

A rehabilitáció fejlesztése

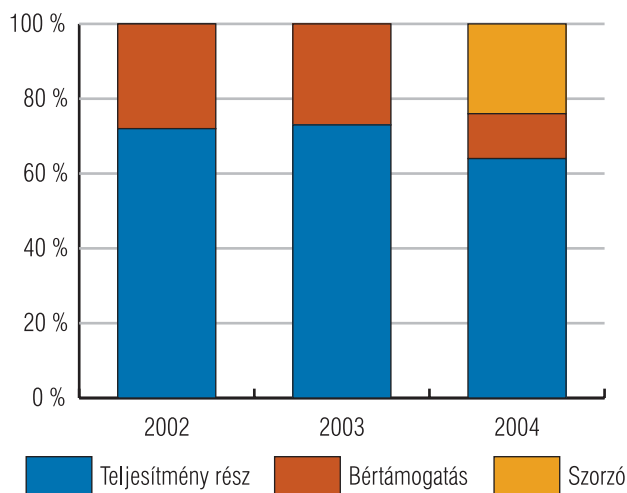
A rehabilitációs ellátórendszer – ideértve az orvosi rehabilitáció mellett a munkaügyi, szociális, és pedagógiai rehabilitációt is – nem, vagy csak korlátozott mértékben felel meg a mai kor követelményeinek, elsősorban az összehangolt együttműködés hiánya miatt. Így ezek kapacitása és minősége nem tudja kielégíteni azokat az igényeket, amelyek a jelenlegi morbiditási mutatók mellett elvárhatók, illetve szükségesek lennének. Írásom vitaindító, illetve figyelemfelhívó. Reményeim szerint mind a szakma, mind a kórházmenedzsmentek részéről elindul az együttgondolkodás – ami már eddig is tapasztalható volt számos esetben – egy közös cél érdekében, ahol a rehabilitációra szoruló ember áll a középontban.

Közleményemben csak az orvosi rehabilitáció témakörére vonatkozó gondolatok felvetésére vállalkozom. A történelmi hűség kedvéért vissza kell kanyarodni arra az időszakra, amikor a krónikus finanszírozásban megjelentek a szakmai szorzók. Ekkortájt, illetve ezt megelőzően még nagyon kevesen látták át és küzdöttek a rehabilitáció méltó helyének elfogadtatásáért. Nagy hátrányt jelent a rehabilitációs tanszék hiánya az egyetemeken. Emiatt részben nincs a végzős hallgatókban/orvosokban rehabilitációs szemlélet, illetve nem ismerik a rehabilitációban rejlő lehetőségeket. Ezen alapvető hiányosságok miatt számos beteg nem kerül az ellátóhálózat közelébe sem, vagy ha igen, akkor már régen túl van a rehabilitáció szempontjából rendkívül fontos optimális időn. A tanszék(ek)

létrehozásának gondolata már nem új keletű, de nem tisztem a késlekedés okainak elemzése.

Az elmúlt évek során kialakuló szűkséglet, valamint az előzőekben említett szorzó és az ezzel járó finanszírozás változása azt indukálta, hogy az intézetek az addig krónikusként nyilvántartott és működtetett osztályokat rehabilitációssá minősítsék át. Ez volt az úgynevezett „átcímkezések” korszaka. Ez a változtatás gazdaságilag érthető volt ebben az időszakban, és – mivel a kórházak ideiglenes működési engedéllyel rendelkeztek – az engedélyező szervek sem vették „komolyan” a meglévő szakmai hiányosságokat, illetve számos esetben érvényesült a lobbytevékenység is. Az esetek döntő többségében a megyei szakfőorvosok véleményének kikérése nélkül adták ki az engedélyeket. (Az elmúlt időszakban kialakított és napjainkban életbe léptetett szakfelügyeleti rendszer – ismereteim alapján – ezeket az ellentmondásokat megszünteti és megfelelő szakmai kompetenciákkal ruházza fel e feladatok ellátóit). Ennek természetes következménye lett, hogy a magas humán erőforrást igénylő, ténylegesen rehabilitációt végző osztályok komoly forráshiányokkal küszködtek és küszködnek ma is, míg az át-

címkezett osztályok jelentős bevételt hoztak az intézményeknek. Ez a „felhígulás” természetesen nem tett jót a rehabilitáció presztízsének, és már akkor magában hordozta a ma már egyre inkább előtérbe kerülő anomáliákat. 2004-ben megjelent az új minimumstandard és bevezetésre került a differenciált krónikus szorzók alkalmazása (1.5, 1.6, 2.1). A jelenlegi ellátórendszer nem tartalmazza a progresszivitási szintet (bár az új minimumstandard



1. ábra. A rehabilitációs bevételek százalékos megoszlása

már igen), és ez újabb problémák megjelenését vetíti előre, ami egy korszerűen szervezett rehabilitációs ellátórendszer kialakításával talán megelőzhető lenne. Ahhoz, hogy a progresszivitási szintek egyértelműek és alkalmazhatók legyenek, még további egyeztetések szükségesek.

Az 1. ábra bemutatja az elmúlt évek finanszírozási változásait a 2.1-es szorzó tükrében. A szorzó, illetve bértámogatás-változás várható hatása (mint az a grafikonokból egyértelműen kitűnik) számos intézményben indukálhat struktúraváltozást.

Azon osztályok gazdálkodásában, amelyeket az 1.6-os szorzó alapján finanszíroznak, miután nem feleltek meg valamilyen ok miatt a szakmai kollégium által felállított intenzív rehabilitáció követelményeinek, jelen-

1. táblázat. Rehabilitációs háló kialakítása

Előnyök	Hátrányok
átlátható szerkezet	szakemberhiány
egységes szakmai színvonal	szemléletmódváltás nehézségei
költséghatékony együttműködés az intézmények között	egységes követelményrendszer és az intézmények közötti együttműködés hiánya
programozható betegirányítási rendszer	
folyamatos szakmai képzés, továbbképzés	



2. ábra. Az intézmények helyét és szerepét meghatározó tényezők

tős deficitel kell számolni a további működés során. Ez az intézmények számára nagy megterhelést jelent a mai finanszírozás mellett. Felmerül a kérdés, hogy a menedzsment részére milyen lehetőség kínálkozik? Azokban az intézményekben, ahol stabil a pénzügyi helyzet (ebből van a legkevesebb), és a rehabilitáció mellett elkötelezett menedzsment vállalja, hogy az így keletkező hiányt kigazdálkodja, számolni kell a bizonytalansági tényezővel, hogy a feltételek teljesítésével sem biztos a magasabb szorzó befogadása. Ez természetesen csökkenti az „elkötelezettek” számát, illetve kitartását, ami érthető, de a szakma fejlődése szempontjából ropant előnytelen, és nehezen ellensúlyozható azzal, hogy a rehabilitáció művelői számos fórumon az egyenlő esélyeket kínáló rendszer fontossága mellett állnak ki.

Roszsabb esetben az intézmény gyenge vagy romló gazdasági mutatói miatt nem tudják (és nem is lehet) hosszú távon vállalni a keletkező hiány pótlását. Ezzel újabb kérdések kerülnek napirendre. Vagy megkísérli a menedzsment egy belső struktúramódosítással a lényegesen kevesebb humán erőforrást igénylő, és ugyancsak fontos krónikus/ápolási osztály kialakítását, vagy megszünteti a rehabilitációs címkét viselő krónikus egységeket, és a felszabaduló kapacitást más formában működteti. Ennek eredménye az lesz, hogy tovább romlik az eddig is elégtelen, illetve aránytalan területi elosztásban található rehabilitációs ellátás. Ez azonban csak az egyik része a problémának. Ha a címkézett rehabilitációs ágyak egy része eltűnik, vagy megmarad ugyan, de az ellátás színvonala nem javul, ugyanaz a következmény: nagyobb számban áramlanak a jól mű-

ködő osztályokra a rehabilitációra szoruló betegek, ami a már jelenleg is hosszú várakozási időt tovább növeli, és ezzel rontja a betegek rehabilitációs esélyét.

Egy másik, jelenleg még nem prognosztizálható, de mindenképpen szem előtt tartandó szempont a prevenció programok hatása a morbiditási mutatók változására, illetve a várható élet-

Ennek elkerülése érdekében az intézmények közötti, ún. „térsgégi” egyeztetések ajánlhatók, ennek révén ugyanis jelentősen javítható a szakmai színvonal, csökkenhetnek a párhuzamos fejlesztések, mérséklődhet a szakemberek „elszippkázása”, ami javíthatja a katasztrófális méreteket öltött szakdolgozók és orvosok hiányát. Erre példa a Nagykőrösön kezdeményezett térsgégi együttműködés, amelyben Kecskemét, Cegléd, Szolnok kórházainak menedzsmentjei, az egészségügyi tárca és a finanszírozó prominens képviselői, az intézmények tulajdonosai, valamint a RET-ek képviselői vettek részt – egyelőre a vélemények, elképzelések egyeztetésével.

Prioritásként kezelendő feladatok:

- a lakosság rehabilitációhoz való hozzáféréseinek javítása,
- a várakozási idő csökkentése,
- a területi kiegyenlítési elvek érvényesítése,
- a szakemberhiány csökkentése,



3. ábra. A progresszivitási szintek

tartam kialakulására, és mindezek befolyása a rehabilitáció iránti igényre.

Amint a 2. ábrán látható, az intézmények helyét és szerepét meghatározó tényezők az állandó változás tükrében módosíthatják egy-egy intézmény szakmai tervét, fejlődésének irányvonalát. Ezzel együtt növekedhet a kockázatvállalás is, ami az adott esetben az intézmény működését hátrányosan befolyásolhatja.

- a képzés, oktatás elősegítése, az egészségügyi személyzet pótlása.

A rehabilitációs feladatok ellátása tehát a jelenlegi formában csak részlegesen végezhető el. A helyzet javításához szükséges néhány olyan változtatás, ami hatékonyabbá és átláthatóbbá teszi az ellátórendszert. Ennek egyik megoldási lehetősége a progresszivitási szintek bevezetése (3. ábra) és a regionális

centrumok kialakítása. A kialakításnál a már meglévő és megfelelő szakmai színvonalon működő osztályok/intézmények fejlesztési lehetőségei mellett az adott térség földrajzi és közlekedési szempontjait is figyelembe kell venni ahhoz, hogy a területi egyenlőtlenségeket megszüntessük, illetve a rehabilitációhoz való esélyegyenlőséget meg tudjuk teremteni. Fejleszteni kell a lakóközösségi rehabilitációt, melynek egyik alappillére lehet az otthoni szakápolás keretében nyújtott rehabilitációs tevékenység. Munkájuk objektív méréséhez általánosan elfogadott tesztekkel kell alkalmazni, így a végzett teljesítményük jól követhető.

Itt kell még említést tenni a nappali kórházak továbbfejlesztésének szükségességéről, illetve az ún. „Mobil Team”-ek megszervezéséről. Ez utóbbi fogalom azt jelenti, hogy rehabilitációs szakorvos vezetése és irányítása mellett már az akut osztályon felméri a betegek rehabilitációs szükségleteit, elkezdik a korai rehabilitációt, és segítik a beteg mielőbbi elhelyezését a profil szerinti rehabilitációs osztályon. Ez azokban az intézményekben is meg-

szervezhető, ahol nincs, vagy esetleg már nem működik rehabilitációs osztály. Azon túl, hogy ezáltal a beteg korai rehabilitációja elkezdődik az akut osztályon, ami csökkenti a rehabilitáció idejét és a ráfordítási szükségleteket, a beteg életminősége is javul – és mindez úgy, hogy jelentős kiadáscsökkenéssel is lehet számolni a szövődmények kisebb kockázata révén. A Mobil Team-ek finanszírozását célszerű lenne a HBCS-be beépítve megjeleníttetni.

Milyen eredmények várhatók a regionális rehabilitációs modell országos kiterjesztésével?

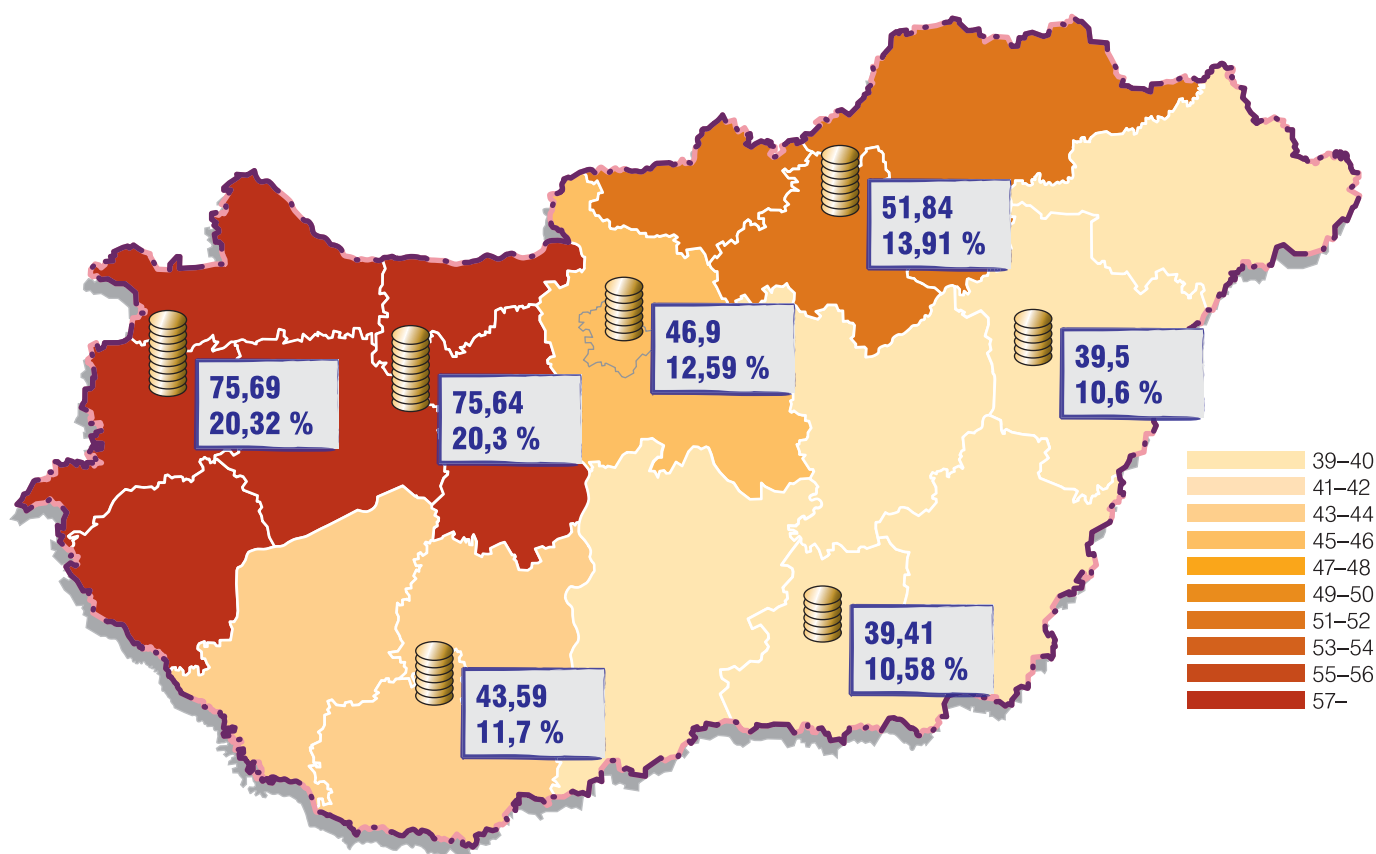
- Szervezett együttműködés a kórházak, szakrendelők és a háziorvosok között,
- Speciális szolgáltatást nyújtó egészségügyi intézmények regionális szerepének növelése,
- Rehabilitációs egészségügyi szolgáltatások igénybevételének szervezése akár országosan,
- Helyi, regionális, országos egészségügyi kapacitások vizsgálatának bázisa lehet,
- Országos statisztikai kimutatások,

elemzések bázisa lehet az egészségügy irányítás számára.

A 4. ábrán jól látható a területi egyenlőtlenség. Ennek az egyenlőtlenségnek a tükrében kell megvizsgálni egy jól áttekinthető rehabilitációs ellátórendszer kialakításának szükségességét és követelményeit. A rehabilitációs ellátórendszer kialakításához az érintett szakemberek, az egészségügyi tárca, az ÁNTSZ és a finanszírozó közös tenni akarása, együttgondolkodása és jobbító szándéka szükséges. Az előzőekben leírt észrevételek, gondolatok szándékosan általánosságban fogalmazódtak meg, mert az egyes rehabilitációs tevékenységeknek, pl. kardiológiai, onkológiai, mozgásszervi, gyermek stb. rehabilitációnak megvannak azok a speciális kritériumai, amelyeknek figyelembevételével kell, illetve lehet kialakítani a különböző rehabilitációs központokat.

DR. HARSÁNYI ZSOLT

főigazgató, Nagykőrös Város Önkormányzat
Rehabilitációs Szakkórháza és Rendelőintézete



4. ábra. Területi egyenlőtlenségek a rehabilitációs ellátásban a lakosságra vonatkoztatva