



# Az orvosi rehabilitáció jelene és jövője

**Az egészségügyi ellátás sikerességének vagy kudarcának fokmérője a finanszírozás megfelelő szinten történő biztosítása. A rehabilitáció sem kivétel ez alól.**

**Az** elmúlt évtized során számos alkalommal tapasztalhattuk, hogy a krónikus finanszírozási rendszerbe sorolt rehabilitációs tevékenység pénzügyi kondíciói „sodrónak az árral” – vagyis az aktív ellátás mögött kullog, és elszenved mindazokat a hátrányokat, amelyeket a krónikus kasszába tartozás hoz magával. A súlyosabb betegeket ellátó (általában országos vagy megyei) központok tudják legkevésbé elviselni a hátrányos pénzügyi megszorításokat.

## A finanszírozás alapjai

Mindenekelőtt hangsúlyozni szeretnénk, hogy a jelenlegi „krónikus szorzó alapú” pénzügyi ellentételezést alapjaiban újra kell értékelni. Ebben egyetértünk az egészségügyi kormányzattal, azonban a megoldást nem azonos gondolatmenet szerint végeznénk. Az egészségügy vezetőinek a szakmai szempontok mellőzésével és az ellenőrizhető minőségi színvonal meghatározása nélkül inicializált finanszírozási elképzeléseit szeretnénk a rehabilitációs szakma elvárásaival a lehetőségekhez mérten összehangba hozni, amelynek főbb elvei az alábbiak:

(1) Nagyon fontos szempont, hogy a rehabilitációs ellátások finanszírozására a szakmai szempontok figyelembevételével kerüljön sor. Nem tartjuk szerencsésnek a krónikus, ill. hospice ellátások (elsősorban ápolási igénnyel) és a rehabilitáció összemérését. Ez nem azt jelenti, hogy a rehabilitációs szakma nem ismerne el, hogy egyes speciális ápolási igényű betegek ellátása jelentős ráfordítást igényel. Ilyenek a tartós lélegeztetésre szoruló, a vegetatív állapotúak és hasonlóan nagyobb a fajlagos ápolási költsége a hospice ellátásnak is. Azonban a kapacitások és a minőségi kritériumok eltérők a két rendszerben. A rehabilitációban alkalmazható minőségi mutatók és a

szakmai szempontokra támaszkodó zárt kapacitások elegendő keretet biztosíthatnak megfelelően hatásos ellenőrzési rendszerben ahhoz, hogy a maximalizált kapacitások mellett az előirányzott pénzügyi keret tartható legyen.

(2) A rehabilitáció és a krónikus ellátások eltérő nevesítésének és elkülönített kezelésének különös jelentőséget ad az az egyre erősödő trend, amit az új kormányrendeletből adódó volumenkorlátozás következményével kapcsolatban számos egészségügyi intézmény részéről tapasztalni lehet. Nevezetesen a hiányzó forrásoknak krónikus finanszírozású, így volumenkorlát alá nem eső ágyak, ill. tevékenységek bővítésével történő pótlása irányába tesznek lépéseket. Ez természetesen éppen a kormányzati szándék megvalósításával egyező akarat. A probléma abból adódhat, ha krónikus ellátás helyett a rehabilitáció személyi és tárgyi feltételek hiánya ellenére rehabilitációnak álcázott tevékenységgel próbálnak a kórházak előnyösebb finanszírozáshoz jutni. Erre csak abban az esetben van esélyük, ha a krónikus alapszorzóhoz képest jobban fizetett „kiemelt rehabilitáció”-ként sikerül finanszírozásra szert tenni. Természetesen ez a folyamat nem káros, sőt kívánatos akkor, ha az adott kórházban időközben megteremtették a szakmai minőségi szempontoknak megfelelő ellátási feltételeket. A rehabilitáció fejlesztése különösen azokban a térségekben szorgalmazható és támogatandó, ahol a 10 ezer lakosra jutó rehabilitációs ágyak száma lényegesen elmarad az országos átlagtól. Azt világosan le kell szögeznünk azonban, hogy a szakmailag indokolt fejlesztések egészséges mértékét

legjobban a szakmailag megalapozatlan, „rátelepedő”, ügyeskedő kórházak fogják gátolni, ha sikerül elhalászniuk a finanszírozásra szánt keretösszeg egy részét indokolatlan és minőségileg elégtelen ellátásokra. Ennek megakadályozásában a szakfelügyelet szerepe lesz jelentős.

(3) A rehabilitációs tevékenységek finanszírozásában a progresszivitás különböző szintjein, ill. a zömében korai (akut) és a tartós (krónikus) rehabilitációt végző osztályokon folyó tevékenység eltérő ellentételezését meg kell valósítani. Erre a 132/2006. (VI. 15.) Korm. rendelet adta szűkös mozgástér ellenére is lehetőséget lehet találni további minősítő szempontok bevezetése és alkalmazása esetén.

A 2006. június 30-ig élő rendszerben létezett 1,6-szoros rehabilitációs alapszorzó, 2,1-szeres, ún. „intenzív rehabilitációs” szorzó (2004. évben került bevezetésre – a jelenleg működő rehabilitációs ágyak 27 százaléka van ezen a szinten finanszírozva) és 2003. óta voltak a koponya-agy-, gerinc-agysérült osztályok 4-szeres alapszorzóval, a lélegeztetett betegeket ellátók 4 vagy 6-szoros szorzóval finanszírozva (utóbbiak együttesen kevesebb, mint 350 ágyon történnek jelenleg az országban – ld. 1. táblázat).

*A finanszírozásnak és az ellátás minőségének, valamint progresszivitási szintekhez történő igazításának egymással szinkronba kell kerülnie. Ennek egyetlen lehetséges módja, ha a teljes rendszert újraértékeljük, és az összes ellátóhelyet ismét besoroljuk, és pedig mind a jelenleg működő, mind a jövőben működni kívánó osztályokat.*

**1. táblázat. Az orvosi rehabilitáció területén jelenleg működő ágyak finanszírozása a 2006. június 30-ig érvényes rendszerben**

Rehabilitáció területe/ finanszírozási szorzó	1,6	2,1	4	6,7	Összes
Kardiológiai	977	213			1190
Pulmonológiai	577	-	-	10	587
Gyermek	52	123	10	-	185
Belgyógyászati	1206	-	-	-	1206
Mozgásszervi	2152	1802	314	-	4268
Egyéb	89	-	-	-	89
<b>Összes</b>	<b>5053</b>	<b>2138</b>	<b>324</b>	<b>10</b>	<b>7350</b>

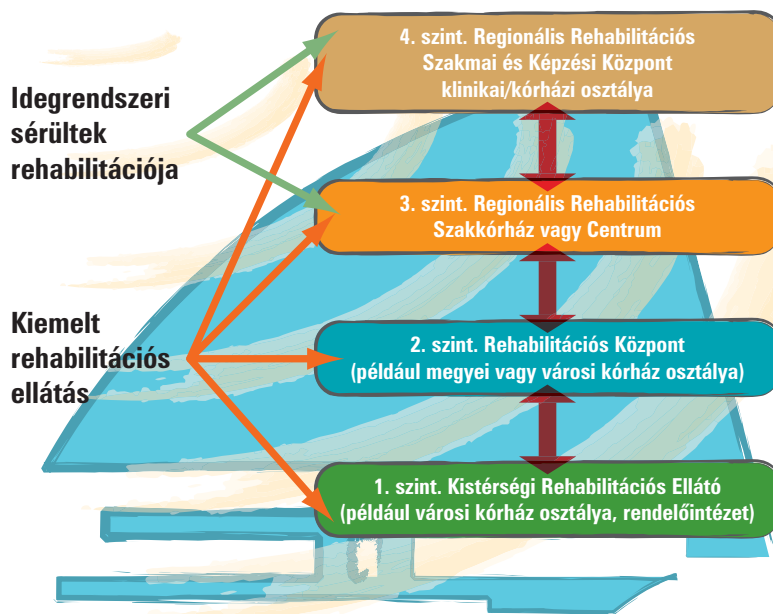
Szükségesnek tartjuk hangsúlyozni, hogy a korábban 1,6-szoros krónikus szorzóval (jelenleg feltehetően 1,2-es szorzóval) finanszírozott rehabilitációs osztályok jelentős részében nem folyik valódi rehabilitációs tevékenység (ld. a jelen közlemény első részét), ezen osztályok többségét a Rehabilitációs Szakmai Kollégium véleményének megkérdezése nélkül hozták létre. Egyébiránt a jelzett bevételből megfelelő minőségi színvonalú rehabilitációt végezni eddig sem volt lehetséges. A napidíj korábban 6584 Ft volt, ami a 132/2006. Korm. rendeletben foglaltak értelmében 2006. július 1. után 6000 Ft alá csökken. Jelenleg a rehabilitációs ágyak 66%-a ebben a formában üzemel (1. táblázat). Közülük a rehabilitációnak „álcázott” tevékenységet végző osztályok többsége a csökkenő bevétel mellett nyilván megmarad a megszokott ellátó tevékenységénél. Célszerűnek látszik a napidíj alapú finanszírozást kategorikusan kettéválasztani, a krónikus és rehabilitációs finanszírozásra. Ezen keresztül világosan követhetővé válnak a különböző beavatkozások és azok szintjei.

Komoly nehézséget jelent, hogy a valódi rehabilitációt végző, ill. a jövőben bármikor ennek feltételeit megteremtő osztályok finanszírozása teljesen bizonytalan alapokon nyugszik a 132/2006. (VI. 16.) Korm. rendelet végrehajtási utasítása híján. Nincsen szabályozás arra nézve, hogyan lehet megfelelő szintű tevékenység esetében a releváns finanszírozást megkapni. Fontosnak ítéljük annak hangsúlyozását, hogy az egyes osztályok tevékenységének (az intézmény helye a progresszív ellátó rendszerben, a betegek diagnosztikai összetétele, funkcionális állapotuk súlyossága, a korai átvétel, ill. ismételt felvételek aránya stb.) megítélésében a szakfelügyelet véleménye alapján a Rehabilitációs Szakmai Kollégium által elfogadott besorolás tekinthető szakmailag megalapozott jogosítványnak az előnyösebb finanszírozásra. A 2,1-es, ún. „intenzív” rehabilitáció kritériumainak elfogadását és az országban működő összes osztályok besorolását 2004 júniusában a Kollégium végezte el. A Rehabilitációs Szakmai Kollégium nemrég ad hoc bizottságot hozott létre a szakfelügyelettel közösen a rehabilitáció minőségi kritériumrendszere és az ellátó kapacitások újragondolására. Az ad hoc bizottság kidolgozta az új kormányrendelet adta keretek között alkalmazható szakmai feltételek rendszerét, amely alkalmas a rehabilitációs osztályok finanszírozási besorolására.

A finanszírozás tekintetében leszögezhető, hogy az 1,2-es szorzójú „általános rehabilitáció” nem tekinthető érdemi rehabilitációnak, amit a jelen kormányrendelet ki is fejez azzal, hogy annak ellentételezését a krónikus ellátásával azonos szinten állapította meg. A valóban rehabilitációt végző osztályok finanszírozásában legalább háromszintű, a progresszivitáshoz igazodó elvet célszerű követni, amelyben az alábbi betegcsoportok orvosi rehabilitációja kerül ellentételezésre:

kapcsolatban megjegyzendő, hogy a pulmonológiai rehabilitáció nem került nevesítésre, noha ennek önálló szakképesítése, intézményrendszere és metodológiája van.

Azon szolgáltatók, akiknek az adottságai (személyi és tárgyi) továbbfejlesztéssel megfelelően megfelelhetnek az új követelményrendszernek, és szándékukban is áll valóban rehabilitációt végezni, megelőzhatják a regionális modellben a helyzetükből adódó optimális feltételek kialakítását. Ez a lehetőség olyan kórházak



1. ábra. A progresszivitási szintek rétegződése

- (1) „A” szint: „kiemelt rehabilitációs ellátás” (1,5-ös szorzóval): kardiológiai, gyermek, mozgásszervi, onkológiai rehabilitációs ellátás területét fogja át
- (2) „B” szint: „központi idegrendszeri sérültek rehabilitációja” (3,3-as szorzóval)

A fenti két csoportot vegyesen ellátó osztályok vegyes (ágyszámarányos) finanszírozása szükséges – ebből adódik a köztes ellátó szint. Ezt továbbra is a szakfelügyelők javaslata alapján a Rehabilitációs Szakmai Kollégium jóváhagyásával az adott osztály elmúlt időszakban végzett valós tevékenysége alapján javasoljuk („A”, „B” vagy vegyes kategóriában) meghatározni.

A besorolásnak összhangban kell lennie a progresszív ellátás szintjeivel is, amelynek során figyelembe kell venni a területi és a korai átvételre vonatkozó ellátási kötelezettséget is (1. ábra). A 132/2006. (VI. 15.) Korm. rendelettel

számára is adva van, akik aktív tevékenységet végeznek és szeretnének a rehabilitáció irányába mozdulni. Természetesen a kapacitások nem korlátlanok.

### A kapacitások meghatározása

A rehabilitációs tevékenység körébe sorolt ágyak száma jelenleg meghaladja a kívánatos mértéket, mintegy 600 ágygal. Tudomásunk szerint már vannak kapacitások „lekötve” az NFT-I-ből és várhatóak továbbiak az NFT-II részeként. Miután a rehabilitációs osztályok 2/3-ának minősítése nem a Rehabilitációs Szakmai Kollégium által elfogadott szempontok szerint történt, elvben a tényleges rehabilitációs tevékenységre elegendő szabad kapacitás áll rendelkezésre.

Hosszú távon a kapacitások ésszerű limitálása szükséges több ok miatt. Ezek között szerepel, hogy a felesleges hospitalizáció elkerülése a rehabilitáció terén



is igaz. Másrészt a túlzottan nagy mennyiségű kórházi ágy ellátási költsége nehezen viselhető. A betegeknek is megfelelőbb az otthonukhoz közeli ellátások igénybevétele. Ennek viszont gátat szab – legalábbis még évekig – egyrészt a kistérségi és lakóhelyközeli ellátások kiépíthetlensége, a rossz közlekedési és útviszonyok, a hiányzó egyéb infrastruktúra és a hazai kórházcentrikus gondolkodásmód. Mindezek áthidalhatók évek munkájával és megfelelő modellekhez kapcsolódó érdekeltséget teremtő finanszírozási struktúra mellett. A valódi gát

tapasztalatokból indulhatunk ki. Országosan 6,5 rehabilitációs ágy/10 ezer lakosra vetítve a maximális ágyszükséglet (pszichiátriai rehabilitáció nélkül – utóbbi ágyszüksége 4 ágy/10 ezer lakos), ami nemzetközi összehasonlításban túlzottan minősül. A jelenlegi magyarországi viszonyokat tekintve ezt az ágyszámot addig szükséges fenntartani, amíg a kistérségi ellátások nem fejlődnek ki olyan szintre, hogy lényeges tényezői lehessenek az ellátásnak. Évek múltával a kistérségi ellátórendszer és a szállítási kapacitás kiépülését követően a felesle-

1980 működő rehabilitációs ágy volt nyilvántartva. Ebből mindössze 400 tartozik országos hatókörű ellátóintézménybe, de ezen ágyak egy részét is fővárosi lakosok veszik igénybe, tehát Budapesten több mint 9 ágy jut 10 ezer lakosra. Zala, Vas és Veszprém, valamint Győr-Sopron megyében az országos ellátóintézmények ágyai emelik 15-20 ágy/10 ezer lakos fölé az ágyszámot, azonban az országos intézményekben főként nem helyi lakosok ellátása történik. Az országos intézmények szerepe a regionális modellben egyébként is átértékelődik, ugyanis minél jobban kiépül a regionális ellátóhálózat, annál inkább beolvadnak az országos intézetek ebbe a rendszerbe, mint régióközpontok. Jól látható trend a kardiológia, a pulmonológia és más speciális rehabilitációs ellátások terén is a régiós vagy iker-regiós ellátások kiépülése, ami megkérdőjelezi több száz rehabilitációs ágy létjogosultságát egyetlen intézményen belül, egyetlen profilra vonatkozóan. Az ország régióinak többségében az NFT-II keretében a fejlesztési terv részét képezi az orvosi rehabilitációs ellátások kiépítése vagy továbbvitele. A régióközi egyeztetések azonban tudásunk szerint csak kevés helyen történtek meg, aminek kellemetlen következménye lehet, hogy egyeztetés híján feleslegesen nagyra tervezik a kapacitásokat. A kapacitáslekötelesek újraértékelése pályázatás vagy önbevallás és ellenőrzés útján lehetséges. Az új igények megjelenítésére mindenképpen a pályázatás látszik megfelelő módszernek, amely a 60/2006. (III. 27.) Korm. rendelet és az 50/2002. Korm. rendelet módosítása által meghatározott eljárási rend szerint történhet. Az egyes régiók saját szükségletük felmérése alapján készíthetik el a régió kapacitási szükségleteit, amit a szomszédos régiókkal és az országos ellátási helyzettel összevetve lehet véglegesen kialakítani. A Regionális Egészségügyi Tanácsok régióközi egyeztetéssel érhetik el azt, hogy a régiókon átnyúló ellátások is helyet kapjanak a rehabilitációs kapacitás kitöltésében.

### Az ellenőrzés szempontjai

Az egyes ellátási szintek kompetenciáinak, a szolgáltatások szakmai színvonalának és a hotelszolgáltatások minőségének ellenőrzése rendkívül fontos feladata az újonnan szervezett szakfelügyeleti rendszernek. A tíz ellátási területet, négy minőségi indikátort és egy index-be-



Kardiológiai rehabilitáció az Állami Szívkórházban

a betegségek természetéből fakad: egyes problémák, funkcióvesztések rehabilitációs ellátása nem oldható meg – legalábbis kezdetben – másként, mint kórházi körülmények között. Az ún. lakóhelyközeli rehabilitációs ellátások megszervezése Magyarországon legalább 15-20 éves távlatban képzelhető el, miután az ellátás minőségét a nem kórházi rehabilitációban is azonos szinten kell biztosítani. A különbség nem a rehabilitációs team összetételében, a szolgáltatandó munka minőségében van a két ellátás között, hanem abban, hogy a beteg általános állapota alkalmas-e otthonában vagy a lakóhelye közelében lévő kistérségi ambuláns vagy nappali ellátó központban a rehabilitáció végzésére. Ha már nincs kórházi szintű ellátásra szükség, a rehabilitáció otthonában vagy a kistérségi centrumban is végezhető. Ennek a hálózatnak a kiépítése azonban legalább 15-20 évet igénybe vesz.

A kapacitás-meghatározásban a jelenleg érvényes rehabilitációs szakmai kollektívumi állásfoglalásból és a nemzetközi

gessé váló rehabilitációs ágykapacitás nappali kórházi férőhelyekké alakítható. Tehát a jelenleg engedélyezett ágyszám mennyiségileg mintegy 15 százalékkal több a szükségesnél, ugyanakkor az ellátás minőségét és földrajzi eloszlását tekintve az ország nagy részén elégtelen, egyes helyeken viszont eltúlzott mértékű.

A rehabilitációs szakma álláspontja az, hogy megfelelő minőségi kritériumok mentén, a progresszív ellátás szempontjait figyelembe véve kapjanak az egyes osztályok rehabilitációs tevékenységre besorolást. Az átalakulást egy folyamatként értékeljük és fokozatosan kívánjuk újraprendezni a minőségi kritériumoknak megfelelő fekvőbeteg-ellátó rendszert, amely területileg (regionálisan) egyenletesebb ellátást biztosít, mint a jelenlegi.

### A régiós modell szempontjai

A területi ellátásban szerepet játszó többletágyak legnagyobb arányban Budapesten mutatkoznak, ahol 2005-ben

tegségre vonatkozóan részletes auditot tartalmazó ellenőrzési programcsomag most van kidolgozás alatt. Az ellenőrzési szempontok mások csoportját a (1) szakmai minimumfeltételek (60/2003. ESZCSM r.), (2) a Rehabilitációs Szakmai Kollégium által korábban jóváhagyott kritériumrendszer (a 2,1 szorzót illetően), (3) a jelenleg kidolgozott speciális minőségi kritériumrendszer, továbbá (4) szakmai indikátorok és szempontok képezik.

Az ellenőrzésnek a minimumfeltételek meglétén túl az adott kórház által vállalt szakmai feltételrendszer meglétére kell kiterjednie. Ebben benne foglaltatik, hogy a kórház eleget tesz-e (1) a rehabilitációs területi ellátási kötelezettségének, (2) a progresszivitás adott szintjén vállalt kötelezettségének (3), az ellátási (finanszírozási) szinthez szükséges tárgyi és személyi feltételeknek. Számos új elem kerül bele az ellenőrzési rendszerbe, többek között a személyi állomány számbavételekor az ún. teljes munkaidőre vetített (Full Time Equivalent – FTE) létszám, ami a több területen foglalkoztatott szakemberek munkaidejéből csak az adott ellátásra jutó valós hányadot engedi beszámítani az

adott szolgáltatásnál. Hasonlóan új szempont, hogy konziliáriusok és más osztályoktól igényelt szolgáltatások esetében az együttműködési feltételeket szerződésben szükséges rögzíteni – így ezek is ellenőrizhetővé válnak. A szolgáltatók kontrollját egységes szempontok szerint végezhetik a szakfelügyelők az egész országban 2006. év második felétől. Véleményüket az ÁNTSZ köteles figyelembe venni mind a működési engedélyek kiadásakor, mind pedig azok visszavonása esetén, ha a helyi ellenőrzés során feltártak alapján erre van szükség.

Az egyes rehabilitációs profilokban az ellátási kapacitásokat és szinteket egymással össze kell hangolni. A hoteleszköztartások bizonyos mértékig függetleníthetők a szakmai minőségi kritériumok rendszerétől, de minden beteg esetében a közfinanszírozott hoteleszköztartás színvonala a szükséges alapminőség szintjén értékelendő. Ugyanakkor minden olyan intézményben, amely képes magasabb komfortfokozatra áldozni, a betegeknek lehetőséget kell arra teremteni, hogy saját maguk számára jobb feltételeket vásárolhassanak meg (azonos szakmai ellátási szinten).

## Összefoglalva

A rehabilitációs szakma jövőjének alakulására a finanszírozási kondíciók a korábbi években már több ízben előnytelen befolysít gyakoroltak, és ennek az esélyét most sem szabad lebecsülnünk. A krónikus ellátások kategóriájába sorolt, azokkal szakmapolitikai gondolkodás szintjén összemossott orvosi rehabilitáció fejlődését és rendszerszemléletű kiépítését kifejezetten gátolja az, hogy a fekvőbeteg-ellátó intézmények ismételten menekülőútként „választják” a rehabilitáció irányába történő nyitást. A várható anomáliák tompítását célozzák a Rehabilitációs Szakmai Kollégium és a szakfelügyelet által kidolgozott szakmai kritériumok, valamint az a törekvésünk, hogy a rehabilitációs ellátórendszer intézményeinek finanszírozási besorolására minőségi szempontok alapján a szakmai grémiumok adhassanak továbbra is javaslatot.

**DR. VEKERDY ZSUZSANNA**

Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet

**DR. HARSÁNYI ZSOLT**

Nagykőrös Rehabilitációs Szakkórház