

Betegjogok a kapacitások mérlegén: tartós elhelyezés Magyarországon

DR. NÉMETH ZSÓFIA KLÁRA
BUDAPESTI UZSOKI UTCAI KÓRHÁZ
ORVOSIGAZGATÓ



POV's

magánember

- jogi- és erkölcsi kötelesség
- én hogyan tudnám megoldani?



belgyógyász szakorvos

- meddig teszünk jót a betegnek?
- mit várhatunk el a családoktól?
- KH 3. éves belgyógyász rezidens és a kiégés



kórházi vezető

- betegbiztonság, betegelégedettség
- dolgozók megtartása
- finanszírozási kérdések
- minősbiztosítás, ápolási napok



A kórházban felejtett idősek...

a „rossz helyen fekvő” beteg valójában rendszerjelzés

- Az akut kezelés lezárult, de a biztonságos hazabocsátás feltételei (még) nem állnak fenn.
- A kórházi ágy ilyenkor szociális, ápolási és koordinációs hiányokat kompenzál.
- Következmény: hosszabb hospitalizáció – ennek veszélyeivel, kisebb autonómia, torlódó aktív kapacitás.

**AKUT
ELLÁTÁS**

**VÁRAKOZÁS
A
RENDSZERBE
N**

**OTTHON /
KÖZÖSSÉG /
TARTÓS ELLÁTÁS**

Betegjogok: méltóság + szükséges ellátás + autonómia

MÉLTÓSÁG

**SZÜKSÉGES
ELLÁTÁS /
BIZTONSÁG**

AUTONÓMIA

A beteg emberi méltóságát a teljes ellátás során tiszteletben kell tartani.

A jogok korlátozása csak az egészségi állapot által indokolt ideig és mértékben fogadható el.

A beteg döntése és tájékozott részvétele nem tűnhet el pusztán azért, mert a következő megfelelő ellátási hely hiányzik.

Az 5 lépcsős betegútmodell – a felvételtől a biztonságos közösségi ellátásig

A hazabocsátás nem esemény, hanem a felvételkor kezdődő, felelőshöz és határidőhöz kötött folyamat.

1

KORAI SZŰRÉS

0–24 óra

- Orvosilag várhatóan elbocsátható lesz?
- Van funkcionális, kognitív vagy szociális kockázat?
- Biztonságos-e a korábbi lakókörnyezet?

Eredmény: „komplex hazabocsátás”
jelölés + várható elbocsátási dátum

2

KÖZÖS FELMÉRÉS ÉS TERV

24–72 óra

- Orvosi + ápolási + funkcionális + szociális szükséglet
- Beteg és család preferenciái, gondozási kapacitása
- Finanszírozási/jogosultsági és eszközigeny

Eredmény: egyetlen, írásos
interdiszciplináris ellátási terv

3

NÉV SZERINTI KOORDINÁTOR

a teljes folyamatban

- Egy kapcsolattartó a beteg/család és minden szolgáltató felé
- Feladatlista, felelősök, határidők, napi státusz
- Elakadás esetén gyors eskaláció

Eredmény: nincs „gazdátlan” betegút

4

ÁTMENETI / STEP-DOWN MEGOLDÁS

ha az otthon még nem biztonságos

- Rehabilitáció, krónikus/átmeneti ápolás vagy rövid idejű gondozás
- Nem végleges elhelyezés, hanem időkorlátos híd
- A funkció és önállóság visszanyerése a cél

Eredmény: az akut ágy felszabadul, de
a beteg nem kerül ellátási vákuumba

5

OTTHONI / KÖZÖSSÉGI CSOMAG

hazabocsátás + 24–72 óra

- Otthoni szakápolás + házi segítség + gyógyszer/eszköz
- Házi orvos és közösségi szolgáltatók információátadása
- Korai telefonos/otthoni kontroll, szükség esetén újratervezés

Eredmény: biztonságos otthonlét és
kisebb visszavételi kockázat

Alapelv: a beteg csak akkor hagyja el az akut ellátást, ha a következő ellátási szint ténylegesen rendelkezésre áll – de a szervezés már a felvétel napján elkezdődik.

A modell elvi lehetősége adott – a kapacitás és az átmenet jelentik a szűk keresztmetszetet

- házi segítségnyújtás: az önálló életvitel fenntartását szolgálja a beteg saját lakókörnyezetében
- szakápolási igény esetén az otthonápolási szolgálat bevonása kezdeményezhető
- teljes gondozási szükségletnél felmerül a bentlakásos intézményi ellátás; addig házi segítségnyújtás átmenetet jelenthet

A rendszer elemei léteznek, de eltérő ágazati felelősség, belépési feltételek és finanszírozás mentén működnek.

Egészségügy

akut / krónikus / otthoni szakápolás

Szociális rendszer

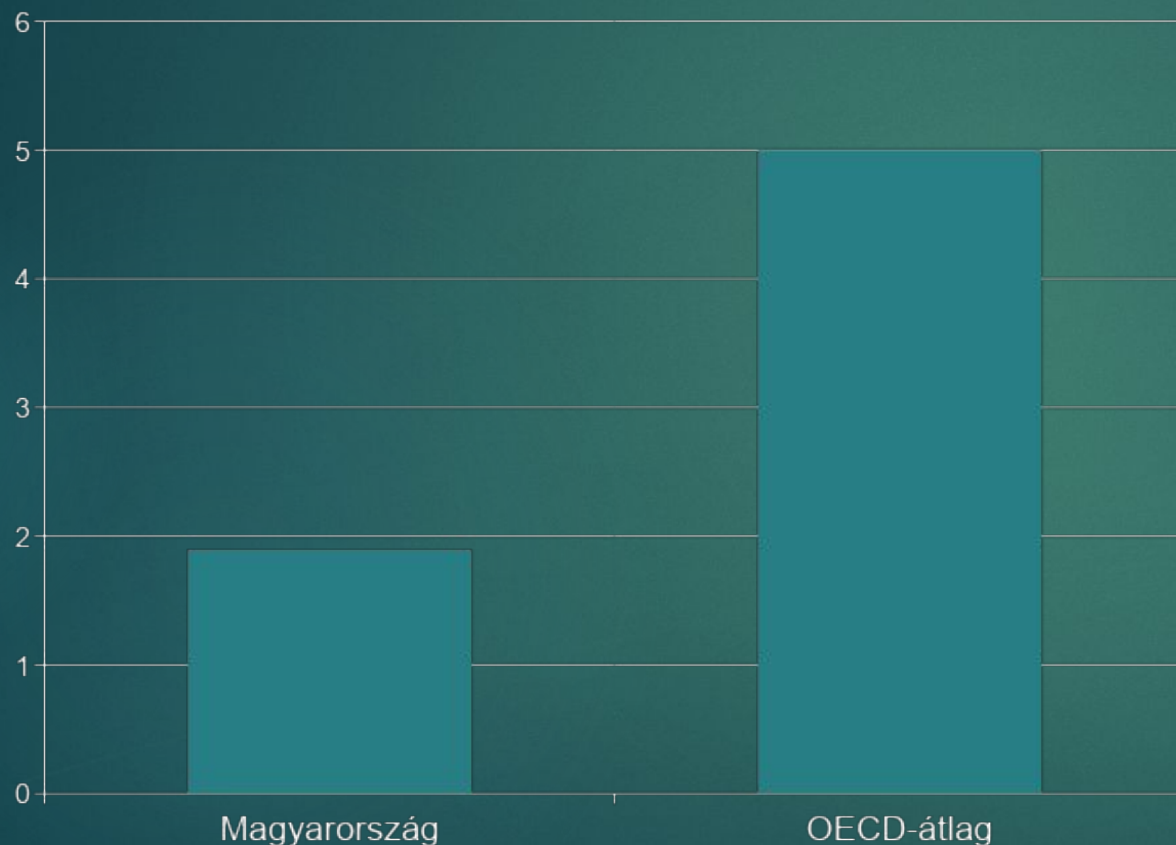
házi segítségnyújtás / bentlakás

Család és közösség

informális gondozás / lakhatás

A kapacitáshiány nem elvont probléma

A hosszú távú gondozás humánerőforrása Magyarországon alacsony



1,9 vs. 5,0

A 65 év feletti lakosra jutó hosszú távú gondozási dolgozók száma / 100 fő

A kórházból való kilépéshez nem elég egy „üres férőhely”: gondozó, szakápolás, eszköz, lakhatás és koordináció is szükséges.

Finanszírozási paradoxon: a pénz külön kasszában, a beteg egy rendszerben van



- a NEAK 2026-os előirányzatában az otthoni szakápolás külön finanszírozási sor.
- a szociális ellátások más szabályok és fenntartói logika szerint működnek.
- ha a megtakarítás az egyik ágazatban, a többletköltség pedig a másokban jelentkezik, gyenge a rendszerösztönző a gyors átmenetre.

Három pilot – három nehézség célzott kezelésének vizsgálata

A

72 ÓRÁS ÁTMENET-TERVEZÉS

Milyen nehézség megoldását célozza?
A későn induló szervezés

Mit tesztel?

- Felvételtkor kockázati szűrés
- 72 órán belül közös egészségügyi–szociális terv
- Várható elbocsátási dátum + név szerinti koordinátor

Fő KPI-k

- indokolatlan ápolási napok
- terv 72 órán belül (%)
- elbocsátás csúszása

KPI: Key Performance Indicator,
kulcsfontosságú teljesítménymutató

B

ÁTMENETI / STEP-DOWN HELYEK

Milyen nehézség megoldását célozza?
Az „akut ágy vagy semmi” helyzet

Mit tesztel?

- Időkorlátos, pl. 2–6 hetes köztes kapacitás
- Rehabilitáció + ápolás + szociális felmérés
- Cél: hazatérés vagy megfelelő végleges ellátási szint

Fő KPI-k

- akut tartózkodási idő
- step-down tartózkodási idő
- otthonba távozók aránya

C

KOMPLEX OTTHONI ELLÁTÁS

Milyen nehézség megoldását célozza?
A szétaggolt szolgáltatások

Mit tesztel?

- Egy belépési pont és finanszírozott ellátási csomag
- Szakápolás + gondozás + eszköz + gyógyszer + koordináció
- 24–72 órán belüli kontroll és gyors újratervezés

Fő KPI-k

- 30 napos visszavétel
- otthon töltött napok
- beteg/család elégedettség

Közös végpont: kevesebb szükségtelen kórházi nap • több biztonságosan otthon/közösségben töltött nap • jobb betegélmény

KÖSZÖNÖM A FIGYELMET

