

# Javaslat a magyarországi kórházak struktúra- és ágyszámváltozásához

A politika (az állam) soha nem oldja meg önmagában az egészségügyi ellátás problémáit, azt a szakmának kell másokkal együtt megoldania, ha képes a szakmai konszenzusra, melytől független a pénz és a szakmai önzés. A pénz és a szakmai önzés független a beosztástól, az embertől, de a függőség megteremtődése, kialakulása sokszor gyorsabb, mint a villámcsapás, és az eredménye is ugyanaz.

■ Dr. Bugovics Elemér, dr. Bugovics Zoltán

## Bevezetés helyett szakmai konszenzus

A fekvő- és járóbeteg-szakellátás feladat- és a kapcsolódó szerkezetváltásának megvalósíthatóságához hazai és nemzetközi kitekintést is segítő elemzések sora fellelhető a szakirodalomban.

A nemzetközi összehasonlító adatok (1,5,8) mellett, a hazai egészségügy jövőképe (7), a lakosság egészségi állapotának és az egészségügynek a helyzetelemzése (12), a közösségi döntések problémái (10), a kórházak műszaki, technikai állapota (6), a halaszthatatlan döntések részletezése (2,3,4,9,11) meghatározza a következő évtized feladatait.

## Társadalmi szempontok – az állampolgár félelmei és reményei

A hazai egészségügyi ellátórendszer területi specifikumának problémái semmiben nem különböznek más területi jellemzők gondjaitól. Magyarországon a vidék–város, vidék–főváros, alávetettség-érzés – hatalom, elmaradottság – fejlettség dualisztikus konfliktusai átszövik a társadalmi kultúra szövevényein keresztül az egész intézményrendszert. Ebből adódóan a kórházak, egészségügyi intézmények területi elosztása semmilyen struktúrában nem lehet elfogadható a teljes lakosság számára. Mindenki a saját váróban akarja látni a centrumot, a lehető legtöbb kórházi osztályt, a legzsirosabb pénzügyi forrásokat stb. Mindennek alapja az a Franciaországban is tapasztalható jellemző, hogy az emberek társadalmi identitása két irányba fókuszál; egyrészt létezik nagyon erős lokális, másrészt pedig erős nemzeti identitás. Önmagában ez még nem jelent problémát, de nemzetközi összehasonlításban azon társadalmak, ahol létezik erős középszintű tértudat, kedvezőbb a társadalom kooperációs képessége, egy racionális térségi intézményi struktúra és funkcionális rendszer kialakí-

tása, elfogadása nem ütközik különösen nagy ellenállásba. Hazánkban a megerendszer alapproblémája, hogy ezer év alatt épült be a társadalmi identitásképe, azaz nem jelent még gyenge identitásmintát sem – következésképp nincsen középszintű térségtudatunk. Életszerű példával ez azt jelenti, hogy a magyarságtudatunk lakóhelyi tudatunkkal párosulva, más településekkel való együttműködést inkább kizárja, mint motiválná. A mindent ide tudatunk nem oszlik meg egészséges mértékben, hogy egy jól elosztott térségi infrastruktúra megvalósulhasson. A fő probléma, hogy a politikai szféra felismervén ezen identitásstruktúrában rejlő lehetőséget, szavazatok fejében törekszik annak kiaknázására, semmint a kedvezőtlenebb választói megítélés alá kerülést kockáztatná a racionális döntéshozatal oltárán.

Példaként említhető az egyik Komárom-Esztergom megyei kiskórház (2006-ban 117 ágygal) több milliárdot felemésztő felújítása vagy az egyik Győr-Moson-Sopron megyei kórház (2006-ban 519 ágygal) 20 milliárdot meghaladó felújítása, amiket nemrégiben adtak át. Ezekből az összegekből legalább egy tucatnyi kórház amortizálódott gép-műszer cseréjével vagy megyei centrum-intézmények felújításával és fontos egészségügyi szolgáltatások disztribúciójával racionálisabb pénzelosztást lehetett volna elérni. Kétségkívül igaz viszont, hogy a politikai tőkekovácsolásnak e racionális megoldás nem kedvez, hiszen jóval több szavazatot lehet gyűjteni a lokális térségtudatra épített pénzelosztás és forráskijárási útván.

Jogos persze az a lokális érv, hogy legyen helyben elérhető, jól működő egészségügyi szolgáltatás, és nyilván ezt senki nem kérdőjelezi meg, azonban komoly diagnosztikai feltételeket, up-to-date szaktudást és kórházi ellátást igenis regionális jellegű centrumokban kell megvalósítani.

A hazai társadalmi közérzet és közérület egyaránt azt támasztja alá, hogy a hirtelen reform – értsd ez alatt: felvilágosítás, érthető magyarázatok – elmaradása konfliktusokat

szít. Mindez persze nem csupán az egészségügyi struktúra átalakításának sajátja, hanem éppúgy igaz bármely közszolgáltatásra, legyen az oktatás vagy éppen közigazgatás. Jogos továbbá az az érv is, hogy a regionális centrumok a megyei szinthez képest távolságot növelnek a települési struktúrához viszonyítva. Ez csupán részben igaz. Figyelemmel kell lenni a regionális központok mellett, megyei szinten a kiskórházak; a városi és térségi egészségügyi centrumok, a városi és kistérségi egészségügyi centrumok létrehozására az alapellátás és a mentőszolgálat integrációjával együtt. Ez utóbbiak jelenleg még az európai országokhoz viszonyítva is rendkívül gyenge kooperációt feltételeznek nálunk, de fokozott együttműködéssel a hazai térstruktúra funkcionális egységeivé kell válniuk. A kistérségi centrumok nyilván nem maradhatnak egészségügyi struktúraelem nélkül, így Kisbér sem, azonban a fajsúlyokat szakmai alapon bátran kell merni meghatározni. A probléma tehát összetett, hiszen a politikai akarat a társadalmi akarattól függ, s mindezt behálózza az egészségügyi rendszer és struktúra jelenlegi finanszírozhatatlansága. A kérdés, lehet-e rövid időn belül olyan struktúraváltást elérni, amely ha képes is pénzügyi eredményeket elérni, a társadalmi elvárás-rendszert átalakítja, vagy legalábbis elfogadtatja a lokalitásokkal jövőbeni szerepüket?

### **A közös orvosszakmai és közgazdasági felelősség**

Az egészségügy dramaturgiájához, esztétikai megközelítéséhez hozzátartozik az, hogy az egészségügyi szakellátás racionalizálását csak szakmai (orvosi-ápolási) alapvetésből, alapállásból lehet elindítani, tehát ésszerű alternatívát kell bemutatni. Téved az, aki azt hiszi, hogy elsődleges közgazdasági megközelítésből eredményt lehet elérni – közös felfogásból már igen. (J6) A szakmai megközelítés feltételezi a józan, megfontolt állami feladatként vállalható problémák megadását, felsorolását, mely elvezethet a közgazdaságilag is eredményes megközelítéshez. A közgazdasági, gazdaságossági felelősségvállalásnak az egészségügyi ellátásban van olyan hatása, mértéke, melyet a közgazdász munkatársak egyedül – még ha erre lehetőségük is lenne – nem vállalhatnak föl; szakmai és erkölcsi szempontból egyaránt. Az indító felelősség minden esetben a szakma kezében marad. Jobb ezt tudni, mielőtt valaki vagy valakik az ellenkezőjét a környezetükkel elhitetik. Más típusú megközelítés, problémamegfogalmazás, -felvetés nagyfokú hozzá nem értésről ad tanúbizonyságot, ami érthető akkor, ha a döntések eredése nem a szakellátás mértékadó forrásaiból táplálkozik.

Egyebütt a döntéshozók (politikusok) hosszú ideig nem tudták, melyek az alapproblémák az egészségügyi szakellátásban strukturálisan és funkcionálisan. Hozzá kell tenni, hogy erről önmaguk nem is tehettek, mert jobbára nem ott ténykedtek, ahol a problémák mindennap jelentkeztek. Természetesen többet tehettek volna a célokért, ha közelebb mennek a „betegágyhoz”. Ennek alapvető akadálya nem volt és jelenleg sincs, egyszerű hasonlatként úgy is mondhatnánk, hogy nem mindegy, hogy a hóvihart ablakon keresztül nézzük, vagy a hóviharban magunk gyalogolunk.

Az egészségügyben dolgozó nem orvos vagy egészségügyi felső- vagy legalább OKJ alapképesítéssel nem rendelkező szakértők, vezetők hogyan és milyen megfontolásból bátorognak befolyásoló döntéseket hozni; egy szakértői tevékenységről van szó, ami feltételez alapfokú szakmai hoz-

záértést, tehát a képesítést mégiscsak meg kellene szerezni – nem csak szakmai, hanem lelkiismereti okokból is nagyon fontos feltétel. Ebből nem következik az, hogy nem lehetnek kiváló javaslatok, melyeket az orvosi, ápolási alrendszernek elemezni kell. A laikus kontroll alapvető érdeke a szervmunkások működésének – a civil kontrollal együtt – de különösen az utóbbi nem arra való, hogy közvetlen döntéseket hozzon, hanem kivülállóként komoly, ésszerű, logikus és megalapozott észrevételeket tegyen. A különböző látásmód, különböző irányból történő megközelítés elkerülhetetlen és fontos segítőtárs.

A 168 kistérségen keresztül nyílik lehetőség, megfelelő szintek szerint és más közfeladatokra vonatkoztatva, is a működtetés feltételeinek a módosítására nemcsak az egészségügyben, de a szociális ellátásban és az oktatásban is.

A változást akadályozó tényezők közül túl hosszú ideig hatott (de a lábadozás jelei már mutatkoznak):

- a döntéshozók politikai akaratának hiánya,
  - a mindenkori miniszterelnökök hiszekenysége, félrevezetése (kik; hol és mikor? Ők tudják!),
  - a döntéshozók nagyfokú hozzá nem értése,
  - a reális programok helyett különböző álprogramok meghirdetése,
  - a szakmai programok kidolgozásáért felelős vagy azok véleményezését végző szakmai testületek (kollégiumok és társaságok) szakmailag önző magatartása, a globális gondolkodás hiánya,
  - a lüktető korrupció, mely az ellátórendszer orvosi és más alrendszerében is azonos mértékű,
  - az adományozás esztétikai alapelveinek hiánya (esztétikai nihilizmus),
  - a karitatív áltevékenységek,
  - a szakmacsoportok közti önzés, a szolidaritás hiánya az egészségügyi ellátórendszeren belül, a betegellátás érdekeit szem előtt tartó objektív szakmapolitika hiánya,
  - az egészségügyi rendszeren belül a gazdasági, műszaki és más nem egészségügyi képesítéssel bírók hiányos egészségügyi ismeretanyaga, egészségügyi ismereteik alacsony szintje,
  - a szellemi műhelyek hiánya a gazdasági, műszaki ellátórendszerben,
  - a szakellátó szintek szakmailag önző magatartása, a szervezetben történő gondolkodás és felfogás szintektől függő részleges vagy teljes hiánya,
  - a lakosság hiszekenységének kihasználása, ebből adódóan torz viszonyulása a lakókörnyezetéhez közeli ellátórendszerhez, pl. minden eszközzel védi a kórháza fennmaradását, de gyógyítását a definitív intézményben sajátos eszközökkel intézi,
  - a SWOT-elemzésnél megadott gyengeségek pontjai a fenyegető veszélyek kialakulásával.
- Általános alapelvek a humán erőforrás minőségi feltételrendszeréről (2) – már évekkel korábban kiemelésre kerültek, így a
- a szakvizsgák száma/fő,
  - a nyelvvizsgázottak, idegen nyelvtudással bírók száma,
  - az egyetemi és főiskolai diplomával rendelkezők száma (az orvosi-ápolási, és nem egészségügyi szakterületeken egyaránt),
  - a képzés, továbbképzés feltételeinek biztosítása (évi 10 fizetett munkanap biztosítása),

## Szakcikk

- a GYES, GYED, hiányzások – tartós távollétek visszapótlásának biztosítása (humán erőforrás tartalékképzés),
- a feladat, felelősség és hatáskör alapján az osztályvezető főorvos, az osztályvezető ápoló vagy vezető asszisztens és helyettese, valamint a gazdasági nővér kiemelése a szakdolgozói létszámból az osztályok nagyságától függően,
- a feladatok vagy munkahelyi okok miatt a munkáltató javaslatára változó munkahelyre történő kinevezés következtében lehetőség van a funkcionális integrációra, a mátrixszerű, vagy a mátrix átfedéssel történő működésre, a munkaerő indokolt átcsoportosítására,
- az aktív fekvőbeteg-szakellátásban a kiírt betegek számának figyelembe vétele,
- a krónikus fekvőbeteg-szakellátásban az ágykihasználtság legalább 90%-os szintje miatt indokolt az állandó munkaerőlétszám biztosítása,
- az orvosok és ápolók számának súlyozása ágyszám és szakfeladatok szerint (intenzív, szubintenzív, posztoperatív, sürgősségi diagnosztika és katasztrófaellátásra való felkészülés),
- az orvosok és ápolók esetében a működőképes ügyeleti sorok felállításának biztosítása azért, hogy a szakellátás színvonala az ügyeleti szolgálatban is megfeleljen a minőségi követelményeknek, a nappali ellátás szintjének,
- kb. 25 ágynként egy adminisztrátor biztosítása, ha az osztályokhoz kapcsolatosan járóbeteg-szakellátás is működik,
- kb. 40 ágynként egy adminisztrátor biztosítása, ha az osztályokhoz nem kapcsolódik járóbeteg-szakellátás,
- max. 50 ágynként egy gazdasági nővér alkalmazása,
- az igazgatás integratív és ellenőrző rendszerének megfelelő szintű szervezése,
- a gazdasági-műszaki ellátás, a kontrolling és a minőségbiztosítás rendszerének működtetése, a teljesítményadatok elemzése és azok jelentése.

### Sürgősségi, intenzív és traumatológiai ellátás

- A sürgősségi ellátás feltételeinek figyelembevétele, hangsúlyozva a betegfelvételi rendszer összehangolt működését az invazív és non-invazív szakterületek között.
- A központi felnőtt- és gyermek-intenzív ellátás feladatainak biztosítása.
- Az osztályos szubintenzív ágyak működése az invazív és non-invazív szakterületeken a gyermek- és felnőttellátásban.
- A posztoperatív megfigyelő részlegek (ún. posztoperatív őrzők) működése a felnőtt- és gyermekgyógyászatban.
- A katasztrófahelyzetre való felkészülés és elhárítás feltételeinek biztosítása belső és külső katasztrófák esetén.
- Az egyes szakmacsoportokon belüli speciális feladatok ellátásának figyelembevétele, a speciális részlegek működésének biztosítása a járó- és fekvőbeteg-szakellátásban.
- A több szakterületet igénylő traumatológiai ellátás lehetőségének integratív biztosítása: általános sebészet, égésplasztikai sebészet, fej-nyak sebészet, arc-állcsont-szájsebészet, felnőtt- és gyermek fül-orr-gégészet, gyermeksebészet, idegsebészet, ortopédia, kézsebészet, mellkassebészet, szemészet, érsebészet.

### Ügyelet

Az ügyeleti szolgálatban – sürgősségi ellátás esetén – a nappali ellátás minőségi feltételének biztosítása a szakmai specialitások területén is.

Az egyműszakos szakdolgozói rendszerben az ügyeleti rendszer biztosítása a nappali ellátásnak megfelelő szakmai szinten.

### Diagnosztika

A diagnosztikai rendszerek a szakma szabályai szerinti működtetésének humán erőforrás-biztosítása.

1. Sürgősségi radiológiai diagnosztika.
2. Sürgősségi aspirációs citopatológiai diagnosztika.
3. Laboratóriumi diagnosztika és a laboratórium elkülönített sürgősségi részlegei:
  - a. sürgősségi osztályos diagnosztika (központi intenzív, gyermek-intenzív, PIC és más betegfelvételi sürgősségi rendszerek),
  - b. központi laboratórium sürgősségi labordiagnosztikai feladatának biztosítása.

### Járóbeteg-szakellátás

Járóbeteg-szakellátás rendszerének működtetése a gondozási feladatokkal és a fekvőbeteg-szakellátással integrálva, a betegutak lerövidítésével.

### Kórházhigiéné

A kórházhigiéné szakma szabályai szerinti feltételrendszere:

1. központi rendszerek,
2. speciális részlegek,
3. betegutak és betegmozgatás, külön kiemelve a telephelyek közötti betegmozgatás feltételeinek biztosítását.

### Térbeli elhelyezkedés

- Fekvő- és járóbeteg-szakellátás térbeli integrációjának és elhelyezkedésének figyelembevétele (betegosztályok és szakambulanciák térbeli közelítése, kapcsolódási pontjai).
- Az osztályok szintenkénti tagozódása:
  1. egy osztály több szinten,
  2. egy osztály egy szinten, de elkülönített részlegekben,
  3. egy osztály egy átlátható szinten.

### Központi rendszerek

*Központi kiszolgáló rendszerek működésének biztosítása:*

1. központi műtőblokk,
2. központi sterilizáló,
3. központi aneszteziológiai szolgálat,
4. intézeti gyógyszerellátás,
5. vérellátás,
6. az ételmezés és dietetikai szolgálat,
7. az oktató szakdolgozók biztosítása,
8. szakpszichológiai tevékenység és a pszichoterápiás feladatok feltételeinek biztosítása,
9. fizioterápia és gyógytorna mint szakfeladatok feltételeinek biztosítása,

10. az informatikai rendszer és az adatvédelem biztosítása,
11. a mosodai szolgáltatásokhoz kapcsolódó rendszerek szervezése,
12. központi higiénés szolgálat és központi ágyfertőtlenítő,
13. infúziós laboratórium,
14. szövetbank-szövetpótlás,
15. üzembiztonsági és rendészeti feladatok.

*Kórház üzembiztonsági feltételeinek biztosítása az orvosszakmai biztonságtechnikai feltételeken túl a műszaki-technikai háttérfelügyelet működésére vonatkozóan is: a rendészeti feladatok feltételei a terület nagysága, tagozódása és egymáshoz való kapcsolódása szerint:*

1. parkfenntartás és tisztítás,
2. a téli hónapokban a kórházon belüli utak használatának biztosítása,
3. a nagy felületű ablakok tisztítása,
4. a központi öltözők üzemeltetése,
5. garzonházak működtetése.

### **A jelenlegi létszám és az optimumról**

A jelenlegi finanszírozás mellett optimális dolgozói létszám biztosítása nem lehetséges, különösen abban a helyzetben, ha a szakellátó szervezetben magas a szakvizsgázottak száma, jelentős az egy főre jutó szakvizsgák aránya (2,5 fölött) és a nem orvos diplomások száma (1:0,25). (2,4)

A jelenlegi jogszabályok a létszámminimum-feltételeket határozzák meg és azokra tesznek ajánlást (forrás: 21/1998. (VI. 3.) rendelet, 24/2000. (IX. 1.) Eü.M-rendeletmódosítás, 1997. évi 13. Népjóléti Közlöny gazdasági-műszaki feladat végrehajtására vonatkozó létszámajánlás): 1000 kórházi ágyra (ha az aktív és a krónikus ágyak aránya eléri vagy meghaladja a 75–25%-ot), heti 2000 járóbeteg-szakorvosi órára, 500 nem szakorvosi órára, 300 gondozói órára (6 szakgondozó), 30–30 (gyermek- és nőgyógyászati ellátás) mozgó szakorvosi óraszámra, az alapellátáshoz sorolt szakorvosi feladatok ellátására (fog- és szájszabészet 90 óra, anya- és nővédelem 24 óra, foglalkozás-egészségügy 20 óra) vetítve a minimális létszám-szükséglet 1784 fő.

Optimális esetben a részmunkaidős foglalkoztatás az összdolgozói létszám 10–60%-áig terjedhet, ami természetesen számszerűen regisztrált létszámnövekedést jelent, de a kiadott foglalkoztatási óraszám növekedését nem.

Az optimális és részmunkaidős foglalkoztatás során előtérbe kell helyezni az ambuláns tevékenységeket (pl. ambuláns rehabilitáció, gyógytorna, az I. típusú diabetesz otthoni beállítása) megfelelő speciális klinikai háttérsztyál működtetésével.

Súlyozás: a különböző variánsok közötti létszámeltolódás esetén az orvos és szakdolgozói arány nagyobb növekedést mutathat, különösen a B és C variánsban. A számszerű eltolódást befolyásolhatja az intézményi struktúra, az egyes kubatúrák (az ápolási és diagnosztikus részlegek) elhelyezése, egymáshoz való viszonya az építészeti adottságok következtében. (Optimális szervezés esetén is előfordulhat, hogy szintenként csak 15 ágy helyezhető el, de a szakdolgozói létszámot biztosítani kell. Ebből következik a természetes többletlétszám-igény, melyet a finanszírozás nem vesz figyelembe, ha nem ismeri a helyi adottságokat.)

### **A jelenleg igényelt minimális létszámkeret**

- 1-es munkaköri csoport: 260 (orvos),
- 2-es munkaköri csoport: 30 (egyéb egyetemi végzettségű: gyógyszerész, pszichológus, fizikus, biológus, vegyész),
- 3-as munkaköri csoport: 510 (gyógytornász, dietetikus, szakasszisztens, asszisztens, segédasszisztens, gazdasági nővér, osztályos adminisztrátor, kartonozó),
- 4-es munkaköri csoport: 564 (diplomás ápoló, egyéb szakirányú diplomás, ápoló, ápolási asszisztens, segédápoló, mütössegéd),
- 5-ös munkaköri csoport: 85 (gazdasági-műszaki ellátás: szakirányú diplomás, ügyintéző, ügyviteli alkalmazott),
- 6-os munkaköri csoport: 345 (egyéb kisegítő állomány: betegszállító, betanított munkás, kisegítő, portás, telefonközpont-kezelő, liftkezelő).

A vonatok tartalma: ügyelet, készenléti ügyelet, műszakpótlékok, rendkívüli munkavégzés, távolléti díj.

A kritikus helyzetek megoldására azonban ez a létszámkeret nem nyújt biztonságot. A jelenlegi pénzügyi feltételek mellett ennél nagyobb létszám bérfedezete a finanszírozási rendszerben nincs.

### **Az optimálisához közelítő létszámkeret**

(A kórházak tervezett besorolása és a telephelyi adottságok alapján.)

– „A” variáns

A minimális létszámkerethez képest 10–12%-os létszám-többlet szükséges. (A telephelyi adottságtól függően 178–212 fő.) A létszámkülönbségre vetítve dominánsan az 1–4. munkaköri csoportban, az 5–6. munkaköri csoportban +/- (1–2%) szórással.

A vonatok tartalma: ügyelet, készenléti ügyelet, műszakpótlékok, rendkívüli munkavégzés, távolléti díj.

– „B” variáns

A minimális létszám-szükséglethez viszonyítva 38–40% (666–702 fő) létszám-többlet-igény. A létszámkülönbségre vetítve dominánsan az 1–4. munkaköri csoportban, az 5–6. munkaköri csoportban +/- (1%) szórással.

A vonatok tartalma: ügyelet, készenléti ügyelet, műszakpótlékok, rendkívüli munkavégzés, távolléti díj.

– „C” variáns (az optimális)

A minimális létszám-szükséglethez viszonyítva 80–100% (1436–1780 fő) létszám-többlet-igény. Ennek megoszlása: a létszámkülönbségre vetítve dominánsan az 1–4. munkaköri csoportban, az 5–6. munkaköri csoportban +/- (1%) szórással.

A vonatok tartalma: ügyelet, készenléti ügyelet, műszakpótlékok, rendkívüli munkavégzés, távolléti díj.

A létszámminimum-feltételek meghatározásának fenti súlyozása lehetőséget ad a humán erőforrás szakmacsoportonkénti és a szakmai követelményeknek megfelelő alkalmazására. (J33)

A szakmacsoportonkénti normatív ápolási napra vetített finanszírozás lehet a kiindulópontja egy szakmaspecifikus, a betegellátást közgazdasági szempontból segítő és jól követhető megoldásnak.

- A fekvőbeteg-szakellátás esetén szakmacsoportonként normatív ápolási nappal számolva, és azt évenként elemezve, a napi ápolási díjat kell megadni a differenciált

ellátási szintek szerint. Szakmacsoportonként a napi ápolási díjban kell megjeleníteni a szükséges gyógyszer-vegyszer és szakmai anyagok költségeit és a kapcsolódó ügyviteli költségeket. A többi költségtípust rendszerezve, csoportokba kell foglalni, a napi ápolási díjból ki kell emelni, és fel kell tüntetni az alábbi költségnemek szerint:

- munkabér és járuléka, kiemelt munkaköri többletköltségek, intézményi felelősségbiztosítás, kötelező útiköltség-térítés,
  - oktatás költségei,
  - közüzemi díjak, kertészet, parkfenntartás költségei,
  - kommunális és veszélyes hulladék szállítása és feldolgozása, szállítási és fuvar költségek,
  - épület-karbantartási és -felújítási költségek, kötelező hatósági vizsgálatok (pl. tűzrendészet, villamosság stb.),
  - nagy értékű tárgyi eszközök (gépek, műszerek) karbantartási és javítási költségei, informatikai rendszer karbantartási és javítási költségei, kötelező minősítési díjak (a minőségbiztosítási akkreditáció is),
  - rendészet és vagyonvédelem költségei,
  - tételesen elszámolható költségek (vér- és vérkészítmények, tételesen elszámolható eszközök),
  - műtétek finanszírozása műtéttípusok szerint a tételesen elszámolható eszközök nélkül (az aneszteziológia költségeivel együtt),
  - kiemelt szövödmények költségeinek tételes térítése,
  - kórházi fertőzések és járványok többletköltségeinek térítése, takarítási és fertőtlenítési költségek,
  - áfa (általános forgalmi adó).
- Egyedi finanszírozású szervezeti egységek:
- központi intenzív terápiás osztály,
  - intenzív terápiás gyermekosztály,
  - PIC,
  - kómás betegek ellátása (kómacentrum),
  - fertőző-osztály,
  - égésplasztikai sebészet,
  - szövetbank.

Ha a jelenlegi, HBCS-n alapuló teljesítményarányos finanszírozás fennmarad, abban az esetben a járóbeteg-szakellátás tevékenységét is HBCS-ben kell megadni a megfelelő szakmai arányok figyelembevételével. Ezáltal súlyozni lehet a járóbeteg-szakellátás tevékenységét és finanszírozását.

Ezzel párhuzamosan súlyozni kell a klasszikus krónikus ellátás (belgyógyászati és pszichiátriai típusú krónikus ágyak és az ápolási osztályok ágyai) finanszírozását.

A HBCS-n alapuló járóbeteg-szakellátás és az említett krónikus ágyak súlyozása esetén az aktív ellátásban a normatív ápolási napokat követve, az intézmények aktívágy-szükséglete a szakmai igényekhez igazodik.

A kórház fogalma és a fekvőbeteg-szakellátás szintjei (J32)

A kórház olyan fekvő- és járóbeteg-ellátásra szakosodott intézmény, amely legalább egy szakmai profillal bír, ahol az intézmény a heveny kórállapotok elsődleges intenzív ellátására felkészült, a beteg elsődleges ellátása után képes megszervezni a beteg továbbszállítását a megfelelő szakintézménybe és ezt a szolgáltatást 24 órás időtartamban, folyamatosan biztosítani tudja. A kórház azért kórház, mert a felvett és a beszállított betegeket heveny bajukban el tudja látni.

Az ún. aktív ellátást nyújtó kórházakban 100 ágy alatt 1 intenzív ágy, 100–200 ágy között 2 intenzív ágy és 200 aktív ágy fölött minimum 3 intenzív ágy működtetése indokolt 24 órában.

Az aktív kórházi ellátást nyújtó intézményekben a 24 órás orvosi ügyeletet kell biztosítani, és szakmai profilonként minimum 3 szakorvos alkalmazása kötelező teljes munkaidőben.

Az aktív kórházi rendszerben egy kórteremben 6-nál több betegágy nem helyezhető el, és a kórházi ágyak mindkét oldalról megközelíthetőnek kell lenni.

A tartós ápolást nyújtó kórházban (a jelenlegi utókezelő, pszichiátria, pulmonológia) vizitáló orvos biztosítása indokolt minimum heti 2-3 alkalommal, behívásos orvosi ügyelet is elfogadható, de a behívásos ügyeleti ellátást a háziorvosi szolgálat is végezheti. Az ápolási osztályoknál a jelenleg érvényben lévő rendelet szerint is orvosi konzultációs lehetőséget kell biztosítani indokolt esetben.

A kórházakhoz integrált vagy izolált járóbeteg-szakellátás rendszerét a jelenlegi óraszámában fenn kell tartani, de ennek meghatározása a definitív (a végleges ellátást nyújtó) ellátó centrum feladata.

Öt kiemelt szakmai program elemzése és ellenőrzése szükséges az elfogadott struktúra alapján 2007-ben.

1. A kórház fogalmában leírtaknak történő megfelelés.
2. A rehabilitáció aktív kórházi tevékenység, számos, a beteg életét veszélyeztető kockázatokkal. A rehabilitációs tevékenységet folytató intézmények (aktív ágyak) elemzése során pontosan fel kell tüntetni az aktív rehabilitációt végezni képes osztályok, részlegek rendszerét (technikai és humán erőforrás), ellentétben az ún. „levelező” humán erőforrással működő struktúrákkal. Az intenzív és valós rehabilitáció feltételeinek vizsgálata és ellenőrzése az álrehabilitációs programok miatt pl. kiszűrni azokat a rehabilitációnak nem megfelelő programokat, ahol és amikor a beteggel délelőtt 9-től 10-ig foglalkoznak, majd egész nap nem történik semmi. A rehabilitációs programokat munkaszüneti napokon is végezni kell. Országosan ki kell jelölni a gyermek-rehabilitációs központokat, szakterületekkel együtt. Az intenzív rehabilitáció után a rehabilitációs programokat a járóbeteg-szakellátás keretein belül kell folytatni vagy a programot járóbeteg-szakellátás szervezetében kell megkezdeni.
3. A pszichiátriai krónikus ellátás három szintjének, a struktúrába épített működési feltételeinek ellenőrzése, külön ügyelve a rehabilitációs feladatokkal megbízott osztályok, részlegek feltételrendszerének ellenőrzésére, kiemelve a humán erőforrás fontosságát (pl. a heti egyszeri orvosi konzultáció nem fogadható el).
4. A diagnosztikus ellátást a kórházszinteknek megfelelően kell biztosítani. A Városi és Kistérségi Egészségügyi Centrumban az alapszint: laboratóriumi sürgősségi alapszint, radiológiai felvételi egység és UH-diagnosztika, a patológiában konzultációs szint.
5. A járóbeteg-szakellátás szervezeti rendszerének és a humán erőforrás feltételeinek ellenőrzése.

### Kórház típusok besorolása

A speciális szakfeladatokat a definitív ellátó centrumokhoz kell telepíteni, de a már kialakított és működő, a betegutak rendszerébe helyezett szervezeti egységeket lehetőség szerint meg kell tartani. A regionális központok és az egyetemi centrumok a speciális szakfeladatok szervezésének elsődleges pontjai.

Országosan szakmacsoportonként meg kell határozni az ügyeleti és a nem ügyeleti időszakban igénybe vehető definitív szakellátó helyeket, azok pontos listáját és elérhetőségét, melyeket közzé kell tenni. (11)

A magyarországi kórházak és egészségügyi ellátórendszerek szakmai szintek szerinti besorolása és ellenőrzési rendszerük:

**Regionális Egészségügyi Centrum**

egyetemek (klinika), országos intézetek, Miskolc és Győr egyben, mint megyei egészségügyi centrumok.

1. Regionális Egészségügyi Centrum – Semmelweis Egyetem, Budapest (klinikák és országos intézetek)  
Ellenőrzési rendszere: Pest megye, Fejér megye, Komárom-Esztergom megye, Győr mint regionális centrum és Győr-Moson-Sopron megye.
2. Pécs, Pécsi Tudományegyetem Orvostudományi Centrum  
Ellenőrzési rendszere: Baranya megye, Tolna megye, Somogy megye, Zala megye és Vas megye.
3. Szeged, Szegedi Tudományegyetem Orvostudományi Centrum  
Ellenőrzési rendszere: Csongrád megye, Bács-Kiskun megye, Békés megye, Jász-Nagykun-Szolnok megye.
4. Debrecen, Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum  
Ellenőrzési rendszere: Hajdú-Bihar megye, Szabolcs-Szatmár-Bereg megye, Miskolc mint regionális centrum, Borsod-Abaúj-Zemplén megye és Heves megye.
5. Győr, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház Regionális Centrum  
Ellenőrzési rendszere: Győr-Moson-Sopron megye, Veszprém megye és Komárom-Esztergom megye.
6. Miskolc, Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház Regionális Centrum  
Ellenőrzési rendszere: Borsod-Abaúj-Zemplén megye, Heves megye és Nógrád megye.

**Társult Regionális Centrum**

Szombathely–Zalaegerszeg; Gyula–Békéscsaba.

– Megyei Egészségügyi Centrum: a megyei kórházak,  
– Területi Egészségügyi Centrum: a megyei egészségügyi centrumokkal azonos besorolású fővárosi intézmények. (J24,J35)

1. A Fővárosi Szent János Kórház-Rendelőintézet – önkormányzati kórház.
2. Fővárosi Szent István Kórház-Rendelőintézet – önkormányzati kórház, Fővárosi Szent László Kórház (integrált intézmény).
3. Fővárosi Szent Imre Kórház-Rendelőintézet – önkormányzati kórház.
4. Fővárosi Bajcsy-Zsilinszky Kórház-Rendelőintézet – önkormányzati kórház.
5. Fővárosi Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház – önkormányzati kórház integrálta a Fővárosi Önkormányzat Csepeli Weisz Manfréd kórházát.
6. Fővárosi Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet – önkormányzati kórház.
7. Fővárosi Uzsoki utcai Kórház-Rendelőintézet – önkormányzati kórház.
8. Fővárosi Önkormányzat Károlyi Sándor Kórház-Rendelőintézet – önkormányzati kórház.

9. MH Központi Honvédkórház, BM Központi Kórház és Intézményei (HM és BM Kórház integrációjával).

10. MÁV Kórház Budapest – MÁV Kórház, Budai MÁV Kórház – MÁV Kórház, Vasútegészségügyi Kht. Budapest. (A három intézmény integrációjával). (J34)

– Városi és Térségi Egészségügyi Centrum: A kistérségek határait meghaladó, elsősorban az alapszakmákban ellátási kapacitással bíró intézmények, pl. Gróf Eszterházy Kórház, Pápa.

**Városi és Kistérségi Egészségügyi Centrum**

Elsősorban a kistérség szakellátását végző intézmények a négy alapszakmával vagy 1-2 alapszakmával. Pl. Kazincbarcikai Városi Kórház.

- Egészségügyi Centrum-Szakkórház: Aktív fekvőbeteg-szakellátás működik egy-egy szakterülettel, pl. Máltai Szeretetszolgálat, Vác.
- Speciális Egészségügyi Centrum: Speciális szakfeladatokat vagy csoportokat ellátó intézmény, pl. IM Büntetésvégrehajtás Központi Kórháza, Tököl.
- Egészségügyi Centrum: Ahol a tartós ápoláson belül ápolási osztály nem működik, pl. Megyei Hollós István Szocioterápiás Kórház, Doba.
- Ápolási Centrum: Csak ápolási osztály működik, pl.: Ápolási Otthon, Szarvas.

*Megjegyzés: Az intézményekhez integrált járóbeteg-szakellátás is tartozhat.*

A klinikák irányításával, a Svábhegyi Állami Gyermekgyógyintézet, és a Heim Pál Gyermekkórház, mint Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Centrum integrálja a gyermekgyógyászati szakellátó helyeket: szervezettel és szakmailag integrálja az intézmények együttműködését, meghatározva a szükséges kapacitásokat.

A felvázolt struktúra szerint az egyetemek állnak az ellenőrző szervezet csúcsán, melyekhez két regionális centrum: Győr és Miskolc kapcsolódik. A szakellátó szervezet magasabb szintjét képviselő intézmény, mint definitív ellátó centrum szakmailag ellenőrzi a területéhez tartozó más intézmény működését, engedélyezi a szükséges kapacitásokat a közellátás elfogadott feltételei és a fenntartható fejlődés szerint, mert felelősséggel tartozik a definitív ellátás biztosításáért. Az engedélyezési és ellenőrzési tevékenység vezérelve a definitív ellátás által vállalt felelősség.

Az ÁNTSZ ellenőrzi a működési feltételek valódiságát, és hiányok esetén javaslatot tesz a magasabb szintű definitív ellátó centrumnak a szükséges intézkedések megtételére.

Az egyetemek székhelyük szerint betöltik a regionális centrumok szerepét is, mint csúcshintézmények kontrollálják a győri, a miskolci régióközpontokat és a megyei kórházakat. A Győr és Miskolc ellenőrzési területéhez tartozó megyei centrumok felügyeletét az egyetemek a két regionális centrumon keresztül is gyakorolhatják.

A Regionális Egészségügyi Tanácsok szerepe a területi statisztikai régiók mellett a regionális centrumok szervezésével párhuzamosan alakulhat ki, és fő feladata lehet a definitív ellátás működésének ellenőrzése, különösen figyelve a működtetésben szerepet vállalók feladat-, felelősség- és hatáskörére és a betegutak követésére, és javaslatokat tehetnek a regionális centrumok és a megyei területi egészségügyi centrumoknak a közellátás struktúrájának megváltoztatására.

### Az ágyszámcsökkentés alapelvei

A szerzők ismerve az ország fekvőbeteg-szakellátó rendszerét térben és strukturálisan is, meghatározták a fenntartható kórházi ágyak számát az aktív és a krónikus ellátásra vonatkozóan 178 kórház esetén, melyek között már néhány fúzió folyamatban van, vagy már korábban létrejött.

Az elemzést 2002-től végezték elsősorban a kórházi ágyszám és betegforgalmi kimutatás alapján. (J3)

A jelenlegi besorolási struktúrában a krónikus ellátás körébe tartozó szakmai tevékenységek az alábbiak: pszichiátria, utókezelő, rehabilitációs osztály és a tartós ápolás. Az utókezelésen belül belgyógyászati jellegű, sebészi és pulmonológiai tevékenység is folyik.

A szerzők által javasolt új besorolási struktúra szerint minden rehabilitációs tevékenység aktív fekvő- és járóbeteg-ellátást jelent, így a mozgásszervi, pulmonológiai, pszichiátriai, gyermekgyógyászati és más szakellátás is, és meg kell felelnie az aktív kórházi osztály vagy az aktív kórház működési feltételeinek.

Az új struktúra szerint a tartós ápolás rendszeréhez, fogalomköréhez három tevékenységi csoportot kell besorolni:

- **A krónikus belgyógyászati és társszakmák** (sebészi vagy pulmonológiai és más).
- **A pszichiátriai krónikus ellátás**, melynek három fokozatát javasolják: pszichiátriai krónikus ellátás, pszichiátriai ápolási ellátás és pszichiátriai szociális ellátás.

A krónikus belgyógyászati, sebészi vagy pulmonológiai tevékenység és a pszichiátriai krónikus ellátás első két fokozata kórházi tevékenység, a pszichiátriai szociális ellátás a kórházrendszerhez nem integrálható, kivétel a teljes költségterítés.

- A harmadik lépcső **az ápolási osztályos ellátás**.

A tartós ápoláshoz tartozó három szakellátás, így a krónikus belgyógyászati, sebészi vagy pulmonológiai, a krónikus pszichiátriai két fokozata az aktív fekvőbeteg-szakellátást nyújtó osztályokhoz integráltan is működtethető, de elkülönült szervezeti egységként is szervezhető.

A kórházi telephelytől izoláltan, de a közigazgatási határon belül vagy kívül szervezett az aktív (rehabilitáció is) fekvőbeteg-szolgáltató intézmény, nem indokolt önálló intenzív ellátó részleg szervezése, ha az a központi telephelyről 15 percen belül elérhető.

A fekvőbeteg-rehabilitációs intézmény vagy osztály az általános szakellátáshoz képest magasan kvalifikált humán erőforrás-igényes tevékenység, így költségigénye nagyobb, mint az általános belgyógyászati jellegű szakellátásé. Az átszervezések során a nagyobb ágyszámú aktív rehabilitáció jelentős költségrobbanást eredményezhet. Az aktív rehabilitációhoz hasonlóan az egynapos ellátás humán erőforrás-igénye is magasabb, és itt sem várható jelentős költségcsökkenés, különösen akkor, ha az esetek nagyobb része egynapos fekvőbeteg-megfigyelést is igényel.

### A jelenlegi adatok szerint a kórházi ágyak száma

A jelenlegi összes ágyszám: 81 049 (az újszülött-ágyak száma külön: 2721, a nappali-éjszakai szanatóriumi ágyak száma: 10).

– Aktív: 61 547

– Krónikus: 19 502 (ebből 5901 utókezelés, tüdőgyógyászat, 5598 krónikus pszichiátria, 6477 rehabilitáció, 1526 tartós ápolás).

A javasolt új struktúra szerinti ágyak száma: 66 354 (az újszülött- és a nappali-éjszakai szanatóriumi ágyak száma változatlan).

– Aktív: 53 186 (az aktív rehabilitációval együtt, amely korábban 6477 ágy volt, és jelenleg 4350 ágygal szerepel az aktív ágyak számában).

– Tartós ápolás: 13 342 (mely magában foglalja a krónikus belgyógyászati és társszakmák, a pszichiátriai krónikus ellátás két szintjét és az ápolási osztályok ágyszámát; az utóbbi 3207 ágygal növelhető az ágyszámcsökkentéssel párhuzamosan).

Megjegyzések: A javasolt új struktúra szerint az ágyszámcsökkenés összesen 14 695 ágy, melyből az aktív ágyak számának csökkenése 8361, annak ellenére, hogy a rehabilitációs ágyakat az aktív ellátáshoz sorolták.

Az intézmények részére a 2007. évben történő elemzések várható adatai alapján 800 aktív ágyat (rehabilitációval együtt) és 1200 tartós ápolási ágyat kell biztosítani a 2008. évi induláshoz. Az egyetemek, országos intézetek további elemzése során 180–240 ágy megszüntetése várható, és Veszprém megye adatainak elemzése 160–200 ágycsökkenést eredményezhet 2007. év végén: összesen minimum 360 ágy.

Az ágyszámcsökkentés során az egyes intézményeknek meg kell adni a lehetőséget ahhoz, hogy az engedélyezett aktív ágyszámon belül, szakmacsoportok szerint – az ésszerű határokon belül – maguk határozzák meg a kapacitásaikat, a definitív (végleges) ellátást nyújtó szakellátó hellyel történő egyeztetés után.

A tartós ápolásnál megadott ágyszámokon belül az aktív ellátáshoz hasonlóan, az intézmények döntési lehetőségét – az ésszerű határokon belül – a definitív szakellátó hellyel történő egyeztetés után meg kell hagyni.

A kapacitások csökkentésével egyidejűleg nagyobb nyomás nehezedik a definitív ellátó centrumokra, melyet figyelembe kell venni a végleges kapacitások kialakításánál. Az adatokból kiolvasható, hogy a jelentős aktívágyszám-csökkentés mellett – annak ellenére, hogy a korábbi krónikusból a rehabilitáció az aktív ágyakhoz került, az ápolási ágyak száma növelhető. Természetesen a kapacitások változása és azok elemzése évenként indokolt, a szükséges módosítások érdekében. (J5)

Az új struktúra szerinti végleges kapacitás kialakításához 5 év adatainak elemzése szükséges, jelenleg a további radikális ágyszámcsökkentés ellátási bizonytalansághoz vezethet. A betegutak megváltozása, átmeneti bizonytalanság miatt a felvázolt ágyszámcsökkentés is lakossági elégedetlenséget szülhet.

Az országban 17 kórházban történik ún. egyprofilú pszichiátriai vagy mozgásszervi rehabilitációs tevékenység. Ezek az intézmények az új struktúra szerint aktív kórházként működtethetők, ha megfelelnek az aktív kórház működési feltételeinek. Ha a meghatározott feltételeknek nem felelnek meg, megszüntethetők vagy tartós ápolási tevékenységet folytathatnak.

Az elemzések alapján 6 kórház aktív szakellátó tevékenysége szüntethető meg, melyek a továbbiakban tartós ápolási feladatokat láthatnak el, emellett 15 olyan intézmény található, melyek csak tartós ápolási tevékenységet folytathatnak a jövőben is.

Az új struktúra és az ágyszámcsökkentés eredményeként 46 kórházi osztály, 8 mátrix-osztály működése szüntethető meg úgy, hogy az ápolási osztályos ágyak száma kétszeresére emelkedik.

## Zárszó

Feltételezzük, hogy a rendszer minden felelős résztvevője a betegek érdekében cselekszik. A baj ott és akkor kezdődik, amikor a politika olyan szakmai szereplőket kerít hálójába – ez a politika bumeráng-profizmusa –, akikben az önkorlátozás esélye kicsi, és patológiás önbizalommal mozognak saját közegükben. A politika ezen bumeráng-profizmusából adódóan lenne talán lehetőség a politikai felelősség meghatározására és tettenérésére a politikai felelősség dimenzióin keresztül.

## Irodalom

1. Bondár É.: Mekkora a magyar egészségügyi kapacitás nemzetközi összehasonlításban? *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 2000;6:617–635.
2. Bugovics E.: *A fenntartható egészségügy, avagy az egészségügyi kórtana* (szerk.: Bugovics Z.). Medicina, Budapest, 2005
3. Bugovics E., Bugovics Z.: *Reform: a finanszírozható közellátás létrehozása és működtetése*. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. Közlés alatt.
4. Bugovics E., Pilt Zné.: *Az egészségügyi szakellátás működésének minimumfeltételei*. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 2001;1:38–41.
5. Harmat Gy., Czárán E.: *Kórházak és az egészségügyi ellátás Európa kilenc országában*. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 2004;2:25–31.
6. Horváth O., Bugovics E., Ari L., Katona Z., Pilt Zné és Benkő J.: *Az önkormányzati kórházak épületállományának, medikotechnikai ellátottságának és humán erőforrásainak helyzete Magyarországon*. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 1994;3:315–322.
7. Kovács G.: *A hazai egészségügy jövőképe*. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 1999;1:1–22.
8. Kövesi E.: *Hazai kórházaink az Európai Unió küszöbén*. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 2002;4:388–399. (J1)
9. Mihályi P.: *Magyar egészségügy: diagnózis és terápia*. Springer Orvosi Kiadó Kft., Budapest, 2000
10. Mihályi P., Pete P.: *A közösségi döntések problémái az egészségügyben*. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 2001; 4:309–315.
11. Molnár L.: *Ami helyes, azt meg is kell tenni*. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 2006;6:7–13.
12. Petrányi Gy.: *A magyar lakosság egészségi állapotának és az egészségügynek helyzetelemzése; jövőképek; ajánlások átfogó távlati programhoz*. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 2000;6:585–600.

---

A kórházak besorolása és a javasolt ágyszámok adatait, valamint a jegyzeteket a szerzők készséggel rendelkezésre bocsátják.  
E-mail: bugovicse@petz.gyor.hu