

## FEKVŐBETEG-ELLÁTÁS

*Jelen Infojegyzet a hazai fekvőbeteg-ellátással kapcsolatos információkat tartalmazza, kapcsolódva a Kormány [T/15369.](#) számon benyújtott, egészségüggyel kapcsolatos törvényjavaslatához.*

- A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő legfrissebb adatai szerint 2017. februárjában az országban lévő aktív ágyszám 41 663, a tényleges ágykihasználás 76,76 százalék. Ez az érték Baranya megyében volt a legmagasabb (80,97%), Nógrád megyében a legalacsonyabb (61,11%).
- A tízezer lakosra jutó aktív ágyszám országosan 42,38: legmagasabb Budapesten (63,48), legalacsonyabb Pest megyében (14,62).
- A fővárosban 22 állami kórház működik és a Semmelweis Egyetem 30 klinikája. A budapesti kórházak harmada az 1800-as években, kétharmada pedig 1980 előtt épült.
- Nyugat-Európában átlagosan 20-30 évente költöztetik új épületekbe a kórházakat. Ennek legfontosabb oka az elavuló orvostechológiai felszerelés, valamint a tény, hogy az antibiotikumoknak ellenálló szuperbaktérium-törzsek kiirtására nincs más lehetőség.
- Az uniós országokban 2013-ban 1,2 millióan haltak meg olyan betegségek vagy sérülések miatt, amelyek időben nyújtott és hatékony egészségügyi ellátás esetén elkerülhetőek lettek volna (OECD 2016.)

Az egészségügyi ([1997. évi CLIV.](#)) törvény szerint minden betegnek joga az egészségi állapotának megfelelő, napi 24 órában hozzáférhető és az egyenlő bánásmód elvének megfelelő egészségügyi ellátáshoz.

Az egészségügyi ellátások igénybevételét a központi költségvetésből, illetve az Egészségbiztosítási Alapból támogatja az állam, azonban vannak olyan ellátások, amelyek térítési vagy kiegészítő térítési díj ellenében vehetők igénybe, még abban az esetben is, ha az állampolgár biztosított jogviszonyban van.

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló [1997. évi LXXXIII. tv.](#) szerint betegség esetén térítésmentesen jogosult igénybe venni a fekvőbeteg-ellátást az, aki:

- a társadalombiztosítás szempontjából biztosított (pl. a munkavállalók, a közalkalmazottak, és a köztisztviselők);
- az egészségügyi szolgáltatásokra jogosult személyek (például a gyermekgondozási díjban vagy a gyermekgondozási segélyben részesülők),
- megállapodás alapján egészségügyi ellátásra jogosult személyek is.

A térítésmentesen igénybe vehető ellátásokon túl a betegek további szolgáltatásokra is igényt tarthatnak, amelyeket részleges vagy kiegészítő térítési díj ellenében vehetnek igénybe. Ennek típusait és szabályait a [284/1997. \(XII. 23.\) Korm. rendelet](#) tartalmazza.

**A betegellátás formái Magyarországon:**

- alapellátás: házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi alapellátás, iskola- és ifjúság-egészségügyi ellátások;
- egészségügyi szakellátás: járóbeteg-, fogorvosi- valamint fekvőbeteg-szakellátás (kórházi ellátás);
- egyéb egészségügyi ellátások: szülészeti ellátás, orvosi rehabilitáció, betegszállítás, mozgó szakorvosi szolgálat.

### A FEKVŐBETEG ELLÁTÁS HAZAI SZABÁLYOZÁSA

Az egészségügyről szóló [1997. évi CLIV. tv.](#) 91.-92. § bekezdése szerint a fekvőbeteg-ellátás a beteg fekvőbeteg-gyógyintézeti (kórházi) keretek között végzett ellátása, amelynek célja az egészségi állapot javítása.

**A fekvőbeteg-szakellátás lehet:**

- folyamatos benntartózkodás mellett végzett ellátás, a betegségek felismerését célzó, gyógykezelési, rehabilitációs céllal;
- meghatározott napszakokban történő ellátás (pl. nappali kórház);
- egyszeri vagy kúraszerű beavatkozás;
- ún. egynapos beavatkozás: fekvőbeteg ellátó intézményben végzett ellátás, ahol a beteget a felvétel napján, de legkésőbb 24 órán belül hazabocsátják.

1. ábra: Egynapos ellátások száma, 2005-2015.



Forrás: Infoszolg/KSH, 2015.

A kórházi ellátás igénybevétele az ellátást végző kezelőorvos vagy az arra feljogosított más személy (pl. magánorvos) beutalása vagy a beteg jelentkezése alapján történik. Ez utóbbira akkor kerül sor, ha a beteg úgy érzi, hogy egészségi állapota az azonnali ellátást indokolja.

**A betegellátás célja és annak finanszírozása** szerint a fekvőbeteg ellátás lehet:

- ún. **aktív fekvőbeteg-ellátás**: ide tartoznak azok a tevékenységek, amelyek gyógyító, megelőző illetve rehabilitáló jellegűek, céljuk az egészségi állapot mielőbbi helyreállítása. Az ápolási idő tervezhető, általában rövid időtartamú.
- ún. **krónikus fekvőbeteg-ellátás**, amelynek célja az egészségi állapot stabilizálása, fenntartása. Az ellátás időtartama általában nem tervezhető, jellemzően hosszú időtartamú.

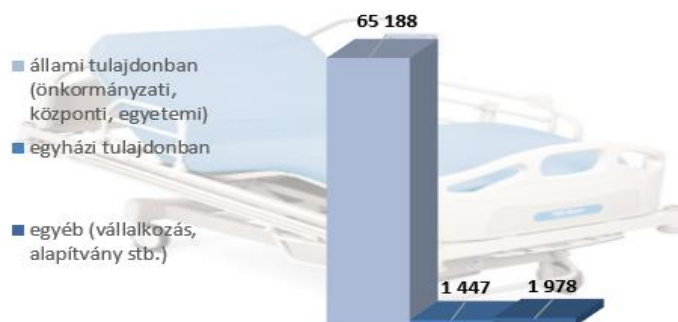
Az hazai egészségügyben jelentős változást jelentett, hogy 2012. január 1-től állami feladattá

vált a fekvő- és járóbeteg szakellátás biztosítása. Ennek eredményeként 2012. januárjától állami tulajdonba kerültek az addig megyei és fővárosi önkormányzat tulajdonában lévő kórházak valamint a kórházakhoz integrált járóbeteg szakrendelők (összesen 43 intézmény), 2012 májusától pedig a települési önkormányzatok tulajdonában lévő kórházak is (összesen 53 intézmény). Az önkormányzatok tulajdonában csak az önálló járóbeteg szakellátó rendelők maradtak ([ÁEEK, 2016.](#)).

**Kórházi ágyak száma** – A [KSH](#) és az [ÁEEK](#) adatai szerint 2015-ben Magyarországon 68 613 működő kórházi ágy volt, amelyből az aktív ágyak száma 42 245 (62%), a krónikus ágyaké 26 368 (38%). Tízezer lakosra a 69,8 ágy jutott.

Ezek a számok 2012 óta gyakorlatilag alig változtak, az előtte lévő időszakokkal (illetve sok esetben hasonló nemzetközi adatokkal) viszont nem összehasonlíthatóak, a fent említett jelentős strukturális átalakulások miatt.

2. ábra: Kórházi ágyak száma fenntartóként, 2015



Forrás: Infoszolg/KSH, 2015.

**Várólisták** – A [Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő](#) (korábban OEP) legfrissebb adatai szerint 2017. februárjában - országosan - az aktív ágyszám 41 663, a tényleges ágykihasználás 76,8% volt. Annak ellenére, hogy a statisztikai adatok szerint a kórházi ágykihasználtság nem éri el a 100 százalékot, mégis a beteg ún. várólistára kerül. A hazai szakértők szerint hiába van egy kórháznak megfelelő mennyiségű ágya: ha az egészségbiztosító által megszabott havi finanszírozás alacsony, akkor nem fogja kihasználni a rendelkezésre álló meglévő helyeket ([Kincses 2016.](#)).

Az ún. tervezhető műtétek az ellátási igény felmerülésének sorrendjében történnek, amelytől eltérni csak orvos-szakmai szempontok miatt lehetséges. A beteget a szakterület szerinti – az ellátást végző szolgáltatóhoz várólista felvételi jogosítvánnyal rendelkező – kezelő orvosa regisztrálja a rendszerben. A beteg a tervezett időpontnál későbbi dátumot is megjelölhet.

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló [1997. évi LXXXIII. törvény](#) határozza meg a várólista fogalmát és típusait:

- **központi várólista:** nagyköltségű ellátások igénybevételére váró betegek jegyzéke, illetve a szerv, illetve vesejétképző összejt átültetésére váró betegek listája (ún. transzplantációs várólista);
- **intézményi várólista:** az adott fekvőbeteg-ellátó intézményben a betegellátás sorrendjét meghatározó jegyzék.

A [várólista nyilvántartás](#) adatai alapján jelenleg 27 307 beteg vár műtéti ellátásra.

A transzplantációs várólistákat az Országos Vérellátó Szolgálat (OVSZ) működteti azzal, hogy a transzplantációs várólista működtetéséhez meghatározott egészségügyi ellátások szerinti Transzplantációs Bizottságok közreműködését veszi igénybe. Az egészségügyi szolgáltató a meghatározott egészségügyi ellátásokat kizárólag transzplantációs várólista alapján nyújthatja.

A kezelőorvosnak tájékoztatási kötelezettsége keretében fel kell világosítania a beteget az adott ellátás esetében létező transzplantációs várólistára való felkerülés lehetőségéről. A transzplantációra való alkalmasság kivizsgálását - a beteg megfelelő, a várható adattovábbi-

tásra is kiterjedő tájékoztatáson alapuló beleegyezése után - a beteg kezelőorvosa kezdeményezi az illetékes Transzplantációs Bizottságnál. A transzplantációra való alkalmasság kivizsgálásának indokoltóságáról az illetékes Transzplantációs Bizottság a külön jogszabályban foglalt szakmai szabályok alapján dönt. A transzplantációra való alkalmasság megállapítása esetén, a Transzplantációs Bizottság a külön jogszabályban foglalt szakmai szabályok szerint a beteget transzplantációs várólistára helyezi.

**Kórházi adósságkonszolidáció** – A [MÁK](#) adatai szerint az államháztartás központi alrendszerébe tartozó költségvetési szervek által jelentett lejárt tartozásállomány összege [2017. március 31-én](#) 33,2 Mrd Ft, amely **tartozásállományból 22,9 Mrd Ft az egészségügyi intézményeknél halmozódott fel** (beleértve a járó- és fekvőbeteg-szakellátás intézményeit, az egészségügyi ágazati háttérintézményeket, valamint a klinikai központtal rendelkező felsőoktatási intézményeket).

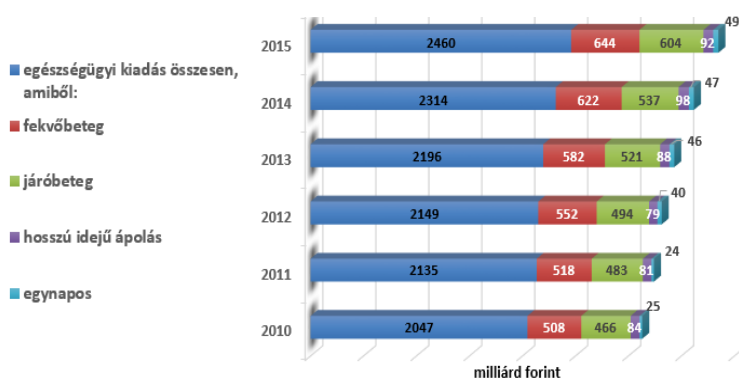
A kórházak adósságállományuk csökkentése érdekében 2010-től minden évben konszolidációban, illetve működési támogatásban részesültek.

**Orvos- és ápolóhiány** – Az ÁNTSZ másfél évvel ezelőtti [belső vizsgálata](#) szerint a kórházak több mint 70 százalékában nincs elegendő szakorvos, szakdolgozó. Egyes statisztikák szerint két-három ezer orvos, és négy-öt ezer ápolónő hiányzik a betegágyak mellől.

**A fekvőbeteg-ellátás költségei** – Az egészségügyi rendszer finanszírozása a központi és önkormányzati költségvetésből, az Egészségbiztosítási Alap költségvetéséből, a háztartások közvetlen és az önkéntes egészség-finanszírozási alrendszerek kifizetéseiből történik. A KSH legfrissebb adatai ([KSH, 2017.](#)) szerint a közkiadásokat jelentő kormányzati, önkormányzati és az Egészségbiztosítási Alapból származó kiadások részaránya az egészségügyi ráfordítások egészéhez mérten 2010 és 2015 között gyakorlatilag nem változott (67% körüli érték volt).

A 4. ábra a KSH legfrissebb adatai alapján ábrázolja az egészségügyi kiadások alakulását a

4. ábra: Egészségügyi kiadások, 2010-2015





szolgáltatások egyes csoportjainak bontásában (milliárd forint értékben). A fekvőbeteg-ellátásra fordított kiadás az elmúlt időszakban nőtt, az összkidadásokhoz viszonyított aránya (29%) közelít az EU-tagállamok átlagához.

kb. 20 ezer ágy szűnt meg, 2001-2011 között további 12 ezer, azonban ez a szám az uniós átlaghoz képest még mindig magas.

NEMZETKÖZI STATISZTIKA

A várható élettartam az EU tagállamai többségében meghaladja a 80 évet (1990-ben 74 év volt). A legmagasabb élettartam a nyugat-európai országokban várható: itt a lakosság átlagosan 8 évvel hosszabb ideig él, mint egyes kelet-európai országokban (OECD 2016).

A fejlett országok a GDP közel 10 százalékát fordítják az egészségügy finanszírozására, Magyarország a GDP 8 százalékát. Az egészségügy finanszírozására a költségvetés a GDP 5 százalékát költi, míg az uniós átlag 8%.

A hazai szakirodalom szerint a 60-as 70-es években az európai egészségügyi rendszerek fejlettségét az orvosszámmal és a kórházi ágyak számával mérték. Az EU tagállamaiban 80-as években kezdődött el a kórházi ágyak számának leépítése. Magyarországon ez a folyamat a rendszerváltást követően indult el: 1994-1997 között

5. ábra: 1000 főre jutó ágyszám az EU-ban, 2015

	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Ausztria	8,0	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,6
Belgium	7,8	7,4	6,4	6,4	6,3	6,3	6,2
Csehország	7,8	7,6	7,0	6,8	6,7	6,5	6,5
Dánia	4,3	3,9	3,5	3,1	..	3,1	2,7
Egyesült Királyság	4,1	3,7	2,9	2,9	2,8	2,8	2,7
Észtország	7,0	5,4	5,3	5,4	5,5	5,0	5,0
Finnország	7,5	7,1	5,9	5,5	5,3	4,9	4,5
Franciaország	8,0	7,2	6,4	6,4	6,3	6,3	6,2
Görögország	4,8	4,8	4,5	4,5	4,5	4,2	4,2
Hollandia	4,8	4,5	..	..	..	..	..
Írország	6,1	5,5	2,7	2,6	2,6	2,6	2,6
Latvia	8,8	7,9	5,7	5,9	5,9	5,8	5,7
Lengyelország	..	6,5	6,6	6,6	6,6	6,6	6,6
Luxembourg	..	5,8	5,4	5,3	5,2	5,1	4,9
Magyarország	8,2	7,9	7,2	7,2	7,0	7,0	7,0
Németország	9,1	8,5	8,3	8,2	8,3	8,3	8,2
Olaszország	4,7	4,0	3,6	3,5	3,4	3,3	..
Portugália	3,7	3,6	3,4	3,4	3,4	3,4	3,3
Spanyolország	3,7	3,3	3,1	3,1	3,0	3,0	3,0
Svédország	3,6	2,9	2,7	2,7	2,6	2,6	2,5
Szlovákia	7,9	6,8	6,5	6,1	5,9	5,8	5,8
Szlovénia	5,4	4,8	4,6	4,6	4,5	4,6	4,5
EU-átlag	5,8	5,2	4,9	4,8	4,8	4,7	4,9
Norvégia	3,8	5,2	4,3	4,2	4,0	3,9	3,8
Svájc	6,3	5,5	5,0	4,9	4,8	4,7	4,6

Forrás: Infoszolg/KSH, 2015.

Források:

- Egészségügyi helyzetkép, 2016. január – [ÁEEK 2016](#).
- Az egészségügyi kiadások alakulása Magyarországon, 2010–2015 – Bp. [KSH, 2017](#). március 21.
- Ágoston István: [Kórházi kapacitások és szabályozásuk fejlődéstörténete](#). Doktori (Ph.D.) értekezés, 2013
- [Egészségügyi közgazdász: amíg alulfinanszírozott az ellátórendszer, nem várható változás](#). Interjú Sinkó Eszterrel – pestisracok.hu, 2016. december 20.
- Fülöp Zsófia: [Kórházi adósságállomány, konszolidáció - Végtelenítve](#) – Magyar Narancs, 2016. június 9.
- Kincses Gyula: [A politika esete a kórházbezárásokkal](#) – asztalfiok.hu, 2016. július 14.
- Lantos Gabriella: Mi a baj a magyar egészségüggyel? – [1. rész](#) – index.hu, 2016. április 18
- Ritter Hajnalka: [Hazai fekvőbeteg-szakellátás finanszírozása](#) – arsbóni.hu, 2016. november 22.
- OECD Health Statistics 2014 [How does Hungary compare?](#)
- OECD: [How does health spending in Hungary compare?](#) – OECD, 2015. július
- [Health at a Glance Europe 2016](#): Táblázatok grafikonok, ábrák,

Készítette: Csáki Beáta  
Képviselői Információs Szolgálat  
E-mail: [infoszolg@parlament.hu](mailto:infoszolg@parlament.hu)

infoszolg

Internet: [www.parlament.hu/infoszolg](http://www.parlament.hu/infoszolg)  
Intranet: [intra.parlament.hu/infoszolg/](http://intra.parlament.hu/infoszolg/)  
Tel.: (1) 441-4529; (1) 441-6486