

ÁLTALÁNOS KÉRDÉSEK

1. Miért kell csökkenteni az ágyakat?

Mert az a célunk, hogy kevesebb ágyon, jobb minőségű ellátást kapjanak a betegek. Magyarországon százezer főre ma még másfélszer annyi ágy jut, mint az európai átlag. Nemcsak sok az ágy nálunk, de a negyedük kihasználatlan. Egy ilyen ágy fenntartása éves szinten több mint 5 millió forint. A pazarlás megszüntetésével, a felesleges ágyak csökkentésével és az ellátórendszer ésszerűsítésével gazdaságosabban működtethető és magasabb színvonalat nyújtó egészségügyi rendszer jön létre.

2. Mikortól lép életbe a változás?

2007. április 1-től.

3. Mit kell tudni az ellátási kötelezettségről és a beutalásról?

- A területi ellátási kötelezettséggel rendelkező kórháznak kötelező ellátni azt a beteget, aki az adott területen lakik és beutalóval érkezik.
- Akinek más kórházba szól a beutalója, akkor az a kórház csak akkor láthatja el, ha ezzel a területéhez tartozó betegek ellátását nem veszélyezteti.
- Ha beutaló nélkül keres fel valaki egy kórházat, akkor neki az ellátása költségének 30 százalékát, legfeljebb 100000 forintot kell fizetnie.

Sürgősségi ellátást az ország bármely kórházában mindenki többlettérítés nélkül kap.

4. Honnan lehet megtudni, hogy kit milyen betegséggel mostantól hol látnak el?

A legfontosabb: a házi orvos dönti el azt, hogy kit hol látnak el a betegségével. Ő írja a beutalót, amely szükséges a kórházi ellátás igénybevételéhez. Ezért a házi orvosok tudnak minden szükséges információt az új ellátórendszeréről és a területi ellátási kötelezettségekről.

Ezeket az alapvető információkat mindenki megtudhatja a házi orvosától, a Dr. Info telefonszámán (06-40-374636) vagy a www.terapia2007.hu honlapon.

5. Miért lesz jobb az ellátás az átalakítás után?

- Mert minden egyes forintot, amit az átalakításokkal megtakarítunk, az egészségügy minőségének javítására költünk.
- Mert csökkennek a területi egyenlőtlenségek az ellátásban.
- Mert az ellátás koncentrálásával a bonyolultabb eseteket a legfelkészültebb szakemberek gyógyítják.
- Mert korszerű járóbeteg-ellátással is meggyógyítják azt a beteget, akinek nem szükséges kórházba feküdni.
- Mert az uniós pénzeket már az új, korszerű struktúra fejlesztésére fordítjuk.

6. Mikorra javul érezhetően a minőség?

A következő években folyamatosan javulni fog az ellátás minősége. Mivel a bonyolultabb betegségeket a szakmailag legfelkészültebb helyeken fogják gyógyítani, javul majd a gyógyítás eredményessége is. A következő években 400 milliárd forintnyi uniós támogatást költünk az egészségügy fejlesztésére. A magyar egészségügyben ilyen sok pénzt ennyi idő alatt soha nem

költöttek fejlesztésre. Ebből a pénzből fejlesztjük a járóbeteg-ellátást, hogy azokon a településeken is színvonalas ellátást kapjanak a betegek, ahol nincsen kórház. Ebből a pénzből fejlesztjük a mentőellátást, hogy minden beteg időben kapjon segítséget. Ebből a pénzből tesszük kényelmesebbé és komfortosabbá a kórházakat, hogy a betegek ne sokágyas kórtermekben, hanem méltó körülmények között gyógyulhassanak.

7. Ez most szakmai vagy politikai jellegű lista?

A kórházátalakítás nem politikai, hanem szakmai alapon történik. A koncentráltabb, hatékonyabb intézményrendszer előnyeit senki nem vitatja. Szakmai szempontokat mérlegelve határoztuk meg azt, hogy melyik intézmény milyen ellátásokat mekkora kapacitással tud hatékonyan és jó minőségben végezni.

8. Igaz-e az, hogy az ellenzéki vezetésű városok rosszabbul jártak az átalakításnál?

Nem. Budapest például nem ellenzéki vezetésű város, a legnagyobb átalakítások mégis itt történnek. Ha valaki beteg, nem az számít, hogy szocialista, konzervatív vagy liberális szavazó. Az a fontos, hogy jó minőségű ellátást kapjon, bárhol is él az országban.

9. Miért kell ilyen gyorsan végigvinni az átalakítást?

- Mert az a cél, hogy minél rövidebb ideig tartson az átállásból szükségszerűen következő bizonytalanság. Senkinek nem jó, ha hónapokon keresztül nem lehet pontosan megmondani, kit, mivel, hol látnak el.
- Mert minél hamarabb alakul át a kórházi szerkezet, annál hamarabb lehet több pénzt fordítani az ellátás minőségének javítására.
- Az uniós pénzeket már az új struktúrára érdemes költeni. Ezért addig nem lehet pályázni, ameddig nem alakul ki az új struktúra. A gyorsaság azért fontos, hogy ne maradjunk le az uniós támogatásokról.

10. Mi a kiemelt kórház?

A kiemelt kórházak – a szükséges fejlesztések után – az országban egyenletesen elosztva a legmodernebb, európai színvonalú technikával felszerelve, nagy tapasztalatú orvosokkal biztosítják a súlyos vagy speciális betegségben szenvedők hatékony ellátását. Az ellátás biztonsága és garantált minősége érdekében csak a központokban folyhat például a daganatos betegek kezelése, szervátültetés, szívműtét, és hasonló, nagy felkészültséget igénylő beavatkozás, de a kiemelt kórházak fogadják azokat az eseteket is, amelyeket felszereltség vagy gyakorlat hiányában a területi kórházak nem tudnak megoldani.

A kiemelt kórházak egyúttal sürgősségi központokként is üzemelnek, és az év 365 napján 24 órán át fogadják a sürgősségi ellátásra szoruló betegeket.

11. Mi alapján lett kiválasztva a kiemelt kórházak köre?

A kijelölésnél három fő szempont érvényesült.

- A megfelelő alap, azaz a kórház meglévő felszereltségének, szakmai felkészültségének és szervezeti kultúrájának is alkalmasnak kell lennie a kiemelt kórházi szerep betöltésére.
- A sokoldalúság, azaz a kórháznak már most is a szakterületek széles spektrumában kell magas szintű ellátást nyújtania.
- Az elérhetőség és igazságosság – az intézménynek legfeljebb egy óras utazással mindenki számára elérhetőnek kell lennie.

Ezek alapján minden megyében lesz legalább egy kiemelt ellátási felelősséggel működő kórház (a megyékben a megyei kórházak, illetve ha van orvos-egyetem, akkor ott az egyetemi klinikák, a

fővárosban többek között az egyetemi klinikák és a létrehozandó Állami Egészségügyi Központ). De kiemelt kórház lesz a két legsúlyosabb népbetegséget gyógyító országos intézet is: a Kardiológiai és az Onkológiai Intézet.

12. Mi a területi kórházak feladata?

A kórházak többsége az esetek nagy részét jelentő „általános” ellátásra szakosodik és területi kórház lesz. A területi kórházakra az aktív ellátás mellett a jövőben a jelenleginél nagyobb szerep jut majd a rehabilitáció, a krónikus ellátás és az ápolás terén.

13. Mi lesz a járóbeteg központokkal?

Az egyik legfontosabb fejlesztés a járóbeteg központokat érinti. A kistérségi központokban a betegek a lakóhelyük közelében vehetik igénybe a szakrendelések többségét, és itt, helyben tudják elvégezni a fontosabb diagnosztikai vizsgálatokat is (pl. labor, röntgen, ultrahang). A járóbeteg központokra épülve működik majd a nappali kórház, az egynapos sebészet, a krónikus ellátás és ápolás is. Így itt olyan ellátások is elérhetők lesznek, amiért eddig kórházba kellett menni.

14. Mi lesz a háziorvosi rendszerrel?

A háziorvosi rendszer tovább működik: a reform nem átalakítja, hanem fejleszti a háziorvosi ellátás rendszerét. A vizitdíj bevezetésének előnyeit is a háziorvosok élvezik a leginkább. Az új ellátási rendszerben a háziorvosoknak kulcsszerepe lesz, hiszen rajtuk múlik, hol és milyen ellátásban részesül a beteg, ők döntenek el, hogy betegeiket melyik kórházba utalják.

15. A különböző kórháztípusok közötti feladatmegosztás nem eredményezheti azt, hogy egyik helyről a másikra küldözgetik a betegeket?

Nem, az új rendszer az egymásra épülő ellátási szintekkel világosabb és egyértelműbb feladatmegosztást jelent az intézmények között. Az átalakításokkal a párhuzamosságok szűnnek meg, így a betegek számára is átláthatóbb rendszer alakul ki. A mindennapi betegségek gyógyításában megerősödik a helyi ellátás: jól felszerelt járóbeteg központok, nappali kórházak, ápolási részlegek jönnek létre, és így a betegek közelebb találhatnak megoldást kisebb egészségi problémáikra, mint eddig, csak épp nem kórházi ellátás keretében. Egyes speciális ellátásokért azonban lehet, hogy messzebb kell majd utaznunk, de cserébe minden esetben biztonságosabb gyógyulást, jobb ellátást kapunk majd.

16. Ki fogja meghatározni, hogy ki, milyen betegség, milyen stádiumával, milyen orvoshoz, melyik intézményhez fordulhat?

Az ÁNTSZ határozza meg azoknak a területi kórházaknak és kiemelt kórházaknak a körét, ahová egy adott településről a beteg beutalható. Természetesen az továbbra is a beutaló orvos felelőssége, hogy a páciensét milyen problémákkal milyen szintű intézménybe küldi. Bizonyos betegségeket a jövőben csak az arra kijelölt legmagasabb szintű szakértelemmel és korszerű diagnosztikai műszerekkel ellátott centrumokban kezelnek majd (pl. daganatos megbetegedések.)

17. Melyik kórházban lesz lehetőség életmentő beavatkozások elvégzésére?

Természetesen mindegyik kórházban lehetőség lesz életmentő beavatkozások elvégzésére, de a biztonságos, folyamatos üzem elsősorban a kiemelt kórházakra koncentrálódik. A kiemelt kórházak egyúttal sürgősségi központokként is működnek majd: az év 365 napjában 24 órán át fogadják a sürgősségi ellátásra szoruló betegeket.

18. Mivel óriási a lemaradás a kiemelt kórházak esetében is, hogyan fejlesztik majd a területi kórházakat?

A felesleges ágyak számának csökkenésével megtakarítás érhető el, amely teljes egészében a kórházi ellátás és a járóbeteg ellátás működtetésére és fejlesztésére fordítunk. Ezen felül 400 milliárd forintnyi uniós forrás is az egészségügyi rendszer modernizációját, fejlesztését szolgálja majd.

19. Képes-e már ma is a mentőszolgálat arra, hogy több embert szállítson messzebből a kiemelt kórházakba?

Idén 1 milliárd forintból 30 új eset-, és rohamkocsi áll szolgálatba. Emellett 60 új mentőautó is javítja majd a betegszállítás színvonalát. Uniós forrásokból felépülnek a hiányzó mentőállomások, és folyamatosan beszerezzük a szükséges mentőkocsikat is. Ennek eredményeképpen a reform végére elérhető cél, hogy minden helyszínt a mentők 15 percen belül képesek legyenek elérni. Sok esetben nem mentésről, hanem betegszállításról kell beszélnünk, ezt azonban nagyobb részt a mentőszolgálattól független szervezetek végzik majd.

20. Mivel motiválják a kórházakat a minél rövidebb idejű gyógyító ellátásokra? Pl. egynapos sebészetre?

Az állami támogatás mai rendszerében a legtöbb kórház abban érdekelt, hogy minél több beteg, minél hosszabban fekvjön kórházban, mert így az intézmény lényegesen több állami támogatást kap, mintha a betegek hazamennének. Az új rendszerben a beteg csak akkor kerül majd kórházba, ha az tényleg indokolt. Ennek irányába hat majd a kórházi ágyak átstrukturálása, illetve az új finanszírozási rendszer.

21. A 30 százalékos fizetési kötelezettséggel nem sérül a szabad orvosválasztás joga?

Nem, mert a háziorvost a jövőben is teljesen szabadon választhatjuk. A kórházban erre eddig is csak hálapénzért cserébe volt lehetőségünk. Ha a kórház munkarendjétől eltérően választunk orvost, akkor kell majd az ellátás költségének 30 százalékát (legfeljebb 100 ezer forintot megfizetnünk).

Ez az intézkedés fontos lépés a hálapénz visszaszorításában, hiszen a betegek többnyire érzékelik, hogy nekik valójában nem járó szolgáltatást vesznek igénybe, ezért gondolják úgy, hogy „hálasnak” kell lenniük. De a hálapénz igazságtalan, nem adózik és csak az orvosok egy része kapja. A 30 százalékos önrész viszont legális, és az ellátásban részt vevő valamennyi egészségügyi dolgozó részülhet belőle.

22. Amennyiben hétvégén van szükségem szakszerű orvosi ellátásra, melyik kórházban kaphatom meg?

Alapvetően a szokásos ügyeleti rend szerint, de súlyosabb esetekben a kiemelt kórházakban az év minden napján 0-24 órában működő szakszerű ügyelet várja a betegeket.

23. A betegek gyógyulásához nem csak sikeres kezelés, hanem megfelelő rehabilitáció is szükséges. Ha a rossz anyagi körülmények között élő embert járóbetegként látják el, és hazaküldik, akkor nem lesz sokkal kevesebb a gyógyulási esélye?

Amennyiben a beteg rehabilitációja orvosi szempontból indokolt, kórházakban szakemberek fogják majd ellátni. Ezért is növeltük a rehabilitációs ágyak számát az országban. Az a rossz gyakorlat, miszerint szociális okokból tartanak bent betegeket egészségügyi intézményekben aktív ellátás formájában, nem tartható fenn tovább. A kormányzat pályázat útján komoly összegeket fog fordítani a korszerű rehabilitáció feltételeinek kialakítására

24. Az egynapos sebészet nem jelenti azt, hogy nagyobb lesz az esélye a különböző szövődményeknek?

Az egynapos sebészet egyúttal korszerűbb, kisebb kockázatú technikát jelent, és csak kockázatmentes esetben fognak efféle gyors sebészeti beavatkozást végrehajtani. Amennyiben szükséges, a beteg magasabb szintű ellátást kap. Ugyanakkor fontos tudni, hogy az egynapos sebészeti beavatkozások aránya több EU országban meghaladja a 20 százalékot, míg nálunk az 5 százalékot sem éri el. Egészen biztos, hogy e téren van lehetőségünk az előrelépésre, és a betegnek is jobb, ha hazamehetnek a beavatkozás után, és nem kell feleslegesen kórházban feküdniük.

25. Kap-e MÁV-, vagy Volán-kedvezményt a beteg vagy beteglátogató, ha ezentúl messzebb kell utaznia?

A beteg számára nyújtott utazási költségtérítés a jövőben is megmarad, igaz, csak a teljesítést igazolva, utólag lehet majd felvenni. Sürgősségi esetekben a mentők feladata lesz a betegszállítás. Ugyanez a kedvezmény a látogatókat nem illeti meg.

26. Hogy jut kórházba az, aki nehezen mozog, de nem számít „sürgősségi esetnek”?

Ahogy eddig is, indokolt esetben a mentők, illetve a betegszállító szervezetek végzik majd el a betegszállítást.

27. Ki fogja finanszírozni az utazást, ha már csak tőlünk messze eső kiemelt kórház kezelhet daganatos betegeket?

Az utazási kedvezmények feltétele változatlan marad, így például a 65 éven felüliek továbbra is ingyen utazhatnak. A daganatos betegek jó része eddig is az erre szakosodott onkológiai központokban kezeltette magát, mert jól tudták, hogy itt lényegesen szakszerűbb és jobb ellátásban részesülnek. Lényeges változás tehát ezen a téren nem várható. Az utazási költségtérítés rendszere megmarad, bár szigorúbb ellenőrzés alá kerül.

28. Mi történik azzal a beteggel, akinek a városában ugyan van kiemelt kórház, de a betegsége nem igényel kiemelt kezelést? Elküldik a 30 km-re lévő területi kórházba?

Minden egyes kiemelt kórház képes lesz nyújtani azt az ellátást, amelyet a területi kórházak is, és a helyi lakosok számára ellátási kötelezettsége is lesz. Így természetesen a kiemelt kórházakban ellátást kapnak azok is, akiknek nem szükséges a kiemelt kezelés, de a közelben laknak. Ilyen értelemben tehát a kiemelt kórházak területi kórházak is egyben.

29. Lesz-e az új rendszer kialakítása során kórházépítés?

Az egészségügyi reform célja, hogy gyorsan és a megfelelő ellátáshoz juthasson hozzá minden beteg. Ehhez azonban nem új kórházak építésére van szükség, hanem a már meglévő rendszer átalakítására, arra, hogy fejlesszük a járóbeteg ellátást, hogy a súlyos betegségek kezelése a legmodernebb technikával felszerelt, kiemelt központokban, nagy tapasztalatú orvosokkal segítségével történjen. Ezek a kiemelt kórházak pedig minden megyében elérhetőek lesznek.

Szülésem várható időpontja május 3-a. Úgy hallottam, hogy megszűnik az intézmény ahol gondozásom eddig zajlott. Ha megszűnik a kórház, hol fogok szülni?

Egy beteg sem marad ellátás nélkül. Amennyiben Ön ragaszkodik orvosához és az orvosa más intézményben nyújt a jövőben (április 1-jét követően) ellátást, lehetősége van arra, hogy abban az intézményben kerüljön sor a szülésre és az azzal kapcsolatos ellátásra, ahol az orvosa folytatja tevékenységét. Ez a lehetősége a szülést követő 3. hónap végéig áll fenn. Ez az eset nem minősül orvosválasztásnak és a beutalási rendtől való eltérésnek sem.

Mi történik krónikus beteg kislányommal, ha az intézet, ahol eddig kezelték megszűnik? Hova viszem felülvizsgálatra?

Egy beteg sem marad ellátás nélkül. Az ágyszámokat közlő közigazgatási határozatokban kijelölt ellátási terület szerinti egészségügyi szolgáltató köteles fogadni és egyben folytatni kislánya krónikus jellegű ellátását.

Várhatóan mi történik velem, ha megszűnő kórházban vagy megszűnő osztályon fekszem? Áttolnak egy másikba?

Amennyiben az intézmény finanszírozása 2007. április 1-től megszűnik és Ön 2007. március 31. előtt került felvételre, lehetőség van arra, hogy kezelése április hónapban ebben az intézményben fejeződjön be.

Intézményi várólista alapján elő vagyok jegyezve műtétre, de a struktúraátalakítás miatt nem világos mi lesz a műtétemmel?

Amennyiben az adott intézményben - ahol az Ön várólistáját vezetik - továbbra is rendelkezésre áll a szakmacsoport, akkor a várólista alapján jogosult az ellátásra. Amennyiben megszűnik az adott ellátás, a feladatot átvevő intézmény várólistájára Önt is felvezetik az előjegyzés időpontjának megfelelően. Ön erről attól az intézménytől kap tájékoztatást (ellátás helyéről és idejéről is), ahol a várólistára felvették.

Mi van akkor, ha nem bízom a területi ellátásomra kijelölt kórházban. Választhatok-e másikat, hogyan s milyen feltételekkel?

A beutalás szabályai 2007. április 1-jétől nem változnak. Az új területi ellátási kötelezettségeket az ágyszámokat közlő közigazgatási határozatok tartalmazzák. A beutalás rendjét pedig rendelet határozza meg. E szerint a beteget a beutaló orvosnak elsősorban a lakóhely, vagy tartózkodási hely szerint területileg illetékes járóbeteg-szakrendelésre, illetve fekvőbeteg-gyógyintézetbe indokolt beutalni. A beutalás rendjét szabályozó jogszabály azonban több ponton eltérést tesz lehetővé:

- Amennyiben a beteg vizsgálata, illetőleg gyógykezelése az előzőek szerint nem biztosított megfelelően, a beteget a tartózkodási helyéhez legközelebb eső, illetve legkönnyebben megközelíthető és a megfelelő feltételekkel rendelkező szakellátásra célszerű beutalni.
- A beteg a beutaló orvostól indokolt esetben kérheti más, szakellátására területileg nem illetékes egészségügyi intézménybe történő beutalását. Indokolt esetnek minősül különösen, ha a beteg olyan szakellátást végző intézménybe kéri beutalását, ahol előzőleg már gyógykezelésben részesült.

A beutaló orvos előzetesen tájékozódik a szakellátását nyújtó intézmény fogadóképességéről. Előzetes helybiztosítás nélkül - a sürgős szükség esetét kivéve -, a beutalt beteg vizsgálata, illetőleg gyógykezelése a területi ellátásra nem kötelezett szolgáltató által visszautasítható, ha az

veszélyeztetné a szakellátást végző egészségügyi intézmény területi feladatainak ellátását, illetve a progresszív betegellátással kapcsolatos kötelezettségeit.

Amennyiben a megkeresett további intézmény csak a területi ellátási kötelezettségének veszélyeztetése mellett tudná vállalni a beteget, az ellátást visszautasíthatja.

Itt fordulhat elő az az eset, amikor a beutaló orvos csak a területi ellátási kötelezett szolgáltatóhoz tud beutalni, így ha ebben az intézményben/orvosban nem bízik a beteg, csak részleges térítési díj fizetése mellett veheti igénybe más intézményben, vagy más orvos választása mellett az ellátást.

Ha átjelentkezem egy másik háziiorvoshoz, akkor tudom-e befolyásolni, hogy az általam választott intézményben vegyem igénybe az ellátást?

A hatályos jogszabályok alapján a területi ellátási kötelezettség a biztosított lakóhelye, illetve tartózkodási helye szerinti egészségügyi szolgáltató, tehát a háziiorvosi átjelentkezés ezt nem befolyásolja.

Követhetem-e orvosomat, ha a szülésre már előjegyeztek egy olyan intézményben, ahol az ellátás megszűnik?

Ha megszűnik a szülészeti ellátás, és a biztosítottat szülésre már előjegyzésbe vették az adott intézményben, akkor részleges térítési díj fizetése nélkül – mivel ez az eset nem minősül orvosválasztásnak – másik egészségügyi szolgáltató orvosát felkeresheti, ami azt jelenti, hogy saját orvosát is követheti. A szülés, illetve az ezzel kapcsolatos ellátás a szülést követő harmadik hónap végéig még igénybe vehető ilyen feltételek mellett. Továbbá megteremtettük annak jogszabályi feltételét, hogy a területi ellátásra kötelezett fekvőbeteg intézmény a kismama választott orvosát szabadfoglalkozású jogviszony keretében alkalmazza a kismama szülési ellátására.

Mikor kell beutaló az ellátásomhoz és mikor nem?

A biztosított - a sürgősségi ellátást nem igénylő esetekben - orvosi beutaló nélkül is jogosult igénybe venni

- szakorvosi rendelő által nyújtott
 - bőrgyógyászati,
 - nőgyógyászati,
 - urológiai,
 - pszichiátriai és addiktológiai,
 - fül-, orr-, gégsészeti,
 - szemészeti,
 - általános sebészeti és baleseti sebészeti,
 - onkológiaiszakellátást.
- az első alkalommal beutalás alapján igénybe vett bőr- és nemibeteg-gondozó, tüdőgondozó és onkológiai gondozó, valamint kúraszerű ellátás keretében a gondozásba vett biztosítottak részére nyújtott ellátást.

Utána tudok-e nézni, hogy a már ellátásban részesülő rokonom hová kerül?

Igen. Elsősorban a kezelőorvosnál, illetve a háziorvosnál tud érdeklődni.

Munkahelyem Budapesten van, de a háziorvosom Szegeden. Hol vehetem igénybe a kórházi, vagy járóbeteg ellátást és milyen feltételekkel? Kell-e fizetnem, ha Budapesten leszek rosszul, vagy egy tervezhető beavatkozást kell igénybe vennem?

A sürgősségi ellátások bárhol igénybe vehetők függetlenül a lakóhelytől vagy a tartózkodási helytől.

A tervezhető ellátások tekintetében a beutalási rend az irányadó, amelynek alapja a lakóhely, illetve tartózkodási hely.

A beutalás rendjét szabályozó jogszabály azonban több ponton eltérést tesz lehetővé:

- Amennyiben a beteg vizsgálata, illetőleg gyógykezelése az előzőek szerint nem biztosított állapotának megfelelő szakmai színvonalon, a beteget a tartózkodási helyéhez legközelebb eső, illetve legkönnyebben megközelíthető és a megfelelő feltételekkel rendelkező szakellátásra célszerű beutalni.
- A beteg a beutaló orvostól indokolt esetben kérheti más, szakellátására területileg nem illetékes egészségügyi intézménybe történő beutalását. Indokolt esetnek minősül különösen, ha a beteg olyan szakellátást végző intézménybe kéri beutalását, ahol előzőleg már gyógykezelésben részesült.

A beutaló orvos előzetesen tájékozódik a szakellátását nyújtó intézmény fogadóképességéről. Előzetes helybiztosítás nélkül - a sürgős szükség esetét kivéve -, a beutalt beteg vizsgálata, illetőleg gyógykezelése visszautasítható, ha az veszélyeztetné a szakellátást végző egészségügyi intézmény területi feladatainak ellátását, illetve a progresszív betegellátással kapcsolatos kötelezettségeit.

Amennyiben a megkeresett további intézmény csak a területi ellátási kötelezettségének veszélyeztetése mellett tudná vállalni a beteget, az ellátást visszautasíthatja.

Itt fordulhat elő az az eset, amikor a beutaló orvos csak a területi ellátási kötelezett szolgáltatóhoz tud beutalni, így ha ebben az intézményben/orvosban nem bízik a beteg, csak részleges térítési díj fizetése mellett veheti igénybe más intézményben vagy más orvos választása mellett az ellátást.

Mi történik akkor, ha nem a területi ellátási kötelezettségnek megfelelő kórházban veszek igénybe ellátást (pl. szülők) és ráadásul meg kívánom választani az orvosomat is?

Amennyiben a területi ellátási kötelezettségtől eltérő intézményben vesz igénybe ellátást, de ez az intézmény szerepel a beutalón, ez nem jelent beutalási rendtől való eltérést.

Amennyiben eltért a beutalón lévő egészségügyi szolgáltatótól és orvost választ, akkor részleges térítési díj fizetése mellett veheti csak igénybe az ellátást. A részleges térítési díj mértéke a biztosító felé elszámolható finanszírozási összeg 30%-a, maximum 100 ezer Ft.

Ha megszűnik a szülészeti ellátás, és a biztosítottat szülésre már előjegyzésbe vették az adott intézményben, akkor részleges térítési díj fizetése nélkül – mivel ez az eset nem minősül orvosválasztásnak – másik egészségügyi szolgáltató orvosát felkeresheti, ami azt jelenti, hogy saját orvosát is követheti. A szülés, illetve az ezzel kapcsolatos ellátás a szülést követő harmadik hónap végéig még igénybe vehető ilyen feltételek mellett, térítési díj fizetése nélkül.

Kapnak-e támogatást a szolgáltatók az átalakuló struktúra költségeinek fedezésére?

A kórházak ágyszámát meghatározó közigazgatási határozatok közlését követően pályázati felhívás kerül kiírásra az ágyszám-változásokból adódó, az egészségügyi szolgáltatókat terhelő költségek mérséklésére. A pályázatra rendelkezésre álló forrás 7,5 Mrd Ft.

Mi történik az intézmény számára megállapított TVK-val? Marad a régi?

Az aktív fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató 2007. március 31-én érvényes teljesítményvolumene módosításra kerül a 2007. április 1-étől megállapított kapacitás változása alapján, ide nem értve a szolgáltatásvolumen szerint finanszírozott kúraszerű ellátásokat (IVF) és az egynapos beavatkozásokra jutó teljesítményvolumen.

Az aktív fekvőbeteg-szakellátásban a 2007. március 31-én érvényes és a kapacitásváltozással módosított teljesítményvolumen mennyisége közötti különbség

- 5 százaléka az egynapos beavatkozások elszámolására,
- 30 százalékanak megfelelő kiadási előirányzat a krónikus fekvőbeteg szakellátás többletkiadásainak fedezetére,
- 40 százaléka a járóbeteg-szakellátás teljesítményvolumenének növelésére

szolgál.

A fennmaradó teljesítményvolumen az adott régióban működő szolgáltatók között az ellátási kötelezettség körébe tartozó lakosság szám arányában kerül felosztásra.

Traumatológiai ellátást is végző kiemelt kórház vagyunk. Előzetes számításaink szerint a törvény szerinti, 2007. április 1-jén megállapított kapacitásunk nem lesz elég az átvett feladatokból adódó esetek ellátására. Különösen gond ez a baleseti ellátások esetében, ahol nem tervezhetjük az esetek számát. Mi lesz a betegekkel?

Kiemelten (elkülönítetten) kerül kezelésre a szolgáltató összes teljesítményvolumenén belül az onkológiai, a kardiológiai, a traumatológiai és a csecsemő- és gyermekgyógyászati ellátásokra érvényes teljesítményvolumen. A TVK Ellenőrző Bizottság háromhavi teljesítmény elszámolása alapján megvizsgálja ezen szakmák teljesítményvolumen kereteinek felhasználását és bizonyos meghatározott feltételek mellett javaslatot tehet a szolgáltatók közötti átcsoportosítására.

A területi ellátási kötelezettség kialakítása a szomszéd kórház és intézményünk számára egyaránt előnytelen. Lesz mód a változtatásra?

Lehetősége lesz a fenntartóknak, hogy a meghatározott ellátási területüket megállapodásban módosítsák.

Intézményünk 2002-ben kezdte tevékenységét. Az első 3 hónapban nem kapott finanszírozást, most feladatátvétel nélkül megszűnik a finanszírozási szerződésünk. Mi lesz az elmúlt 3 hónapban végzett munkánk finanszírozásával?

Intézményünk a szerződés megszűnését követően megkapja a szerződés megszűnését megelőzően végzett tevékenység után járó díjazást.

Kórházunk induláskor finanszírozási előlegben részesült. Fekvőbeteg-szakellátási feladatunk megszűnik. Milyen díjazásban részesülünk 2007. április 1-től az ezt megelőzően végzett teljesítményünk után?

Önök a szerződés megszűnését megelőző 12 havi teljesítmény összegéből számított 1 havi átlagnak megfelelő összegű díjra jogosultak, amelyet 3 részletben kapnak meg:

- 80%-át a megszűnést követő hónapban,
- 10-10 %-át a megszűnést követő 2., illetve 3. hónapban.

Fekvőbeteg-szakellátási feladatunk megszűnik. Ki fogja megkapni az elmúlt 3 hónapban elvégzett munkánk finanszírozását?

Ez attól függ, hogy Önök tevékenységük indulásakor részesültek előlegben vagy sem. Amennyiben igen, akkor Önök a szerződés megszűnését megelőző 12 havi teljesítmény összegéből számított 1 havi átlagnak megfelelő összegű díjra jogosultak, amelyet 3 részletben kapnak meg: 80%-át a megszűnést követő hónapban, 10-10 %-át a megszűnést követő 2., illetve 3. hónapban.

Amennyiben nem részesültek előlegben, megkapják az elmúlt három hónapban végzett munkájuk után járó díjazást.

2007. áprilistól az intézményünk által ellátott feladatot egy kiemelt kórház veszi át. Úgy tudjuk az elmúlt 3 havi teljesítményünk után járó díjat is ők kapják. Igazságos-e ez?

Az Önök által 2007. április 1-jét megelőző két hónapban nyújtott teljesítmény után járó díj finanszírozása az Önök és a feladatot átvevő intézmény fenntartójának megállapodása szerint történik. Továbbá Önök megkapják a januári teljesítményük utáni díjazást három részletben.

Eddig aktív feladatot is ellátó intézmény voltunk. Április 1-jétől csak krónikus ellátásra lesz szerződésünk. Mi lesz az elmúlt háromhavi teljesítményünk utáni díjjal?

A szerződés megszűnését megelőzően nyújtott és elszámolható teljesítményeik után járó díjra jogosultak.

Eddig aktív feladatot is ellátó intézmény voltunk. Április 1-jétől csak krónikus ellátásra lesz szerződésünk. Ezután, ha a kapuban valakit elüt az autó, akkor nem vehetjük fel a kórházba, mert már krónikus intézmény vagyunk?

A kizárólag krónikus fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató az egészségügyi miniszter engedélye alapján jogosult az általa 2007. április 30-áig nyújtott sürgősségi ellátás külön jogszabály szerinti finanszírozására, amennyiben azt az azonnali ellátás indokolta és a biztosított átirányítása másik egészségügyi szolgáltatóhoz helyrehozhatatlan egészségkárosodással járt volna.

A szolgáltató fenntartója a finanszírozás iránti igényét részletes költségkimutatással és szakmai indokolással együtt az adott ellátás befejezését követő 15 napon belül nyújthatja be az OEP-hez.

Eddig aktív feladatot is ellátó intézmény voltunk. Április 1-jétől csak krónikus ellátásra lesz szerződésünk. Ha egy beteg aktív ellátást igényel, és kezelésre szorul át kell helyeznünk aktív ellátást nyújtó kórházba?

Létezik egy intézményi kör (jogszabály mellékletében meghatározva), ahol a kapott krónikus kapacitás legfeljebb 20%-án aktív belgyógyászati szakellátás végezhető és ezután kiegészítő díjazásban részesül az intézmény. Amennyiben az intézményben a betegség kezelésének szakmai feltételei adottak, nem feltétlenül szükséges a beteget áthelyezni.

Április 1-jétől megszűnik a finanszírozási szerződésünk, de már most látható, hogy a betegeket nem tudjuk áthelyezni a feladatot átvevő intézménybe, mit tegyünk?

Amennyiben a feladatot átvevő intézet nem rendelkezik a feladat ellátásához szükséges feltételekkel, azaz 2007. április 1-jétől nem tudja biztosítani azokat, az egészségügyi miniszter egyedi döntése alapján engedélyt adhat a feladat további ellátására 2007. december 31-éig.

Április 1-jétől nem vehetünk fel új beteget, mert megszűnik a finanszírozási szerződésünk. Mi történik akkor, ha a feladatot átvevő intézet nem képes felvenni az eddig hozzánk járó betegeket. Nem vesszük fel, sérül az ellátása, felvesszük nem kapunk érte finanszírozást?

Amennyiben a feladatot átvevő intézet nem rendelkezik a feladat ellátásához szükséges feltételekkel, azaz 2007. április 1-jétől nem tudja biztosítani azokat, az egészségügyi miniszter egyedi döntése alapján engedélyt adhat a feladat további ellátására 2007. december 31-éig.

A feladat ellátásáért az egészségügyi szolgáltató a teljesítménydíjazás általános szabályai alapján jogosult finanszírozásra a 2007. április 1. és 2007. december 31. közötti feladatellátás után.

Arról az ígéretéről hallottunk, hogy krónikussá válásunk után is lesz lehetőségünk korlátozott mértékben aktív esetek ellátására. Igaz-e ez?

Igaz, a következők szerint. Létezik egy intézményi kör (jogszabály mellékletében meghatározva), ahol a kapott krónikus kapacitás legfeljebb 20%-án aktív belgyógyászati szakellátás végezhető, és ezután kiegészítő díjazásban részesül az intézmény. Amennyiben az intézményben a betegség kezelésének szakmai feltételei adottak, nem feltétlenül szükséges a beteget áthelyezni.

Mi lesz április 2-án egy súlyos baleset vagy járvány esetén? Lehetséges, hogy az aktív intézmények nem tudják őket ellátni, mi nem vehetjük fel, a beteg pedig ellátatlanul marad.

A kizárólag krónikus fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató az egészségügyi miniszter engedélye alapján jogosult az általa 2007. április 30-áig nyújtott sürgősségi ellátás külön jogszabály szerinti finanszírozására, amennyiben azt az azonnali ellátás indokolta és a biztosított átirányítása másik egészségügyi szolgáltatóhoz helyrehozhatatlan egészségkárosodással járt volna.

Amennyiben a folyamatos ellátás biztosítása vagy egyéb ellátási érdekből szükséges, az egészségügyi miniszter az rendeletben foglaltaktól eltérő finanszírozást engedélyezhet. Az ellátási érdek fennállásáról Bizottság dönt.

Várhatóan eredményez-e munkanélküliséget a struktúraváltás az orvosok tekintetében?

Előzetes felméréseink szerint a struktúraváltás nem eredményez munkanélküliséget az orvosok tekintetében, hiszen általánosságban elmondható, hogy orvoshiány van az országban, csak bizonyos földrajzi területeken, illetve szakmákban nagyon sok, míg máshol igen kevés a szakember.

Várhatóan eredményez-e munkanélküliséget a struktúraváltás az egészségügyi szakdolgozók tekintetében?

Reményeink szerint az egészségügyi szakdolgozók tekintetében nem eredményez munkanélküliséget, illetve a pályaelhagyást az egészségügy átalakítása, de földrajzi mozgás szakdolgozók tekintetében is várható.

Lehetőség lesz-e arra, hogy egy adott intézményben a szükséges létszámon felüli egészségügyi dolgozó a földrajzi régió belül kapjon munkát?

A dolgozók régióban tartására minden bizonnyal lesz mód, talán kivételt ez alól csak a közép-magyarországi régió fog képezni, ahonnan nagyobb „kiáramlás” várható.

Mely szervezetek működnek közre a humánerőforrás problémák orvoslásában?

A humánerőforrás problémák orvoslásában elsősorban az Egészségügyi Minisztérium koordinálásával: az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Hivatal, valamint a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara vesz részt. Természetesen segítséget nyújt a szociális és munkaügyi tárca is. Az átalakítás végrehajtásához segítséget nyújt a Miniszterelnöki Hivatal Személyügyi Államtitkársága is.

Kihez fordulhat az egészségügyi szakdolgozó, ha állást kell változtatnia?

Az egészségügyi szakdolgozó elsősorban a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara helyi szerveihez fordulhat elhelyezkedési gondjaival, ahol megyei szinten próbálnak segíteni az elhelyezkedésben.

Segíti az egészségügyi dolgozók átképzését az állam?

Igen, a foglalkoztatási szolgálatokon keresztül, ugyanis az átalakítás során kiemelt fontosságúnak tartjuk a dolgozók egészségügyben tartását.

Lehetősége van-e kedvezményes lakáshitel felvételére a dolgozóknak, ha lakóhelyet kell változtatnia?

Igen, elsősorban a közalkalmazotti lakáshitel jelenlegi keretein belül.

FOGALOMTÁR

Kiemelt kórház:

Ezen intézmények az országban egyenletesen elosztva – a szükséges fejlesztések után – a legmodernebb, európai színvonalú technikával felszerelve, nagy tapasztalatú orvosokkal biztosítják a súlyos vagy speciális betegségben szenvedők hatékony ellátását. Az ellátás biztonsága és garantált minősége érdekében csak a központokban folyhat például a daganatos betegek kezelése, szervátültetés, szívműtét, és hasonló, nagy felkészültséget igénylő beavatkozás, de a kiemelt kórházak fogadják azokat az eseteket is, amelyeket felszereltség vagy gyakorlat hiányában a területi kórházak nem tudnak megoldani.

A kiemelt kórházak egyúttal sürgősségi központokként is üzemelnek, és az év 365 napján 24 órán át fogadják a sürgősségi ellátásra szoruló betegeket.

Mindegyik kiemelt kórháznak rendelkeznie kell a legfontosabb képességekkel (sürgősség, intenzív osztály, az alapszámú súlyosabb betegségeinek kezelése), de bizonyos speciális betegségeket (daganatos betegek speciális kezelése, idegsebészet, szervátültetés, szívsebészet stb.) a jövőben is csak a több kiemelt kórház területét ellátó centrumokban lehet kezelni. A kiemelt kórházaknak katasztrófa helyzetre is fel kell készülniük, és az ilyen esetekre megfelelő számú ágyat kell biztosítaniuk 3 órán belül.

Területi kórház:

Ezek a kórházak a kórházi esetek nagy részét képező „általános” ellátásra szakosodnak. A területi kórházak együttműködnek a környező egészségügyi intézményekkel, így a kiemelt kórházakkal, valamint a területen dolgozó rendelőintézetekkel és háziorvosokkal.

Járóbeteg központ:

A kiemelt és a területi kórházak köré szerveződve működnek a területi egészségügyi központok, biztosítva a lakosságközeli járóbeteg-szakellátást.

A járóbeteg-szakellátás területi fejlesztése a meglévő centralizált kapacitások lakossághoz közeli elosztását jelenti. Ennek elsődleges célja a jelenleg meglévő területi aránytalanságok kiegyenlítése, és az ellátási hiányok megszüntetése.

Betegút:

Amit a beteg végigjár a kezelése során. Ez általában a háziorvosnál kezdődik, és onnantól kezdve a beutalási rendet követi.

Területi ellátási kötelezettség:

Minden egészségügyi szolgáltatónak – kórház, járóbeteg-szakellátás, háziorvosi ellátás - van területi ellátási kötelezettsége. Ez azt jelenti, hogy a számára meghatározott ellátási területen köteles megfelelő ellátást nyújtani, amelyet nem tagadhat meg. Az új ellátási struktúra és a területi ellátási kötelezettségek egymással összhangban lettek meghatározva. Minden egészségügyi szolgáltató rendelkezik az ellátási területére vonatkozó, ellátás nyújtásához szükséges kapacitással.

Aktív ellátás-aktív ágy:

Olyan, általában rövid időtartamú fekvőbeteg ellátás, amelynek az orvosi kezelés fő célja az alábbiak valamelyike:

- szülés levezetése,

- betegség gyógyítása, konkrét sérülés ellátása,
- műtéti beavatkozás elvégzése,
- betegség vagy sérülés tüneteinek enyhítése,
- betegség vagy sérülés súlyosságának mérséklése,
- betegség vagy sérülés súlyosbodásának, szövődmények kialakulásának megakadályozása,
- diagnosztikai eljárás vagy terápia alkalmazása.

Krónikus ellátás-krónikus ágy:

Krónikus ellátásnak azt nevezzük, amelynek célja az egészségi állapot stabilizálása, fenntartása, illetve helyreállítása, illetve amikor az ellátás elsődleges indoka a szakápolás. Az ellátás időtartama, illetve befejezése általában nem tervezhető, és jellemzően hosszú időtartamú. Olyan betegek ellátását szolgálja, akik hosszantartó betegség, fogyatékoság, vagy korlátozott önellátási képesség miatt folyamatos segítségre, felügyeletre szorulnak. Az ellátásban az ápoló, szakápolói tevékenység a domináns.

Sürgősségi ellátás:

A sürgős szükség az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne, vagy tűrhetetlen fájdalma maradna. A sürgősségi ellátás a sürgős szükség fennállásának megállapítására irányuló vizsgálatokat, valamint a sürgős szükség elhárító, beavatkozásokat magában foglaló egészségügyi szolgáltatásokat jelenti.

Várólista:

Meghatározott egészségügyi ellátások tekintetében a betegellátás sorrendjét meghatározó jegyzék. Két fajtája létezik:

központi várólista: nagy költségű ellátások igénybevételére váró betegek jegyzéke, továbbá a szerv, illetve veseátültetésre váró betegek listája (más néven: transzplantációs várólista),

intézményi várólista: az adott intézményben a betegellátás sorrendjét meghatározó jegyzék, amely - a központi várólista alapján igénybe vehető ellátások kivételével - műtétek, beavatkozások, vizsgálatok meghatározott sorrend szerinti elvégzése, illetve nagy értékű eszközök igénybevétele érdekében kerül kialakításra.

A várólista adatai - személyazonosításra alkalmatlan módon - intézményi várólista esetében az ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató honlapján, központi várólista esetén a kormányrendeletben kijelölt szerv honlapján megtekinthetőek, ebben a formájukban nyilvánosak. Itt az ellátás igénybevételének várható időpontját is közzé kell tenni, és a beteg várólistán elfoglalt helyének is nyilvánvalónak kell lennie.