

Változások az egészségügyi ellátórendszerben

Az egészségügyi reform keretében az ellátórendszerben több változás lépett életbe április elsején: az átalakulás érinti a kórházakat, a beutalási rendet, és ellenőrizni fogják az egészségbiztosítási jogviszonyt is.

A kórházak többségével új finanszírozási szerződést kötött az Országos Egészségbiztosítási Pénztár. Azon intézmények, amelyek nem írták alá az új ellátási szerződést, nem vehetnek részt fejlesztési pályázatokon, továbbá esetükben a korábbi finanszírozási rend marad érvényben, azaz kevesebb forrásból gazdálkodhatnak.

Megszűnik a fővárosi Schöpf-Merei Ágost Kórház és Anyavédelmi Központ, az Országos Pszichiátria és Neurológiai Intézet (OPNI), a Svábhegyi Állami Gyermekgyógyintézet. Csak krónikus ellátást biztosító intézmény 53 lesz az országban.

16 ezerrel csökken az aktív ágyak száma

Az összágyszám 80 125-ről 71 324-re csökken, ezen belül az aktív ágyak száma 16 ezerrel csökken, a krónikusaké hét és fél ezerrel nő.

Az Egészségügyi Minisztérium az ágyszámcsökkentést azzal indokolta, hogy az ágyak negyede kihasználatlan. A megtakarított pénzből a tárca a kórházi ellátást, a járóbeteg-szakellátást, valamint a mentőellátást kívánja fejleszteni. De szorgalmazza több egynapos sebészeti beavatkozásra alkalmas részleg kialakítását is.

A tervek szerint minden megyében lesz legalább egy kiemelt kórház, amelyek egyúttal sürgősségi központként is működnek. Kiemelt kórház lesz egyebek mellett a két legsúlyosabb népbetegséget gyógyító országos intézet is: a Kardiológiai és az Onkológiai Intézet.

Az intézmények többsége területi kórházként működik majd, ahol az aktív ellátás mellett a jövőben a jelenleginél nagyobb szerep jut a rehabilitációnak, illetve a krónikus ellátásnak.

7,5 milliárd az átalakításra

Az átalakításra a szaktárca hét és fél milliárd forint többletforrást biztosít: a kórházi beavatkozások finanszírozása betegenként az eddigi 136 ezer forintról 146 ezerre emelkedik, míg a járóbeteg-szakellátásnál betegségcsoportonként a tb által fizetett összeg meghatározásánál az eddigi 1,36-os szorzó helyett 1,46-ost alkalmaznak.

Az intézmények különféle támogatásokra is pályázhatnak április 27-ig: aktív fekvő-betegellátást nyújtó kórház aktív ágyszámának növelésére ágyanként 800 ezer forintot kaphatnak; krónikus fekvő-betegellátást biztosító kórház rehabilitációs ágyszámának növelésére ágyanként 600 ezer forintért, ápolási ágyszámának növelésére ágyanként 500 ezer forintért, míg krónikus ágyszámának növelésére ágyanként 400 ezer forintért pályázhatnak.

Módosul a területi ellátási kötelezettség és a beutalási rend is: a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező kórháznak kötelező lesz ellátnia azt a beteget, aki az adott területen lakik és beutalóval érkezik. Akinek más kórházba szól a beutalója, egy másik kórház csak sürgősségi esetben láthatja el.

Eltérhetnek a beutalási rendtől

Aki beutaló nélkül vagy más helyre szóló beutalóval keres fel egy intézményt, az ellátás költségének 30 százalékát, de legfeljebb 100 ezer forintot kell fizetnie. Jogi lehetőség van azonban arra, hogy a települések eltérhessenek a beutalási rendtől. Ebben az esetben az intézménynek és a fenntartó önkormányzatnak kell megállapodnia.

Az Állami és Népegészségügyi Szolgálat (ÁNTSZ) határozza meg azoknak a kiemelt és területi kórházaknak a körét, ahová egy adott településről a beteg beutalható.

Az egészségbiztosítási jogviszonyt is április elsejétől ellenőrzik. Ez abból áll, hogy a háziorvosnál, a járóbeteg-szakellátásban, valamint a kórházakban on-line kapcsolaton keresztül állapítják meg, hogy a betegnek van-e jogviszonya, tehát befizette-e a járulékot.

Kilenc hónapig rendezhető a jogviszony

Az az állampolgár, aki olyan értesítést kap, hogy nincs biztosítási jogviszonya, így nem jogosult a társadalombiztosítás által finanszírozott ellátásokra, kilenc hónapig még rendezheti jogviszonyát a megyei egészségbiztosítási pénztárnál. Az átmeneti időszakban a biztosító téríti az ellátás költségét, de azt 2008. január 1-jétől a nem biztosított állampolgárnak kell megfizetnie.

Akinek a családjában az egy főre jutó jövedelem eléri a minimálbért, a minimálbér kilenc százaléka lesz az egészségügyi szolgáltatási járulék. Ha egy családban a nyugdíjminimumot sem éri el az egy főre eső jövedelem, akkor az önkormányzat igazolást ad ki arról, hogy az érintett szociálisan rászoruló, így nem kell járulékot fizetnie.