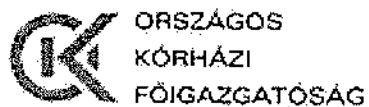


**FEKVŐBETEG-ELLÁTÁSI STRUKTÚRA
ÁTALAKÍTÁSÁNAK SZEMPONTRENDSZERE
2021**



Magyarország szétaprózott fekvőbeteg-ellátási struktúrájának átalakításánál a szakmaspecifikus koncentráció az elsődleges szempont, hiszen magas szintű ellátást csak megfelelő ellátási esetszám mellett lehet nyújtani, mivel ez szolgálja a betegbiztonságot.

1. Egy gazdaságosabban működő ellátórendszert a betegbiztonság sérelme nélkül szükséges létrehozni.
2. **Elengedhetetlen a nagy humánerőforrás-igényű szakmák (műtétes szakmák) koncentrációja.** Egy műtétes szakma 0-24 órás működése olyan nagyságú humánerőforrást igényel, amelyet gazdaságosan nem lehet biztosítani annyi helyen, ahány helyen ez a jelenlegi ellátórendszerben történik. (Szakorvos, műtősnő, műtősegéd, aneszteziológus orvos és aneszteziológus asszisztens, radiológus kell minden egyes műszakba, ahol az intézmény műtétes szakmákkal rendelkezik).
3. **A városi szintű kórházak elsőrendű feladata a lakosságközeli ellátások működtetése:**
 - 0-24 órás betegfogadó hely, amely megvalósulhat telephelyhez integrált alapellátási ügyelet és/vagy mentőállomás segítségével is.
 - Járóbeteg-szakellátás biztosítása a lehető legtöbb szakmában.
 - Krónikus ellátás és szakápolási tevékenység nyújtása.
 - Belgyógyászati alaptervékenység (krónikus és aktív belgyógyászat átalakítása finanszírozási eszközökkel) – ne alakuljon „elfekvővé” a belgyógyászati osztály, el tudja számolni a NEAK felé olyan beavatkozásokat krónikus ágyon is, amelyek jelenleg csak aktív ágyon lehetséges.
 - Műtétes szakmák szempontrendszere:
Főszabály szerint egynapos sebészet keretében, több szakmában nyújtson az intézmény lakosságközeli ellátást.
 - **Ahol a betegforgalmi adatok alapján indokolt a műtétes osztály (pl. sebészet, traumatológia) megtartása, ott is törekszünk arra, hogy az ügyeleti feladatokat a megyei kórház (vagy Budapesten a centrumkórház) lássa el a jövőben.** (A COVID időszak alatt több helyen megvalósult, nem okozott problémát az ellátási feladatok összevonása.)
 - **Alapvető szempont a megyei kórháztól való távolság vizsgálata,** az Országos Mentőszolgálat irányítási gyakorlatát vesszük figyelembe a mentési feladatok koordinációja során.
 - **Nappali kórházi ellátási formák szélesebb körben való alkalmazása.** A gyermekgyógyászatban az elmúlt években egyre inkább jellemző, hogy ambuláns formában történik az ellátás, vagy éjszakára „hazaadják” a gyermeket, ugyanez jellemző a rehabilitációs szakmákban is. Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendeletet módosítani szükséges, mert ez jelenleg csak ott enged nappali ellátást, ahol aktív fekvőbeteg osztály is van.
 - **Elsődleges szempont a szervezeti integráció megvalósítása,** hiszen minden szakmaspecifikus koncentráció esetében az egységes szakmai irányítás, a humánerőforrás-gazdálkodás és a háttérszolgáltatások biztosítása így gazdaságosabbá és szakmai szempontból is előnyösebbé válik.
 - Magyarország Kormányának családtámogatási, családközpontú szemlélete okán megfogalmazódott az az elvárás, hogy a jelenleg rendelkezésre álló szülészeti kapacitások ne koncentrálódjanak a megyei intézményekbe, hanem városi kórházakban is maradjon meg a jelenlegi struktúra. Azonban problémát jelent a szülészet-nőgyógyászati ellátás szétaprózottsága, mivel a szülész-nőgyógyász

szakorvosok száma nem igazodik a jelenlegi struktúrához, azaz hiányszakmai jellemzőket mutat. Ezért egy ésszerű ügyeleti centralizációra is szükség van, abban az esetben, ha a kisvárosi kórházakban lévő szülészeti osztályok megmaradnak a jelenlegi formájukban, ebben az esetben ezen intézményekben kizárólag nappal végezhető szülészeti tevékenység, ügyeleti időben a nagyobb, megyei intézményekben szükséges a feladatot ellátni. Magyarországon is van már kialakult jó gyakorlat erre, pl. Vas megyében. A kisebb intézményekben a szülészeti osztályokhoz való ragaszkodásban – bármily meglepő - a legnagyobb érzelmi feszültséget a gyermek születési helyéhez való ragaszkodás jelenti a helyi politika számára. Ebben jelentős segítséget nyújtana, ha születési helyként az anya lakcímét lehetne vélelmezni az anyakönyvezés során.

4. **Kisebb betegforgalmat generáló szakmák** (belgyógyászati subspecialitások, fül-orr-gége, urológia, szemészet, érsebészet) fekvőbeteg osztályként megyei szinten kizárólag egy kórházban szükséges működtetni, főszabály szerint a megyei kórházban, de lehetnek kivételek, például egy jól működő urológiai osztályt nem kell feltétlenül integrálni egy megyei intézménybe, hanem az egyéni szempontok, helyi sajátosságok, betegforgalmi adatok, elérhető szakemberek függvényében esetleg inkább a városi kórházba szükséges telepíteni a teljes megyei fekvőbeteg-ellátást az adott szakmában.
5. **High tech orvosi felszerelést, speciális szaktudást igénylő ellátások** (idegsebészet, szívsebészet), vagy olyan szakmák, amelynek fekvőbeteg-forgalma igen csekély (pl. bőrgyógyászat) nem szükségesek feltétlenül minden megyében. Ezeknek egy térségi szintű központban van a helye (jellemzően egyetemeken, vagy centrumkórházakban).
6. **Budapest és Pest megye fekvőbeteg-ellátási fejlesztésének főbb szempontrendszer:**
A budapesti fekvőbeteg-ellátás jelenlegi struktúrája széttörédezett, az intézmények területi ellátási kötelezettsége ugyancsak több kórházhoz rendeltlen jelenik meg, több szakmában, ennek feloldása a fejlesztések legfőbb feladata. **Négy centrumkórház** megépítése/fejlesztése már megindult (Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Dél-Pesti Centrumkórház, Észak-Közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő valamint a tervezés alatt álló Dél-Budai Centrumkórház), álláspontunk szerint az EBP keretein belül **ezeket célszerű prioritásként kezelni.**
Ezeken felül új szakmai kapacitás, műtőkapacitás létrehozására nincs szükség. Az ún. társkórházak vonatkozásában a legfontosabb fejlesztési alapelv az építészeti és gépészeti korszerűsítés, emellett a diagnosztikai eszközök folyamatos cseréje és fejlesztése, és az épületek komfortosítása. A budapesti ágyszám relatíve magas, de ennek csökkentése jelenleg nem cél, mivel a centrumkórházak fejlesztése, továbbá a társkórházak átalakítása és korszerűsítése mellett szükség van azokra a pufferterületekre is, amelyek a fejlesztések megvalósulása esetén a négy ágyból három-, illetve kétágyassá váló kórtermek kialakításával csökkenő ágyszámkapacitást jelentenek. Ezek a folyamatok vidéken az előző uniós fejlesztési ciklusban már végbementek, így ott az ottani kiépült kubarúra nagyobb teret enged a szakmai racionalizálásnak.
A fejlesztések megvalósulásáig arra lehet törekedni, hogy a **műtétes szakmák vonatkozásában egy-egy területen az ügyeleti ellátás koncentrálódjon, így a humánerőforrás kihasználtsága jobbá válik**, azaz a kisebb intézményekben kizárólag nappali ellátás és éjszakai ápolás, továbbá orvosi készenlét szükséges a jövőben.

7. Összességében, a fenti alapelveket alkalmazva, **az országos aktív ágyszám 2472 ágygal csökken.** Ezeknek jelentős részét azonban szakápolási és krónikus kapacitássá konvertáljuk azokon a telephelyeken, amelyeken továbbra is egészségügyi ellátás fog megvalósulni. **Az aktív ellátás 6 telephelyen szűnik meg, további egy telephelyen a krónikus ellátás is megszűnik és kerül át a szociális szférához. A műtétes szakmák tekintetében elmondhatjuk, hogy azok 13 telephelyen szűnnek meg vagy alakulnak át.**

Budapest, 2021. június 4.