztésére, az életminőség javítására, továbbá a kistérségekben, mint egészségfejlesztési színtereken a folyamatos egészségfejlesztési tevékenység fenntartható intézményi, szervezeti bázisának kiépítésére.
- V. A **lakhatási**, eladósodottsággal kapcsolatos problémák oldása érdekében átalakításra kerül a szociális bérlakás és lakhatási támogatási rendszer. 2011. április 30-ával kivezetésre került a szociális alapú gázár- és távhőtámogatás az ellátórendszerből. A támogatás megszűnése folytán emelkedő háztartási-többletterhek enyhítésére azonban kibővítésre került a lakásfenntartási támogatás rendszere: a jövedelmi jogosultsági határ az öregségi nyugdíjminimum 150%-áról a 250%-ára emelkedett, valamint eltörlésre került a jövedelmi küszöb is, vagyis az a szabály, amely szerint a lakásfenntartás elismert havi költségének meg kell haladnia a háztartás havi összjövedelmének 20%-át. A módosítás következtében a lakásfenntartási támogatásban részesülők száma jelentősen megemelkedett. A lakhatás területén kiemelendők még az uniós forrásból megvalósuló szociális város-rehabilitációs, illetve a közeljövőben induló telep-rehabilitációs programok.
- VI. A hátrányos helyzetű csoportok, köztük a romák **bevonása** érdekében képzéseket indítunk a cigány kisebbségi önkormányzatok munkatársai számára. A társadalmi szemléletformálás, a sztereotípiák elleni küzdelem jegyében támogatjuk a roma kulturális intézményeket, a kulturális intézmények képzési, kompetenciafejlesztő programjait, valamint ösztönözzük a hátrányos helyzetű csoportok reális média-ábrázolását. A társadalmi felzárkózás szempontjainak érvényesítése érdekében a helyi tervezésben, 2012 végétől minden – fejlesztési forrásra pályázó – önkormányzatnak

rendelkeznie kell helyi esélyegyenlőségi programmal. A társadalmi konfliktusok oldása érdekében ösztönözni kívánjuk a települési közösségfejlesztő, konfliktuskezelő, bűnmegelőzési programok indítását, elősegítjük a roma fiatalok elhelyezkedését a rendvédelmi szerveknél és a honvédségnél.

Az intézkedési tervben foglaltak megvalósulásáról évente május 31-ig jelentés készül a Kormány számára, a Stratégiát pedig két évente, legkorábban 2014-ben kell felülvizsgálni. A Stratégia monitoring rendszere 2012. május 31-ig kerül kialakításra.

2011-ben összesen 253 ezer fő részesült a minimum jövedelmi ellátásnak tekinthető aktív korúak ellátásában (az adat nem tartalmazza azok számát, akiknek pénzügyi ellátása a közfoglalkoztatásban való részvétel miatt szünetelt). Ahogy a foglalkoztatás területén tervezett intézkedéseknél jeleztük, a tartós munkanélküliek, inaktív munkaerő-piaci integrációja, öngondoskodó képességének erősítése kiemelt prioritás. Ennek érdekében a szociális segélyezési rendszerben több, a munkára ösztönzést erősítő változás történt. 2012-től a foglalkoztatást helyettesítő támogatásra való jogosultság feltétele, hogy a személy a jogosultság felülvizsgálatát megelőző egy évben legalább 30 nap időtartamban keresőtevékenységet folytasson, vagy munkaerő-piaci programban, képzésben vegyen részt, annak érdekében, ily módon maga is törekedjen saját helyzetének javítására. A közfoglalkoztatásban való részvétel lehetősége az aktív korúak ellátására jogosultak széles köre számára elérhetővé válik. 2012. évben 200 ezer fő közfoglalkoztatásba kerülése várható. 2011. évben a közfoglalkoztatásban érintettek több mint 70%-a a rövid, napi 4 órás munkaidejű, 1-4 hónap időtartamú közfoglalkoztatás keretében jutott munkalehetőséghez. 2012. évben ugyanakkor az előzetes tervek szerint csak nagyon minimális létszám bevonása várható a közfoglalkoztatás e típusába, a hangsúly a napi 6-8 órás, hosszabb időtartamú, az egyén és a társadalom számára is hasznos közfoglalkoztatásra helyeződik. A megújuló, közfoglalkoztatási program hangsúlyt helyez az elsődleges munkaerőpiacra történő visszatérésre is. Az ellátások összegében történt változások azt célozzák, hogy a közfoglalkoztatással elérhető jövedelem lényegesen meghaladja a segély (az aktív korúak ellátása) összegét. Az alapvető javakhoz való hozzájutás biztosítása, illetve az uzsora jelenség visszaszorítása érdekében nő továbbá a természetben nyújtott segélyek aránya.

3.3. Intézkedések a számszerű cél elérése érdekében

A Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia alapján a társadalmi befogadás szempontjából fő célcsoportoknak Magyarországon továbbra is a **romák, a szegénységben élő gyerekek és a hátrányos helyzetű térségek lakossága** tekinthető (e három célcsoport között jelentős átfedések vannak). A 3.2. pont szerinti gyermekjóléti, oktatási és egészségügyi intézkedések egyik célcsoportja a hátrányos helyzetű, köztük roma gyermekek. Az intézkedések nagy része szociális helyzet alapján céloz, azonban egyes programok (pl. ösztöndíjprogramok, egyes munkaerő-piaci programok) kifejezetten előnyben részesítik vagy kvótát szabnak meg a romák részvételére vonatkozóan.

3.4. Intézkedések a munkavállalók körében tapasztalható szegénység (in-work poverty) csökkentése érdekében

A munkavállalók körében tapasztalható szegénység Magyarországon 5,3% volt 2010-ben, ami uniós összehasonlításban nem tekinthető magasnak. Vagyis a szegénység fő kockázati tényezője a munkanélküliség/inaktivitás. Ugyanakkor a 2011. évi országspecifikus ajánlások

között szerepel, hogy a munkaerőpiaci részvétel ösztönzése érdekében gondoskodni kell az adórendszer alacsony jövedelmű munkavállalókra gyakorolt hatásainak enyhítéséről. Az egykulcsos személyi jövedelemadó rendszerre történő átmenet idején a Kormány több intézkedést vezetett be az alacsony keresetűek nettó béreinek fenntartása érdekében. Egyrészt 2012. január 1-től megemelésre került a minimálbér és a garantált bérminimum. A közszférában folytatódik a 2011-ben megkezdett, az alacsony keresetűek esetleges nettó jövedelem csökkenését ellensúlyozó havi kompenzáció kifizetése. A versenyszférában a Kormány egyrészt adókedvezménnyel ösztönzi a foglalkoztatókat a szükséges béremelés végrehajtására. Másrészt azok a cégek, amelyeknek problémát okoz az 5%-os béremelés végrehajtása, vissza nem térítendő támogatásra pályázhatnak e célra, hogy a nettó bérek megőrzése ne járjon az alkalmazotti létszám csökkentésével.

4. Megfelelő és fenntartható nyugdíjak

4.1. Intézkedések a megfelelő és fenntartható nyugdíjak, valamint a nyugdíjrendszerek modernizálása érdekében

A Nemzeti Szociális Jelentés a nyugdíjrendszert érintő változásokat az ellátórendszer oldaláról mutatja, a Nemzeti Reformprogram pedig elsősorban a nyugdíjrendszer átalakításának a fiskális konszolidációban betöltött szerepével, a finanszírozás változásaival foglalkozik valamint a nyugdíjrendszer átalakításának foglalkoztatásra gyakorolt hatását elemzi.

A tényleges nyugdíjba vonulási életkor 2008-2011 között egy-másfél évvel nőtt, a nyugdíjakra fordított kiadások ebben az időszakban a GDP %-ában kifejezve az alábbiak szerint alakultak:

	2008	2009	2010	2011
Nyugdíjkiadások a GDP%-ában	10,8 %	10,9 %	10,6 %	10,8 %

A legutóbbi években bekövetkező változások, intézkedések részletesebb bemutatása előtt röviden utalni kell a 2009. évi válságkezelő nyugdíjcsomag intézkedéseire, amely lényeges változásokat hozott.

A 2009-es nyugdíjcsomag

A 2011-2012-es intézkedések egy korábbi jelentős nyugdíjintézkedési csomagra épülnek, amelyet a globális pénzügyi és gazdasági válság kezelése következtében előállt helyzet stabilizálása tett szükségessé. Ennek lényeges elemei:

- **2012-től születési évjáratonként hat hónappal emelkedik a nyugdíjkorhatár**, ami először az 1952-ben születetteket érinti. A 2009-ben a nőknek és férfiaknak egységes 62 éves nyugdíjkorhatár emelése 2022-ig fejeződik be. Az 1957-ben születettek már egységesen 65 éves korban mehetnek nyugdíjba. A korhatáremeléshez igazodva tovább szigorodtak a korai nyugdíjba vonulás szabályai is.
- **a 13. havi nyugdíj megszüntetése**
- **Változott a nyugdíjindexálás, az évenkénti nyugdíjemelés szabálya:** a korábbi vegyes, svájci indexálás helyett a fogyasztói ár és nettó keresetnövekedés aránya a nyugdíjak emelésénél a GDP-növekedéshez kapcsolódik: 3 százalék alatt a fogyasztói áremelkedés szerint, 5 százalék felett a svájci indexálás (50-50 százalék) szerint nőnek

a nyugdíjak. (3 és 4 százalékos GDP növekedés között 80-20, 4 és 5 százalékos GDP növekedés között 60-40 százalék arányban kell figyelembe venni az infláció és a nettó átlagkereset-növekedést a nyugdíjemelési mértékének meghatározásakor).

2010-2011. A kötelező magán-nyugdíjpillér átalakítása

2010 októberében döntés született a magánnyugdíjpénztárakba való tagdíjfizetés 14 havi felfüggesztéséről, valamint arról, hogy a magánnyugdíjpénztárakba nem lesz kötelező belépés a továbbiakban. Ez idő alatt a magánnyugdíjpénztár tagok is a teljes nyugdíjjárulékot fizették be a Nyugdíjbiztosítási Alapba. A pénztártagság 2011. január 31-ig választhatott, hogy visszalép a TB pillérbe, vagy a magánnyugdíjpénztáránál marad. A tagok 97%-a a visszalépést választotta.

Az intézkedést a költségvetés hiánycél mérséklése, a TB nyugdíjalap magas deficitjének lefaragása tette szükségessé, továbbá az a nyugdíjrendszer irányába megfogalmazott elvárás, hogy egyensúlyt kell teremteni a TB nyugdíjalap mindenkori járulékbefizetései és kiadásai között. Az intézkedések meghozatalában a magánnyugdíjpénztárak működésének időtartama alatt felhalmozódott negatív tapasztalatok is szerepet játszottak (többek között a drága működtetés, valamint a 10 év átlagában alacsony reálhozamok). Ezzel a lépéssel a nyugdíjrendszer kétpilléressé alakult át. Egyik eleme a közfinanszírozású állami nyugdíjrendszer a másik az azt kiegészítő önkéntes megtakarításokat biztosító intézményrendszer.

2011-2012-es társadalombiztosítási nyugdíjrendszert érintő nyugdíjintézkedések

1. **A 'nők negyven' szabály bevezetése:** 2011. január 1-jétől öregségi nyugdíjra jogosultak azok a nők korhatártól függetlenül, akik legalább negyven év jogosultsági idővel rendelkeznek. A jogosultsági időbe beszámít a járulékfizetési idő mellett a gyermeknevelési idő is. Fő szabályként a 40 évből legalább 32 év járulékfizetéssel meglapozott szolgálati időnek kell lennie, és legfeljebb 8 év gyermekneveléshez kapcsolódó szolgálati idő vehető figyelembe. Az 5, vagy annál több gyermeket nevelők esetében a 32 év járulékfizetési idő gyermekenként egy évvel mérséklődik, de legalább 25 év munkajövedelem utáni járulékfizetést mindenképpen kell igazolni.
2. 2012. január 1-től megváltozott a rendszer finanszírozása: minden biztosított a kötelező társadalombiztosítási nyugdíjrendszerbe fizeti a nyugdíjjárulékot. A magánnyugdíjpénztárat választók a tagdíjuknak megfelelő járulékot szintén a kötelező rendszerbe fizetik be, a magánnyugdíjpénztárba való befizetés kiegészítő jellegűvé vált, azonban minden pénztár saját Alapszabályában határozza meg az önkéntesen vállalt tagdíj mértékét.
3. 2012-től megváltozik a nyugdíjak indexálásának módszere, az éves nyugdíjemelési a költségvetési törvényben tervezett fogyasztói árindexszel megegyező mértékben történik a jövőben.
4. **A társadalombiztosítási nyugdíjrendszerben 2011-ben végrehajtott intézkedések:** A társadalombiztosítási nyugdíjrendszerben jelentős változás 2012. január 1-jétől, hogy fő szabályként az minősül nyugdíjasnak, aki az öregségi nyugdíjkorhatárt betöltötte, vagy aki a "nők 40 év" jogosultsági idő alapján megszerzett nyugdíjban részesül. A

nyugdíjkorhatár előtti nyugellátások és a **rokkantsági nyugdíjak** a továbbiakban nem nyugellátásként, hanem **egyéb szociális ellátásként** és nem a **Nyugdíjbiztosítási Alapból** kerülnek finanszírozásra.

4/a. **A korhatár előtti ellátások:** a korábbi szabályozás szerint a nyugdíjkorhatár betöltése előtt többféle kedvezmény alapján fiatalabb életkorban lehetett nyugellátást igénybe venni. A kedvezmények kiterjedt rendszere hozzájárult ahhoz, hogy a tényleges nyugdíjba vonulási életkor csak lassan közeledett a nyugdíjkorhatárhoz, és a többszöri szigorúbb szabályozás ellenére a korai nyugdíjazás széleskörű igénybevétele volt jellemző.

- **A korhatár előtti nyugdíjak korhatár előtti ellátásokká történő átalakítása** a már megállapított ellátások további folyósítása, a szerzett jogok későbbi elismerésének garanciája, valamint a törvényben tett ígéretek betartása mellett valósult meg. Az átalakítással érintett ellátások² a jövőben nem minősülnek nyugdíjnak, de a nyugdíjakkal azonos mértékben emelkednek, s folyósításuk mellett a korhatár előtti nyugdíjra vonatkozó szabályokra figyelemmel lehet munkát vállalni.
- A jövőben megszűnik a korai nyugdíjba vonulás lehetősége, az öregségi nyugdíj és a hozzátartozói ellátások képezik részét a társadalombiztosítási nyugdíjrendszernek. A korhatár előtti ellátások jogosultsági és folyósítási szabályait, valamint a rokkantsági rendszer átalakítását követően a megváltozott munkaképességűek ellátórendszerében járó ellátásokat, azok jogosultsági és folyósítási feltételeit külön törvények szabályozzák.

4/b. **A megváltozott munkaképességűek új ellátórendszere:**

- A rokkantsági nyugdíjrendszer és a korábbiakban megváltozott munkaképességűnek tekintett személyeket érintő ellátórendszerek egységes szemléletű átalakítása valósult meg. A hangsúly az egészségkárosodott ember megmaradt képességeire építő rehabilitációra helyeződik a korábbi passzív ellátásról. A változások azt a célt szolgálják, hogy az igénylők állapotának komplex vizsgálatával, az állapotjavításhoz szükséges eszközök biztosításával munkavállalóként aktív életet élhessenek.
- A megváltozott munkaképességűek **rehabilitációs és rokkantsági ellátásra** szerezhetnek jogosultságot komplex minősítés alapján. A rehabilitáció időtartama alatt pénzellátásban és a munkába állást elősegítő szolgáltatásokban részesülnek, a rokkantsági ellátásban részesülők pénzellátást kapnak. A rehabilitációs ellátás ideje és a rokkantsági ellátás mellett végzett munka ideje szolgálati időnek számít. Átmeneti szabályként a már ellátásban részesülők közül a nyugdíjkorhatárt öt éven belül betöltők és a legrosszabb egészségi állapotúak változatlan összegben rokkantsági ellátásként kapják a korábbi rokkantsági nyugdíjukat vagy átmeneti járadékukat. A fiatalabbaknak az új komplex minősítést követően változhat a státusza, az ellátása az új minősítési rendszer szerint.

5. Egyéb intézkedések: az év során a rendszer automatizmuszerű elemeinek a felülvizsgálata (valorizációs szorzók, degressziós skála, emelések) és amennyiben szükséges, korrekciójának végrehajtása történik meg, valamint további feladat a törvényben foglalt

² Az átalakítással érintett ellátások a következők előrehozott öregségi nyugdíj, csökkentett összegű előrehozott öregségi nyugdíj, karkedvezményes nyugdíj, bányász-, művésznyugdíj, szolgálati nyugdíj, országgyűlési képviselők, polgármesterek kedvezményes nyugdíja, korengedményes nyugdíj.

kötelezettségnek megfelelően az egyéni számlák kialakításával kapcsolatos szabályok megalkotása.

Összegzés: A fenti intézkedések, a fenntarthatóság irányába tett lépések, a nyugdíjba vonulás kereteinek változása jelentős előrelépés a rendszer fenntarthatóságának biztosítása felé, és további impulzusokat jelent a továbbdolgozás irányába a későbbiekben szükséges finomhangolások, intézkedések mellett.

4.2. A Nemzeti Reformprogramnak a megfelelő nyugdíjak és az egészségügyi reformok területén az ország-specifikus ajánlásokra tett intézkedései

Az NRP a nyugdíjrendszerrel kapcsolatos intézkedéseket elsősorban abból a szempontból tárgyalja, hogy az intézkedések milyen módon járulnak hozzá a rendszer stabilitásához, önffinanszírozó jellegéhez, ezen keresztül a központi költségvetés konszolidációjához. Kitüntetett továbbá a nyugdíjrendszer szerepe a foglalkoztatásra gyakorolt hatása szempontjából, mivel olyan elvárásokat közvetít, olyan kereteket jelöl ki, amely a munkaerőpiacon maradási támogatja annak korai elhagyása helyett.

2011-ben kifejezetten a nyugdíjakra vonatkozóan nem szerepeltek ország-specifikus ajánlások, ám az év során megtett intézkedések iránya megfelel a korábbi ország-specifikus ajánlásokban megfogalmazott elvárásoknak, amelyek a korai nyugdíjba vonulás és a rokkantsági nyugdíjazás visszaszorítását szorgalmazták.

5. Hozzáférhető, jó minőségű és fenntartható egészségügyi és tartós ápolási-gondozási rendszerek

5.1. - 5.2 Intézkedések az egészségügyi és a tartós ápolási-gondozási rendszerek hozzáféréseinek, minőségének és megfelelőségének javítása, továbbá az egészségügyi és tartós ápolási-gondozási rendszerek pénzügyi fenntarthatóságának biztosítása érdekében

Egészségügy:

A Semmelweis Tervben megfogalmazott célmodellel és prioritásokkal is összhangban **2011-ben és 2012-ben** a következő **főbb intézkedések megtételére került sor:**

- kiterjedt, többszöri **egyeztetések** az egészségügy szereplőivel, összes érintettel, több körben lebonyolított országjáró körutak;
- a **tényeken alapuló döntéshozatal megalapozása**, átfogó adatbázis létrehozása, amely alkalmas a különböző alternatívák feltérképezésére és modellezésére;
- **adósságkonszolidáció**, melynek keretében a több év alatt felhalmozódott tartozások csökkentésére több 10 milliárd forintos támogatásban részesültek az egészségügyi szolgáltatások az elmúlt két évben;
- **baleseti adó bevezetése** 2012. január 1-től, mely abból a felismerésből indult ki, hogy a gépjárműhasználat magasabb baleseti kockázattal és potenciálisan nagyobb egészségügyi kiadással jár. Ezért indokolt, hogy az autóhasználók fokozottabban vegyenek részt az egészségügyi kiadások fedezésében. Az adót a gépjármű üzembentartója fizeti, a kötelező felelősségbiztosítás díjával együtt, mértéke a felelősségbiztosítás díjának 30%-a. Az adót a biztosító szedi be az adóalanytól.

- az **intézményi feltételek megeremtése**: 2011. május 1-vel megkezdte működését a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI), melynek főbb feladatai:
 - o *fenntartói és intézményfelügyeleti feladatok ellátása*: az állam növekvő szerepével összhangban az önkormányzatok és az állam közötti feladat-megosztás módosulása alapján az önkormányzatoktól állami fenntartásba kerülő egészségügyi intézmények átvételének lebonyolítása, az állami egészségügyi intézmények tekintetében a fenntartói és intézményfelügyeleti feladatok ellátása (*megvalósítása folyamatban van*);
 - o *intézményi struktúra átalakítása*: az egészségügyi intézményrendszer teljes körű átvizsgálása (betegforgalmi adatok, elvégzett tevékenységek, szerződött kapacitások, kihasználtság), az Egészségügyi Szakmai Kollégium ajánlásai alapján progresszivitási szintek definiálása, a progresszivitási szinteknek megfelelően az elérési térképek segítségével kapacitások és területi ellátási kötelezettségek rendelése az ellátó intézményekhez (*megvalósítása folyamatban van*);
 - o *betegút szervezés*: országos feladatokat ellátó Állami Egészségügyi Központ, továbbá térségi egészségügyi központok létrehozása az egészségügyi intézmények funkcionális együttműködési formáinak (szakmai kapcsolatok, háttérszolgáltatások, közös beszerzések) kialakítása és a területi egészségügyi feladatok ellátása érdekében (*megvalósítása folyamatban van*);
 - o *egészségügyi ágazati informatikai tevékenység* ellátása, az egészségüggyel, az egészségügy finanszírozásával kapcsolatos fejlesztési, elemzési, értékelési, kutatási, szakértői és szakmai támogatási feladatok (*megvalósítása folyamatos*);
 - o *minőségügy*: megeremtődött az intézményi háttér az egészségügyi ágazat minőségügyi és megbízhatósági stratégiájának és irányvonalának meghatározásához, a minőségcélok és a célok elérését lehetővé tevő eszköztár kidolgozásához;
- az **alapellátás megerősítését**, minél nagyobb mértékben befejezett ellátás nyújtását, illetve a megelőzési tevékenységek erősítését célzó intézkedések, beleértve a házi orvosok körében jelentkező humán erőforrás krízis kezelését:
 - o A házi orvosok és házi gyermekorvosi szolgálatok által végzett *minőségi és hatékony tevékenységek ösztönzése* érdekében 2011. április 1-től országosan egységes – az ellátás minőségi színvonalának emelkedését célzó – indikátorrendszer kidolgozására került sor. Az összetett rendszer lehetővé teszi, hogy a minősítés alapját a komplex házi orvosok munkája adja. Az ösztönzési rendszer eszköze a házi orvosok szolgálatonként megállapított tevékenység függvényében fizetendő összeg, tehát a bónusz rendszerű díjazásával a praxisok többletbevételhez jutnak.
 - o A házi orvosok *praxisjogának megújítása*, a területi ellátási kötelezettség és a praxisok közötti kapcsolat megerősítése, egyértelműbbé tétele érdekében.
 - o *Praxisalap létrehozása* a hosszabb ideje üres praxisok betöltésére, a praxisok piacának fellendítése érdekében. Cél az újonnan belépő házi orvosok támogatása a praxisjoghoz kedvező feltételekkel történő hozzájutásban. A Kormány 300 millió forintot tett elérhetővé a fiatal házi orvosok számára a praxis és a szükséges felszerelés megvásárlásához azzal, hogy a sikeres pályázóknak a kapott támogatás összegével arányos ideig az adott praxisban kell maradniuk. Az intézkedés egyúttal segíti az idős házi orvosok méltó nyugdíjba vonulását praxisok eladásának megkönnyítése által.
- A pre-hospitális **sürgősségi ellátás fejlesztésének** részeként – részben EU-s támogatással – 2011-ben az Országos Mentőszolgálat jelentős támogatást kapott mentőautók vásárlására, mentőállomások felújítására és építésére, életmentő eszközök vásárlására.
- A **rehabilitációs szolgáltatások** uniós és hazai kormányzati forrásokból történő **fejlesztésének** célja a különböző rehabilitációs szakterületek ellátásaihoz való lakossági hozzáférés földrajzi-regionális és szakmai-tartalmi egyenlőtlenségeinek csökkentése és az

elérhető szolgáltatás színvonalának javítása az egészségügyi rehabilitációs szolgáltatások infrastruktúrájának és műszerezettségének fejlesztésével, e szolgáltatások ambuláns formáinak elterjesztésével, személyi feltételeinek javításával, továbbá szakmai együttműködések létesítésével. A fejlesztés kiemelt területei: a pszichiátriai, addiktológiai, kardiológiai rehabilitáció; tüdőgyógyászati és légzés rehabilitáció; gyermekgyógyászati rehabilitáció, valamint ideg- és mozgásrendszeri rehabilitáció.

- A **gyógyszerkassza egyenlegének javítása** érdekében tett intézkedések:

o **2011. július 1-től bevezetésre került intézkedések:**

A 12%-os gyártói befizetési kötelezettség mértékének 20%-ra történő emelése

A gyógyszergyártó cégek a törvényben előírt kötelezettségük alapján a támogatott forgalmuk után a termelői árba eső TB támogatás 12%-át fizették be az E. Alapba havi rendszerességgel, a befizetési mérték 20%-ra emelkedett.

Orvos-látogatói díj mértékének emelése

A marketing tevékenység visszaszorítása érdekében az orvos-látogatói díj éves mértéke 10 millió Ft-ra emelkedett a korábbi 5 millió Ft-os szintről.

Támogatásvolumen szerződések újrakötése

A támogatásvolumen szerződések keretében a finanszírozási kockázatmegosztás érdekében a biztosító és a gyógyszergyártó cég között polgárjogi szerződés kerül megkötésre. A lejárt szerződések újrakötése szükséges, hozzávetőleg 10%-kal alacsonyabb határértékkel, ami a gyártói befizetések emelkedését jelenti.

Generikus program, preferált referencia ársáv rendszer, generikus ösztönzés

Az originális készítmény szabadalmának lejártja után a generikus készítmények piacra lépését követően, a fixesítés után kialakult referencia termék nem élvezett olyan mértékű piaci előnyöket, mely érdekeltté tette volna a forgalmazókat, hogy árcsökkentés révén készítményeik referencia terméké váljanak. Szükséges volt egy olyan több összetevős rendszer kialakítása, amely a piac minden szereplőjét érdekeltté teszi a referencia termék státuszának elérésében. A rendszer nem csak a referencia terméket, hanem az annál 5%-kal drágább, a preferált referencia ársávba még éppen beletartozó fixcsoportban lévő termékeket, illetve a referenciaterméknél maximum 10%-kal drágább terápiás fix csoportba tartozó termékeket is preferált helyzetbe hozza.

Első generikum térnyerése

Korábban a szabadalom lejártja után forgalomba kerülő generikus termék csak 6 hónap elteltével válhatott referencia terméké. Szükséges volt ennek gyorsítása (3 hónap) a gazdaságosabb gyógyszerrendelés érdekében. A megfelelő ellátási garancia a piacon lévő termékek megfelelő számával biztosítható.

Egyes terápiás területek felülvizsgálata

A finanszírozási protokollok lehető legszélesebb körű kialakítása mellett szükséges egy-egy terület felülvizsgálata a támogatási mérték szempontjából. Cél, hogy az összes területen elkészüljön a finanszírozási protokoll.

Kombinációs készítmények felülvizsgálata

A 2011. január 1-jén hatályba lépett szabályozás alapján megtörtént a több hatóanyagot tartalmazó készítmények támogatásának monokomponensek támogatásához való fixesítése.

o **2012-ben bevezetendő intézkedések:**

Gyógyszertárak marketingtevékenysége

Szigorításra kerültek a gyógyszertárak marketingtevékenységére vonatkozó szabályok annak érdekében, hogy erősödjön a gyógyszertárak egészségügyi szolgáltató szerepe.

Szolidaritási díj

2012. január 1-jétől változott a magasabb – támogatott gyógyszerek forgalmazásából származó – árrés-tömeeggel rendelkező közforgalmú gyógyszertárak szolidaritási díj fizetése oly módon, hogy a díjfizetési kötelezettség nem az egyes gyógyszertárak, hanem azonos adószámon működő vállalkozások közfinanszírozott forgalma alapján kerül megállapításra, illetve emelkedik a befizetési kötelezettség mértéke a 15 M Ft feletti negyedéves támogatott árrés-tömeg esetén.

Kisforgalmú gyógyszertárak működési célú támogatása

A vidéki gyógyszerellátás folyamatossága elősegítésének érdekében változás történt a működési célú támogatás igénylésének feltételeiben oly módon, hogy a 100 M Ft éves állami keretösszeg, valamint a nagyobb gyógyszertáraktól származó szolidaritási díj befizetés erejéig azok a gyógyszertárak kapnak támogatást, amelyek az adott település gyógyszerellátását egyedül biztosítják, árrés-tömegük a tárgyévet megelőző év első félévében legfeljebb 7,2 M Ft volt és legalább heti 40 órában nyitva tartanak. Azok a gyógyszertárak, amelyek árrés-tömege a tárgyévet megelőző félévben 6 M Ft felett volt, 20 %-kal alacsonyabb támogatást kaphatnak, mint azok, amelyek esetében ez az érték a 6 M Ft-t nem haladja meg. A differenciálás előnye, hogy a kisebb forgalmú gyógyszertárak nagyobb állami támogatást kapnak. Új szabály, hogy a fenti kritériumoknak megfelelő gyógyszertár fiókgyógyszertára után is kaphat költségvetési forrást, havi 20 ezer Ft összegben.

Közgyógyellátás keretében történő gyógyszerrendelés

A preferált referencia ársáv rendszer bevezetésével elindított szabályozási változásokkal összhangban azon csoportokban, ahol a preferált referencia ársáv nem került kialakításra, 2012. január 1-jétől csak a referencia vagy annál kedvezőbb napi terápiás költségű készítmény írható közgyógyellátás keretében.

Hatóanyag alapú felírás

Indokolttá vált, hogy egy jól meghatározott gyógyszercsoport esetében, melynél a generikus verseny további erősítése szükséges, a hatóanyag alapú gyógyszerrendelés bevezetése megtörténjen. Kísérleti jelleggel – a 2012. április 1-jével induló – az új preferált referencia ársávhoz kapcsolódó fixesítési eljárással egyidejűleg a koleszterinszint csökkentők csoportja esetén indul be a folyamat.

- Az **egészségi állapot javítása** érdekében tett intézkedések közül kiemelt érdemel, hogy:
 - o megkezdődött a *népegészségügy intézményrendszerének* megerősítése, amelynek részeként több intézmény összevonásával folyamatban van egy hatékonyabban a népegészségügyi cselekvés motorjaként működő népegészségügyi intézet létrehozása,
 - o 2011. szeptember 1-től bevezetésre került a *népegészségügyi termékadó*, melynek célja a lakosság egészségesebb életmódra ösztönzése, az élelmiszergazdaság szereplőinek ösztönzése kedvező összetételű termékek előállítására azon termékek megadóztatásával, amelyek fogyasztása bizonyítottan egészségügyi kockázatot hordoz (jelentős cukor-, illetve sótartalom, továbbá bizonyos magas cukortartalmú termékek koffeintartalma). A termékadóból származó bevétel a lakosság egészségi állapotának javítását szolgálja.
 - o 2012. január 1-től hatályba lépett a *nem-dohányzók védelméről szóló törvény módosítása*, amely tiltást, illetve jelentős szigorításokat tartalmaz a zárt légtérű nyilvános helyeken, illetve közterületeken történő dohányzás tekintetében.
 - o Az EU és a kormányzat támogatásával számos, az *egészségi állapot javítását célzó projekt* van folyamatban, kiemelten a krónikus betegségek kialakulásához jelentősen hozzájáruló társadalmi meghatározókat célzó programok (dohányzás és túlzott alkoholfogyasztás elleni küzdelem, elhízás elleni küzdelem, egészséges táplálkozás és fizikai aktivitás előmozdítása stb). Ezen kívül egy – az ellátórendszer prevenció

kapacitásának keretében egészségfejlesztési irodák létrehozását célzó – koordinált fejlesztési projekt került kiírásra, amely irodák többek között koordinált, kockázatbecslésre alapozott egészségfejlesztési tevékenységeket fognak végezni az alapellátás bevonásával.

- Az **egészségügyi szakemberek itthon tartása**, az ágazatban dolgozó szakemberek igényeknek megfelelő képzettségének biztosítása érdekében:
 - folyamatban van a homogén életpálya csoportok szerinti *életpálya-modell* kidolgozás, valamint a *szakképzési rendszer megújítása*;
 - a *rezidensek itthon tartása* érdekében ösztöndíjas program bevezetésére került sor, melynek keretében a résztvevő rezidensek havi 100.000 Ft-os kiegészítő támogatásban részesülnek, amennyiben vállalják, hogy az ösztöndíj időtartamának megfelelő időtartamot teljes foglalkoztatású munkaidőben Magyarországon töltenek, és nem fogadnak el hálapénzt.

Tartós ápolás-gondozás

A szociális intézmények esetében a szakmai munka eszközeinek fejlesztése érdekében két támogatási program is indult.

Egyrészt a tartós bentlakásos intézmények a TIOP 3.4.2. program keretében korszerűsíthetik intézményeiket. Az összesen 5,77 Mrd Ft keretösszeggel rendelkező pályázat célja a bentlakást nyújtó szociális intézmények korszerűsítése. Erre két módon kerülhet sor: egyfelől az intézményi épület, az intézményben lévő lakóhelyiségek és közösségi terek korszerűsítésével. Másfelől az intézményben esetlegesen tapasztalható zsúfoltság enyhítésével, a belakható tér kitágításával, amely az intézményen belüli férőhelyek áthelyezését, és településbe integrált, normalizált körülmények között történő elhelyezését jelenti, ahol kis létszámú ellátási egységek létrehozása indokolt.

Fejlesztési terület többek között:

- Bentlakásos intézmények épületének/helyiségeinek korszerűsítése energiatakarékos tétele környezet- és energia-hatékony módon, a szükséges bontási munkálatok elvégzése;
- A korszerűtlen, nagy létszámú intézmények rekonstrukciója során az ellátási körülményeknek a jogszabályi előírásoknak való megfeleltetése;
- Az otthoni ápolás-gondozás lehetőségeinek bővítése, az intézmény szolgáltatásainak kinyitása a lakosság, illetve a működő alapszolgáltatások felé; csak a bentlakásos intézmények korszerűsítése, mint fő tevékenység mellett;
- A korszerűsítés a szociális intézmények esetében a pályázat benyújtásakor érvényes és jogerős működési engedélyben foglalt férőhelyek legfeljebb 20 %-os kapacitásbővítése;
- Az intézményben lakók ápolását-gondozását és foglalkoztatását szolgáló eszközök, segédeszközök beszerzése.

A fejlesztés második módjaként a NEFMI pályázat keretében nyújtott lehetőséget a bentlakást nyújtó szociális intézmények fenntartói számára antidecubitus matracok és ágyak beszerzésére, 2011. évben így mintegy 300 darab antidecubitus ágy és matrac került átadásra az intézmények számára. A központi közbeszerzés eredményétől függően a 300 M Ft-os keret 987 antidecubitus matrac és 1500-1600 ágy elosztását teszi lehetővé, korszerűsítve az ápolási, tartós ápolási feladatok eszközkészletét. A pályázat elbírálása 2012 tavaszán történik meg.

Kiírásra került továbbá a TIOP 3.4.1.A-11 pályázat is, amely a fogyatékosokat, pszichiátriai betegeket és szenvedély betegeket ellátó intézmények kitagolására irányul. A konstrukció

célja a fogyatékos személyek számára ápolást-gondozást nyújtó bentlakásos szociális intézményi férőhelyek kiváltása a lakókörnyezetbe integrált elhelyezést nyújtó, széles szolgáltatási kínálattal rendelkező, az öngondoskodásra való képességre épülő és az azt fejlesztő szolgáltatási rendszer irányába történő elmozdulással, összhangban a 1257/2011. (VII.21.) Korm. határozat szerinti Stratégiával. A pályázat kerete 7 milliárd Ft, mely a konvergencia régiókban használható fel.

Az állami normatív támogatásban részesülő, meghatározott szociális, gyermekjóléti alapellátási vagy gyermekvédelmi szolgáltatásokat fenntartóknak 2012. március 1-től országos on-line adatbázisban kell rögzíteniük az adott napon ellátott személyeket. Ez a rendszer az összes, tartós-ápolást végző szociális szolgáltatásra érvényes. Az intézkedés célja a költségvetési támogatások felhasználásának dokumentálása, átláthatóvá, nyomon követhetővé tétele, valamint a párhuzamos ellátás kiküszöbölése, így a költségvetési ráfordítások hatékonyabbá alakítása.