

Tükröm, tükröm mondd meg nékem, mi a helyzet a rehabilitációval?

Dr. Ari Lajos, Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet

A világgazdaság a pénz forgása körül mozog. Jelen cikk bemutatja az egyes országok GDP-jének mozgását csakúgy, mint az egészségügyi kiadásokat.

A világban megjelenő negatív demográfiai trendek kiemelkedően erősek Magyarországon, a nyugdíjasok és előnyugdíjasok, valamint a munkanélküliek magas száma miatt.

A 2007-es egészségügyi struktúraváltás aktív kórházi ágyak leépítéséhez és néhány kórház bezárásához vezetett. A reform keretében azonban túl sok krónikus ágy keletkezett, amelyek jelentős része rehabilitációs lett, ahol a minimumfeltételek sokszor nem adóttak. Jelen cikkben a szerző ennek a folyamatnak a negatív hatásait mutatja be.

As economy is based on the movements of money all around the world, the change of the GDP of the world will be presented, as well as the expenses spent on public health by the European countries.

The whole world is struck by the trends of demography, whose the negative effects of which are expressly strong in Hungary, the processes are reflected in respect of the pensioners, with special regard to pensioners under age limit, and in respect of employment data.

The attempts to reform public health in 2007 resulted in the decrease of the number of beds and in the closing of hospitals. Nevertheless as a result of this process too many beds were moved from the active nursing system to the chronic system. Many of these beds are financed from the rehabilitation fund but the necessary conditions are not completely available. The negative effects of the processes will be presented in the article.

BEVEZETÉS

Közhelynek számít ma már, hogy nincs a világon egyetlen egy ország sem, ahol a politikusok, szakmapolitikusok, a lakosság és a betegek maradéktalanul elégedettek lennének az egészségügyi szolgáltatások színvonalával, finanszírozásával.

Amióta a főnőcsik feltalálták a pénzt, a döntések hátterében, az esetek elsősorban többségében pénzügyi okok húzódnak meg. Ezek egy részét aztán a kommunikációban versenyképességgel, hozzáférhetőséggel és egyéb megjegyzésekkel igyekeznek maszkírozni, szalonképessé tenni.

Jelen publikációban azt szeretném bemutatni, hogy egy-egy szakmapolitikai (politikai?) döntés hatása alapvetően tudja befolyásolni az egész ellátó rendszert, egészen az egyén szintjéig, illetve azt, hogy teljesen különböző vagy annak látszó társadalmi, gazdasági események, folyamatok miképp függenek össze.

AZ EGÉSZSÉGÜGYRE, SZOCIÁLIS KIADÁSOKRA FORDÍTOTT FORRÁSOK, AZOK HATÁSA

Az egészségügyet a világon mindenhol a megtermelt GDP-ből kell finanszírozni. Sok állam büszke arra, hogy ennek a pénzügyi mutatónak mekkora százalékát fordítja egészségügyi ellátásra, csak éppen az nem mindegy, hogy ez a százalék mekkora összegre vetül.

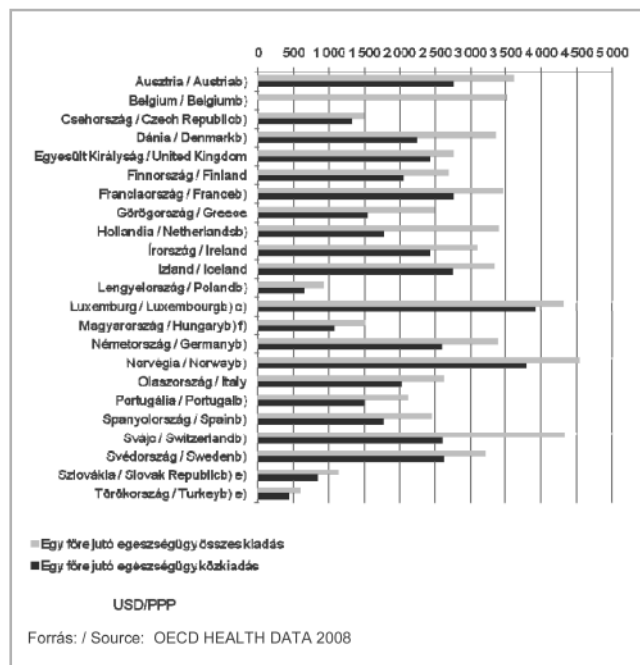
A következő két adatsor ezt kívánja szemléltetni (1. és 2. táblázat).

	GDP (PPP) 2005. millió \$	GDP nominális 2007. millió \$
Világ	59 559 770	44 433 002
USA	12 332 296	12 332 296
EU	12 329 110	13 446 050
Kína	8 091 851	2 224 811
Japán	4 000 327	4 571 314
India	3 602 894	775 410
Németország	2 499 471	3 045 290
Országok	1585478	766180
Lengyelország	512 890	300 533
Lettország	198 976	123 603
Románia	183 162	98 566
Magyarország	(49.) 162289	(46.) 109483
Szlovákia	87 129	46 763
Szlovénia	43 260	34 030

Forrás: IMF 2005 április
IMF 2006 április

1. táblázat
Országok GDP szerinti listája

Jól látszik az adatokból, hogy a világ összjövedelmét túlnyomó részt néhány régió termeli meg, és az abszolút számok ismeretében az egyes országok egészségügyre fordított kiadásai egészen más értelmet nyernek, nyerhetnek. Tovább árnyalja még ezt a képet az a tény, hogy nem mindegy az sem, hogy ezeknek a kiadásoknak hány százaléka közkiadás, illetve magánkiadás. Magyarország a GDP-arányos több mint 8%-os összkivárással tulajdonképpen jó helyet foglal el az európai országok sorában, azonban megkerülhetetlen az a tény, hogy ennek a kiadásnak mintegy 1/3-a úgynevezett magánkiadás.



2. táblázat
Egészségügyi kiadások 2006.

A XXI. század elején a világ minden területén válságok, problémák, krízisek észlelhetők. A teljesség igénye nélkül ezek többé-kevésbé a következő hat csoportba oszthatók:

- gazdasági (hitel) válság,
- élelmiszer ellátási problémák (egyes területeken éhség, más területeken katasztrófális túltermelés),
- energiakrízis,
- ökológiai problémák,
- etnikai, vallási feszültségek, terrorizmus,
- demográfiai gondok.

Különösen nagy súllyal jelenik meg az egészségügyi ellátási területen a demográfiai probléma. Úgy is fogalmazhatunk, hogy legalább kétfajta „időzített bomba” ketyeg:

- túlnépesedés,
- elöregedés:
 - a megnövekedett átlagos élettartam, illetve
 - az alacsony reprodukciós ráta miatt.

A fent jelzett problémák a világ fejlett és fejletlen régióiban különböző módon jelennek meg. Összességében megállapíthatjuk azonban, hogy Európa egy elöregedő, erőteljesen megfogyatkozó társadalom, ahol a termékenységi ráta gyakorlatilag sehol nem éri el az optimális 2,2-es megkívánt mértéket.

Ez az adat Magyarország vonatkozásában 1,3 környékén ingadozik és bármilyen meglepő, a mélyen vallásos Lengyelország, Spanyolország vagy Olaszország ugyanilyen mutatója a magyarországinál rosszabb.

Európa népességének fogyását még az sem kompenzálja, hogy igen erős a fejlődő országokból az európai tagállamok irányába megjelenő migráció. A magyarországi hely-

zetet nagyon jól jellemzik a 3. számú táblázatban olvasható adatok.

	Népességszám Jan. 1. ezer fő	Élve születés	Halálozás	Fogyás - Szaporodás + o/oo	Csecsemő Halandóság o/oo
1949	9.205	19.398	105.718	+ 9,2	91,0
1968	10.244	154.419	115.354	+ 3,9	35,8
1989	10.421	123.304	144.695	- 2,1	15,7
1999	10.253	94.645	143.210	- 4,7	8,4
2006	10.077	99.871	131.603	- 3,2	5,7

Forrás: Statisztikai Évkönyv

3. táblázat
Demográfiai adatok

Ahhoz, hogy a magyar egészségügyben az elmúlt időszakban végbement struktúraátalakítást, ésszerűsítést(?) értékelni lehessen, néhány további makroadat bemutatása is szükséges. A korábbiakban már ismertettem, hogy Magyarország lakossága csökkenő tendenciát mutat. Most pedig nézzük meg azt, hogy állunk az elöregedéssel, valamint a foglalkoztatottsággal (lásd a 4. valamint 5. táblázatokat).

	2000.	2004.	2005.	2006.
Nyugellátásban részesülők (1000 fő)	3103,5	3041,4	3036,1	3027,9
%	30,4	30,1	30,1	30
kifizetett összeg GDP%	9,3	9,9	10,4	10,6
öregségi nyugdíjasok 2007. január 1.	Férfi	Nő	összesen	
rokkantnyugdíjas	629 612	1 046 865	1 676 477	
ebből korhatár alatti	408 790	393 716	802 506	
	232 251	219 702	451 953	

4. táblázat
A nyugellátás helyzete

Nem kell demográfusnak, szociálpolitikusnak lenni ahhoz, hogy az Olvasót megdöbbenesse az a tény, hogy milyen magas Magyarországon a nyugellátásban részesülők száma, és mekkora összeget fizetünk ki a legkülönbözőbb jogcímenek nyugellátásra. Különösen megdöbbenő az az adatsor, amely azt szemlélteti, hogy milyen magas a rokkant nyugdíjasok száma, és sokkoló adatként kell értelmezni a korhatár alattiak közel félmilliószámát, amihez még hozzá kell adni azokat, akik úgy részesülnek nem rokkant nyugdíjban, hogy életkoruk messze a korhatár alatt van. Ezekből az adatokból négy következtetést lehet levonni:

Gazdaságilag aktív népesség (15-74 év)	Foglalkoztatott	Nyílvántartott munkanélküli	Gazdaságilag inaktív népesség (15-74 év)	Passzív munkanélküli	Aktív Munkanélküli arány	Munkanélküli ráta	Foglalkoztatási ráta
1995 4095,3	3678,8	416,5	3224,4	106,7	52,4	10,2	na.
2000 4119,9	3856,2	263,7	3659,6	108,2	53	6,4	49,6
2005 4205,4	3901,5	303,9	3517,1	110,7	54,5	7,2	50,5
2006 4246,9	3930,1	316,8	3474,9	na.	55	7,5	50,9
2007 4238,1	3926,2	311,9	3481,3	na.	54,9	7,4	50,9

5. táblázat
Foglalkoztatás fő jellemzői

- Az egyik szinte történelmi távlatokba nyúlik vissza, a rendszerváltás idejére: a szocializmusból a kapitalizmusba való gazdasági átmenet foglalkoztatási problémáit az állam, a munkáltatók nem foglalkoztatáspolitikai eszközökkel, hanem a nyugdíjrendszer felhasználásával oldották meg. (Mondhatjuk úgy is: valamilyen szinten megettük az aranytojást tojó tyúkot.)
- A másik gondolat: nincs a világon olyan gazdag ország, amely megengedhetné magának azt a luxust, hogy ilyen tömegű „álnyugdíjast, álrokkant nyugdíjast” eltartson.
- Ebből a gondolatmenetből következik, hogy kifejezetten üdvözlendő az az áttörés, amely megindult a komplex rehabilitáció bevezetése területén azzal, hogy létrejött az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet, illetve alapvetően változnak a rokkantosság szabályai. Vallom ezt akkor is, ha most éppen gazdasági visszaesést él meg az ország.
- A negyedik következtetés pedig az, hogy megkerülhetetlen lesz az öregségi nyugdíjkorhatár fokozatos emelése, illetve az „öngondoskodó rendszer” stabilizálása.

Hazánk foglalkoztatási adatai nagyon rosszak, az uniós országok között az utolsók között vagyunk. Ennek egyik oka az alacsony iskolázottság, ami már a gazdaság működésének akadályává válhat.

Azon Olvasók számára, akiket a demográfiai és foglalkoztatási adatok mélyebben érdekelnek, javasolom megismerni Laki László és Demény Pál valamint más szerzők ez irányú publikációit.

A REHABILITÁCIÓ HELYZETE

Magyarország az Európai Unió tagjaként be kíván kerülni az euró-övezetbe. Ennek azonban rendkívül szigorú fiskális és monetáris feltételei vannak. A „klubtagság” feltételein az Európai Unió semmilyen körülmények között nem kíván változtatni, még akkor sem, ha ezek egy részét a jelenlegi pénzügyi válságban jó néhány már „klubtag” ország sem tudja teljesíteni. Ennek a ténynek az a következménye, hogy Magyarországon az állami kiadásokat – beleértve a

társadalombiztosítással összefüggő kiadásokat is – újra kell gondolni, ami egyenesen maga után vonja azt a tényt, hogy az egészségügyi ellátó rendszert is újra kell strukturálni, definiálni.

2007 nyarán úgy tűnt, hogy az aktív kórházak struktúrájának átszabása és a súlyponti kórházak létrehozása nagy lépést tesz az ésszerűsítés irányába. A cikk elején bemutatott demográfiai adatokból az egészségügyi ellátó szolgálat vonatkozásában a döntéshozó arra a következtetésre jutott, hogy növelni kell a krónikus ágyak számát.

Nézzük meg, hogy ennek a döntésnek mi lett a következményei a rehabilitációs ellátás tekintetében (6. táblázat). A kiemelések nem véletlenek, a két fogalom sajnos Magyarországon erősen összemosódik.

év	ágy
1994	4829
1995	9217
2002	12021
2006	12220
2007	14598
SZK javaslat	10850

- a jelentős változásokat kormányzati döntések eredményezték
- ezeket előre „megjósolni” nem lehetett
- ezért az új kapacitásokat képzett személyzettel ellátni nem lehet
- a kórházak nem tudtak a minisztériumi elképzelések szerinti ágyszámot indítani
- a személyzet : ágy arány és a súlyos szövödmények között szoros, bizonyított összefüggés van

(Forrás: OORI Informatika, ill. OEP) Forrás: Prof. Dr. Kullmann Lajos
Dr. László Gergely emlékeztetés

6. táblázat
A rehabilitációs ágyak számának alakulása 1994-2007.

Jól látszik, hogy a szakma elvárásával, illetve javaslatával ellentétben túlkapacitás jelent meg a rehabilitációs szolgáltatás területén. Ennek „eredményét” a 7. táblázat szemlélteti.

	1995.	2005.	2006.	2007.
Mozg.sz.	87,4 %	92,8 %	92,0 %	84,6 %
Belgy.	90,4 %	111,4 %	82,1 %	65,7 %
Cardiol.	0	93,3 %	92,4 %	80,3 %
Pulmon.	0	83,1 %	81,3 %	77,3 %
Gyermek	89,2 %	74,9 %	64,4 %	47,3 %
Együtt:	89,0 %	91,1 %	89,3 %	71,0 %

Forrás: Dr. Till Attila, Kémenczy Jánosné
OSAP elemzés

7. táblázat
Rehabilitációs osztályok ágykihasználtsága 1995-2007.

Mint az közismert, a rehabilitációs szolgáltatás finanszírozása szakmai szorókkal módosított ápolási nap arányosan történik, ezért érdemes azt is megnézni, hogyan alakult a legmagasabb szoróval finanszírozott ágyak száma.

A táblázat megértéséhez néhány dolgot rögzíteni kell: a rehabilitáció kifejezetten munkaerő igényes – team munka – ahol egy-egy beteg ellátása, gyógyítása érdekében komoly csapatok dolgoznak, sokszor 10-12 különböző szakterület képviselői (beleértve a családot is!!).

Ki kell még említeni azt is, hogy orvosi rehabilitációról csak akkor beszélhetünk, ha az ellátott esetében tartós, de nem feltétlenül végleges fogyatékoság ellátásáról van szó. Tehát a fitness-wellness, szanatóriumi ellátás semmilyen körülmények között nem sorolható a rehabilitációs ellátások közé. Fontos továbbá megjegyezni még azt a tényt, hogy az egész világon, ahol jól szervezett a rehabilitáció, a legsúlyosabban sérültek ellátását néhány helyre koncentrálják, pontosan azért, mert a drága munkaerő költségeit csak így lehet biztosítani. Arról nem is beszélve, hogy tekintettel a munka nehézségére, ezen a területen az átlagosnál is nagyobb a burn out jelenség, és ezért is a rehabilitációs osztályokon viszonylag nagy a létszámihiány és a fluktuáció.

A	13
B	10
C	5
D	30
E	30
F	20
G	12
H	12
I	10
J	40
K	40
L	39
M	15
Összesen	276

Forrás: OEP (Molnár Attila)

8. táblázat
3,3-as szorzóval finanszírozott ágyak

(A döntéshozatal pillanatában ez a szorzó volt érvényben. Az osztályokat szándékosan nem nevesítettük, az OSAP jelentésben fellelhetők.)

Szakmapolitikusok kis ágyszámú, kis forgalmú aktív osztályok megszüntetését azzal a logikus szakmai érveléssel is alátámasztották, hogy a személyzetnek ezeken a helyeken nincs kellő tapasztalata, gyakorlata. Ez az érvelés miatt nem érvényes a rehabilitációban? Ezzel szemben a rugalmasan specializálódott rehabilitációs ágyak jó része szigetszerűen elaprózva került befogadásra!

Fentiek igazolásául még néhány adat: 2008. év elején 285 rehabilitációs szorzóval finanszírozott osztályt figyelembe véve egynél több rehabilitációs szakvizsgálattal rendelkező orvos mindösszesen az osztályok 20%-án dolgozott. Egy gyógytornászra ugyanebben az időszakban 17 beteg jutott. A gyógytornászok munkaideje 40 óra/hét, de ebből hivatalosan mindösszesen 36 órát tölthetnek el betegágy mellett,

ami azt jelenti, hogy egy betegre átlagosan hetente maximum 120 perc jut, azaz naponta kevesebb mint fél óra. Ez az adat azt hiszem, további kommentárt nem igényel.

KÖVETKEZMÉNYEK

2004 és 2007 között pl. rehabilitációs osztályon az ellátott koponya-agysérült betegek száma 522 főről 452-re csökkent. Biztosak lehetünk benne, hogy nem a sérültek száma csökkent.

1979 és 2008 között mintegy 300 orvos szerzett rehabilitációs szakvizsgát, közülük jelenleg 210-220 aktív. Furcsa módon egy részük rész munkaidőben, több helyen is végez munkát (azaz adja a „bélyegzőjét” a szolgáltatónál nyújtott rehabilitációs(?) tevékenységhez).

Erőteljesen csökken az ápolási idő a rehabilitációs osztályok egy részén. Több olyan osztály van, ahol az ápolási idő kevesebb, mint egy hét. Még megdöbbentőbb képet mutatnak a mortalitási adatok. 285 rehabilitációs osztály adatait áttekintve az osztályok 11%-án 10% feletti a halálozás, és az osztályok 35%-án 3% feletti ez az adat. Van olyan osztály, ahol a mortalitás több mint 70%. Ezek az adatok is az OSAP jelentésben ellenőrizhetők. Az már csak „hab a tortán”, hogy ezt a kötelező jelentést néhány kórház konzekvensen megtagadja.

Érthető, hogy az egyes intézmények maximalizálni igyekeznek bevételeiket, és arra törekednek, hogy magukat feljebb rangsoroltassák a finanszírozási létrán, azonban ezek a tendenciák, ezek a tények elfogadhatatlanok.

Ha most a makroszintről leereszkedünk a betegek szintjére, szintén szomorú a kép: mint a progresszivitás csúcsán levő intézmény, az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet sok helyről kap beteget, amelyeket más rehabilitációs intézetben kezeltek. Az 1. ábrán néhány képet szeretnék bemutatni elrettentésképpen olyan betegekről, akiket emelt szorzójú osztályon rehabilitáltak (?!).



1. ábra
Az OORI-ba átvett, máshol rehabilitált betegek fotói

Vajon mit szólna bármelyik érintett egészségügyi dolgozó, ahol ezek az esetek megtörténtek (és ezek, amelyek egy nem orvosi szaklapban bemutathatók), ha a képen az ő „hozzátartozója” lenne látható?

KÖVETKEZTETÉSEK

A Grimm mesében a gonosz királynő megkérdezte a tükörről, hogy ki a legszebb a vidéken? A mese folytatását mindenki ismeri. Én meg azt a kérdést teszem fel: Tükröm, tükröm mondd meg nékem, helyes alapokról kiindulva hibátlan döntés született-e 2007-ben a kórházi strukturaváltás során, és rehabilitáció-e mindaz, ami annak látszik, csak azért mert úgy finanszírozzák?

A válasz megfogalmazását az Olvasóra bízom.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] KSH Statisztikai Évkönyvek
- [2] KSH Demográfiai Évkönyvek
- [3] CIA World Fact Book 2007
- [4] OECD Health Data 2008.
- [5] Laki László, Politikatudományi Szemle 2006. 4. szám
- [6] OEP Statisztikai Évkönyv 2007.
- [7] Demény Pál, MTA székfoglaló előadás 2002. december 30.
- [8] OSAP jelentések 2000-2007.
- [9] Dr. Kertész Györgyi, Szakmai Kollégium elnök előadása Nagykovács 2008. október
- [10] Dr. Till Attila előadás Hévíz, 2008. május
- [11] Prof. dr. Kullmann Lajos előadása a László Gergely emléknapon 2007. november
- [12] Német György, Molnár Attila személyes közlés

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Dr. Ari Lajos 1973-ban szerzett vegyészmérnöki, majd 1979-ben közgazdász diplomát. 1981-ben doktorált egészségügyi témakörben. 1995-ben a dobogókői első hazai egészségügyi menedzserképző kurzus elvégzése után egészségügyi szakmenedzseri képesítést szerzett. 1990-ben Ausztriában folytatott egészségügyi menedzser tanulmányokat. 1983-tól az Országos Orvosi Reha-

bilitációs Intézet gazdasági igazgatója, jelenleg főigazgató helyettese. Az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesületének (EGVE) alapító tagja és megalakulása óta alelnöke, illetve kilenc éve az elnöki tiszteletet tölti be. Szakmai elismerésként 1997-ben a Magyar Köztársasági Érdemrend Kiskeresztjét, valamint 2003-ban a Batthyány–Strattmann-díjat kapta meg. Szabadidejében régebben a technikai versenysportok szervezése, ma az utazás, illetve ásványgyűjtés tartozik a kedvenc elfoglaltságai közé. Hetvenöt éves önkéntes vradó.

Fókuszban az Amerikai Egyesült Államok

A Debreceni Egyetem Napjának egyik fő témája az egyetem és az USA felsőoktatási intézményei közötti kapcsolatok bővítése volt. Az eseményen két szervezet, a Fulbright Bizottság és az Institute of International Education hallgatói, oktatói és kutatói mobilitást elősegítő csereprogramjairól is szó esett. A rendezvényhez kapcsolódó, New York városát, valamint az USA tudományos-technológiai fejlődésében kiemelkedő szerepet játszó tudós magyarokat bemutató kiállítást Prof. Abádi Nagy Zoltán utazó követ nyitotta meg. A program zárásaként – országosan egyedülálló kezdeményezésként – az egyetem oktatóiból megalakult az amerikai ösztöndíjasok baráti köre.