

otthonápolás

A Magyarországi Otthonápolási és Hospice

Egyesület Szakmai Magazinja



A tartalomból:

Az otthoni szakápolás középtávú fejlesztési koncepciója és stratégiája

Az otthonápolást érintő jogszabályi és egyéb változások ismertetése

Beszámoló a XI. Otthoni Szakápolási Kongresszusról



Az Egészségügyi Minisztérium állásfoglalása a szociális intézményekben nyújtható szakápolási szolgáltatásokról

Magyarországi Otthonápolási és Hospice Egyesület
Budapest – 1116, Fehérvári út 108-112

Tisztelt Elnök Asszony !

Az elmúlt időszakban több otthonápolási szolgáltató fordult az Egészségügyi Minisztériumhoz a bentlakásos szociális intézmények lakói számára nyújtott otthoni szakápolási szolgáltatások finanszírozásával kapcsolatban. Az alábbiakban tájékoztatom a kérdés áttekintése után kialakított álláspontomról.

A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I.7.) SZCSM rendelet 50. § – a szerint a bentlakásos intézmény – lakóotthon kivételével, biztosítja az ellátást igénybe vevők egészségügyi ellátását.

Az egészségügyi ellátás keretében a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmény köteles gondoskodni az igénybe vevő egészségmegőrzését szolgáló felvilágosításáról, orvosi ellátásáról a 2. számú melléklet szerinti óraszámokban, és szükség szerinti alapápolásáról, szakorvosi kórházi ellátásához való hozzájutásáról, a rendeletben meghatározott gyógyszerellátásáról és gyógyászati segédeszközök biztosításáról.

Az egyes szociális tárgyú miniszteri rendeletek módosításáról szóló 37/2007. (XII.22.) SZMM rendelet 6.§ (1) bekezdése az ápolási tevékenység tartalmát módosította. Az ápolási tevékenységet felosztotta alapápolási tevékenységre és szakápolási tevékenységre. Az alapápolási tevékenység továbbra is az intézet kötelezettsége maradt, de kifejezetten kivette az intézet feladatai közül az otthoni szakápolási tevékenységről szóló 20/1996. (VII.26.) NM rendeletben meghatározott szakápolási tevékenységet.

Az R. 1 § -a szerint az otthoni szakápolás a biztosított otthonában vagy tartózkodási helyén, kezelőorvosának rendelésére, szakképzett ápoló által végzett tevékenység. Az otthoni szakápolás keretében a szakképzett ápoló által ellátandó feladatokat a rendelet 1. számú melléklete tartalmazza. Mindezek alapján a **hatályos rendelkezések szerint** a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézet lakója számára a kezelőorvosa által elrendelt **az OEP-el szerződött szolgáltató által elvégzett és jelentett otthoni** szakápolás az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III.3.) Korm. rendelet alapján az **OEP által finanszírozott tevékenységet jelent.**

Fenti álláspontomról az Országos Egészségbiztosítási Pénztárat is tájékoztattam.

További sikeres, jó munkát kívánok!
Budapest, 2009. március. 06.

Tisztelettel:

Dr. Medgyaszai Melinda
Szakállamtitkár

----- ■ ■ ■ -----
Egészségügyi Miniszter: Dr. Székely Tamás
Államtitkár: Dr Vojnik Mária
Szakállamtitkárok: Dr Medgyaszai Melinda, Dr Pordán Endre, Horváth Zoltán

Változás

Az otthoni szakápolási kassa az éves előiránnyal szemben a 2009-es évben 800 millióval lett kevesebb. Értesüléseim szerint májustól minden szolgáltató csak az alapvizitkeretével számoljon, mert sem megyei, sem pedig **OEP** pótkeret nem kerül szétosztásra.

Változás

Szakirányú terápiás ellátásnál 2009. április 1-től megszűnt a 0,7 szorzó. A jövőben tehát csak két szorzószámmal számol az **OEP**. A számolás alapja: 1. a (0,9) szorzó, teljesellátású betegnél és (0,8)-as szorzó a részleges ellátásra szoruló betegeknél.

Változás

2009. április 1-jétől az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozás részletes szabályairól szóló 43/1999 (III.) 3.) Korm. rendelet 35§ (10) bekezdésének helyébe az 58/2009. (III.18.) Korm. rendelet 14§ -a alapján a következő rendelkezés lép hatályba.

(10) Az otthoni szakápolás keretében ápolási tevékenységek legfeljebb 14 vizitre, otthoni hospice ellátás legfeljebb 50 napra rendelhetők el, amelyek naptári évenként ismételt orvosi vizsgálat alapján – új elrendelőlap kitöltésével- az ápolási tevékenység esetében további három, otthoni hospice ellátás esetében további két alkalommal megismételhetők. Szakirányú rehabilitációs tevékenységek – a logopédia kivételével legfeljebb két hónapos időtartamú kúraként- legfeljebb 28 vizitre rendelhetők el, amelyek naptári évenként egy alkalommal megismételhetők. A fekvőbeteg –gyógyintézeti ellátást követően ismételt ápolási tevékenységek új elrendelőlap kitöltésével rendelhetők el. Ápolási tevékenységek újabb megbetegedés esetén 14 vizitre ismételt elrendelhetők, amelyek orvosi vizsgálat alapján –új elrendelő lap kitöltésével – esetenként, naptári évenként további három alkalommal megismételhetők. Az egy alkalomra elrendelt, az egyik naptári évről a következő naptári évre áthúzódó ellátást abba a naptári évbe tartozó ellátásnak kell tekinteni, amelyik évben az ellátás igénybevétele megkezdődött.

KONGRESSZUS

REHA HUNGARY 2009

Rehabilitáció, Idősgondozás, és Otthonápolási Szakkiállítás és Konferencia

Időpont: 2009, május 15-16.

Helyszín: SYMA SPORT ÉS RENDEZVÉNYKÖZPONT, 1146 Budapest, Dózsa György út 1.

Az otthoni szakápolás középtávú fejlesztési koncepciója és stratégiája

KÉSZÍTETTE:

DÓZSA CSABA, BÖRCSEK BARBARA, MED-ECON HUMÁN SZOLGÁLTATÓ KFT.

A MAGYARORSZÁGI OTTHONÁPOLÁSI ÉS HOSPICE EGYESÜLET MEGBÍZÁSÁBÓL

Bevezetés

Az otthoni szakápolás több mint tíz éve működik hazánkban, de rendszerében még mindig olyan értékek, szakmai tartalékok vannak jelen, melyek hatékonyabb felhasználásával, az egészségügyi ellátórendszerbe történő megfelelő becsatornázásával és viszonylag kevés befektetéssel jelentős eredmények érhetők el.

Az otthoni szakápolás egyike azon területeknek, melyek fejlesztése az egészségpolitika számos célkitűzéséhez, illetve a „Biztonság és Partnerség” programban is kitűzött célok eléréséhez hozzá tudna járulni, mint:

- az egészségügyi közforrások ésszerű, szakszerű és hatékony felhasználása;
- a lakosság egészségi állapotának javítása;
- az aktív korú népesség munkaképességének helyreállítása;
- az ellátás minőségének javítása;
- jobb ellátás, igazságosabb hozzáférés biztosítása;
- az aktív kórházi kapacitások további csökkentése, racionalizálása;
- a lakóhely-(lakosság) közeli ellátások fejlesztése;
- a társadalom, a betegek, de nem utolsósorban az egészségügyi dolgozók elégedettségének javítása;
- a humán-erőforrás helyzet javítása, valamint
- az egészségügy ellátórendszer fenntartható fejlődése.

A Magyarországi Otthonápolási és Hospice Egyesület célja az egészségügyi ellátó rendszer legfiatalabb tagjaként, – de immár 12 éve működő – otthoni szakápolási szektor szolgáltatóinak összefogása, szakmai érdekképviselete. A szektor szolgáltatói nevében kijelenthető, hogy az otthonápolási szektor szolgáltatói részről képes a továbbfejlődésre.

Módszertan

A MOHE 2008. júniusában indította el a stratégiaalkotási programot, mely kiinduló lépéseként az elnökségi tagok részvételével stratégiai training keretében rögzítésre kerültek a MOHE stratégiai és akciótervezésének kiindulópontjai és sarokkövei.

A problémákkal kapcsolatban és a megoldási javaslatok kidolgozása érdekében feltáró vizsgálatok készültek a: tartalomelemzés (1), interjúzás (2), stratégiai menedzsment (3) módszereivel:

Az elmúlt években előterjesztett szakmai javaslatok illetve szakmai publikációk eredményeinek szintetizálása, javaslatainak továbbfejlesztése; Nyolc szolgáltatóval mélyinterjú készítése az otthoni szakápolási szolgáltatók működésének vizsgálata, a szakmai működés elemzése, a problémák tematikus feltárása és megoldási javaslatok keresése érdekében;

A stratégiai elemzés a Budapesti Corvinus Egyetem Budapesti Teljesítménymenedzsment Kutatóközpont módszertanának alkalmazásával készült: trendelemzés, stakeholder elemzés, jövőkép, küldetés, problémafa, célfa összeállítása, stratégiai opciók és stratégiai térkép

A szolgáltatói interjú vázát képező kérdőív

A. Általános, bevezető kérdések – szolgálatok azonosítása

1. A szolgálat alakulásának időpontja
1. Működési forma
1. Telephelyek
1. Fő tevékenység (ápolás és hospice)
1. Ellátási terület
1. Kapacitás (vizítkeret ill. nap)
1. Alkalmazottak (számuk, képzettségük, alkalmazás formája)
1. Gazdálkodási adatok (OEP bevétel, egyéb források)

A. A szakmai működés részletes feltárása (problémák, nehézségek)

1. Ellátási gyakorlat (az elrendelésről kezdődően, betegutak, ápolás-szakirányú tevékenység aránya stb.)
1. Ellátási profil, kompetencia kérdések
1. Kapcsolattartás, együttműködés más szolgáltatókkal (házi orvosok, szakorvosok, kórházak, betegutak)
1. Eszköz ellátottság, technikai háttér
1. Kapacitáskihasználtság, logisztika
1. Elszámolási, finanszírozási kérdések
1. Ellátási és finanszírozási dokumentáció
1. Humán erőforrás, foglalkoztatás, szerződöttes
1. Minőségbiztosítás
1. (OEP, ÁNTSZ) ellenőrzések

A. Javaslato

1. Tevékenységi kör, kompetencia szint
1. Képzés, továbbképzés
1. Elrendelés, beutalás, betegutak szabályozása
1. Minimum feltételek, minőségbiztosítás
1. Finanszírozás, elszámolás
1. Egyebek

elkészítése, stratégiai célrendszer felvázolása, stratégiai célok mutatóinak, indikátorainak kialakítása, stratégiai akciók kiválasztása, megtervezése, forrásterkép összeállítása.

„Megfelelő alapossággal kialakított és folyamatosan monitorozott stratégia nélkül igazából egyetlen komolyabb szervezet sem képes hosszabb távon pozícióját megőrizve sikeresen működni.” [Kaplan-Norton, 2002. idézi Dózsa et al., 2006.]

Az MOHE esetében is ezeket az alapvetéseket kell alkalmazni – természetesen tisztában kell lenni azzal, hogy nem egy magánvállalatról van szó, amely öncélúan teremti meg a maga arculatát és profilját. Így egyrészt egy követő jellegű szervezeti stratégia elkészítése volt a cél, amelyet a mindenkori kormányzat meghirdetett egészségpolitikájából és társadalombiztosítási politikájából lehet levezetni. Másrészt olyan stratégia kidolgozása, hogy megfelelő érdekérvényesítés mellett, hogyan érhető el a MOHE, mint szakmai érdekképviseleti szerv szakmai javaslataink eredményes becsatornázása a szakmai és finanszírozási szabályozási döntés-előkészítő folyamatba az otthoni szakápolási szektor mindenkori pozíciójának javítása érdekében.

Ennek megfelelően a stratégiai dokumentum részét képező stratégiai koncepcióalkotás, stratégiai menedzsment lépések kialakítása is két szinten

törtét és két szinten értelmezendő:

- a MOHE, mint szakmai érdekképviselői szerv stratégiája
- az otthoni szakápolási szektor stratégiája

Mivel a MOHE tagszervezeti bázisát a szektorban működő szolgáltatók mintegy fele képezi, s mint érdekképviselői szerv működése középpontjában a tagok összefogása, érdekeinek képviselése áll, a stratégiai fejlesztési koncepció főként maga az otthoni szakápolási szektor fejlesztése érdekében készült.

Ehhez szükséges volt a kiindulási dokumentumok (mint a küldetési nyilatkozat, a jövőkép, stratégiai cél-feladat rendszer és SWOT elemzés) elkészítése. Ezen dokumentumok egy része a 2008 júniusi stratégia készítői munkálatok eredményeként részben, vagy egészben meg is született, illetve a stratégiai dokumentumban kiegészítésre, kidolgozásra került.

A folyamat azonban itt nem áll meg, mivel a stratégia által vezérelt szervezetben a stratégia végrehajtása dinamikus munkát jelent: a stratégia végrehajtását, valamint annak folyamatos nyomon követését és időnkénti megújítását.

A stratégia-alkotási folyamat eredményei I.

1. Helyzetelemzés

A helyzetelemzésben összefoglalásra kerültek azok a külső trendek, adottságok (környezetelemzés) és belső feltételek (saját képességek), melyek – pozitív vagy negatív módon hatnak és befolyásolják az otthonápolási szektor jelenét és jövőjét.

Az alábbiakban a helyzetelemzés során feltárt trendek és várakozások, a szektorjellemzők vizsgálata, a stakeholder-elemzés, valamint a probléma, a SWOT-elemzés módszereivel feltárt eredmények kerülnek bemutatásra.

Környezetelemzés

A környezetelemzés középpontjában a demográfiai trendek, az aktivitás, foglalkoztatottság, és még néhány a szektor működését befolyásoló egyéb trend, hatás vizsgálata állt. Ezen kívül a szabályozási környezet hatásai sem voltak figyelmen kívül hagyhatók.

„A korstruktúrában jelentkező változások, az egyre magasabb átlagos élettartam, a növekvő életszínvonal és a technológiai fejlődés, valamint az ezeket kísérő növekedő igények és „egészség-kereslet” olyan változásokat indítottak el, amelyek a társadalmi, gazdasági struktúrák jelentős átalakulását hozzák magukkal.” [Érsek et al., 2006]

Demográfiai trendek

A népesség idősödése az egészségügyi és szociális szektor számára jelentős kihívást jelent, amelyre fel kell készülni. Népességünk öregedése a fejlett országok jóléti állampolitikájának, gazdasági, társadalmi, politikai fejlődésének életszínvonalban mért indikátora, ami ugyan nagy előrelépés, mégis számos teendő és kihívást jelent ezen tendenciának fenntartása, finanszírozása, továbbá a demográfiai korstruktúra-változás kezelése.

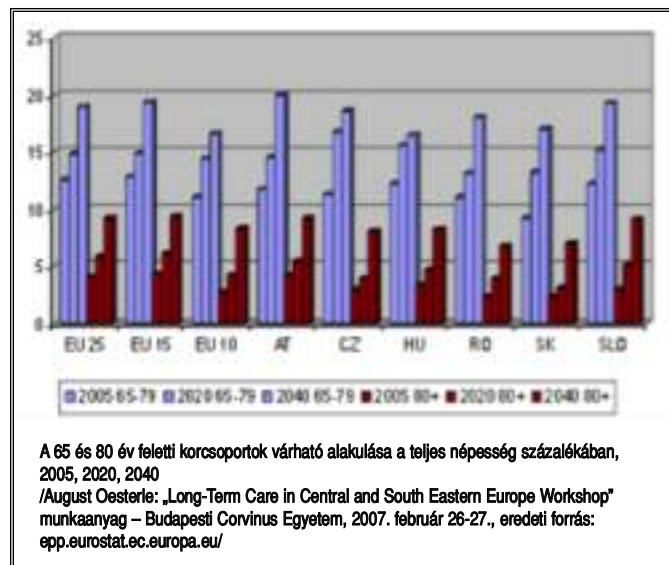
A jövedelmek és az egészségügyi ellátás terén bekövetkezett fejlődés és az egészségesebb életmód következtében Európában egyre több ember egyre tovább él; az orvostudomány, a gyógyítás és a gondozás színvonala nagy léptékben fejlődik. Társadalmunk egyrészt mindezeket hatalmas sikerként könyvelheti el, másrészt ez a helyzet olyan lehetőségeket és kihívásokat jelent, amelyeket először is meg kell érteni, majd az

elemzéseket leképezve, eredményesen kezelni kell.

A lehetséges alternatívák felvázolásánál nem elég, ha átmeneti megoldásokat keresünk. Olyan hosszú távú gondolkodásra van szükség, amely által a társadalom képes számba venni, hogy az idősödésnek milyen egészség-gazdaságtani vonatkozásaival kell szembenéznie, és ezek alapján lehet optimális stratégiát megalkotni és a szükséges intézkedéseket megtenni.

A megoldandó feladat mértéke a volumenében és társadalmi terében bekövetkező változás miatt kiemelkedően releváns, így vált az egyik legfontosabb problémává az idősek és az önellátásra képtelen idősek és fogyatékosok ápolásának-gondozásának kérdése, amely egyéni gondból társadalmi problémává vált.

A Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (OECD) országaiban az 1960. óta 8 évvel meghosszabbodott születéskor várható élettartam az előrejelzések szerint a következő 50 évben további 6 évvel nő, valamint 2050-ben 10%-kal több idős emberről kell majd gondoskodnia 7%-kal kevesebb aktív korúnak. Magyarországon 2050-re a jelenlegi 16% helyett a 65 év fölötti lakosság 26%-os aránya várható, a 100 munkaképes korúra jutó időskorú lakosok száma pedig a 2001-es 48



helyett 2021-re 68-ra fog növekedni.

Az idős emberek ezáltal mind fontosabbak lesznek mind a gazdasági, illetve a közösségi életben betöltött szerepük, mind pedig a fogyasztóként, illetve állampolgároként támasztott igényeik és elvárásaik szempontjából. A változás ütemét megfigyelve, ill. az OECD és az Eurostat előrejelzéseire alapozva az idősebb korcsoportok arányának növekedése ezekben az évtizedekben nem lineáris, inkább exponenciális trenddel közelíthető. Ez a társadalmi terheket - az idősekre, ill. konkrétan az idősek hosszú távú ápolására-gondozására fordított kiadásokat - is egyre növekvő mértékben fogja növelni. Emellett azt is figyelembe kell venni, hogy az idősek korcsoportja nem homogén az ellátási igényük egységköltsége szempontjából. Az életkor előrehaladtával – az igénybe vett egészségügyi és szociális ellátások megnövekedett volumene miatt – az egy főre jutó GDP-hez viszonyított kiadás folyamatosan emelkedik.

Az idősek ellátásának, gondozásának megnövekedett egységköltsége a teljes egészségügyre fordított kiadások mértékére is jelentős hatással van – amit pedig a népesség korcsoportos összetétele is befolyásol.

Az egészségügyi szolgáltatások szervezésénél, a kapacitások

Korcsoport	Magyarország						EU 25					
	2000			2004			2000			2004		
	Fé	Nő	Össz	Fé	Nő	Össz	Fé	Nő	Össz	Fé	Nő	Össz
15-24	37,3	29,7	33,5	26,3	20,8	23,6	41,4	34,7	38,1	39,8	33,8	36,8
25-54	79,2	66,9	73,0	80,5	67,0	73,6	86,0	66,1	76,0	85,2	68,5	76,8
55-64	33,2	13,3	22,2	38,4	25,0	31,1	47,7	26,9	36,6	50,7	31,7	41,0
65-64	62,7	49,6	56,0	63,1	50,7	56,8	71,2	53,6	62,4	70,9	55,7	63,3

A magyar népesség várható korösszetétele 1995-2050 között

fejlesztésénél különös figyelmet kell fordítani az öregedő népesség ellátására és a korai elhalálozási problémákra.

Aktivitás, foglalkoztatottság

Nem hagyható figyelmen kívül az a tényező sem, hogy csökken a gazdaságilag aktív munkaerő. Ezt azért is fontos kiemelni, mivel az otthoni szakápolási szolgálatok nemcsak idős, inaktív emberek szakápolását végzik, hanem jelentős rehabilitációs tevékenységet is végeznek aktív korú lakosok körében. Azonban szemléletváltásra van szüksége ahhoz, hogy a továbbiakban nagyobb hangsúllyal szerepelhessenek funkciói között az önálló- és a munkaképesség visszaállítására irányuló tevékenység. Magyarországon a foglalkoztatottság a rendszerváltozást követően 1997-ben stabilizálódott majd 2000-ig évente 1-3%-kal bővült. Azóta jelentős strukturális átalakulás zajlik a munkaerőpiacon. [Frey, 2008.]

A hazai foglalkoztatási mutatók továbbra is jelentősen elmaradnak az Európai Unió tagállamainak átlagától. A foglalkoztatás terén fennálló deficit a fiatalokra és az idősekre koncentrálódik. Az előbbi egyfelől a kilencvenes évekből áthúzódó felsőoktatási expanzió magyarázza, másfelől pedig az, hogy a munkaerő-kereslet oldaláról nem kellően megalapozott diplomás-utánpótlást nem képes felszívni a munkaerőpiac. Az idősek esetében ugyanakkor sikeres felzárkózási folyamat közepette vagyunk: évről évre egyre többen dolgoznak közülük. Ez annak köszönhető, hogy 1998. óta fokozatosan nő a nyugdíjkorhatár.

A munkavállalás szempontjából ideálisnak tekintett 25-54 éves nők foglalkoztatási rátája csupán másfél százalékkal marad el az EU25 átlagos mutatójától. Ezzel szemben a férfiak közül nálunk 6 százalékkal kevesebben dolgoznak. Ennek az lehet az oka, hogy sokan vállalnak munkát az informális szektorban, vagy a szervezett munkaerőpiacon kívül. [Frey, 2008.]

Az alacsony foglalkoztatottság szorosan összefügg a részmunkaidő szűkös elterjedtségével, legalább is a nők esetében. 2004-ben a férfiak 3,2%-a, a nőknek pedig a 6,3%-a dolgozott részmunkaidőben nálunk, szemben az EU25 tagállamának 7, ill. 31,4%-ával. [Frey, 2008.]

A jövőben mindent el kell követni, hogy az aktív foglalkoztatottak ne essenek ki a munkából azért, mert otthonukban van egy beteg, ápolásra szoruló ember, hogy a nők foglalkoztatását élénkítsük, akár részmunkaidőben is: az otthoni szakápolás éppen a hátrányos területeken jelenthet többlet foglalkoztatási igényt, rugalmas napi munkaidőbeosztással.

Egyéb trendek, hatások

Az egészségügyi technológiák napjainkban mutatkozó gyors fejlődése alapvetően pozitív tendenciának tekinthető, azonban az ezzel való lépéstartás nehéz, különösen az olyan kisebb szolgáltatók esetében, akik leginkább a lakosság- és emberközeli, magas minőségű ellátás biztosításával vehetik fel a versenyt. Sebktőző szerek, rehabilitációs eszközök széles köre terjedt el az elmúlt években, amelyek fokozatos utánképzést, felkészítést igényel a szakápolásban dolgozók körében. Különösen dinamikus fejlődik az infokommunikációs technológiai (ICT) terület, mely vívmányai között szerepelnek az intelligens,

egészségmegőrző életvitelt támogató, valamint az otthoni/munkahelyi ápolást/monitorozást segítő, életfunkciókat mérő távdiagnosztikai eszközök (AAL). Az ICT segítségével szolgáltatások tág köre érhető el az betegek otthonából, illetve tartózkodási helyéről, jelentősen csökkentve a kórházi ellátásokat és a járóbeteg szakorvosi vizitek számát, ugyanakkor növelve a megfigyelés és gondozás minőségét.

A szabályozási környezet változása

Az otthonápolási szektor és szolgáltatói helyzetének vizsgálatok nem hagyható figyelmen kívül az egészségügyi intézmények működését jelentősen befolyásoló, meglehetősen változó szabályozási környezet.

A főbb változások, várható trendek, melyeket az intézményeknek, szolgáltatóknak folyamatosan nyomon kell követnie és fennmaradása, fejlődése érdekében adaptívan alkalmazkodnia kell azokhoz:

- EU-s direktívák, hazai törvények (pl. munkaidő szabályozása, adatvédelmi szabályok);
- minőség szabályozás, akkreditáció, minimumfeltételek változása;
- képzési rendszerek, kompetencia szintek változása;
- fogyasztói jogok, fogyasztóvédelem, egészségbiztosítási felügyelet (pl. informálási kötelezettségek, dokumentációs kötelezettségek);
- az egészségbiztosítás rendszerének változásai, finanszírozási technikák változása biztosítási csomagok tartalma, fejlesztése, jogosultsági viszonyok változása, ápolásbiztosítás – melyek időről időre fel- és lekerülnek az egészségpolitikai „porondról”, kapacitásszabályozás.

Szektorjellemzők

Az otthoni szakápolást az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény módosítása iktatta be az egészségügyi szolgáltatások körébe. Az 1996. május 13-tól, hatályos törvényi szabályozás szerint, a biztosított térítés nélkül jogosult a „kórházi ápolást kiváltó otthoni szakápolásra”. Az egészségbiztosításról szóló 1997. évi LXXXIII. törvény hatályba lépését követően, annak 14.§ (3) bekezdése tartalmazza az ellátási forma törvényi szabályozását. Az OEP az új szakfeladat ellátására szóló első szerződéseket 1996. októberében kötötte meg a szolgáltatókkal.

Az otthoni szakápolás jól körülhatárolt jogszabályi rendszere tehát 1996. óta ad iránymutatást a tevékenységet végzők számára. A finanszírozási és szakmai szabályokat külön rendeletek rögzítik (a 20/1996 (VII. 26.) NM rendelet az otthoni szakápolási tevékenységről illetve a 43/1999. (III.3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól).

Ellátási gyakorlat, ellátási profil, tevékenységi portfóliók, kompetencia kérdések

A szolgáltató interjúk jól szervezett általános ellátási gyakorlatot tükröztek, mintegy „best practice-ként”, melyet az is igazol, hogy a szolgáltatók tapasztalatai szerint a betegek többsége elégedett a szolgáltatással. További felmérésre lenne javasolt a betegek elvárásainak vizsgálatára.

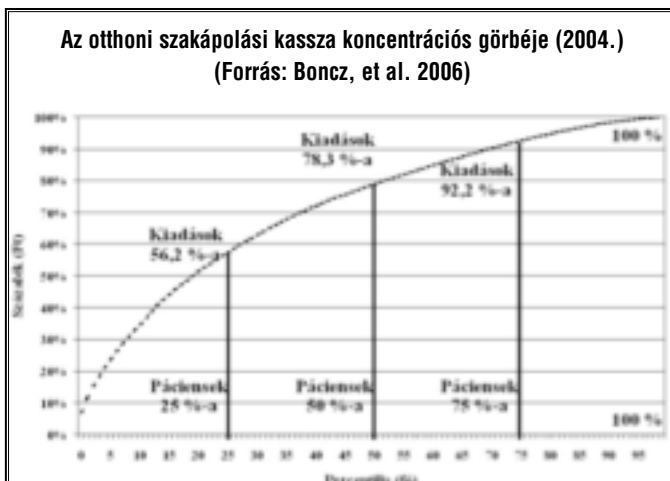
Az ellátást leggyakrabban a bőr és bőr alatti szövetek, az idegrendszer -, és a csont és izomrendszer betegségei miatt rendelik el. Az ellátási profilokban első helyen áll a dekubitalódott területek, fekélyek szakápolási feladatai, műtéti területek ellátása, valamint a tartós fájdalomcsillapítási feladatok. A megváltozott (illetve nem egyértelmű) szabályozás, rendezetlen kompetenciák miatt az infúziós terápia csekély arányban van jelen. A szakirányú terápiás szolgáltatásokat - főleg a gyógytornát - nagy százalékban különböző törések, ortopédiai és egyéb műtétek után, agyi történések, bénulásos állapotok esetén javasolják.

A finanszírozott ellátások között nem ritkák a hosszú ápolási esetek (többször hosszabbított vizitszámokkal), melyeket elsősorban:

- felfekvés (nem ritkán a kórházi kezelés alatt kialakult),
- lábszárfekély betegségek,
- éberkómás állapot, valamint
- szülési károsodás és/vagy fejlődési rendellenességek indokolnak.

A finanszírozott ellátásokon belül a szakirányú szolgáltatások aránya eltérő egyes szolgáltatóknál, általánosságban azonban a szakirányú szolgáltatások felé való eltolódás jellemző.

A szolgáltatók törekednek a komplex szolgáltatás nyújtására, azonban



éppen a rendezetlen kompetenciakérdések és a kedvezőtlen szabályozási háttér miatt ennek feltételei még hiányoznak.

Szervezeti forma és méret, piaci koncentráció

A szolgáltatók létszámban és működési formában is különböznek. Jellemző a gazdasági társasági forma, de működik például szolgálat kórházi kereteken belül alapítványként is.

Egy az egyes kassák koncentrációját vizsgáló 2006. évi felmérés [Boncz, et al. 2006] szerint 2004-ben a lakosság 0,49%-a vette igénybe az otthoni szakápolást. A kiadások elemzése alapján a páciensek felső quadránsára (a 25% legnagyobb igénybevételű páciens) az otthoni szakápolási kiadások 56,2 %-a jutott.

A kiadások elemzése alapján az otthoni szakápolás a közepesen koncentrált kassák közé tartozik, mely alapvetően finanszírozási jellemzőinek köszönhető (a legkoncentráltabb kassák a gyógyszer és GYSE támogatási kassák, koncentráltabb még a kórházi ellátás, hasonló koncentrációjú a CT kassa), de a vizsgált öt év során érdemi elmozdulást látható a Gini együttható1 értékében, mely azt mutatja, hogy a koncentráció emelkedett az évek során. [Boncz, et al. 2006]

Kapcsolattartás, együttműködés más szolgáltatókkal

A szolgáltatók az elmúlt 12 évben jó kapcsolati rendszert alakítottak ki nemcsak a háziorvosokkal, hanem a kórházakkal, klinikákkal, szakorvosokkal is. A szolgáltatók kialakult háziorvosi körrel rendelkeznek.

A megfelelő együttműködés gördülékeny ellátást tesz lehetővé (különösen vidéken), csak átmeneti nehézségeket találhatunk egy-egy helyi konfliktusból, érdeklentétekből eredően: finanszírozási viták, felelősségi kérdések, adminisztratív többletmunka miatt (bár a hospice

ellátásban az elrendelési feltételek nem kedveznek az elrendelő orvos és a szolgáltató orvosa közötti együttműködésnek).

Területi lefedettség, kapacitáskihasználtság, logisztika

A hozzáférési lehetőségek fejlődését leginkább az országos fedettség változásával és a hozzáférési esélyegyenlőséggel jellemezhetjük.

Az adatok azt igazolják, hogy 1997. végére a lakosság 74%-a számára volt elérhető ez a szolgáltatási forma, míg napjainkban a fedettségi mutató már eléri a 96%-ot. Ez sajnos nem jelenti azt, hogy a lakosoknak a gyakorlatban is ilyen magas aránya juthat az otthoni szakápolás keretében végezhető ellátásokhoz. Reálisan csak azt jelenti, hogy a szakfeladatra szerződött partnerek által vállalt ellátási terület, az ország lakossága közel 90%-ának a lakhelye által meghatározott településekre terjed ki. Vagyis a statisztikai fedettség és a funkcionális fedettség között komoly eltérések tapasztalhatók.

A vizitek jelentős része a városokban, illetve a szolgáltatók székhelyén, telephelyén teljesülnek. Vidéken azért kevesebb az ellátás - holott az igény megvan rá, különösen az ápolás területén, de akár felügyeletre is -, mivel a „kiszállással” kapcsolatos járulékos költségeket a finanszírozási díj nem fedezi. Ezért, előnyös, ha a dolgozók az adott ellátási területen laknak, ilyenkor a perifériusabb területek ellátása is megoldott illetve körutas megoldással egyszerre több távolabb élő beteghez is el tudnak jutni.

A szolgáltatók általában maximális kapacitáskihasználtsággal (100-130 %) működnek, sőt rendszerint a finanszírozható vizitkeretek limitáltsága és rugalmatlansága miatt – az ellátási igényre és az orvosi elrendelésre nem mondván nemet - a kapacitásukat meghaladó viziteket is teljesítik, amit így saját maguknak kell megfinanszírozniuk. Ezzel a korlátozással sérül a beteg egészségügyi ellátáshoz való hozzáférési joga, de így az elrendelő orvos sem tudja a számára megfelelő szolgáltatót választani.

Humán erőforrás, foglalkoztatás, szerződöttség

A felmérések azt igazolják, hogy az otthoni szakápolás rendszerében még mindig főként a nem főállású feladatvállalás és a szerződéses foglalkoztatás az elterjedt, mely az itt szerepet vállaló egészségügyi dolgozók jelentős része számára kiegészítő jövedelemszerzést jelent. A részmunkaidőben foglalkoztatott ápolók nagy része főállásban a fekvőbeteg szakellátásban, az alapellátásban illetve a járóbeteg-szakellátásban dolgozik.

A jelenség fő oka nemcsak az egészségügyi ellátórendszerben általában tapasztalható szakdolgozói hiány, hanem hogy a jelenlegi feltételek mellett a szolgálatok előnyben részesítik a közreműködőként történő munkavégzést, bár tudatában vannak, hogy a főállású dolgozók alkalmazása nagyban növelné a hatékonyságukat.

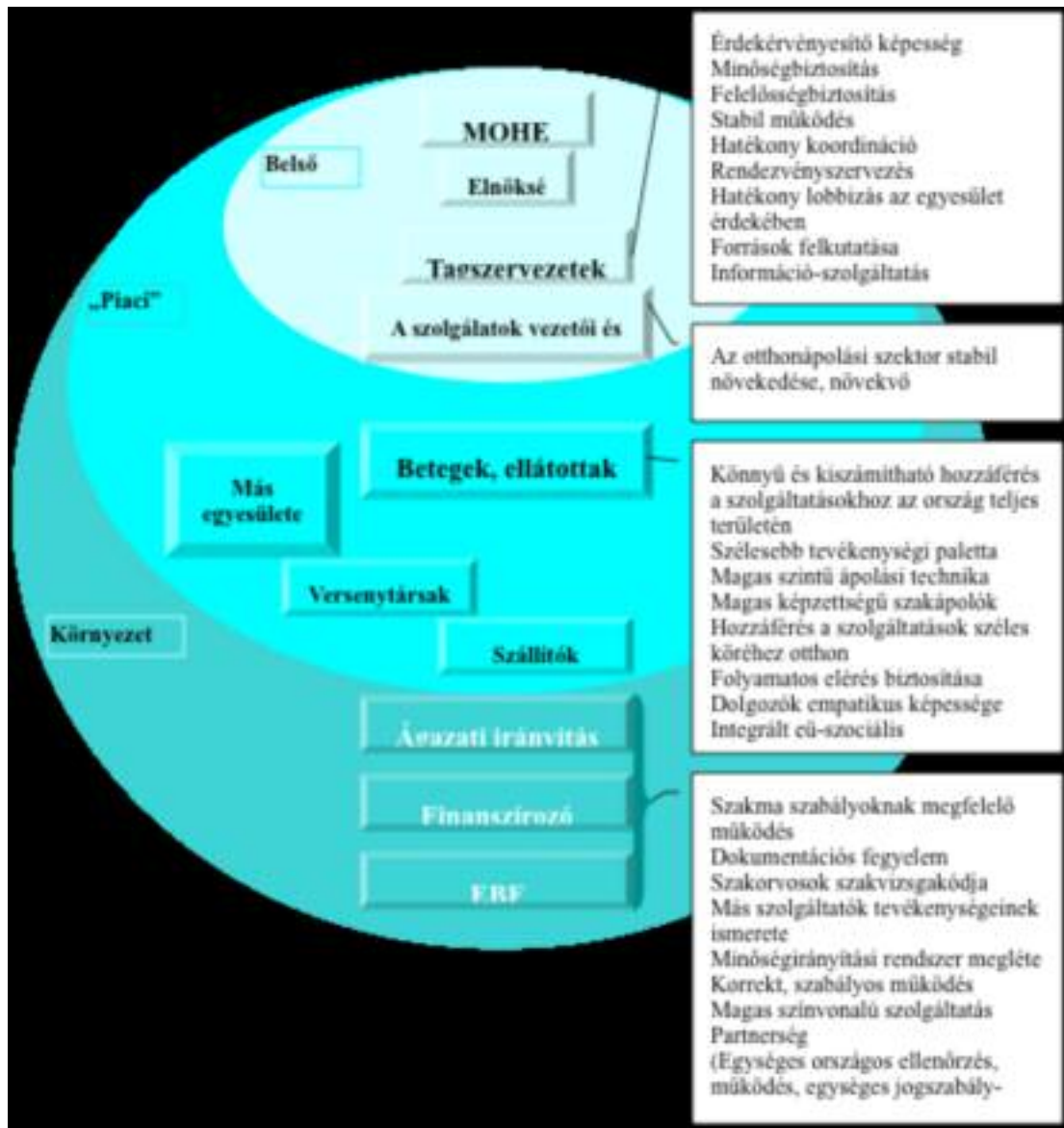
A dolgozók rendelkeznek a munkakörükhez szükséges képzettséggel, a szolgálatoknál alacsony a fluktuáció.

Minőségbiztosítás

Az otthoni szakápolási szolgáltatók több, mint 60%-a, kb. 170-en rendelkeznek minőségbiztosítási rendszerrel. 156 szolgáltató a MOHE tagjaként a minőségpolitikájában megfogalmazott célok elérése érdekében az MSZ EN ISO 9001:2001 minőségirányítási szabvány előírásainak megfelelő minőségirányítási rendszert működtet.

Ellenőrzések (OEP, ÁNTSZ)

Érintetti (stakeholder-) térkép az elvárások feltüntetésével



Az évenként előre egyeztetett időpontban helyszíni ellenőrzések az ANT SZ és a MEP részéről is történnek, továbbá az ápolási dokumentációk ellenőrzése a MEP részéről folyamatos. Az ellenőrzés miatti visszavonások kifizetésekhez viszonyított értéke általában csekély mértékű. A feltárt hibákat a szolgáltatók minden esetben korrigálják. Alapvetően jó a kapcsolat a hatósági szervekkel is.

A visszavonások egyik fő oka, hogy az ápolási dokumentációban rögzítettek szerint a szolgáltatók a szerződés szerint nem elszámolható ellátást jelentettek finanszírozásra, azonban ez sokszor önhibájukon kívül történik, pl. az elrendelő orvos hibájából.

Az ellenőrzés esetenkénti visszahívásai jelenlegi passzív jellegéből és egységes módszertani elvek hiányából adódnak.

Érintetti (stakeholder-) elemzés

Az egészség felértékelődésének, az egészség-elvárások növekedésének következtében a betegek egyre tudatosabb fogyasztókká válnak: a korábbi „paternalisztikus” elvű egészségügyi ellátórendszer ideáját fokozatosan átvette a beteg/kliens – szolgáltató kapcsolatrendszerre épülő

fogyasztói szemlélet.

Az alábbi ábrában felvázoljuk az otthonápolási szektor és stakeholderjeinek, érintetteinek (azok az egyének vagy csoportok a szervezeten belül vagy kívül, amelyek érdekeltségük van a szervezet teljesítményében vagy befolyásolják azt) térképét, a stratégiaileg jelentősebb szereplőkhöz kapcsolódó, az érintettek által támasztott elvárások feltüntetésével:

Problémfeltárás – problémafa

A szolgáltató interjúkban feltárt, de a szektor működésében már évek óta jelenlévő nehézségek, problémák az alábbi fő témakörök köré szervezhetők:

- Tevékenységi kör, kompetenciák: hiányzó illetve diszpreferált ellátási területek (pl. egynapos ellátás utáni ápolás, diétetika, logopédia, konduktori tevékenység, tartós ápolás); tisztázatlan szabályozás (licence vizsgák körüli kérdések, tisztázatlan kompetenciahatárok az otthoni szakápolás, a közösségi körzeti nővér és a szociális ellátás feladatai között); a megfelelő szükséglet és igényfelmérés hiánya, a szükséglet koordinálatlansága miatt kialakuló hozzáférési problémák);

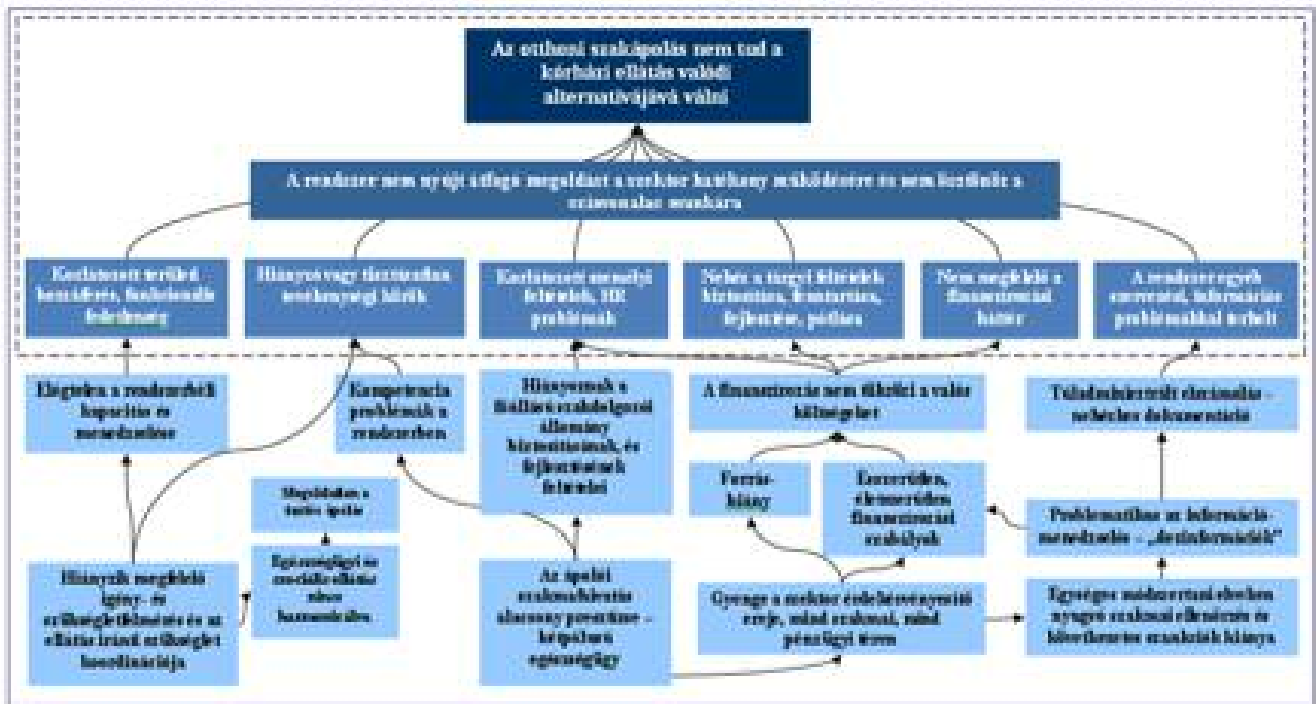
- HR, foglalkoztatás, szerződés: a közreműködőként történő munkavégzésből eredő előnyök és hátrányok; helyettesítés, távolmaradás megoldatlansága; hiányzó szakemberek (konduktor, dietetikus);
- Képzés, továbbképzés: képzés, továbbképzés, szinten tartás megoldatlansága;
- Elrendelés, beutalás, betegutak szabályozása: a finanszírozás nem ösztönzi az elrendelést; az információáramlás hiánya, „deinformálás”;
- Minimumfeltételek, minőségbiztosítás: a minőségbiztosítás, akkreditáció nem elismert a finanszírozásban; az eszközök fejlesztése, pótlása nem megoldott (beleértve az irodai munkához szükséges eszközöket és a gépkocsi üzemeltetést);
- Finanszírozás, elszámolás: életszerűtlen (sokszor ésszerűtlen) összességében nem „piaci” alapon nyugvó és a minőségi munkát nem támogató finanszírozási szabályok;
- Dokumentáció: túladminisztrált, túlzottan papír alapú elszámolás, az elszámoláshoz szükséges program hiányosságai;
- Egyéb: a szektorsemlegesség elégtelensége (pl. pályázás esetén); két-pólusú egészségügy és az ápolói hivatás presztízsének, elismertségének,

társadalmi megbecsültségének alacsony szintje.

Mindezen nehézségek eredőjeként a szektor fő problémája, hogy az otthoni szakápolás nem tud a kórházi ápolás valódi alternatívájává válni, nem képes elérni, kimeríteni az otthoni ellátásban rejlő jelentős hatékonysági tartalékokat, összességében mintegy hat olyan problémakörből származtatható, melyek nyomán a szektor hatékony működésének és színvonalas munkájának feltételei nem biztosítottak:

- Hozzáférés, funkcionális fedettség;
- Tevékenység(i) körök;
- Személyi feltételek;
- Tárgyi feltételek;
- Finanszírozási háttér;
- Szervezés, információrendszer.

Az alábbi problémafa sémájával ezen fő problémakörök eredői, kapcsolódásai és kihatásai (ok-okozati összefüggések) tárhatók fel:



2. Stratégiai opciók kialakítása

Az alábbi stratégiai térképeken rögzítésre kerültek a változások fő irányvonalai, vagyis, hogy a különböző témakörök/dimenziók mentén a jelen állapotból a különböző lehetőségek/opciók kiaknázásával, a jövőben milyen célállapot érhető el a kitűzött stratégiai célok következetes megvalósításán keresztül.

Például, az intézményi típust illetően a MOHE a jövőben is egyesületként működik tovább, de az érdekképviseleti funkció kiegészülhet egy ernyőszervezeti formával, közös pályázás, fejlesztés, erősebb érdekérvényesítés érdekében. Az otthonápolás tevékenységi területei bővülnek a működés földrajzi területének megtartásával.

3. A stratégiai célrendszer

A stratégia kialakításának alapkövét képezi a szervezet (esetünkben a

MOHE, illetve az otthoni szakápolás, mint szektor) küldetésének és víziójának megfogalmazása, meghatározása.

Vízió és küldetés

A 10-12 évre megfogalmazott vízió szerint az otthoni szakápolási szolgáltatók teljes szolgáltatási palettát nyújtanak, és az egységes, magas színvonalú, koncentrált szolgáltatókból álló otthoni szakápolási rendszer a kórház kinyújtott karjaként valódi alternatívát kínál az ápolásra szoruló betegek otthonukban történő komplex ellátásával.

Ennek eléréséhez a MOHE küldetesként megfogalmazható, hogy szakmai érdekképviseleti szervként az otthoni szakápolást végző tag szolgáltatókat összefogva képviseli az otthonápolási szektor érdekeit, a szakmai és finanszírozási szabályozási előkészítő munkába történő aktív bevonódási szándékkal, szervezői tevékenységet folytatva a képzés, szakmai tájékoztatás területén, a jobb betegellátás érdekében.

SWOT analízis

A szektorjellemzők elemzése és a szolgáltatói interjúk tapasztalatai alapján megfogalmazhatók az otthonápolási szektor jelenlegi helyzetéből eredő pozitív és negatív adottságok, valamint a szektor fejlődésére ható előremutató vagy éppen hátráltató tényezők:

ERŐSSÉGEK	GYENGESÉGEK
<ul style="list-style-type: none"> - Betegelégedettség - Lakosság közeli ellátás - Költség-hatékony működés - Szakmai tapasztalat - Minőségi ellátás - Kapcsolati készség (kiépült kapcsolatrendszerek) az ellátórendszer többi szereplőjével - Rugalmas szervezetek és szervezeti formák – gyors reagáló képesség a változó szabályozási környezethez. 	<ul style="list-style-type: none"> - Komplex ellátás, szélesebb körű ellátási paletta hiánya - Alacsony koncentráció elaprózott szolgálatok jelenléte - Főállású foglalkoztatás akadályozottsága, főállású alkalmazottak alacsony aránya - Kompetenciaproblémák - Gyenge érdekérvényesítő erő, mind szakmai, mind pénzügyi téren - Nem biztosított a szolgálatok működésének megtérülése - Rugalmatlan kapacitásmenedzselés - Hiányzó szükségletfelmérés - Túladminisztrált elszámolás – nehézkes dokumentáció - Elégtelen információ-menedzselés
LEHETŐSÉGEK	VESZÉLYEK
<ul style="list-style-type: none"> - Az otthoni szakápolás egyike azon területeknek, melyek fejlesztése az egészségpolitika számos illetve a „Biztonság és Partnerség” programban is kitűzött célja eléréséhez hozzá tudna járulni - Növekvő ellátási igény - Közös pályázás, fejlesztés, erősebb érdekérvényesítés – ernyőszervezeti formában - Komplex ellátás biztosítása - Rehabilitáció erősítése - Extra szolgáltatások biztosítása – térítés ellenében - Informatikai lehetőségek kiaknázása - Orvoshiány elősegíti a feladatok delegálását a szakdolgozók felé 	<ul style="list-style-type: none"> - Az egészségpolitika nem kezeli prioritásként a szektort - Az ápolói hivatás alacsony presztízsének fennmaradása - Humán erőforrás utánpótlás hiánya - Nem érvényesül a valódi szektorsemlegesség - Átfogó egészségpolitikai fejlesztési koncepció hiányában szétaprózott kormányzati intézkedések

Jelen						
A MOHE mozgásteret						
Stratégiai térkép						
Témakör/Dimenzió	Lehetőségek					
Az intézmény típusa	Platform	Egyesület	Konzorcium	Holding	Egyéb	
Tevékenységi terület	szakápolás	Rehabilitáció	Hospice	Táplálás, intenzív ápolás	Szűrés	Gondozás
Működés földrajzi területe	Hazai - centrális	Hazai decenterumok-régiók		Közép-Kelet-Európa		EU 27-ek
Növekedési stratégia	Leépítés	Minőségi átrendezés	Növekedés			Maximális növekedés
			Kis	Közep	Nagy	
Együttműködés más platformokkal	Tele-kommunikáció	K+F	Orvostechnikai szövetség		MESZK	Egyéb
Tevékenységek	Koordináció	Kommunikáció	Lobby-zás	Pályázatok készítése	Képzések szervezése	
Források - finanszírozás	Állami (kormányzati, öb.)	EU-s - NFT		Céges, szponzori	MOHE tagdíjak	

Cél - jövő						
Stratégiai térkép						
Témakör/Dimenzió	Lehetőségek					
Az intézmény típusa	Platform	Egyesület	Konzorcium	Holding	Egyesület	
Tevékenységi terület	szakápolás	Rehabilitáció	Hospice	Táplálás, intenzív ápolás	Szűrés	Gondozás
Működés földrajzi területe	Hazai - centrális	Hazai decenterumok-régiók		Közép-Kelet-Európa		EU 27-ek
Növekedési stratégia	Leépítés	Minőségi átrendezés	Növekedés			Maximális növekedés
			Kis	Közep	Nagy	
Együttműködés más platformokkal	Tele-kommunikáció	K+F	Orvostechnikai szövetség		MESZK	Egyéb
Tevékenységek	Koordináció	Kommunikáció	Lobby-zás	Pályázatok készítése	Képzések szervezése	
Források - finanszírozás	Állami (kormányzati, öb.)	EU-s - NFT		Céges, szponzori	MOHE tagdíjak	

Készült a Budapesti Corvinus Egyetem
Teljesítménymenedzsment
Kutatóközpont módszertana alapján/

Célrendszer, célfa

A problémafa „átfordításával” meg lehet határozni azokat a fő célokat, melyeken keresztül el lehetne érni, hogy az egységes, koncentrált otthoni szakápolási rendszer - a kórház kinyújtott karjaként - valódi alternatívát kínáljon az ápolást igénylő betegek otthonukban történő magas minőségű, komplex ellátásával. Ennek alapját képezi a:

- Teljes funkcionális fedettség elérése, hozzáférési esélyegyenlőség elérése;
- Az otthon végezhető ellátások teljes palettájának nyújtása – komplexitás;
- Stabil humán erőforrás háttér biztosítása;
- Fejlett eszközpark biztosítása, mely folyamatos megújításának feltételei adottak;
- „Piaci alapú” finanszírozás alkalmazása, mely hatékony működés mellett gazdaságos működtetést tesz lehetővé;
- Hatékonyabb információ- és stratégiai menedzsment megléte.

A szektor fejlesztésének átfogó célja mindenekelőtt a lakosság – életminőségének javítása, az egészségben eltöltött életévei számának növelése, munkaképességének, önálló képességének hosszabb idejű megőrzése.

A szektor stratégiai célrendszerét az alábbi három dimenzió mentén is ábrázolhatjuk:

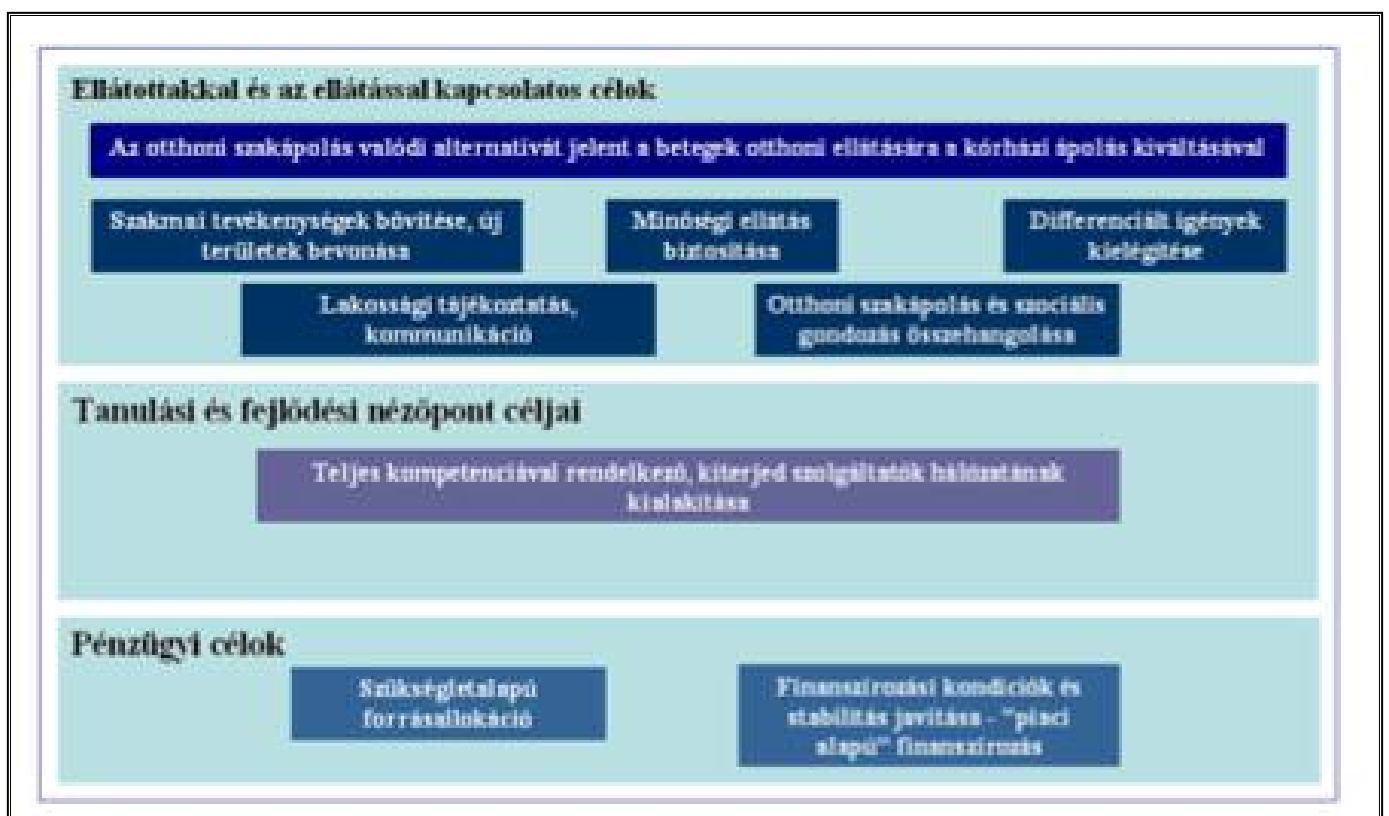
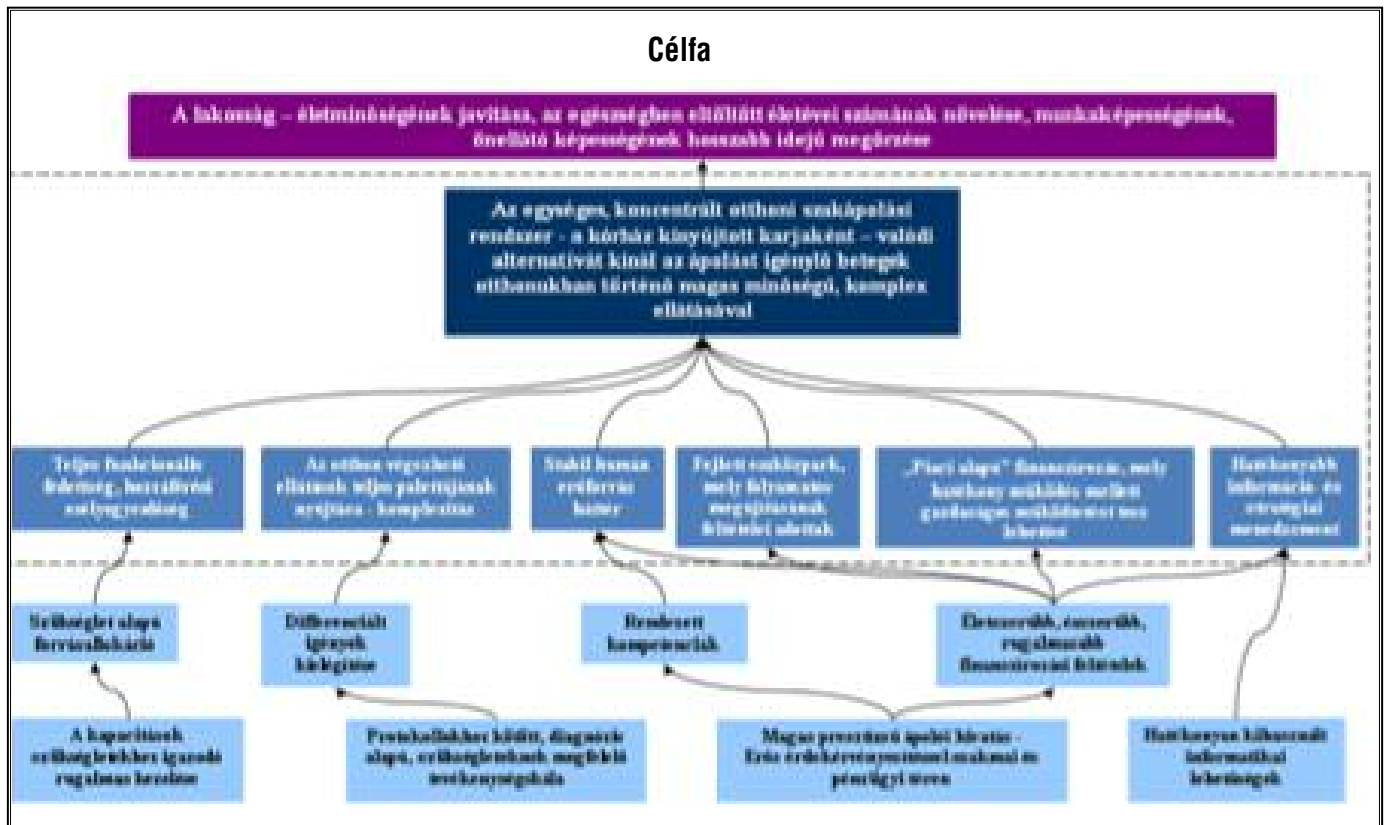
- Az ellátottakkal és az ellátással kapcsolatos célok között a szakmai tevékenységek bővítése, az ellátás minőségének fejlesztése, ezáltal differenciált igények kielégítésének biztosítása, a lakosság megfelelő tájékoztatása és a hatékony kommunikáció valamint az otthoni szakápolás és a kapcsolódó ellátási határterületek összehangolása szerepel.
- A tanulási és fejlődési nézőpontok középpontjában egyrészt a szakdolgozók szakmai fejlődésének biztosítása és a dolgozók elégedettségének javítása, ezzel a szakemberek szektorban való megtartása és vonzása áll. Másrészt a teljes kompetenciával rendelkező, kiterjedő szolgáltatók hálózatának kialakítása.
- A pénzügyi célok a szükségletalapú forrásallokáció és a stabil finanszírozási feltételek megteremtése köré fókuszálhatók.

Stratégiai célok és dimenziók, célrendszer

4. Célok elérését jelző indikátorok, mutatók

A célok elérésének szintjét vizsgáló indikátorokkal szemben szigorú követelmények fogalmazhatók meg: konzisztens legyen a céllal, alkalmas legyen ösztönzésre, kiszámítható legyen, értékét ne lehessen torzítani, manipulálni, stb. [a Budapesti Corvinus Egyetem Teljesítmény-

menedzsment Kutatóközpont módszertana alapján]. Az indikátorokat, melyek megfelelően mérik a cél teljesülését, a célrendszerben meghatározott egyes célokhoz kell rendelni, megadva jellemző paramétereiket. Az alábbiakban néhány speciálisan a szektorra jellemző mutató található, melyek változásán keresztül nyomon követhető a szektor helyzetének alakulása (az indikátorok célértékei a stratégiai dokumentumban kerültek kibontásra):



Cél	Lehetséges indikátor megnevezése, leírása	Mértékegység	Mérés gyakorisága
Az otthoni szakápolás valódi alternatívát jelent a betegek otthoni ellátására a kórházi ápolás kiváltásával	Az otthoni szakápolási kassza aránya az aktív fekvőbeteg szakellátás kassza %-ában	%	évente
	Esetszám, betegszám alakulása Esetszám/fekvőbeteg esetszám	Eset, fő, %-os növekedés	évente
Szakmai tevékenységek bővítése	Szakterületek, tevékenységi körök száma (szakápolás, hospice, otthoni rehabilitáció, parenterális táplálás)	Db	évente
Minőségi ellátás biztosítása, kórházba kerülés arányának csökkentése	Minőségi paraméterek beépülése a finanszírozási szerződésbe	Db	évente
	Eszközök átlagéletkora	Év	3 évente
	Minőségbiztosítással rendelkező, akkreditált szolgálatok száma	Db	évente
Differenciált igények kielégítése	Szakirányú-nem szakirányú tevékenységek aránya	%-%	évente
	Vizitszám/beteg	Db	évente
Lakossági tájékoztatás, kommunikáció javítása	Elrendelések száma	Db	évente
Otthoni szakápolás és szociális gondozás összehangolása	Vegyes-profilú szolgálatok száma	Db	évente
	Szervezeti együttműködések száma	Db	évente
Szakmai fejlődés és továbbképzés erősítése, szakképzettségi szint javítása - képzett szolgálatvezetők és alkalmazottak	Diplomás dolgozók száma, aránya az otthoni szakápolás rendszerében	Fő, %	évente
Dolgozói elégedettség javítása - szakemberek megtartása, „vonzása”	Főállású alkalmazottak aránya	%	évente
	Átlagjövedelem	Ft	évente
	Pályakezdők száma	Fő	évente
	Pályaelhagyók száma	Fő	évente
Szükségletalapú forrásallokáció	Funkcionális fedettség (az ország településeinek lakossága %-ában)	%	évente
Finanszírozási kondíciók és stabilitás javítása - "piaci alapú" finanszírozás	Bázisfinanszírozás aránya	%	évente
	Megtérülési ráta	%	havonta

Fő szakmai kérdéskörök és megoldási javaslatok

Az otthoni szakápolási szektor működési intenzitásának egyik – talán legkifejezőbb – jelzőszáma az otthoni szakápolási és az aktív fekvőbeteg szakellátási kassza értékaránya.

Bár az elmúlt 12 évben – csak kisebb visszaesésekkel – folyamatos növekedés tapasztalható, a kassza mértéke még csak a tavalyi év folyamán érte el az aktív ellátás 1%-át! Habár terv szintjén már többször beállásra került 1 % feletti összeg, éppen a kasszát sújtó túlzottan merev finanszírozási szabályok következtében, a teljesítés szintje mégsem érte el az 1 %-ot.



Az otthoni szakápolási kassza előirányzata és teljesítése, valamint az aktív fekvőbeteg szakellátási kasszához viszonyított aránya, 1996*-2009

*Az 1996. évi keret fel nem használás indoka az, hogy az ellátásra szóló első szerződések megkötése 1996. év októberében történtek. Az otthoni szakápolás finanszírozási technikájából adódóan az 1996. év utolsó negyedévi teljesítményeinek a kifizetése az 1997. évi költségvetési keretet terhelték. [Dózsa et al., 2003]

A kassza felhasználási mutatóit (előirányzat/teljesítés) vizsgálva sem mutatkozik kedvezőbb kép: az előirányzat növekedése rendre meghaladta a felhasználás növekedését.

Ahhoz, hogy az otthonápolási szektor - víziójának és célrendszerének – megfelelően a kórházi ellátás valódi alternatívájává válhasson a jövőben szakmai szignifikanciáját – az ellátások közötti súlyát - is megfelelően meg kell emelni.

Az otthoni szakápolási szektor működésének egyik fő problémája az alulkoncentrálttság. (pl. vannak megyék, ahol 16 szolgáltató is kapott lehetőséget a munkavégzésre). Ennek következménye a szolgálatonkénti elaprózott vizitszám (adott lakosság számára leosztott vizit sokkal többfelé oszlik meg), ami veszélyezteti az egyes szolgáltatók életképességét, működőképességét. Emiatt a problémák is különböző módon érintik a szolgáltatókat.

Komplex szolgáltatás az otthoni szakápolásban

Az eltelt időszak bebizonyította, hogy az otthoni szakápolás az egészségügyi ellátó rendszer részévé vált. A továbbiakban azon jogszabályi és szakmai korlátok felszabadítására kell törekedni, amelyek a továbbfejlődést, a komplex szolgáltatások teljes körű ellátását akadályozzák. Hiszen egy országosan létező, jól mobilizálható, főleg vállalkozókból álló csapat vár arra, hogy minél több feladatot vállaljon fel, hiszen a kapacitásai nincsenek lekötve, illetve rugalmasan bővíthetők. Magasan kvalifikált szakemberek várnak arra, hogy színvonalas, minőségi munkát végezzenek. A kórházi kapacitások csökkenéséből adódó kínálat, egybeesik az idősödésből eredő szükségletek alakulásával is.

A még hiányzó projektek új szervezetek létrehozása nélkül illeszthetők az otthoni szakápolás „erőnyője” alá. Természetesen a megfelelő jogszabályi háttér kialakítása után. Az otthoni szakápolás jövőjét az alábbi ábra

szerint lehet elképzelni:



Rehabilitáció az otthoni szakápolásban

A fejlesztés alatt álló rehabilitációs rendszerrel kapcsolatosan sarkalatos pont, hogy a tervezett új rendszer mennyiben kíván alapozni az immár csaknem 12 éves múltra visszatekintő, mára már olajozottan és hatékonyan működő, az orvosok és betegek által egyaránt elismert közfinanszírozott otthoni szakápolási alrendszerre. S mindenekelőtt a betegek megfelelő ellátásának, hozzáféréseinek biztosítása érdekében az is kérdéses, hogy lehet-e egy országos rehabilitációs rendszert egy még csak kiépülőben lévő kistérségi központokon alapuló rendszerre építeni.

Természetesen elfogadható az az elképzelés, hogy a problémát területi szinten kell kezelni, előtérbe helyezve az esélyegyenlőséget. Azonban a szubszidiaritás elvét követve célszerű lenne azt az ellátási szükségletet, mely – megfelelő körülmények között – a beteg otthonában kielégíthető továbbra is az otthoni szakápolás keretében nyújtani, hiszen amellett, hogy ez költség-hatékonyabb, mint bármely típusú intézeti ellátás, a beteg szempontjából is a legcélravezetőbb (pl. otthoni körülmények közötti gyógyulás lehetősége, önállót-képesség megőrzése-fenntartása, kórházi fertőzések, decubitus megelőzése, stb.).

Teljes mértékben egyet lehet érteni azokkal a célkitűzésekkel, hogy a továbbiakban meg kell határozni az otthoni ellátás pontos, részletes, inter-szektoralisan kiterjedt szakmai tartalmát (akár új finanszírozható tevékenységek bevezetésével az otthonápolásban), az elrendelésre jogosult egészségügyi szolgáltatók körét és jogosultságát. Biztosítani kell az otthoni rehabilitációs tevékenységek protokollhoz kötését, hogy az szerves része legyen egy komplex ellátási folyamatnak a kórházi, nappali kórházi, járóbeteg ellátási és otthoni rehabilitáció folyamatában. Továbbá az Egészségbiztosítási Alap keretében gondoskodni kell a tevékenység forrásának fedezetéről.

Azzal az elképzeléssel kapcsolatban, hogy az orvosi rehabilitációhoz széleskörű szakembergárda rendelkezésre állását tartják szükségesnek, meg kell jegyezni, hogy szakmai anomáliák és finanszírozási nehézségek (a napi vizitszám limit és a díjazás összege külön-külön, de együtt multiplikálódva) lehetetlenítik el azt, hogy az otthonápolási szolgálatok alkalmazni tudják a megfelelő szakembereket (ill. a hospice ellátásban biztosítani tudják a folyamatos rendelkezésre állásukat). Továbbá a finanszírozási problémák miatt az otthoni szakápolás meglévő szakirányú terápiás (gyógytornász, fizioterapeuta, logopédus) kapacitásai sincsenek megfelelően kihasználva. Ezeknek a problémáknak a kezelését a további fejlesztések során figyelembe kell venni.

Megfontolásra érdemes, hogy egy ilyen széleskörű szakembergárda rendelkezésre állását célszerű lenne egy bázis jellegű részfinanszírozással, mintegy rendelkezésre állási díjként, biztosítani.

Összefoglalva, az orvosi rehabilitáció rendszerét mindenképpen egy rugalmas rendszerként javasolt megszervezni, a rendszer akár kistérségenkénti akár egyéb területi szintű egységeken alapuljon (kistérségi rendszer esetében definiálni kell a fővárosi és nagyvárosi területi egységeket). Egy komplex szolgáltatást nyújtó integrált modellben pedig hangsúlyozni kellene a vertikális (területi rehabilitációs osztályokkal, járóbeteg szakellátással, otthoni szakápoló szolgálatokkal való), valamint az interszektorális (az egészségügyi és szociális szektor közötti) együttműködés jelentőségét.

Az otthoni szakápolás kapcsolata a szociális ellátási rendszerrel³

A szociális és az egészségügyi ellátási rendszer pályázati szinten 1998-2000. között több alkalommal is - modellkísérletek keretében - szervezeten tudott együttműködni, de azóta is csak egy-két városban sikerült szorosabb kapcsolatot teremteni a két szektor ellátásai között (pl. Miskolc, Baja). Általában a szolgáltatók saját lelkiismeretük és lehetőségeik szerint próbálják megszervezni betegeik szociális ellátását, amennyiben az szükségesnek bizonyul.

A megvalósult modellek alapján az alábbi tapasztalatokról lehet beszámolni:

- az egyes ellátási formák (szociális és egészségügyi) nagyon jól tudnak egymás mellett, egymást kiegészítve működni (ezt segítheti közös diszpécser szolgálat, pult kialakítása), amennyiben a rendszerben résztvevő szereplőknek az a céljuk, hogy a páciens a számára szükséges ellátást a megfelelő helyen és időben kapja meg;
- a szükséges ellátási forma elfogadtatása viszont nagy körültekintést és szakmai hozzáértést igényel a koordinátor részéről, mivel az otthoni szakápolás során külön kell választani a szociális ellátást és az egészségügyi alap és szakápolást (az egészségügyön belül is a praxis nővére és a szakápolási szolgálatok nővéreire tartozó kompetenciákat). Ennek megvalósítása nagyon nehéz feladat, mivel a páciens szintjén ez együttesen jelentkezik.
- a beteg nem otthoni szakápolást, háziápolást vagy házigondozást kér, számára az a fontos, hogy a szükségletei, igényei megfelelő szolgáltatással maradéktalanul kerüljenek kielégítésre;
- a munkatársak együttműködése tovább erősödött és a jó kapcsolatot a betegek ellátása érdekében hasznosították (bár a praxis nővérekkel az együttműködés még esetleges volt).

A home care és a komplex community care típusú ellátás lehet a jövő útja a magyarországi gondozási és egészségügyi feladatok komplex megvalósításában is, amit a különböző településformákhoz igazodva lehetne megvalósítani a hatékony munka érdekében.

A modellkísérletek során bebizonyosodott, hogy a beteg körül egészségügyi és szociális szolgáltatást ellátó egységeknek, szervezeteknek az együttműködése olyan szinergikus hatásokhoz vezethet, amely nem egyszerűen a három ellátási forma időbeli egymásutániságát, összedódását jelenti, hanem egy új minőségi szintet vezet be a betegek otthoni körülmények közötti gyógyulásában.

A hospice tevékenység kiterjesztésének hatása a szolgáltatók működésére⁴

A téma szerteágazó jellege, sokrétűsége miatt a hospice ellátással kap-

csolatos fejlesztési javaslatok csak érintőlegesen kerültek bele az otthoni szakápolás stratégiai dokumentumába, azonban a kérdések, problémák feltárása is esetenként részét képezték a szolgáltatói interjúknak. A továbbiakban célszerű lenne külön erre a területre fókuszáló elemző-feltáró munkát végezni, azonban az otthoni szakápolási szektor fejlesztése kapcsán is szükséges megemlíteni az itt jelentkező tapasztalatokat, problémákat.

A legfőbb probléma, hogy az otthoni hospice ellátás feladataira biztosított jelenlegi finanszírozás nem tudja fedezni egy terminális állapotú beteg palliatív ellátását – 24 órás készenléttel - még egy nővér esetén sem, nem beszélve az orvosi vizitekről, egyéb járulékos költségekről.

Ezért fontos, hogy a hospice vizitdíj megállapításánál minden szempontból figyelembe vegyék az eddig pályázatokban dolgozó szakápolási szolgálatok tapasztalatait, mert különben nem lehet eleget tenni a hospice ellátás szellemiségének.

A vizitdíjból adódó nehézségeken kívül nehezíti még az ellátást, hogy bár a hospice ellátás lassan másfél évtizede jelen van a hazai egészségügyi ellátásban, s 2004. óta az otthoni hospice ellátás az Egészségbiztosítás Alapból finanszírozott ellátások körébe is befogadásra került, az eddigi tapasztalatok szerint az ellátás kapcsán még mindig felmerülnek az alábbi főbb problémák:

- „Alacsony érdeklődés a szolgáltatás ismeretlensége miatt.
- A betegek későn kerülnek felvételre az agónia és a terminális állapot téves értelmezése miatt.
- A halál társadalmi megközelítéséből adódó problémák:
 - a félelem miatt nem vállalják a hozzátartozók a beteg otthoni végleges ellátását,
 - a megbélyegzéstől való tartózkodás (főleg kis településeken) a pszichológiai tevékenység miatt.”[Dózsa, et al. 2005]

A szolgálatok a hospice ellátással kapcsolatos alábbi problémákról is beszámoltak:

- nehezen kerül a hospice rendszerbe a beteg, mivel a házi orvosok vagy nem ismerik, vagy nem fogadják el, s így nem rendelik el, vagy csak az utolsó pillanatban rendelik el az ellátást (amikor az életminőség javításának kérdése már irrelevánssá válik);
- nemcsak az orvos, hanem a beteg, a hozzátartozók sem fogadják el az ellátást, „félnek” (tabu);
- az onkológiai osztályokon hiányzik a hospice szemlélet;
- túl hirtelen indult a rendszer, nem volt "előszobáztatás";
- gyakori az elrendelő orvos és a hospice szolgáltató orvosa közötti konfliktus (presztízféltés);
- a teamet nem lehet kikényszeríteni - a beteg sokszor elhárítja az ápolón kívüli személyeket.

Mindezek alapján továbbfejlesztéssel egy körültekintőbb, komplex új szabályozás kialakítása lenne szükséges az otthoni hospice ellátás területén is.

Minimum feltételek és eszközellátottság - A minőség szempontjai az otthoni szakápolásban

Természetesen az eszközellátottságnak, a minimum feltételeknek meg kell, hogy feleljenek a szolgáltatók. Ennek ellenére a vizitdíjból még a fogyó eszközök is alig pótolhatók, s az amortizációt sem fedezhető: a dolgozóknak kifizetett béreken, járulékokon és a legszükségesebb eszközökön kívül egyéb fejlesztésre az OEP által kifizetett vizitdíjakból nincs lehetőség. A fizioterápiás és egyéb eszközök felújításra, pótlásra szorulnak. A 90-es évek végi, 2000-es évek eleji céltámogatások mára már megszűntek, az ÚMFT egészségügyi fejlesztései közé

pedig nem kerültek be az otthonápolás eszközfejlesztési pályázati konstrukciói.

Az iroda, telephely sok szolgáltatónál nem megfelelően kialakított, amit szintén a szűkös anyagi háttér magyaráz. Igaz ugyan a jogszabály nem ír elő külön irodahelyiséget, de a csoportmunka, a munkatársak információcseréje az utóbbi esetben problémás vagy egyáltalán nem megoldott. Az otthoni szakápolási szolgáltatók több, mint 60%-a minőségirányítási rendszert működtet, amely nem kevés anyagi és egyéb befektetéssel jár, amit még ez ideig nem sikerült a finanszírozónál érvényesíteni. A továbbiakban minőségi feltételként a szerződéskötés feltételei között kellene szerepeltetni, ami egybeesik az EMKI és az OEP szolgáltatásvásárlói célkitűzésével.

Finanszírozás

A finanszírozással kapcsolatos problémák és megoldási javaslatok külön pontban, a szabályozási javaslatok között kerültek kiemelésre.

Egyéb javaslatok

Az alábbiakban még néhány olyan problémakör kerül kiemelésre, melynek megoldása további háttér munkákkal, elemzésekkel tovább pontosíthatja, csiszolhatja az otthoni szakápolási szektor stratégiáját és akciótervét:

- kompetenciakérdések rendezése – a végezhető tevékenységek szakmai protokolljának kidolgozása és szakképesítés szerinti kompetencialista meghatározása, a szakdolgozók munkaköri leírása a kompetenciák tükrében;
- az adminisztráció, a dokumentáció ésszerűsítése, standardizálása, egyidejűleg a papír alapú adminisztráció minimálisra történő redukálása;
- technológiai és eszköz háttér korszerű igényeinek kidolgozása, mely alapját képezheti egy később infrastruktúrafejlesztési programnak;
- az informatikai rendszer fejlesztése (ld. pl. a gyógyszerárak, házi orvosok elszámolási rendszere), az informatikai rendszerekhez való kapcsolódás lehetőségének megteremtése (egységes kapcsolat a kórházi, finanszírozói, szakrendelői és házi orvosi informatikával);
- a képzés, továbbképzés finanszírozási forrásainak felkutatása, munkaerő-kölcsönzés lehetővé tétele, körzeti ápolók helyettesítése;
- a szakmai ellenőrzések hatékonyságának fokozása (egységes módszertani elvek alapján történő ellenőrzés, jól meghatározott elvárások és azok számonkérése, szankcionálása);
- a hospice ellátással kapcsolatos problémák és javaslatok külön „csokorban” történő előterjesztése.

A stratégia-alkotási folyamata eredményei II.

5. Az otthoni szakápolás középtávú stratégiai fejlesztési terve

Annak érdekében, hogy a továbbiakban az otthoni szakápolás, - mintegy a kórház kinyújtott karjaként - valódi alternatívája legyen a kórházi ellátásnak a szektor középtávú stratégiai fejlesztési tervének központjában - egymással szorosan összefüggő célrendszert alkotva:

- az otthonápolási szektor szolgáltatóinak egységesítése, koncentrációja,
- a minőségfejlesztés érdekében a komplex ellátást nyújtó nagyobb szolgáltatók előnyben részesítése,
- rugalmasabb szabályozás, finanszírozás biztosítása és
- a szakmai paletta dinamikus fejlesztése, bővítése áll.

Az OEP szolgáltatásvásárlói szerepének erősítésével párhuzamosan az otthoni szakápolási szektorban is meg kell teremteni a valós minőségi szolgáltatói verseny kereteit. Ennek érdekében javasolt, hogy a jövőben

(megfelelő átmenet biztosításával!) csak olyan vállalkozásokkal kössön az OEP szerződést, melyek komplex szolgáltatás nyújtására képesek: a szolgáltatások teljes palettáját nyújtják. Ehhez azonban meg kell teremteni a humán- és tárgyi feltételrendszert, valamint a korrekt egészségügyi menedzsment feltételeit.

A vízió az, hogy az otthoni szakápolás a szubszidiaritás elvét követve a beteg otthonában végezhető ellátások körét (szakápolás, infúziós kezelés táplálás, rehabilitáció, hospice) mintegy „egy ernyő alá vonja” (az ellátásszervezés, esetmenedzsment, koordináció, team munka stb. eszközeinek hatékony alkalmazásával). Ez a modell amellelt, hogy költség-hatékonyabb, mint bármely típusú intézeti ellátás, a páciens szempontjából is a legbetegbarátabb ellátási forma (pl. otthoni körülmények közötti gyógyulás lehetősége, önellátó-képesség megőrzése-fenntartása, kórházi fertőzések, decubitus megelőzése, stb.).

Az azonos szintű minőségi szolgáltatás, standard minőség biztosítása érdekében javasolt lenne, hogy hosszabb távon az OEP csak minőségbiztosítást működtető vállalkozásokkal kössön szerződést (középtávú pedig legalább tegyen különbséget), a szolgáltatókat pedig csak felsőfokú végzettséggel rendelkezők vezethessék.

A minőségi ellátás nyújtásához szükséges az otthonápolás eszközrendszerének megújítása, amelyhez további kiegészítő források felkutatására lenne szükség (pl. ÚMFT keretében), bízva abban, hogy a források allokációjáról rendelkezők felismerik az ágazatban rejlő szükségleti és megtérülési tényezőket.

A stabil működéshez azonban – piaci jellegű környezetben – elengedhetetlen a piaci alapokon nyugvó finanszírozás: csak a költségeket tükröző vizitdíjjal, a valós szükségletek alapján meghatározott, rugalmasabban kezelhető kapacitáskontingensekkel biztosítható a megfelelő költségen történő ellátás.

Általános probléma az ápolói hivatás presztízsének és elismertségének, társadalmi megbecsültségének alacsony szintje (bérek, kompetenciák, képzési problémák, munkakörülmények, stb.), mely a szakma vonzerejét és ezzel az utánpótlást csökkentik. Ezt a problémát hosszútávon a többszintű ápolói rendszer kialakításával, az életpálya modell alkalmazásával, bérrendezéssel lehetne kezelni.

Egy ilyen komplex szolgáltatást nyújtó integrált modellben pedig hangsúlyozni kell a vertikális (kórházi osztályokkal, járóbeteg szakellátással, rehabilitációs intézményekkel, és az otthonápolási szolgáltatók közötti) valamint az interszektoralis (az egészségügyi és szociális szektor közötti) együttműködés jelentőségét.

Az esélyegyenlőség jegyében a szektor rövid, közép és hosszú távú fejlesztési tervei elsősorban a minőségi ellátáshoz való hozzáférés javítását célozzák meg.

6. Akcióterv, ütemterv

Az akcióterv lényege, hogy a kidolgozott és elfogadott stratégiai célok megvalósítását biztosítani lehessen. Ehhez az egyes megfogalmazott stratégiai célokhoz hozzá kell rendelni az azok megvalósítását célzó akciókat: egy-egy cél megvalósítását több akció is szolgálhatja, azonban ha egy célhoz nem lehet aktuálisan akciót hozzá rendelni, át kell gondolkodni annak felvételét a stratégiai célrendszerbe, továbbá a rendelkezésre álló erőforrások segítségével a lehető legtöbb stratégiai eredményt hozó akciókat célszerű szűrni, kiemelni.

Az alábbi cél-akció mátrixban kerültek megjelenítésre a stratégiai dimenziók szerint kitűzött célokat szolgáló akciók:

Cél - akció mátrix

Például, az ellátottakkal és az ellátással kapcsolatos célokhoz tartozó „szakmai tevékenységek bővítése” stratégiai célt egyaránt szolgálják

az új tevékenységi területek bevonása és a kompetenciák bővítése, rendezése akciók, de az igény és szükségletfelmérés, az esetmenedzselés és ellátásszervezés eszközei egyaránt hozzájárulnak a cél eléréséhez. A finanszírozás feltételeinek javítása szinte minden cél elérését segítené, és a legtöbb akció hozzájárulna a minőségi ellátás feltételeinek biztosításához és a dolgozói elégedettség javításához.

Az akcióterv időtávja rövidebb (1-2 éves), ütemterve pedig pontosabb és részletesebb, mint a stratégiai célok és indikátorok rendszere. Az

akciótervet célszerű 1-1,5 évenként felülvizsgálni, aktualizálni és átdolgozni.

Az ütemterv – Gantt-diagram formájában – a 2008. óta elindult és a 2009-2010 évekre rövid- és középtávon tervezhető akciókat szemlélteti, melyek egy része megvalósítása érdekében már történtek lépések az illetékes, jogszabályalkotó szervek felé. A stratégiai dokumentum rendszerbe foglalja azokat az egymásra épülő lépéseket, melyek következetes végrehajtásával a középtávú stratégiai fejlesztési tervnek megfelelő akcióterv fogantatható.

Dimenziók	Ellátottakkal és az ellátással kapcsolatos célok					Tanulási és fejlődési (szervezetfejlesztési) célok	Pénzügyi célok
	Az otthoni szakszolgálatok minőségének javítása	Minőségi elvárások biztosítása	Minőségi elvárások biztosítása	Differenciált igények kielégítése	Lakossági igények kielégítése		
Akciók/Célok	Az otthoni szakszolgálatok minőségének javítása	Minőségi elvárások biztosítása	Minőségi elvárások biztosítása	Differenciált igények kielégítése	Lakossági igények kielégítése	Tanulási és fejlődési (szervezetfejlesztési) célok	Pénzügyi célok
Új tevékenységi területek bevonása	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Teljes funkcionális fedettség biztosítása	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Eszközpark fejlesztése - eszközigény felmérése és standardizálás	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>
Kompetenciaszintek kibővítése, rendezése	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Főállású dolgozók alkalmazása	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Munkaköri képzettségi követelmények konkretizálása és fejlesztése (ésszerűsíti a szakképzést)			<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
Belső képzések kialakítása, kiterjesztése			<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
Külső szakképzés, beiskolázás emelése			<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
Képzések (rövid idejű tanfolyamok, folyamatos továbbképzések)			<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
Szabadság, munkaidő, betegállomány kezelése						<input checked="" type="checkbox"/>	
Ráfordítás-elemzések végzése, benchmark adatbázis létrehozása	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>
Igény és szükségletfelmérés - kutatási terv, tanulmány kidolgozása, forráskeresés	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Esetmenedzselés és ellátásszervezés a betegutak rendezéséhez	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Infrastruktúra- és szervezetfejlesztési javaslatcsomag kidolgozása	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ernyőszervezet létrehozása – közös pályázat, fejlesztés, forrásgyűjtés a szektor és a MOHE számára			<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Részleges bázis- ill. tevékenység alapú finanszírozás kidolgozása és bevezetése	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Minőségi paraméterek beépítése a finanszírozásba	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>
Egységes elvek alapján történő hatékony ellenőrzés megteremtése (javaslat kidolgozás -egyeztetés - koordináció)	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ésszerűsített, standardizált dokumentáció kialakítása, minimális papír alapú adminisztráció			<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	

Szabályozási javaslatok

A stratégiaalkotási program keretében végzett problémafeltáró vizsgálatok, szakmai elemző munka eredményeként kidolgozásra kerültek az otthoni szakápolás szakmai és finanszírozási hátterének alapvető módosítási javaslatai. A szabályozási javaslatok között számos olyan tétel is megjelenítésre került, amely már hosszabb ideje körvonalazódott, nem új keletű probléma, azonban ennek ellenére korrekciójukat eddig nem sikerült a szabályozási gyakorlatba átültetni.

Ezen a ponton szükséges kiemelni a szerződéskötést, finanszírozást és ellenőrzést meghatározó jogszabályok megyei, regionális államigazgatási szervek által történő egységes értelmezésének/érvényesítésének fontosságát, amely a jelenlegi gyakorlatban számos esetben nem érvényesül.

A szakmai szabályozás fejlesztése, megújítása – a 20/1996 (VII. 26.) NM rendelet módosítási javaslatai

A személyi feltételek szükséges változtatása között ki kell emelni, hogy a közeljövőben az otthoni szakápolási **szolgálatok vezetői** (szolgálatvezető) egészségügyi főiskolai vagy egyetemi és ápolói képesítéssel rendelkező szakember lehessenek, és lehetőleg főállásban végezzék a vezetői tevékenységet (ld. középtávú fejlesztési tervek – minőségi ellátás) – természetesen a fejlesztéshez szükséges megfelelő türelmi idő biztosításával.

A **szakembergárda bővítése** a minőségi komplex ellátás biztosítása érdekében szükséges lenne a következő szakemberekkel: dietetikus (egészségügyi főiskolai végzettséggel) – nem kötelező jelleggel (prevenzív tevékenység illetve egyes terápiák részeként); konduktor (főiskolai végzettséggel) – nem kötelező jelleggel (esetenként kiválthatná a logopédust, gyógytornászt) - kórházból kikerülő neurológiai betegek rehabilitációja, részleges vagy teljes önálló képesség visszaállítása, visszavezetés a társadalomba, emberhez méltó életbe); sebészeti gyakorlattal és sebkezelési tanfolyammal rendelkező szakápoló; infúziós licence vizsgával rendelkező szakápoló (a jogszabályi háttér alakulása függvényében); hospice ellátás esetén fájdalomcsillapításban jártas szakorvos, pszichológus, hospice koordinátor, hospice tanfolyamot végzett szakápoló.

A licence vizsgák rendszerének szabályozási háttere továbbra sem rendezett. Ennek rendezése számos kompetenciabeli kérdésre választ tudna adni, azonban meghatározott szakképzettségek esetén nem lenne szükséges az újabb licencvizsgák megkövetelése, hanem a meghatározott szakképzettséggel rendelkező szakemberek igazolást kaphatnának az adott tevékenység végzésére vonatkozó kompetenciájukról (pl. gyógyszeres infúzió beadása - mentőtiszt, intenzívterápiás szakasszisztens, röntgenműtős szakasszisztens, aneszteziológiai szakasszisztens, diplomás ápoló, OKJ-s ápolók).

A tevékenységek felülbírálatára, új finanszírozható tevékenységek bevezetése régóta megfogalmazott cél: a meglévő tevékenységek mellett, azok kiegészítéseként, vagy pontosításaként.

Ezek közül kiemeljük a **rövidbél szindrómás, cisztás fibrózisban szenvedő betegek** parenterális táplálását illetve intravénás gyógyszerkezelését (nemzetközi adatok alapján az otthoni parenterális táplálás 70%-kal olcsóbb a kórházi parenterális táplálásnál!).

Az otthoni **gyógyszeres infúziókezelés** kapcsán régóta tisztázatlan az az aktuálisan is fennálló anomália, hogy a jogszabályi háttér, az OEP iránymutatás és a gyakorlat ellentmondásban áll, pedig ez tipikusan kórházi ellátást kiváltó tevékenység (szubszidiaritás elve!).

Amennyiben széleskörű szakmai konszenzust követően megállapítást nyer az, hogy e tevékenység valóban nem végezhető otthoni szakápolás

során, abban az esetben is szükséges olyan jogi hivatkozások megállapítása, vagy az ide vonatkozó jogszabály megváltoztatása, melyeket polgárjogi szerződés alapján a szolgáltatók is el tudnak fogadni.

E ponttal kapcsolatban tisztázásra szorulna a kúraszerű ellátások fogalma és szakmai tartalma az otthoni szakápolás viszonylatában (fogalmilag érthető alatta: az ambuláns keretek között fekvőbeteg háttérrel nyújtott kúraszerű ellátás /pl. kemoterápia, értágító kezelés/, otthoni szakápolás keretében nyújtható terápiák /intravénás folyadék- és elektrolitpótláshoz parenterális gyógyszer beadás/, de a gyógyfürdő kúrák is !).

Ebben a témakörben több orvosszakma és szakmai kollégium bevonásával szakmai állásfoglalást kellene kiadnia az EüM-nek, amely a szabályozás alapját képezheti.

A **sebgondozás, sebkezelés** ellátásai köré be kellene vonni az egynapos ellátások utáni kezeléseket is. A duplikációkat elkerülendő pedig az otthon ellátott teljes és részleges ellátásra szoruló beteg esetén a sebkezeléseknek ki kellene kerülniük a körzeti nővér munkaköri feladatai közül.

Új tevékenységként javasolt a vesebetegek gondozása, diabeteses betegek és egyéb **anyagcsere betegségek gondozásának** felvétele (diéta összeállítás, ellenőrzése; testsúlyellenőrzés; folyadékleadás vezetése, peritoneális dialysis).

Szintén új tevékenységként a **gépi lélegeztetett betegek, éberkómás betegek, polytraumatizált betegek, stroke-os betegek** tartós ápolásának bevonás is javasolt – külön rehabilitációs vizitszámmal.

Hosszabb távon megfontolandó lenne az alábbi tevékenységek integrálása és további szabályozási eszközök alkalmazása is:

további hosszúápolási tevékenységek felvétele;

otthoni diagnosztika;

mozgó laborvizsgálat (vérvétel nehezen mozgó paciensek esetén);

bizonyos GYSE-k felírási lehetősége (ápolási, rehabilitációs eszközök);

az akut és krónikus betegségek ellátásának különválasztása;

protokollhoz kötött, orvosi diagnózis alapú otthoni szakápolási tevékenységek kidolgozása, ehhez kapcsolódóan differenciált vizitszámok meghatározása.

A finanszírozási keretszabályok racionalizálása – a 43/1999 (III. 3.) Korm. rendelet korrekciója

A finanszírozási szabályozás módosítási javaslatainak számos pontja - a prioritások megjelölésével - már előzetesen több fórumon is egyeztetésre került, és az OEP szakemberei rendelkezésére áll, annak érdekében, hogy a 1999/43-as Korm. rendelet aktuális módosítása során azokat figyelembe tudják venni:

1. sz. prioritás: A teljes- ill. rész-munkaidős alkalmazottak maximum vizitszámának emelése /35.§ (7): Mivel a jelenlegi túlzottan merev szabályozás és az alacsony megállapított vizitkeretek nem élet-szerűek (pl. helyettesítés, hatékonyság, alkalmazottak szakmai kapacitásának és munkaidejének kihasználása, bérezés vs. teljesítmény), nem biztosítanak egzisztenciát a főállású szakápolóknak, a rendeletben megadott napi vizitszámokat meg kellene emelni 6-ra és 5-re. Ez megfelelő rugalmasságot adna a szakápolási szolgálatoknak, hogy szükség esetén „csúcsra” járhassanak és a főállású alkalmazottakat hatékonyan lehessen foglalkoztatni. Mivel a munkaidő direktíva alapján az MT behatárolja a kérdést, ezért nem ezen a szinten kellene napi szinten korlátozni.

2. sz. prioritás: A területi pótlék emelése /35.§ (13): A jelenlegi területi pótlék nem fedezi az ellátás járulékos költségeit (benzin, gépkocsi fenntartás, tömegközlekedés stb.), így a jogszabály korlátozása sérti az esélyegyenlőséget. Ezért javasolt lenne a területi pótlék 20%-ra történő megemlése, valamint hogy minden szolgálat kapja meg a területi

pótlékot, aki kijár a területre. (Aki viszont ténylegesen nem jár ki a területre, attól vegyék el.). Hosszú távon javasolt a részleges bázisfinanszírozás bevezetése, rendelkezésre állási díj biztosításával.

3. sz. prioritás: A vizitszám-keret meghatározás ésszerűsítése /35.§ (6): A szabályozás rugalmatlanságából adódóan nem a szükségleteknek megfelelő a tervezés és allokáció, a szezonális figyelmen kívül marad. A tervezhetőbb kapacitás-felhasználás érdekében negyedéves kontingensek meghatározása lenne javasolt (ami részben már megvalósult). Éven belül havonta lehessen az időarányost meghaladóan **20 %-kal fölé menni a szolgálatonkénti havi vizitszám-keretnek**, amit év végéig vissza kell pótolni, a pótkeret pedig ne vesszen el, maradjon meg 1 hónap után is. Hosszabb távon érdemes lenne a kockázatküszög (risk-adjustment) alkalmazása a vizitkeret meghatározása során (pl. megyei létszám, ellátási terület, mortalitás-morbiditás, intézményszám alapján).

4. sz. prioritás: Többszöri elrendelés maximalása, fekvőbeteg ellátást követően ismételt elrendelés maximalása, az elrendelés ismételt orvosi vizsgálatához kötése enyhítése meghatározott esetekben – otthoni kúraszerű ellátások /35.§ (8): amely egyes ellátások, betegségek esetében életszerűtlen korlátozás (pl. aktív rehabilitáció, stroke, újabb hospitalizációk, terminális állapot is lehet 3 év), így az újabb elrendeléshez egyes betegek kórházba/szakorvos rendelésére jutása nehézkes. Ezért a **2 hónapos korlátozást** célszerű lenne **3 hónapra megemelni**, mivel a betegek pl. időközbeni hospitalizáció miatt, illetve mivel bizonyos rekonstrukciós műtétek után sok esetben csak két hónap múlva lehet folytatni a rehabilitációt, gyakran elesnek a fennmaradó vizitektől. Hosszabb távon, hatáselemzés alapján, szűk indikációs körökben meg kell engedni a hosszabbítást, egyes BNO-k esetén pedig lehetővé kell tenni a hosszabb ápolást (diagnózishoz kötötten, normatív módon). Bizonyos betegek, esetekben esetfinanszírozás is elképzelhető. A további javaslatok között szerepel a vizitdíj mértékének emelése /35.§ (11)/, mivel a jelenlegi vizitdíj messze nem fedezi a megfelelő ellátás költségeit (bérek, amortizáció, a hospice-ban nem tartható a folyamatos rendelkezésre állás stb.)

Nem indokolt a depressziós szorító alkalmazása sem, mivel a költségek nem csökkennek a vizitek számával, és a beteg állapotától függő ellátási igényt nemcsak az otthoni szakápolás hivatott kielégíteni, mindez hátrányos helyzetbe hozza a betegeket, szolgáltatókat. Ezért javasolt lenne a **depresszió eltörlése vagy legalább csökkentése rehabilitáció esetén** (1. elrendelés egységesen 1, 2. elrendelés egységesen 0,9). Hosszú távon pedig javasolt a részleges bázisfinanszírozás bevezetése (részletes számításokkal alátámasztva) a minőségi kritériumoknak, akkreditációs feltételeknek megfelelő szolgáltatók részére.

Egyes esetek, betegségek esetében életszerűtlen korlátozás a vizitek napi limitálása ezért indokolt lenne ennek feloldása /35.§ (12)/.

Egynapos ellátások utáni tevékenység tiltásának feloldása /35.§ (4): már a tevékenységi körök között is szerepelt. A jelenleg rögzült felfogás alapján az egynapos ellátás és az otthoni szakápolás között szakmailag nem lehetséges az ellátásban átmenet, folyamatosság. A jövőben ezt a tiltást meg kell szüntetni: meghatározott indikációk esetén, egyes egynapos ellátások után lehetővé kellene tenni, hogy a betegek a hazaengedést követően az otthoni ellátás keretében megkaphassák a szükséges ellátásokat (pl. sebkötözés). Ebben a témakörben több orvosszakma és szakmai kollégium (sebészet, nőgyógyászat) bevonásával szakmai állásfoglalást kellene kiadnia az EüM-nek, amely a szabályozás alapját képezheti.

II. NFT kapcsolódási pontok

Az otthoni szakápolási alrendszer fejlesztése számos programhoz és projekthez kapcsolódik, amelyek az Új Magyarország Fejlesztési Terv keretében valósulnak meg. Ezek alapvetően két operatív programot jelentenek:

■ TIOP fejlesztések: kistérségi zöldmezős járóbeteg szakrendelők építése, kórházi struktúraváltást szolgáló fejlesztések

■ TÁMOP fejlesztések: Humán erőforrás monitoring, egészségmonitorozás országos hálózatának kialakítása, képzések támogatása, hiányszakmák és foglalkoztatás támogatása.

Sajnálatos módon az egészségügyi tárcánál 2006. nyarán bekövetkezett változások következményeként az otthoni szakápolás, mint országos hálózat tervezett közvetlen fejlesztése kikerült az ÚMFT támogatási céljai és programjai köréből.

Zárszó

A cikkben bemutatott stratégiai dokumentum célja az otthonápolás aktuális problémáival, közép- és hosszabbtávú fejlesztésével kapcsolatos feltáró elemzések, szakmai javaslatok tanulmány formájában történő összeállítása és egy középtávú stratégiai fejlesztési terv vázlatos dokumentumának elkészítése volt. Az elemzések az otthoni szakápolási rendszer átvilágítását és az átvilágítás eredményeként az otthonápolási szektor továbbfejlesztési javaslatainak kidolgozását célozták meg. Ez a koncepcionális anyag közel sem tekinthető teljesnek és kiforrottak. Ugyanakkor célunk az volt, hogy 12 éves működés után az otthoni szakápolási szektor számára egy olyan áttekintés és vázlatos stratégiai keret készüljön, mely kijelöli a következő évek „csapásirányait”.

A MOHE feltétlenül számítana szakmai javaslatainak figyelembe vételére, a szakmai és finanszírozási szabályozási előkészítő munkába történő bevonásra, ezért a szakmai elemző munka végeredményét a kormányzati szervekhez (egészségügyi szaktárca, finanszírozó stb.) is szeretné benyújtani.

Irodalom

Boncz, I., Sántha, K., Szaszko, D., Sebestyén, A. [2006]: **Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár kiadásainak Lorenz-féle elemzése.** Egészségügyi Gazdasági Szemle, 44(2)

Dózsa, Cs., Dérer, I., Takács, E., Bodnár, V. [2006]. **Az OEP szolgáltatásvásárlói szerepének erősítése: 1. [r.], A működés korszerűsítésének lehetőségei.** Informatika és Menedzsment az Egészségügyben (IME), 5(4), 5-21

Dózsa, Cs., Morvai, T., Borcsek, B. [2005]. **A hospice-palliatív ellátás integrált fejlesztése. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár két éves programja.**

Dózsa, Cs., Kisbenedekné Gulyás, K., Borcsek B. [2003]. **Az otthoni szakápolás hatéves fejlődése - egészségbiztosítási szemmel.** Ápolásügy, 16(2)

Érsek, K., Mészáros, K., Dózsa, Cs., Gulácsi, L., Österle, A., Csillik, G., Kárpáti, Zs. [2007]. **A várható "demográfiai cunami" kezelésének lehetőségei.** Informatika és Menedzsment az Egészségügyben (IME), 6(1 ksz.: Egészség-gazdaságtani különszám), 32-40

Frey, M. [2008.] **Trendek a hazai foglalkoztatásban.**

OEP Statisztikai Évkönyvek

www.eski.hu