

Kapacitások meghatározása az egészségügyben

(néhány ország példája alapján)



ESKI Egészségügyi Rendszertudományi Iroda

 Egészségügyi
Stratégiai
Kutatóintézet

Budapest, 2006

Tartalom:

Kapacitások meghatározása az egészségügyben	2
Országpéldák	5
Németország	5
Ausztria	9
Anglia	11
Svájc	11
Luxemburg	12
Franciaország.....	12
Szlovákia.....	12
Egyesült Államok.....	19
Források:	22

Kapacitások meghatározása az egészségügyben

(néhány ország példája)

Az állami finanszírozású, vagy társadalombiztosítás alapján működtetett egészségügyi rendszerek az ellátó kapacitások tekintetében a megfelelő hozzáférés, a biztonságos ellátás érdekében a tervezés eszközeit használják. A tervezés célja a hatékonyan működő, szükségletekre alapuló, ugyanakkor a rendelkezésre álló forrásokból finanszírozható kapacitások meghatározása. A tervezés folyamatos tevékenység, hiszen ezek a kapacitások az ellátás állandó fejlődését is kell, hogy szolgálják, kielégítsék az új, korszerű tevékenységek, technika, és a változó igények, attitűdök követelményeit.

A tervezés a hatékonyság, a források korlátozott volta miatt szükségszerűen kapacitás korlátokat is tartalmaz.

Az egyes országok gyakorlatában a kapacitások szabályozása különböző elemek széles skálájából merít.

- ▶ Szinte mindenütt az intézmények számát, illetve a legnagyobb költséggel működő intézmények, a **kórházak ágyszámát illetően határoznak meg korlátokat**. A kórházi ágyszám meghatározás többnyire országos feladatot jelent. Ahol a regionalitás jelentősebb szereppel bír (Svájc, Németország) az egyes közigazgatási régiók határozzák meg a kapacitásokat. Az ágyszámok meghatározásához a terület lakosságszámából, megbetegedési viszonyaiból, a betegségek kezelésére fordított ápolási időből kiinduló, az optimális ágykihasználtságot figyelembe vevő számítási módszereket alkalmaznak, amelyeket szakértő véleményekkel korrigálnak illetve egészítenek ki (pl. Hill-Burton képlet Németország – ismertetése az országpéldánál található). Helyenként a kórházak, kórházi ágyszámok meghatározására kórházi körzeteket hoznak létre. Az ágyszámokat többnyire lakosságszámra vetítve határozzák meg. Az elérhetőséget azonban földrajzi távolságokhoz is rendelhetik. Így előfordul, hogy adott földrajzi régióban, közigazgatási területen előírják egy intézmény működtetését az ágyszám/lakosságszám mutatótól némileg függetlenül (pl. Svédországban minden megye legalább egy nagy, 60-90 ezer lakosú területet ellátó kórház működtetéséről kell, hogy gondoskodjon).

A korlát nem csak kórházakra vonatkozik, az Egyesült Királyság az egyik példa az NHS-el szerződött a közforgalmú gyógyszertárak létrehozásának korlátozására, számuk így 10 év állandó.

- ▶ A kapacitás szabályozás eszköze a fejlesztések, **ágyszám bővítések szigorú szabályozása**, több országban az ágyszám bővítésre kiadott moratórium, a lehetséges fejlesztések nevesítése.
- ▶ A háziorvosi, szakorvosi ellátás biztosítására az ágyszámhoz hasonlóképpen **mennyiségi irányszámok léteznek az orvosok számára** vonatkozóan. Németországban ehhez kapcsolódóan területenként szabályozzák a háziorvosok, szakorvosok számát. Hasonlóképpen Szlovákiában törvényben rögzítik közigazgatási körzetenként a háziorvosok, ambuláns szakorvosok számát.
- ▶ A **kapacitás meghatározás történhet tevékenységekhez kapcsolódóan**. Szabályozzák az egyes kórház típusok (általános kórház, regionális kórház) tevékenységi körét, a nyújtható szolgáltatásokat. Az ellátások egy részét kötelezően nyújtandónak nyilvánítják, másokat (pl. intenzív ellátás) az alaptevékenységből kiemelik. Egyes nagy értékű, ritkábban előforduló, bonyolult tevékenységeket, beavatkozásokat országos szintre emelnek (szívsebészet, idegsebészet stb.). E tevékenységeknél mennyiségi korlátok is előfordulhatnak (adott

intézmény mennyi beavatkozásra kap lehetőséget). Az amerikai Medicaid pl. az általános ellátásban is alkalmaz mennyiségi korlátokat. szövetségi kormány által megszabott irányelvek keretén belül minden állam maga határozza meg a jogosultsági standardokat, a szolgáltatások típusát, mennyiségét, tartamát és terjedelmét, így az államok korlátot szabhatnak a Medicaid szolgáltatásoknak az orvosi szükségesség és az igénybevételi kontroll kritériumai szerint. Pl. az államok korlátozhatják a fedezett orvosi vizitek számát, vagy az ellátás előtt előzetes engedélyt követelhetnek.

- ▶ **A tevékenység szabályozás eszköze a minimum mennyiségek meghatározása.** Adott intézmény egyes műtéti beavatkozásokat pl. csak akkor végezhet, ha megfelelő gyakorisággal foglalkozik a tevékenységgel. Németországban pl. 2004. január elsején döntött a Szövetségi Orvosi Tanács a minőségbiztosítással összefüggésben az ún. minimum mennyiségek katalógusának bevezetéséről. A katalógus létrehozását az EBM tapasztalatokra építik. Az Egyesült Államokban az utóbbi 25 évben elvégzett műtéti beavatkozások ugyanis azt bizonyítják, hogy egy műtét eredményessége attól is függ, milyen gyakran végeznek ilyen beavatkozást egy adott klinikán. Különösen igaz az esetszám és minőség (eredményesség) közötti összefüggés a komoly beavatkozások ill. a krónikus betegek kezelése terén. USA-beli tudósok megállapították, hogy azokon a klinikákon, ahol például hasnyálmirigy eltávolítást csak alacsony számban végeznek 1000 betegre 163 haláleset jut, míg olyan klinikákon, ahol az esetszám magas, ugyanez a mutató 38 körül alakul. Így Németországban öt beavatkozásra vonatkozólag határoztak meg minimum mennyiségre vonatkozó előírást: májtranszplantáció: éves minimum mennyiség kórházanként 10; vesetranszplantáció: éves minimum mennyiség kórházanként 20; nyelőcső eltávolítása és pótlása: éves minimum mennyiség kórházanként/orvosonként: 5/5; hasnyálmirigy eltávolítása és pótlása: éves minimum mennyiség kórházanként/orvosonként: 5/5; összejt-transzplantáció: éves minimum mennyiség kórházanként: 12 +/-2. 2005. augusztus nyolcadikán a katalógusba felvett beavatkozások köre tovább bővült a teljes térdizület endoprotézisével. A minimum előírást itt kórházanként 50 beavatkozásban határozták meg. (A katalógus bevezetését azonban kritikával is illették. Tartanak attól, hogy ezáltal a lakóhelyközeli kezelés ill. a területi lefedettség megvalósítása egyes beavatkozások esetén veszélybe kerülhet).
- ▶ Az országok általában **szabályozzák a nagy értékű berendezések, műszerek telepítését.** Pl. Franciaországban a 90-es években MRI-re, nukleáris medicina berendezéseire, kobaltterápiás berendezésekre országosan meghatározott lakosság számarányra vetített irányszámok léteztek, amelyek telepítésének engedélyezése országos, minisztériumi hatáskörbe tartozott. Regionálisan szintén meghatározott volt az értékesebb berendezések telepítése (pl. CT).
- ▶ A kapacitás szabályozás eszköze az egyes szolgáltatások elérhetőségének időbeli meghatározása. E szabályozás legáltalánosabb példája a sürgősségi ellátás adott időn belül történő teljesítésének előírása. Pl. Németországban a kiszállási időnorma meghatározása a Német Vöröskereszt 1992-ben meghozott határozata alapján történik. A kiszállási idő az egyes tartományokban a bejelentés beérkezésétől számítva a helyszínre érkezésig az előírások szerint lehetőleg ne haladja meg a 10 percet és nem szabad, hogy 15 percnél hosszabb ideig tartson. Ez a normatíva akkor tekinthető teljesítettnek, ha az előírt 10 perces kiszállási idő egy adott évben az esetek 80%-ában, ill. a maximálisan engedélyezett 15 perc az esetek 95%-ban betartásra kerül. A szükség szerinti mentőállomások számát, telephelyét, felszereltségét oly módon kell meghatározni, hogy azzal a mentőszolgálat a fent említett előírásnak eleget tudjon tenni. Szlovákia Egészségügyi Minisztériuma 2007-ig akarja megvalósítani a mentőszolgálat hálózatának teljes kiépítését. A cél elsősorban az, hogy az egészségügyi dolgozók sürgős esetekben az ország bármely területén 15 percn belül képesek legyenek biztosítani a sürgősségi ellátást.

Néhány ország jellemző gyakorlata a kapacitások meghatározására

	Intézményi kapacitások, pl. kórházi ágyszámok meghatározása	Orvosok számának szabályozása	Tevékenységek szabályozása	Nagy értékű berendezések számának szabályozása	Időkorlátok meghatározása (várakozási idők, elérési idő)
Németország	✓ tartományi kórházszövetségek a Német Kórházszövetség-gel együttműködve	✓ Szövetségi Egészségügyi Tanács, pénztári orvosok egyesületei, betegpénztárak tartományi szövetségei és kiegészítő biztosítók szövetségei	✓ Szövetségi Orvosi Tanács	✓	✓
Ausztria	✓ Szövetségi Egészségügyi Bizottság	✓ Szövetségi Egészségügyi Bizottság		✓ Szövetségi Egészségügyi Bizottság	✓ Szövetségi Egészségügyi Bizottság
Anglia	✓ Egészségügyi Minisztérium	✓ Egészségügyi Minisztérium	✓ Egészségügyi Minisztérium	✓ Egészségügyi Minisztérium	✓ Egészségügyi Minisztérium
Svájc	✓ kantonok hatóságai	✓		✓	
Luxemburg	✓ hatóság, jogszabály			✓	
Franciaország	✓ Egészségügyi Minisztérium			✓	
Szlovákia	✓ Egészségügyi Minisztérium, törvény	✓ Egészségügyi Minisztérium, törvény		✓	✓
USA (Medicaid)	✓ szövetségi kormány és az államok hatóságai		✓ szövetségi kormány és az államok hatóságai		

Országpéldák

Németország

Németországban a kórházi szükséglet tervezéséhez tartományonként kötelező jelleggel készítenő egy ún. kórházterv (Krankenhausplan), amit a kórháztervtörvény 6. paragrafusa ír elő. Ezt a tervezést a **tartományi kórházszövetségek** a **Német Kórházszövetséggel** szoros együttműködésben, a kórházfinanszírozási törvényt és a kórházakra vonatkozó tartományi törvényeket figyelembe véve végzik. E tervezés során a kórházi ágyszükséglet kalkulációjához leggyakrabban használt számítási mód az amerikai Hill-Burton képlet. Németországban a kórháztervezés keretében (Krankenhausplanung) tartományonként ill. közigazgatási területenként a szükséglet egyes szakterületekre nézve ez alapján a módszer alapján kerül meghatározásra.

A Hill-Burton képlet - a kalkuláció a következő determinánsokkal történik:

1. E (Einwohnerzahl) = Lakosok száma (tartományonként)
2. VD (Verweildauer) = Átlagos kezelési idő: a képletben az egyik meghatározó elem a fekvőbeteg-ellátásban töltött napok átlagos számát jelöli (Pflegetage). Megjegyzés: a betegfelvétel és az elbocsátás napja egy napnak számítanak.

A képletben a másik meghatározó elem az ún. esetszám (Fallzahl), amit a felvett betegek számát és a távozó betegek számát összeadva és kettővel osztva határoznak meg.

$$\text{Esetszám} = \frac{\text{felvett betegek} + \text{távozó betegek}}{2}$$

Az átlagos kezelési idő számításának képlete:

$$\text{Átlagos kezelési idő} = \frac{\text{fekvőbeteg-ellátásban töltött napok átlagos száma}}{\text{esetszám}}$$

3. KH (Krankenhaushäufigkeit) = a fekvőbeteg-ellátásban résztvevők száma területenként: ez az elem az egy bizonyos területen lakó és egy adott év során fekvőbeteg ellátásban részesült betegek számát az adott terület lakosainak számával elosztva kerül meghatározásra.

$$\text{Fekvőbeteg-ellátásban résztvevők száma} = \frac{\text{esetszám} \times 1000}{\text{lakosok száma}}$$

4. BN (Bettennutzungsgrad) Ágykihasználtság: Általában a területileg illetékes minisztérium határozza meg az irányszámot ill. a következő képlet alapján számítható az említett módszer esetén:

$$\text{Ágykihasználtság} = \frac{\text{fekvőbeteg-ellátásban töltött napok átlagos számát} \times 100}{\text{Ágyak} \times 365}$$

Tehát a Hill-Burton képlet (HBK) alapján a kórházi tervezés során számítható ágyszükséglet tehát a következőképpen határozható meg:

$$\text{HBK: } \frac{\text{Lakosok száma} \times \text{Fekvőbeteg-ellátásban résztvevők száma} \times \text{Átlagos kezelési idő} \times 100}{\text{Ágykihasználtság} \times 1000 \times 365}$$

A Hill-Burton képletet azonban, mivel az csupán statisztikai számokra épít, további tényezőkkel kell a megbízhatóság érdekében kiegészíteni. A módszernél használt determinánsok tehát kiegészítésre szorulnak az ellátási szükséglet meghatározásakor. Ezért a Hill-Burton számítási elv alkalmazása mellett az utóbbi időben egyes tartományokban az egészségügyi szervek több szakvélemény elkészítésére is adtak megbízást a kórházi ágyszükséglet megállapítására vonatkozólag. Az egyes tartományokban általában az előírt kihasználtsági szint 85%, ami azonban szakterületenként eltérő.

Az egyes tartományok kórházi tervezése – áttekintés*

Tartomány	Alapadatok	Metódus/szakvélemény	Érvényességi idő	Ágyszám	
				Kiinduló állomány	Célállomány
Baden-Württemberg	Hivatalos statisztika	Hill-Burton képlet	2000-től (folyamatos átdolgozás alatt)	65059 (beleértve pszichiátriák) (1999.12.31.)	64789 (beleértve pszichiátriák) (1999)
Bayern	Hivatalos statisztika, Kórházterv	Hill-Burton képlet esetszámokra vonatkozó prognózis nélkül	2004	72075	72205
Berlin	Diagnózisokra ill. operációkra vonatkozó adatok	Összehasonlítás, Hill-Burton képlet, morbiditásorientált metódus	2003-2005	22477	21135 (beleértve fekvőbeteg-ellátás és nappali ellátás)
Brandenburg	Az AOK-nál biztosítottak 98-as és 99-es adatai, 2000-2001-es adatok	Munkacsoport, Rüschemann-szakvélemény	2003-tól	16566 (2002.01.01.)	15835 (beleértve nappali klinikák)
Bremen	Diagnózisra és morbiditásra vonatkozó statisztikák	Demográfiai változás, prognózisok az átlagos kezelési időre vonatkozólag, esetszámok, etc.	2003-2005	6203 (beleértve pszichiátriák, fekvőbeteg-ellátás és nappali ellátás) (szükséglet 2003.12.31.)	5872 (beleértve pszichiátriák, fekvőbeteg-ellátás és nappali ellátás) (szükséglet 2005.12.31.)
Hamburg	IGES-szakvélemény, hivatalos statisztikák, szakértői vélemények	IGES-szakvélemény, kórházterv	2001-2005 (Átdolgozás 2004)	12824 (2000.12.31.)	11925 (2005.12.31.)
Hessen	Teljesítményre vonatkozó adatok 1990-2001	Hill-Burton képlet, az esetszámra ill. az átlagos kezelési időre vonatkozó trendextrapoláció	2004-2005	33018 (közös megegyezés alapján plusz egy év érvényességi időt szavaztak meg a kórháztervre vonatkozólag) -2001	29376 (közös megegyezés alapján plusz egy év érvényességi időt szavaztak meg a kórháztervre vonatkozólag) (szükséglet 2005)
Mecklenburg-Vorpommern	Kórházterv, Demográfiai prognózis	A szociális minisztérium szükségletekről készített prognózisa	2000-2003 (Átdolgozás 2004)	10531 (2004.01.01.)	Jelenleg nincs adat
Niedersachsen	Kórházterv	Tartományi szintű trendextrapoláció a tényleges ellátási szükségletéről, 2 éves prognózis	2004	46872 (beleértve pszichiátriák, közös megegyezés alapján plusz egy év érvényességi időt szavaztak meg a kórháztervre vonatkozólag) (2003-as prognózis)	45173 (beleértve pszichiátriák, közös megegyezés alapján plusz egy év érvényességi időt szavaztak meg a kórháztervre vonatkozólag) (2004-es prognózis)
Nordrhein-Westfalen	Diagnózis-statisztika	Hill-Burton képlet	20002-2003 (átdolgozás alatt)	118900 (2000.12.31., pszichiátriák nélkül)	ca. 109.500
Rheinland-Pfalz	Hivatalos statisztikák, szakértői vélemények	Gebara-szakvélemény, Hill-Burton képlet	2003-2007	25677 (beleértve fekvőbeteg-ellátás és nappali ellátás)	24084 (beleértve fekvőbeteg-ellátás és nappali ellátás)
Saarland	Kórházterv	Rüschemann-metódus	2001-2004	8267	7578
Sachsen	Kórházterv	Hill-Burton képlet	2002-2004	29124	28740
Sachsen-Anhalt	Kórházi perspektíváról készült tervezet 2006, az utóbbi években megfigyelhető változások	Rüschemann-metódus, minisztériumi becslések	2003-ig és azt követően	17339	17085
Schleswig-Holstein	Kórházterv	Rüschemann-metódus	2001-2005	15946	2001: 15561 2005: 15339 (közös megegyezés alapján plusz egy év érvényességi időt szavaztak meg a kórháztervre vonatkozólag)
Thüringen	Kórházterv, hivatalos statisztikák, (IGSF-szakvélemény)	Beske-metódus	2002-2004 és azt követően	16676 (a 3. kórházterv szerint)	15692

* Megjegyzés az előző táblázathoz: az oszlopokban az ágyak kiinduló ill. célállománya állomány nem tartalmaz közvetlenül egymással összehasonlítható értékeket. A megadott értékek ugyanis részben a fekvőbeteg-ellátásra, nappali ellátásra ill. kizárólag a fekvőbeteg-ellátás ágaira vonatkoznak. Hasonlóképpen bizonyos adatok tartalmazzák a pszichiátriák ágyszámát is, mások viszont nem. A tervezés egészen a szakterületek szintjéig nyúlik, habár a tervezés módjai különböznek egymástól. Például Nordrhein-Westfalen tartományban az ágyszám-szükséglet meghatározásánál regionális javaslatokat is figyelembe vesznek.

A szükséges orvosok számának meghatározása

Az orvosok számában jelentkező túlkínálat elkerülése végett a törvényhozó egy átfogó tervezést dolgozott ki. A szükségletek megállapítására vonatkozó irányelveket a **Szövetségi Egészségügyi Tanács** dolgozza ki. A szükségletekre vonatkozó tervezés keretében megállapításra kerül, hogy elégséges-e a szerződéses (fog-)orvosok által nyújtott ellátás, illetve hiányos ellátás, vagy túlkínálat (az irányelvekben meghatározott viszonyszámok 10%-os meghaladása esetén) miatt intézkedések meghozatala válik szükségessé. A szükségletekre vonatkozó irányelvek alapján közös együttműködésben a pénztári orvosok egyesületei, a betegpénztárak tartományi szövetségei és a kiegészítő biztosítók szövetségei elkészítik a szerződéses orvosok által nyújtott ellátás biztosításához szükséges tervet.

Számítási példák a területileg meghatározott viszonyszámokra vonatkozólag:

Háziorvos ill. szakorvosként tevékenykedő belgyógyász

1. Általános viszonyszám az általános orvosokra vonatkozólag (egy orvosra jutó lakosok száma 1:2269 pl. az első területi típusra vonatkozólag, 1995-ös adat). Az adott évre vonatkozó lakosok számát (1995) osztani kell az adott viszonyszámmal, azaz 16,3 millió: 2269= 7186 általános orvos.
2. Az általános viszonyszám belgyógyászokra vonatkozólag (3679, első területi típus) a lakosok 1995-ös számához viszonyítva: 16,3 millió lakos:3679= 4432 belgyógyász.
3. Háziorvosként és szakorvosként tevékenykedő belgyógyászok számának meghatározása (1995-ös adatokkal, arány: háziorvos: 0,7-es szorzó, szakorvos: 0,3-as szorzó). Háziorvosként tevékenykedő belgyógyászok számának meghatározása: a második számításnál kapott 4432 belgyógyász x 0,7 = 3.104. Szakorvosként tevékenykedő belgyógyászok számának meghatározása: 4432 x 0,3 = 1328.
4. Háziorvosok száma: 7186 általános orvosok + 3104 háziorvosként tevékenykedő belgyógyász = 10290 háziorvos
5. 16,3 millió lakos osztva a 10290 háziorvossal határozza meg az egy háziorvosra jutó lakosok viszonyszámát, ami 1995-re vonatkozólag az első területi típusban 1585.
6. 16,3 millió lakos osztva a 1328 szakorvosként tevékenykedő belgyógyászokkal határozza meg az egy szakorvosként tevékenykedő belgyógyászra jutó lakosok viszonyszámát, ami 1995-re vonatkozólag az első területi típusban 12276.

Általános viszonyszámok a következő szakmai csoportok részére kerülnek meghatározásra régiós felosztás szerint Németországban: aneszteziológus, szemész, sebész, nőgyógyász, fül-orr-gégész, bőrgyógyász, szakorvosi ellátásban résztvevő belgyógyász, gyermekorvos, ideggyógyász, ortopédus, pszichoterapeuta, radiológus, urológus, háziorvos

A számítás során a másik tényező az adott terület lakosainak száma, mely alapján 4 régiót és azon belül 10 körzetet különböztetnek meg a lakosok számát ill. a népsűrűséget figyelembe véve.

Általános viszonyszámok (lakos/orvos) a területi felosztások szerint

Területi beorolás	Aneszteziológus (egy orvosra jutó lakos)	szemész (egy orvosra jutó lakos)	Sebész (egy orvosra jutó lakos)	Nőgyógyász (egy orvosra jutó lakos)	füll-orr-gégész (egy orvosra jutó lakos)	Bőrgyógyász (egy orvosra jutó lakos)	Szakorvosi ellátásban résztvevő belgyógyász (egy orvosra jutó lakos)	Gyermekorvos (egy orvosra jutó lakos)	Ideggyógyász (egy orvosra jutó lakos)	ortopédus (egy orvosra jutó lakos)	Pszichoterapeuta (egy orvosra jutó lakos)	Radiológus (egy orvosra jutó lakos)	Urológus (egy orvosra jutó lakos)	házi orvos (egy orvosra jutó lakos)
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. típusba tartozó régiók														
központi városok	25958	13177	24469	12276	6916	16884	20812	14188	12864	13242	2577	25533	26641	1585
sűrűn lakott körzetek	60689	20840	37406	30563	11222	28605	40046	17221	30212	22693	8129	61890	49814	1872
normál körzetek	71726	23298	44367	33541	12236	33790	42167	23192	34947	26854	10139	83643	49536	1767
vidéki körzetek	114062	23195	48046	34388	13589	35403	51742	24460	40767	30575	15692	67265	53812	1752
2. típusba tartozó régiók														
központi városok	18383	11017	21008	9574	6711	16419	16996	12860	11909	13009	3203	24333	26017	1565
normál övezetek	63546	22154	46649	31071	12525	34822	41069	20399	28883	26358	8389	82413	52604	1659
vidéki területek	117612	25778	62036	44868	14701	42129	55894	27809	47439	34214	16615	156813	69695	1629
3. Vidéki régiók														
vidéki városok	53399	19639	44650	23148	10930	28859	35586	20489	30339	20313	10338	60678	43026	1490
vidéki körzetek	137442	25196	48592	31876	13697	37794	60026	26505	46384	31398	23106	136058	55159	1474
4. Egyéb régió														
Ruhrvidék	58218	20440	34591	24396	10686	25334	35736	19986	31373	22578	8743	51392	37215	2134

Ausztria

Osztrák Strukturális Egészségügyi Terv (ÖSG) 2006

A 2006-os Osztrák Strukturális Egészségügyi Terv a Szövetségi Egészségügyi Bizottság munkájának eredményeként született.

Az Osztrák Strukturális Egészségügyi Terv (amely 2006. január 01-én váltotta fel a korábbi 2003-as kórház- és nagy értékű berendezésekre vonatkozó tervet) – az egészségügy szervezéséről és finanszírozásáról szóló alkotmány 15a cikkelye szerinti (BGBl. I Nr. 73/2005) megállapodás 4 cikkelyének megfelelően – képi az osztrák egészségügyi ellátórendszer integrált tervezésének alapját. Az ÖSG képi továbbá a regionális szinten történő kerettervezés, valamint a fekvőbeteg, az ambuláns, a rehabilitációs és az ápolási szinteken történő tervezés alapját is 2010-ig.

Célkitűzések, tervezési alapok és metódusok

A következőkben bemutatott célkitűzések, tervezési alapok és irányelvek elsősorban, de nem kizárólagosan az aktív kórházakra vonatkoznak. A 2006-os tervezés központi célkitűzései:

A fekvőbeteg-ellátás igénybevételének regionális limitálása – a túlzott mértékű és a hiányos ellátás elkerülése érdekében – orvosi fődiagnózisonkénti (MHG) és ellátási régiókénti (VR) fekvőbeteg-ellátásban történő tartózkodások számára vonatkozó normák megadása révén (mennyiségi célkitűzés)

A fekvőbeteg-ellátás minőségére vonatkozó kritériumok betartatása révén az ellátáshoz szükséges feltételek biztosítása

A szükséges kapacitások felmérése során a részletes regionális tervek keretében a célirányos betegáramlások figyelembe vétele

Tervezési irányértékek – normál ellátás és intenzív ellátás

A tervezési irányértékekhez a 2003-as évre vonatkozó országos (lakossági struktúra régiók szerint, népsűrűség, közúti forgalom, monitorozott fekvőbeteg-ellátó egységek kihasználtsága, a modern orvosi technológia változása) adatok, a 2010-ig várható demográfiai változások, az ÖBIG szakértőinek véleménye került figyelembe vételre. Ágyat nem fenntartó területek esetén (radiológia, labor) nem került sor irányértékek megadására:

Az ambuláns orvosi ellátás keretében szakirányonként szükséges orvosok (letelepedett szerződéses, szerződéssel nem rendelkező, kórházi ambuláns ellátásban stb. dolgozó) számának meghatározását az ún. teljes foglalkoztatottsági ekvivalensek (Vollzeitäquivalente; A-G számítási módok) kiszámításának segítségével végzik. A számított ekvivalensek segítségével egy tervezési mátrixot hoznak létre.

Hasonlóképpen meghatározott a nagyértékű orvosi berendezések (CT, MRI, PET stb.) száma tartományonként, aktív kórházanként és kórházon kívüli területenként.

Tervezési irányértékek

Szakirány	Elérhetőség (percben)	Ágy- indexszám (ezer lakosra jutó ágyak) (minimum)	Ágy- indexszám (maximum)	Ágy- indexszám a 2000-es ágyjelentés alapján	Minimum ágyszám
Sebészet	30	0,72	1,08	1,07 ¹⁾	30
Idegsebészet	60	0,05	0,08	0,06	30
Intenzív ellátás	30	- ²⁾	- ²⁾	0,07 ³⁾	6 ⁴⁾
Belgyógyászat	30	1,27	1,90	1,75	30
Szülészet/nőgyógyászat	30	0,31	0,47	0,57	25
Neurológia	45	0,28	0,41	0,26	30
Pszichiátria	60	0,30	0,50	0,64 ⁵⁾	30
Gyermekgyógyászat	45	0,18	0,27	0,32 ⁶⁾	25
Gyermeksebészet	*	- ⁷⁾	- ⁷⁾	- ⁸⁾	*
Dermatológia	60	0,09	0,13	0,11	30
Szemészet	45	0,08	0,12	0,14	25 ¹²⁾
Fül-orr-gégészet	45	0,11	0,17	0,17	25 ¹²⁾
Urológia	45	0,12	0,18	0,19	25 ¹²⁾
Plasztikai sebészet	*	- ⁷⁾	- ⁷⁾	0,03	15 ⁹⁾
Pulmológia	*	0,13	0,18	0,17	30 ⁹⁾
Ortopédia	45	0,24	0,34	0,25	30 ¹²⁾
Baleseti sebészet ¹⁰⁾	30	0,40	0,60	0,55	20 ⁹⁾
Radioonkológia	90	- ⁷⁾	- ⁷⁾	- ⁸⁾	*
Nukleármedicina	90	- ⁷⁾	- ⁷⁾	- ⁸⁾	*
Száj-, állkapocs- és arcsebészet	*	- ⁷⁾	- ⁷⁾	0,03	15 ⁹⁾
Akutgeriátria/remobilizáció ¹¹⁾	*	0,20	0,30	- ⁸⁾	20 ⁹⁾
Palliatívmedicina ¹¹⁾	*	0,04	0,06	- ⁸⁾	8
Pszichoszomatika ¹¹⁾	*	0,05	0,07	- ⁸⁾	12 ⁹⁾
Aktív ágyak összesen ¹⁰⁾	*	4,68	7,02	6,28	*

Magyarázatok:

* nincs normatív előírás

1) sebészet exkl. plasztikai sebészet

2) ágyszükséglet szakonként individuális módon kórházanként állapítandó meg

3) az aneszteziológiához rendelt intenzívágyak

4) 4 ágy valódi megfigyelő-egységenként

5) inkl. krónikus és különleges ellátás

6) gyermekgyógyászat az ágyjelentésben inkl. gyermeksebészet

7) nincs megadva ágyindex irányszám

8) az ágyakról szóló jelentésben nem külön szakirányként kezelt

9) esetleg mint osztály; a pulmológia esetében csak kísérleti projekt keretében és korlátozott szolgáltatási spektrummal

10) inkl. ágyak baleseti kórházakban

11) kivéve külön szabályozások a következő szakokra vonatkozólag: szemészet, fül-orr-gégészet, urológia, ortopédia

Anglia

Részletek a 2003-2006 közötti tervezési időszak egészségügyi reformjához kapcsolódó országos kapacitás-képzés programjából - Egészségügyi Minisztérium

Tervezett ellátás

Az ellátáshoz való hozzáférés javítása

- ▶ Elégséges elektív kapacitás biztosítása a várakozási idők céljainak teljesítésére és a választási lehetőség nyújtására.
- ▶ A nappali kórházi esetek 75%-ra való emelése.
- ▶ Az alapellátás tevékenységének növelése (10%), hogy legalább 1 millióval több járóbeteg vizit történjen a kommunális ellátásban a kórház helyett.
- ▶ Elégséges ágykapacitás (benne kritikus ellátással) annak biztosítására, hogy az ágykihasználtság olyan szintre essen, mely lehetővé teszi a sürgősségi esetek késedelem nélküli felvételét.

Daganatos betegek ellátása

- ▶ Növekvő befektetés a rákbetegek ellátásába – további £570 millió pénzalap országosan.
- ▶ Növekvő hozzáférés a sugárterápia és a diagnosztikai szolgáltatásokhoz a rákbetegek várakozási idejének csökkentésére.
- ▶ Nagyobb arányú befektetés a palliatív ellátásba – további £50 millió pénzalap országosan.

Szívkoszorúér megbetegedésben szenvedők ellátása

- ▶ Növekvő hozzáférés a diagnosztikai és műtéti szolgáltatásokhoz a várakozási idők csökkentésére.
- ▶ Újabb defibrillátorok felállítása nyilvános helyeken – 2004-es célkitűzés 3000 db-ban meghatározva.

Mentális egészségügy fejlesztése

- ▶ 2006-ra minden gyermek- és serdülőkori mentális egészségügyi szolgálat átfogó ellátást nyújt, benne mentális egészségfejlesztéssel és korai beavatkozással.
- ▶ A gyermek- és serdülőkori mentális egészségügyi szolgálat növekedése legalább évi 10%-kal (személyzet növelése, nagyobb számú vizit, nagyobb arányú befektetés).

Idős emberek ellátása

- ▶ Az NHS Plan célkitűzéseinek megvalósításához a közbenső/ideiglenes ellátás kapacitásának bővítése 5000 ágygal. 2006-ra az ideiglenes ellátási helyek évenként plusz 70 ezer ember javát szolgálják.
- ▶ Az otthoni ellátás kapacitásának növelése – 2006-ban 30 ezerrel több ember részesül heti 5 vagy több órás otthoni ellátásban, 500 ezerrel több berendezés és 6900-zal több ellátási hely.

Svájc

Svájcban a kórházi terveket a kantonok szintjén fogadják el. Pl. Jura kantonban 2002-es kórházi terv található. A tervet 2005 tavaszán aktualizálták. A kanton további területekre bontott, ahol területenként határozták meg azt, milyen ellátásra szolgáltató kapacitás kell, hogy rendelkezésre álljon: pl. akut ellátás, műtéti eljárások, intenzív ellátás, rehabilitáció, palliatív ellátás, fájdalom kezelés, 24 órás sürgősségi ellátás stb. A területekre vonatkoztatva meghatározták a szükséges ágyszám igényt is, az akut ágyakra, a rehabilitációs ágyakra, a szubakut, a pszichiátriai akut és a geronto-pszichiátriai ágyakra vonatkozóan.

Luxemburg

2001 áprilisában jogszabályban módosították Luxemburg korábbi kórházi tervét.

A kórházi ellátás szempontjából az ország három kórházi körzetre osztott (északi, központi és déli). A terv a kórházakat is kategóriákba sorolja: e szerint helyi, közeli kórház; általános kórház és specializált kórház létezik, a besorolást az ágyszám és a nyújtott szolgáltatások határozzák meg.

A helyi kórház 175 akut ágynál alacsonyabb ágyszámmal működhet.

175 ágy feletti az általános kórházak, régióként legalább egy található belőlük, 60 ezer lakosra egy általános kórházzal számol.

Speciális szakterületeken, mint pl. az idegsebészet, hematológia, trópusi fertőző betegségek, gyermekpszichiátria stb. országos szinten szervezik a kórházi ellátást.

A jogszabály számszerűsíti a kórházi kapacitásokat kórházi régióként, 2005-ig bezárólag.

A szükségletekből kiindulva a jogszabály meghatározza, nevesíti azokat a fejlesztéseket, amelyek engedélyezettek, minden más ágyszámot illetve intézményszámot eredményező fejlesztés nem engedélyezett. Hasonlóképpen meghatározza a nagyobb értékű orvosi berendezések fejlesztési lehetőségeit is (pl. PET, sztereotaxiás idegsebészeti készülék stb.).

Országosan az engedélyezett akut ágyszám 2005-re 2282, figyelembe véve az ország 461 ezres lakosságát 5/1000 lakos ágyszám arányt engedélyeznek, szemben a 2000-es 5,38/1000 lakos mutatóval.

Franciaország

Franciaországban az Egészségügyi Minisztérium kórházi ellátással és ellátás szervezéssel foglalkozó főosztályának kompetenciája az egészségügyi ellátás szervezeti rendszerének meghatározása. Munkáját az általános egészségügyi, a szociális ellátási és a társadalombiztosítási területtel hangolja össze. Tevékenysége az állami intézményhálózat mellett a magánellátók szervezetére is kiterjed.

Stratégiai dokumentumnak tekinthető az 5 éves időtávra tervezett SCHEMAS REGIONAUX D'ORGANISATION SANITAIRE (SROS), amely az egészségügyi ellátás, az ellátók regionális tervét tartalmazza. Az 1999-2004-es időszakra meghatározott regionális terv a régiók sajátosságaiból kiindulva főként a daganatos betegek ellátása, a kardiológia, a sürgősség, a perinatológia, a rehabilitáció, a palliatív ellátás és az idősek tartós krónikus ellátása területén határoz meg országos célokat és régiókra lebontott prioritásokat, feladatokat, kapacitásokat.

Az SROS-en kívül a nagy értékű berendezésekre vonatkozóan is léteznek kapacitástervek.

A „Kórház 2007” terv alapján a jövőben az SROS jut központi szerephez

Szlovákia

Az egészségügyi ellátás szolgáltatóinak minimális hálózata a jelenleg érvényben levő 571/2004. sz. kormányrendelet szerint az ország egyes megyei területén hozzáférhető szolgáltatók számát jelenti, amelyet az alábbi mutatószámok fejeznek ki:

- a járóbeteg-ellátás terén - az egészségügyi gyakorlatot folytató, az adott szakterületen működő dolgozók munkahelyeinek (orvosi, ápolónő) minimális száma, heti munkaidőre átszámítva,
- a fekvőbeteg-ellátás terén - az adott szakterületen belül meghatározott minimális ágyszám.

Egy orvosi munkahely (állás): az adott szakterületen működő orvos munkaidőalapjából heti 40 óra, veszélyeztetett munkahely esetén heti 38 óra.

Egy ápolónői munkahely (állás): az adott szakterületen működő ápolónő munkaidőalapjából heti 40 óra, veszélyeztetett munkahely esetén heti 38 óra.

Ambulanciák minimális hálózata

- ▶ Általános orvosi ambulanciák felnőttek ellátására: 10 ezer lakosra 6,23 orvosi munkahely (állás), 15 – 25 éven felülieket figyelembe véve
- ▶ Gyermekorvosi ambulanciák (beleértve az ifjúkorúakat is): 10 ezer lakosra 5,27 orvosi munkahely (állás), 15 -25 éven alúkat figyelembe véve

Általános orvosi ambulanciák minimális hálózatának meghatározása orvosi munkahelyekre (állásokra) átszámítva Szlovákia területére és megyéire vonatkozóan

Általános orvosi munkahelyek (állások) száma – felnőttek ellátására

Megye	Minimális hálózat orvosi állásokra átszámítva
Bratislava-i	267,16
Banská Bystrica-i	229,64
Kosice-i	287,83
Nitra-i	245,87
Presov-i	269,51
Trencin-i	185,85
Trnava-i	207,99
Zilina-i	225,40
Összesen	1919,25

Általános orvosi munkahelyek (állások) száma gyermekek és ifjúkorúak ellátására

Megye	Minimális hálózat orvosi állásokra átszámítva
Bratislava-i	116,72
Banská Bystrica-i	123,34
Kosice-i	156,95
Nitra-i	132,88
Presov-i	163,54
Trencin-i	92,78
Trnava-i	118,58
Zilina-i	130,27
Összesen	1035,04

Különböző szakorvosi ambulanciák minimális hálózatának meghatározása az egyes szakterületek szerint Szlovákia és megyéi lakosság számára vonatkozóan

Szakterület	Minimális hálózat – Orvosi állások száma
Algeziológia	5,86
Aneszteziológia és intenzív terápia	35,78
Angiológia	3,92
Audiológia	2,64
Érsebészet	16,03
Bőr- és nemibeteg-gyógyászat	226,00
Diabetológia, anyagcsere- és táplálkozási zavarok	110,37
Drogfüggőség	9,58
Endokrinológia	62,36

Szakterület	Minimális hálózat – Orvosi állások száma
Foniátria	17,39
Fiziátria, balneológia, gyógy-rehabilitáció	100,24
Gasztroenterológia	107,89
Geriátria	23,90
Gerontopszichiátria	0,91
Szülészet-nőgyógyászat	987,07
Hematológia és vérátömlesztés	49,41
Sebészet	251,15
Infektológia	35,60
Szívsebészet	2,03
Kardiológia	160,71
Klinikai biokémia	2,31
Klinikai farmakológia	3,87
Klinikai immunológia és allergiológia	154,76
Klinikai logopédia	118,49
Klinikai onkológia	89,03
Klinikai pszichológia	166,96
Klinikai munkaegészségügy és klinikai toxikológia	13,92
Korrekatív dermatológia	1,51
Orvosi genetika	8,41
Repülőorvostan	0,43
Materno-fetális medicina	7,86
Orvosi informatika és biostatisztika	2,94
Nefrológia	56,07
Ideggyógyászat	257,65
Idegsebészet	6,14
Nukleáris medicina	2,10
Szemészet	288,50
Ortopédia	183,28
Ortopédiai protetika	3,65
Fül- orr- gégészet	212,81
Patológiai anatómia	0,17
Gyermekgyógyászat	35,43
Plasztikai sebészet	11,70
Pneumológia és tüdőgyógyászat	146,34
Égési sebek osztálya	1,38
Pszichiátria	244,68
Radiológiai onkológia	12,08
Reumatológia	71,54
Szexológia	3,80
Sztomatológia	2 461,78
Sportorvostan	3,93
Baleseti sebészet	33,34
Urológia	104,13
Belgyógyászat	363,59
Összesen	7 274,41

Ugyanilyen szakterületi bontásban találhatóak az egyes megyékre vonatkozó adatok – Bratislava, Trnava, Trenčín, Nitra, Zilina, Banská bystrica, Presov, Kosice

Az otthoni ápolási szolgálatok (ADOS) minimális hálózatának meghatározásánál 10 ezer lakosra 1,00 ápolónői munkahelyet (állást) számítanak.

Az otthoni ápolási szolgálatok (ADOS) minimális hálózata Szlovákia területére és megyéire vonatkozóan

Megye	Ápolónői állások száma az ADOS-ban
Bratislava-i	68
Trnava-i	64
Trenčín-i	67
Nitra-i	76
Zilina-i	76
Banská Bystrica-i	76
Presov-i	88
Kosice-i	88
Összesen	603

A fekvőbeteg-ellátás szolgáltatói ágyszámának minimális hálózata szakterületek szerinti bontásban Szlovákia területére vonatkozóan és a megyei önkormányzatok szerinti bontásban

Az ágyak típusa	Osztályok	Az ágyak minimális hálózata
Aktív	Aneszteziológia és intenzív terápia	463
	Érsebészet	61
	Bőr- és nemibeteg-gyógyászat	487
	Diabetológia, anyagcsere- és táplálkozási zavarok	100
	Endokrinológia	64
	Foniátria	18
	Gasztroenterológia	39
	Geriátria	701
	Sebészet	3379
	Intenzív ellátás a gyermekgyógyászatban	31
	Szívsebészet	99
	Kardiológia	285
	Klinikai farmakológia	20
	Klinikai hematológia és vérátomlesztés	93
	Klinikai immunológia	30
	Klinikai onkológia	514
	Nefrológia	24
	Idegsebészet	277
	Ideggyógyászat	1 663
	Nukleáris medicina	33
	Szemészet	496
	Ortopédia	727
	Ortopédiai protetika	31
	Fül-, orr, gégészet	698

Az ágyak típusa	Osztályok	Az ágyak minimális hálózata
	Pediátria	1 874
	Plasztikai sebészet	150
	Tüdősebészet	68
	Égési sebek osztálya	46
	Infektológia	709
	Klinikai munkaegészségügy és toxikológia	95
	Radioterápia	301
	Reumatológia	94
	Transzplantáció	27
	Traumatológia	783
	Pneumológia és tüdőgyógyászat, x/	505
	Urológia	642
	Belgyógyászat	4 043
	Szülészet – nőgyógyászat	2 676
	Neonatalógia	647
	Maxilofaciális sebészet	100
Aktív együtt		23 093
Krónikus	Krónikus betegek osztálya	1 783
	Utókezelés	754
	Fiziátria, balneológia és gyógy-rehabilitáció	922
	Paliatív osztály	158
	Pneumológia és tüdőgyógyászat, xx/	1 691
Krónikus együtt		5 308
Pszichiátriai	Gerontopszichiátria	171
	Drogfüggőség	379
	Pszichiátria	3 385
Pszichiátriai együtt		3 935
Összesen		32 334

x/ - kórházakban

xx/ - gyógyintézetekben

Ugyanilyen szakterületi bontásban található az egyes megyékre vonatkozó adatok – Bratislava, Trnava, Trenčín, Nitra, Zilina, Banská Bystrica.

A természetes gyógyfürdői ágyak minimális hálózatát képezik mindazon ágyak, amelyeken a természetes gyógyforrások mellett kiépített egészségügyi intézményekben egészségügyi szolgáltatásokat nyújtanak. Ezeknek az intézményeknek a minimális hálózatról szóló, 2004. december 15-i kormányrendelet életbe lépése napján az egészségbiztosítóval kötött, érvényes szerződéssel kell rendelkezniük. A minimális hálózatot 15%-kal lehet csökkenteni.

A gyógyszertárak és gyógyászati segédeszközök kiadóhelyei minimális hálózata: a minimális hálózatról szóló, 2004. december 15-i kormányrendelet életbe lépése napján meglévő gyógyszertárak, ill. gyógyászati segédeszközök kiadóhelyei számának 15%-os csökkentésével határozták meg.

Kormányrendelet-javaslat az egészségügyi ellátás szolgáltatói minimális hálózatára

A 2005. január 1-jén életbe lépő és jelenleg érvényben levő 751/2004. sz. kormányrendelet szerinti módszer a minimális hálózatot az ágyszám és az orvosi/egészségügyi állások száma szerint határozza meg. Az előző kormány szerint rugalmatlannak bizonyult, nem felel meg az egészségügyi rendszer korszerű változtatásainak. Ezért az Egészségügyi Minisztérium 2006 júniusában új kormányrendelet-javaslatot készített elő, amelynek célja az egészségügyi ellátás szolgáltatói minimális hálózatának meghatározása a hatékonyan elérhető, folyamatos, szisztematikus és szakszerű egészségügyi ellátás biztosítására. Elkezdődött a javaslat szakmai értékelése és vitája, amely azonban a kormányváltás miatt megszakadt. Így a javaslat befejezetlen, még számos tisztázatlan kérdés maradt, amelyek tárgyalására már nem került sor. A minimális hálózat további szabályozása felől az új vezetés dönt majd.

A javaslat alapelvei:

két alapvető paramétert vesznek figyelembe, a földrajzi hozzáférhetőséget és a kapacitás áteresztetőséget.

A földrajzi hozzáférhetőség a biztosított állandó lakhelye és a szolgáltató telephelye közötti távolságot jelenti (a maximális hozzáférhetőséget az olyan állapot tükrözi, amikor a biztosított állandó lakhelye és a szolgáltató telephelye megegyezik, azaz ugyanabban a helységben található). A szolgáltató földrajzi hozzáférhetőségét a közlekedési távolság percekben kifejezett időtartamával határozzák meg átlagos közlekedési viszonyokat figyelembe véve. A hozzáférhető szolgáltatók csoportosítása (elrendezése) a megyei önkormányzatok területén belül a Szlovák Köztársaság helységei közötti közlekedési távolságok mátrix-táblázata alapján történik, igazodva az egészségügyi ellátás szolgáltatóiról szóló 578/2004. sz. törvényhez, amely szerint a minimális hálózat a hozzáférhető szolgáltatók lehető legkisebb számát jelenti az adott megyei vagy járási önkormányzat területén belül. A földrajzi hozzáférhetőség meghatározásánál figyelembe veszik a népsűrűség és a földrajzi jellegzetességeket nemcsak átfogó országos szinten, hanem a különböző területi egységek jellemzőit is.

A szolgáltató vonzáskörzete az állandó lakhellyel rendelkező biztosítottakból tevődik össze, azokban a helységekben, amelyek számára az adott, szerződéssel és megfelelő szakmai felkészültséggel rendelkező szolgáltató földrajzilag legjobban hozzáférhető.

Az egészségügyi ellátás szolgáltatói kapacitás-áteresztetőségét az alábbi szakterületekre határozzák meg:

- ▶ egészségügyi alapellátás felnőttek részére,
- ▶ egészségügyi alapellátás gyermekek és ifjúkorúak részére ,
- ▶ járóbeteg-szakellátás a különböző szakterületek szerint,
- ▶ ambuláns ügyelet (orvosi elsősegély-nyújtás)
- ▶ ápolónői ellátás szakterületek szerint,
- ▶ szülésznői ellátás,
- ▶ fekvőbeteg-ellátás szakterületek szerint.

A kapacitás-áteresztetőség a szolgáltató maximális kapacitását jelenti az egészségügyi ellátás nyújtására bizonyos időtartamra vonatkozóan meghatározott számú biztosított számára (például, ha egy specialistánál egy kivizsgálás 20 percig tart, akkor a rendelő áteresztetősége 24 biztosított 8 óra alatt).

A minimális hálózat kapacitás-áteresztetőségét a *járóbeteg-ellátásra* vonatkozóan az orvosok és egészségügyi szakdolgozók óraszámában megadott munkaidő-kötelezettségeinek (ellátások) száma, a *fekvőbeteg-ellátás* vonatkozásában pedig az ágyak száma fejezi ki 10 000, állandó lakhellyel rendelkező biztosítottra számítva.

Az egészségügyi ellátás-kötelezettség - az adott szakterületen működő egészségügyi dolgozó teljesítését jelenti 40 óra, veszélyeztetett munkahely esetén 38 óra munkaidőalap terjedelemben (a jelenleg érvényes kormányrendeletben orvosi munkahely/állás megnevezés szerepel).

Az ágy kórházi működő ágyat jelent, amely napi 24 órában folyamatosan rendelkezésre áll az adott egészségbiztosítónál feliratkozott biztosítottak számára.

A járóbeteg-rendelők és a kórházak kapacitása függ az igénybevételtől (orvoshoz-fordulások száma, morbiditás, incidencia, prevalencia, a standard diagnosztikai és gyógyító eljárások, a krónikus betegek orvoshoz-fordulásainak gyakorisága stb.) valamint az egészségügyi ellátás időtartamától (a kivizsgálás vagy beavatkozás tartama, a kórházi ápolási idő) a lege artis eljárások betartásával.

Az egészségügyi alapellátás minimális hálózata

Egészségügyi alapellátás	Földrajzi hozzáférhetőség (perc)		Kapacitás-átereszthetőség (az adott vonzaskörzeten belül állandó lakhellyel rendelkező, 10 000 biztosítottra jutó egészségügyi ellátások száma)
	Minden járásban a biztosítottak 95%-a számára	Minden járásban a biztosítottak 100%-a számára	
Gyermekek és ifjúkorúak	15	30	5,92 *
Felnőttek	10	30	3,16 **

*10 000, 18 éven aluli biztosítottra

**10 000, 18 éven felüli biztosítottra

A járóbeteg-szakellátás minimális hálózata

Orvosi szakterület	Földrajzi hozzáférhetőség (perc)		Kapacitás-átereszthetőség (az adott vonzaskörzeten belül állandó lakhellyel rendelkező, 10 000 biztosítottra jutó egészségügyi ellátások száma)
	Minden járásban a biztosítottak 95%-a számára	Minden járásban a biztosítottak 100%-a számára	
Fájdalomterápia	180	240	0,044
Aneszteziológia és intenzív terápia	240	300	0,015
Angiológia	180	240	0,030
Érsebészet	240	300	0,015
.....			

A fekvőbeteg-ellátás minimális hálózata

Osztály	Földrajzi hozzáférhetőség (perc)		Kapacitás áteresztettség (az adott vonzaskörzeten belül állandó lakhellyel rendelkező, 10 000 biztosított jutó ágyak)
	Minden járásban a biztosítottak 95%-a számára	Minden járásban a biztosítottak 100%-a számára	
Aneszteziológia és intenzív terápia	60	120	0,890
Arytmia és koronáriás egységek	240	300	0,131
Érsebészet	240	300	0,132
Dermatovenerológia	240	300	0,213
Krónikus betegek	60	120	3,940
Endokrinológia	480	540	0,248
.....			

Egyesült Államok

Ágyszám igényt döntően magán egészségügyet működtető rendszerek is meghatároznak.

Illinois állam intézmény-tervező bizottságának az egészségügyi intézményeket érintő irányelvei

Az ágyak és a szolgáltatások szükségleteit előrejelző képleteket két csoportra lehet osztani: kereslet alapú és incidencia alapú.

1. A kereslet alapú képletet olyan szolgáltatásokra alkalmazzák mint a gyermekgyógyászat, intenzív ellátás, rehabilitáció, krónikus ellátás. Azt az elvet hasznosítja, hogy ami a múltban megtörtént, az a jövőben is megtörténik.

2. Az incidencia alapú képletet olyan szolgáltatásokra alkalmazzák mint a szülészeti, akut mentális betegség, égési sebek kezelése. A képlet a betegség előfordulási szintjét használja az igény előrejelzésére.

A tervezési terület meghatározásánál a felhasznált legkisebb földrajzi hely Chicago városának közösségi területei, valamint az államban levő közigazgatási területek Chicagón kívül. Az akut ellátás tervezési területei minimum 40.000 lakost kell, hogy felöleljenek, a krónikus ellátásé pedig minimum 10.000 lakost.

Szükséget meghatározó képletek és kihasználtsági célkitűzések

Intenzív ellátás

Teljes ágyszámigény meghatározása:

1. átlag három év intenzív ellátás ápolási idejének (patient days) és az összlakosságnak a hányadosa a felhasználási arány meghatározására,
2. felhasználási arány szorozva az előírányzott összlakossággal az előírányzott ápolási idő meghatározására,
3. az előírányzott ápolási idő osztva az év napjaival az előírányzott napi összlétszám (census) meghatározására,
4. előírányzott napi átlagos összlétszám osztva a kihasználtsági célkitűzéssel az ágyszámigény meghatározására,

5. a területhez hozzáadandó ágyszám kiszámítása a meglévő intézmények ágyszámának a szükségelt ágyszámból való levonásával.

Kihasználtsági célkitűzés: 60%

Rehabilitáció

Teljes ágyszámigény meghatározása:

1. felhasználási arány (vagy minimum felhasználás) szorozva a terület előírányzott lakosságával az előírányzott ápolási idő meghatározására,
2. az előírányzott vagy tervezett ápolási idő osztva 365-tel az előírányzott napi átlagos összlétszám meghatározására,
3. az előírányzott napi átlagos összlétszám osztva a 85%-os kihasználtsági faktorial az ágyszámigény meghatározására,
4. többlet ágyszám kiszámítása, mellyel növelni kell a területet: a meglévő intézmények ágyszámának levonása a szükségelt ágyszámból.

Kihasználtsági célkitűzés: 85%

Akut mentális betegség

Teljes ágyszámigény meghatározása:

1. valamennyi tervezési területen 0,11 ágyszámigény van meghatározva 1000 lakosra minimumként,
2. a tervezési terület felhasználási aránya: az ápolási idő és a lakosság hányadosa,
3. ha a becsült ágyszámigény kevesebb mint a minimum, az utóbbi az előírányzott ágyszámigény; ha a becsült ágyszámigény nagyobb mint a minimum, az előbbi az előírányzott ágyszámigény,
4. a területhez hozzáadandó ágyszám kiszámítása a meglévő intézmények ágyszámának levonásával a szükségelt ágyszámból.

Kihasználtsági célkitűzés: 85%

Művesekezelés

Teljes ágyszámigény meghatározása:

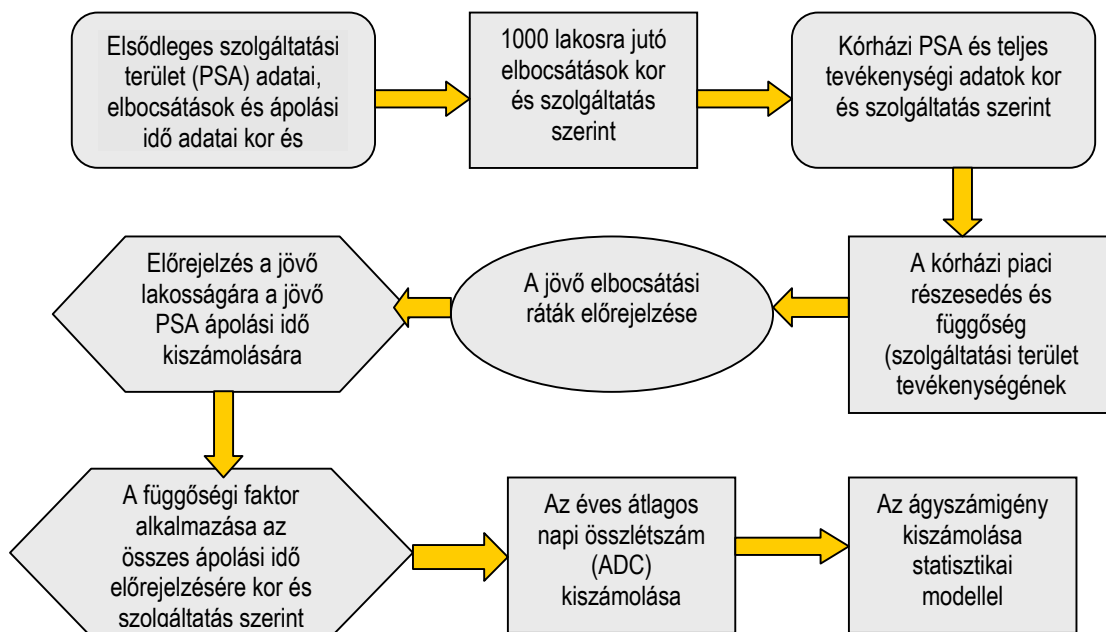
A dialízis állomások igényét öt évre vetítik előre. További állomások szükségét a következő módszerrel határozzák meg:

1. az összes dialízis beteg számának és a lakosság (állam) számának a hányadosa szorozva 0,6-del (60%),
2. a tervezési terület dialízis rátájának meghatározása: a művesekezelésben részesült betegek számának és a tervezési terület lakosságának hányadosa,
3. a tervezési terület előírányzott lakossága szorozva a tervezési terület dialízis rátájával a dialízis betegek becsült számának meghatározására,

4. a dialízis betegek becsült száma a tervezési területen szorozva az 1,33 faktorszámmal (a prevalencia becsült növekedése) az előirányzott dialízis betegek számának meghatározására,
5. előirányzott dialízis betegek száma szorozva 156-tal az intézményi eljárások számának meghatározására,
6. az előirányzott intézményi eljárások száma osztva 750-nel az előirányzott művese állomások számának meghatározására,
7. a meglévő állomások száma mínusz az előirányzott állomások száma a többlet állomások meghatározására.

Kihasználati célkitűzés: minimum 80%

A kórházi ágyszámigény modellje



Az egészségügyi tervezőknek számításba kell venniük a legfontosabb változókat, amelyek hatással vannak a szolgáltatások igénybevételére és az ágyszükségletre. Ezeket az információkat aztán be lehet építeni az intézmény stratégiai döntéshozatalába és tervezési folyamatába.

(Budapest, 2006. április 19.)

Források:

<http://www.dkgev.de/pdf/571.pdf>
<http://www.aekno.de/htmljava/b/planung/krankenhausplanindex.htm>
http://www.aekno.de/htmljava/b/planung/krankenhausplan_ausfuehrlich.htm
<http://www.mgsff.nrw.de/aktuelles/index.htm>
<http://www.drk.de/rettungsdienst/hilfsfrist.htm>
http://www.rettungswesen.info/download/A1_1_11.pdf
<http://www.kbv.de/publikationen/734.htm>

Németország: az egyes tartományok által készített kórháztervek:

<http://www.sozialministerium-bw.de/>
<http://www.stmas.bayern.de/krankenhaus/plan/index.htm>
<http://www.berlin.de/sengsv>
<http://www.brandenburg.de>
<http://www2.bremen.de/gesundheits-senator/>
<http://fhh.hamburg.de/stadt/Aktuell/behoerden/wissenschaft-gesundheit/gesundheits/krankenhaeuser/planung/start.html>
<http://www.sozialministerium.hessen.de/Stichworte/Krankenhaus/HessischerKrankenhausrahmen.pdf>
Amtsblatt für das Land Mecklenburg-Vorpommern, Nr.6, 16.02.2004, S.2001 ff.
<http://www.ms.niedersachsen.de>
<http://www.mgsff.nrw.de/ge-sundheit/krankenhaus/index.htm> (nem működő site)
<http://www.masfg.rlp.de/Gesundheit/Gesundheit.htm> (nem működő site)
<http://www.soziales.saarland.de/>
<http://www.recht-sachsen.de/>
<http://www.sachsen-anhalt.de/pdf/pdf3821.pdf> (a megjelölt pdf dokumentum nem érhető el)
<http://www.landesregierung-sh.de/landesrecht>
<http://www.thuringen.de/de/tmsfg/index.html>

Ausztria, Szövetségi Egészségügyi és Nőpolitikai Minisztérium, <http://www.bmgf.gv.at>

<http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2001/0492704/0492704.pdf#page=2>

<http://www.sante.gouv.fr/>

http://w3.jura.ch/plan-hospitalier/plan_hosp.pdf

www.zbierka.sk (Nariadenie vlády Slovenskej republiky z 15. decembra 2004., o v sieti poskytovanom zdravotnej starostlivosti - A Szlovák Köztársaság 751. sz. (2004. december. 15-i) Kormányrendelete az egészségügyi ellátás szolgáltatóinak minimális hálózatról.

Zdravotnícke noviny, 19/2005, 8. o. (2005. 05. 12.)

<http://www.health.gov.sk/redsys/rsi.nsf/0/96F657BFF87A18B3C125718C002FFEBE?OpenDocument>

Inpatient Bed Need Planning – Back to the Future?

http://www.mitrotek.org/bristolgroup/pdf/inpatient_bed_need_back_to_the_future.pdf

Improvement, expansion and reform: The next three years' priorities and planning framework, 2003-2006, Appendix B

http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/Publication%20sPAndGBrowsableDocument/fs/en?CONTENT_ID=4098656&MULTIPAGE_ID=4946236&k=dQU2YW