

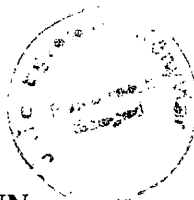
2545

ACTA UNIVERSITATIS SZEGEDIENSIS
DE ATTILA JÓZSEF NOMINATAE

ACTA JURIDICA ET POLITICA

Tomus LIV.
Fasciculus 6.

1999 -12- 26



FRÁTER MARIANN

**A humánusabb egészségügy felé: a házi
szakápoló szolgálatokról**

SZEGED
1998

ACTA UNIVERSITATIS SZEGEDIENSIS
DE ATTILA JÓZSEF NOMINATAE

ACTA JURIDICA ET POLITICA

Tomus LIV.
Fasciculus 6.

FRÁTER MARIANN

**A humánusabb egészségügy felé: a házi
szakápoló szolgálatokról**

SZEGED
1998

Edit

Comissio Scientiae Studiorum Facultatis Scientiarum Politicarum et
Juridicarum Universitatis Szegediensis de Attila József nominatae

ELEMÉR BALOGH, LAJOS BESENYEI, LÁSZLÓ BODNÁR, OTTÓ
CZÚCZ, JENŐ KALTENBACH, TAMÁS KATONA, JÁNOS MARTONYI,
IMRE MOLNÁR, FERENC NAGY, PÉTER PACZOLAY, BÉLA POKOL,
JÓZSEF RUSZOLY, LAJOS TÓTH, LÁSZLÓ TRÓCSÁNYI

Redigit
KÁROLY TÓTH

Nota
Acta Jur. et Pol. Szeged

Kiadja

a szegedi József Attila Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Karának
tudományos bizottsága

BALOGH ELEMÉR, BESENYEI LAJOS, BODNÁR LÁSZLÓ, CZÚCZ
OTTÓ, KALTENBACH JENŐ, KATONA TAMÁS, MARTONYI JÁNOS,
MOLNÁR IMRE, NAGY FERENC, PACZOLAY PÉTER, POKOL BÉLA,
RUSZOLY JÓZSEF, TÓTH LAJOS, TRÓCSÁNYI LÁSZLÓ

Szerkeszti
TÓTH KÁROLY

Kiadványunk rövidítése
Acta Jur. et Pol. Szeged

ISSN 0324–6523 Acta Univ.
ISSN 0563–0606 Acta Jur.

Bevezetés

Általánosságban azt mondhatjuk, hogy az egészségügy nem más, mint a szenvedő, beteg emberek ellátása. Két nagy területre osztható az egészségügy:

- az egészségügyi ellátás és a
- szociális ellátás területére.

A két terület között a különbség jelentős. Míg az elsőt a biztosítottak által befizetett társadalombiztosítási járulékokból fedezik, addig a másodikat az állami költségvetésből finanszírozzák, azaz a befizetett adókból. A finanszírozási különbség mellett abban is eltérés mutatkozik, hogy ki kaphatja az ellátást. Az egészségügyi ellátásokra csak a kedvezményezettek köre jogosult, míg a szociális ellátásokat szociális rászorultságtól függően osztják szét.

Egészségügyi ellátások	Szociális ellátások
– alapellátás	– pénzübeni juttatás
– járóbeteg-szakellátás	– természetbeni juttatás
– fekvőbeteg-szakellátás	

Az egészségügy rendszerében a házi szakápolás intézménye Magyarországon 1996-ban jelent meg, melynek elsődleges célja az lett volna, hogy tehermentesítse a kórházi ágyakat. Ez azonban nem könnyű feladat, mert még ma sem egyértelmű, hogy az egészségügy struktúrájában hol helyezkedik el ez az új intézményi forma. Az új egészségügyi törvény – az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről – sem helyezi el egyértelműen az ellátórendszer struktúrájában a házi szakápolás intézményét. Megjelenik mind az alapellátás, mind a járóbeteg-szakellátás szintjén, és a fekvőbeteg-szakápolásban feladatként adja az ápolási célú fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásokat és a hosszú ápolási idejű ellátásokat is. Az intézmény felállításának elsődleges célja az volt, hogy a költségek csökkentése révén a régi kórházcentrikus ellátást megváltoztassa és a beteg azon a szinten kapjon ellátást, ahol arra szüksége van. Nálunk az 1990-es években kezdődött el az a reform, ami folyamatosan a teljes egészségügy szerkezetét megváltoztatta. Ennek a folyamatnak egyik állomása volt a házi szakápolás intézményének bevezetése. Nálunk semmilyen hagyományai nem voltak az ilyen jellegű ápolásnak, így a nyugat-európai és amerikai modelleket vehettük alapul. Talán ezért is illetve az igények felmérése céljából is a szakápolás intézményének bevezetését megelőzte egy 2 éves modellkísérlet, mely arra próbált választ keresni, vajon érdemes-e – a máshol jól bevált – szakápolói szolgáltatásokat nálunk is bevezetni; tudja-e csökkenteni a kórházi ágyak költségét azzal, hogy kórházi ágyat vált ki?

Azt vizsgáltam, hogy milyen feltételek mellett indult el hazánkban a házi szakápolás, és mely előzmények hatására döntöttek úgy a szakemberek, hogy megszervezzék ezt a szolgáltatást. A tanulmány a szolgálatok kezdeti lépéseit mutatja be, általánosságban beszélve róluk, nem merülve bele részleteibe.

I.

Az egészségügy válsága

Ma az egészségpolitikusok véleménye megegyezik abban, hogy az egészségügy súlyos válságban van. Az egészségügy átalakításának szükségessége már 10–15 éve felvetődött, mivel a rendszer súlyos hiányok mellett pazarlóan működött. Az egészségügy átalakítását és modernizációját mind népegészségügyi, mind szakmai, mind pedig gazdasági szempontok egyaránt szükségessé tették. Az utóbbi évek legsúlyosabb gondja volt, hogy túlságosan nagy hangsúlyt fektettek a gyógyításra, míg az egészségmegőrzést és a prevenciót nem részesítették előnyben.¹

Az egészségügyi struktúra egyik fő problémája az, hogy a betegek jelentős része az ellátórendszernek nem azon a helyén kap ellátást, amelyet az állapota igényelne, hanem az ellátás költségesebb formáiban, vagy pedig nem csak a szükséges ellátást kapja. Problémaként jelentkezik az is, hogy a beteg az állapotának megfelelő intézményben az indokoltnál több vagy hosszabb ideig tartó ellátást kap. Maga a "struktúraátalakítás nem azonosítható a kihasználatlan aktív kórházi kapacitás megszüntetésével, mivel e komplexebb probléma kezelése összetettebb eszközrendszert igényel."²

A mai egészségpolitika feladata, hogy meghatározza azokat a stratégiai irányokat, melyek egy új egészségügyi struktúra megteremtését rajzolják elő.

Ezek a prioritások – az egészségügyi program alapján – a következők:

1. Az egészségvédelem nemzeti programja;
2. A kórházon kívüli ellátások súlyának, presztízsének növelése: házi orvos, házi ápolás, foglalkozás-egészségügy, ambuláns szakellátás;
3. Kórház: kevesebb aktív ágy, megbízható sürgősségi ellátás, korszerűbb infrastruktúra;
4. A teljesítményelv és a közalkalmazotti jogviszony összhangjának megteremtése;
5. Minőségbiztosítási rendszer felépítése;
6. Az orvosképzés és -létszám a szükségletekhez igazodjék;
7. Menedzszerszemlélet és menedzseri felkészültség szorgalmazása;
8. *Egészségügyi kiadások: reálérték védelme;*
9. Gyógyszertámogatás: új rendszer kialakítása
10. Privatizáció bátorítása, nonprofit működés ösztönzése.³

Az egészségügy ellátási rendszerén belül nagyon fontos az alapellátás erősítése, amely által mentesülhetne a szakellátás a nem rá tartozó tömeges feladatoktól, s így nagyobb erővel tudná figyelmét szakmai szintjének emelésére illetve igényesebb feladatok ellátására fordítani. Az alapellátás fontos kritériuma, hogy az embereket ott kell ellátni, ahol élnek vagy ahol dolgoznak. Feladatai közé tartozik többek között a betegségek megelőzése, az egészséges életmódra való nevelés kialakítása és támogatása.

¹ *Nógrádi Tóth Erzsébet*: Reformok nélkül összeomlik a népjólét. Az egészségügy átalakítására 3,5 milliárd Ft jut az idén. – <http://www.elender.hu.ag/tallozo/reform.htm>.

² *Dr. Orosz Éva*: Javaslatoak az egészségügyi rendszer reformjára. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 1996.34.3., 184–185. p.

³ *Dr. Kókény Mihály*: Kihívások a magyar egészségpolitika számára. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 1994.32. 6., 665. p.

Az alapellátás az egészségügyi ellátási rendszer alapja, amely egy része a családra és a közösségekre irányul. Az alapellátást az egészségügyi dolgozók csoportja nyújtja, amelynek vezetője az orvos, tagjai ápolónők, védőnők, gyógytornászok és egyéb szakemberek. A team nem funkcionálhat hatékonyan közös célok és világosan kijelölt feladatok nélkül. Az előzőekből következik, hogy az alapellátásban dolgozó ápolóknak magas szintű általános és szakmai ismeretekre, és széleskörű tapasztalatokra van szükségük. Ismerniük kell az egészségre káros rizikó-tényezőket, gyakorlottnak kell lenniük a betegségek felismerésében, ismerniük kell az igénybe vehető segítséget is. Nagyon fontos, hogy az ápolók ismerjék azt a közösséget, melyet ellátnak és jó kapcsolatot tudjanak kialakítani betegeikkel. Képesnek kell lenniük a team-munkára, és ennek során meg kell érteniük a teamben dolgozó többi egészségügyi szakember szerepét.

Az új egészségpolitikában illetve az új egészségügyi törvényben már megtalálhatók azok az elemek, melyek segítségül szolgálhatnak egy új szemlélet: az egészséges, a betegségek megelőzését célzó élet kialakításához. Ebben a többlépcsős reformban a gondozási feladatokhoz kapcsolódó újszerű tevékenység a házi szakápolás is szerepet kap. A cél az, hogy minél több definitív ellátás teljesüljön a házi orvoslás szintjén, azaz az alapellátás rendszere tökéletesedjen.

II.

A házi betegápolás szükségessége Magyarországon

Ma már tudományosan igazolt tény, hogy otthonában, saját környezetében gyorsabban gyógyul a beteg, mint a kórházban; természetesen akkor, ha adott a szükséges technikai-háttér. Az otthoni ápolás rendszerét először Amerikában dolgozták ki, ami nem is meglepő, hiszen ott köztudottan drága a kórházi ápolás. 1980-as évek elején vezették be a homogén betegcsoportokat az Egyesült Államokban annak érdekében, hogy az egészségügyi ellátással kapcsolatos állandóan növekvő kiadásokat korlátozzák. Ennek eredménye lett a betegek korai hazabocsátása a kórházakból a kezeléseik után. A betegek ápolása a továbbiakban a beteg otthonában folytatódott.⁴ Nálunk akkor kezdtek felfigyelni erre a lehetőségekre, amikor a kórházi ápolás költségei egyre jobban emelkedtek és szükségszerűvé vált a kórházi ágyak leépítése. Az ápolásra, gondozásra szoruló idős hozzátartozók, a műtéten átesett aktív munkaképes emberek ellátása megoldhatatlan lett volna, ha a kórházi ágyak számának jelentős csökkentését nem ellensúlyozzák valamilyen módszerrel. A háziápolás és szociális gondoskodás hatékony megszervezése és koordinálása biztosíthatja illetve biztosítja a szakszerű és minden igényt kielégítő ellátást. A magas színvonalú, szakszerű háziápolás alapfeltétel lehet a kórházi ágyak felszabadításának. Az ápolás rendszerének javulása nemcsak a beteg szempontjából volna előnyös, hanem az orvosok munkájára is pozitív hatást gyakorolna, ami természetesen az egész betegellátás rendszerét is javítaná. Az ápolás színvonalas ellátásához elsősorban megfelelő technikai háttérre volna szükség, másodsorban magas szintű szakképzésre, harmadsorban pedig állami támogatásra.

1994-ben az egészségügy rendszere szükségszerűvé tette a háziápolás megszervezését, a következő szempontok miatt:

– a házi orvoslás bevezetésével az egészségügy struktúrája átalakult;

⁴ Doris M. Modly: Otthoni ápolás az Amerikai Egyesült Államokban és világszerte. Nővér, 1997.10.1., 3. p.

- társadalmi igény is jelentkezett erre;
- a lakosság öregedése és morbiditási viszonyai (a megbetegedések arányszáma) miatt is igénnyé vált;
- a kórházi ápolási idő lerövidült;
- szükségessé vált a költségsökkentés.

A házi ápolás biztosítani tudná az akut betegek ellátását, a kórházból hazakerült betegek ápolását, a krónikus betegek önállóságának erősítését, rehabilitációját. Fontos szerepet kapna a megelőzésben, a gondozásban és összehangolható lenne a szociális ellátással illetve a családtagok is részt tudnának vállalni benne.⁵

Elméletileg a házi szakápolás bevezetésére a következő modelleket találták elképzelhetőnek:

1. Privát szervezetek

- non profit szervezetek (alapítvány, közhasznú társaság, egyházak és más karitatív szervek)
- profitorientált gazdasági szervezetek (bt., kft., rt., egyéni vállalkozás)

2. Állami szervezetek

- kórházzal, helyi önkormányzattal, szociális ellátó intézménnyel szervezeti egységben.

A lehetséges finanszírozási háttér:

- Országos Egészségbiztosítási Pénztár
- állam, önkormányzat (szociális törvény alapján kiegészítő finanszírozás)
- Önkéntes Kölcsönös Biztosítók (törvény alapján kiegészítő finanszírozás)
- egyéb források (PHARE, Soros).⁶

Ezen alternatívák közül kellett egy olyan modellt kialakítani Magyarországon, mely a házi szakápolás rendszerének teljes mértékben megfelel. Ez nehéz feladat, mivel e rendszernek nálunk nincsenek hagyományai; csak a külföldi modellek adhatnak a kialakításhoz támpontot. Erről a későbbiekben bővebben szólok.

A következőekben szeretnék szólni arról, hogy az egészségügyi vállalkozások létrehozásának milyen feltételei vannak nálunk. Az egészségügyi dolgozók és az egészségügyi intézmények az elmúlt években egyre inkább arra törekedtek, hogy megkeressék a magánszektorban való működés lehetőségét. Egészségügyi intézmény számos szervezeti és tulajdonosi formában működhet. A jelenlegi egészségügyi jogi szabályozás megteremtette a szektorsemlegességet: a szakmai szabályokat az egészségügyi szolgáltató tulajdonosától és működtetőjétől függetlenül határozza meg. Az 1997. évi CLIV. tv. az egészségügyről tényként kezeli a tulajdonviszonyokat. Ezen belül a kizárólag egyes egészségügyi intézmények által ellátható feladatokat tekinti speciálisnak. Az ellátandó feladat, a szakmai színvonal és a költséghatékonyság, valamint a gazdaságos működés érdekében kell döntenie arról, hogy az egészségügyi szolgáltató számára mely tulajdoni forma a legmegfelelőbb. Ez versenyhelyzetet teremt a szolgáltatók között, és a helyi önkormányzatok illetve az állam számára is megteremti a választás lehetőségét, hogy egészségügyi ellátási feladataikat maguk végezzék a saját intézményeikben, vagy más

⁵ Dr. Fejér László: Háziorvoslás–házigondozás, háziápolás. (Erzsébet kórház, Bp.), <http://www.elender.hu...g/praxis/pr950854.htm>.

⁶ Az otthoni ápolás és hospice szolgálat. Konferencia (1994.szeptember 22–23.) OEP.

(magán) szolgáltatóval kötött szerződéssel ők maguk gondoskodnak a feladatok ellátásáról.⁷

Az állam feladata az egészségügyi ellátórendszer megszervezése és a helyi önkormányzatok kötelessége a lakosság egészségügyi ellátásáról való gondoskodás. Ez utóbbi területen azonban nagy szabadságot élveznek az önkormányzatok. Így az egészségügyi szolgáltatók jogi helyzete az ellátórendszerben sokféle:

- állami, önkormányzati intézmények (költségvetési intézmények);
- területi ellátási kötelezettséggel működő, vállalkozásban működtetett szolgáltatók, amelyeknél az intézményi vagyon és az ingatlan továbbra is önkormányzati/állami tulajdonban van (ún. funkcionális privatizáció);
- területi ellátási kötelezettséget szerződéssel átvállaló, a magánszektorban működő egészségügyi szolgáltatók (ezek már a privatizáció bizonyos elemein túlvannak);
- területi ellátási kötelezettséggel nem rendelkező egészségügyi szolgáltatók (állami, önkormányzati és magántulajdonban egyaránt lehetnek).

A magánszektorban, mint egészségügyi szolgáltató működhet egyéni vállalkozás, orvosi magángyakorlat és egészségügyi magántevékenység. Az *egyéni vállalkozás* esetében egy magánszemély vállalkozik valamilyen üzletszerű gazdasági tevékenységre. Az *orvosi magángyakorlat* folytatása minden orvos joga, aki megfelel a jogszabályban előírt feltételeknek. Az engedély magára a tevékenységre jogosít, viszont nem jelenti annak elismerését, hogy a betegellátás szempontjából szükséges a szolgáltatás, és nem jelenti azt sem, hogy a szolgáltató jogosult lenne az Egészségbiztosítási Alapból való finanszírozásra. Az *egészségügyi magántevékenység* esetén a jogosultak köre annyiban tér el, hogy a magántevékenység végzésére az alap-, közép- vagy felsőfokú végzettségű egészségügyi szakdolgozó jogosult. Engedély arra a területre adható, amelyre nézve a kérelmező szakképesítéssel rendelkezik. Az egészségügyi tevékenység végzésének nem mindig feltétele a magánrendelő. A kizárólag a beteg otthonában nyújtott ellátások tehát ebben a formában nyújthatók. Így például az otthoni szakápolás is ebbe a körbe tartozik. Bármely egészségügyi intézmény helyet adhat ilyen tevékenységnek, úgy is, ha önálló helyiséget nem bocsát rendelkezésre.⁸

III.

A házi szakápolás rendszerének kialakulása hazánkban

A fejlett civilizációjú társadalmak egészségügyének egy sajátos fordulata, amikor – gazdasági megfontolások és a lakosság igénye alapján – a gyógyítás és az ápolás helyszínét igyekeznek visszahelyezni a beteg otthoni környezetébe, mint ahogy az korábban is általános volt. Hazánkban ez a folyamat napjainkban zajlik. A szakápolási szolgálat létrejöttében alapvetően gazdasági megfontolások játszottak szerepet, de vitathatatlan, hogy a beteg saját otthonában, szerettei között gyorsabban gyógyul; több szeretetet, ápolást, törődést, megértést kap. Ugyanakkor arról sem szabad megfeledkeznünk, hogy ez a folyamat: a gyógyítás és ápolás „visszaháziasítása” hátrányokkal is járhat, mivel a beteg otthonában nincs állandó orvosi és ápolói ellátás, nem alkalmazható a korszerű

⁷ Szempontok az egészségügyi vállalkozások létrehozásához és az egészségügyi szolgáltatások privatizációjához I. rész Magyar Orvos, 1998. április.

⁸ Uo.

technika minden eszköze. Ebből kifolyólag ez a fajta ápolási rendszer csak azokban az esetekben alkalmazható, amikor már szigorú kórházi felügyeletet és orvosi ellátást nem igényel a beteg.

Magyarországon az elsősorban gazdasági kényszer által befolyásolt kórházi ágy-szám-csökkentés illetve leépítés egyik ellensúlyozásaként került bevezetésre az otthoni szakápolás intézménye; melynek elsődleges célja a drága kórházi ágyak kiváltása.⁹

1994-ben kezdődött el az otthoni betegellátás (home care) intézményének megszervezése. Nehéz feladatnak bizonyult, – mutatja ezt a jelen szabályozási rendszer ellentmondásossága is – mivel nálunk nem volt semmilyen múltja a házi szakápolásnak, de a szociális ellátás keretében működött és működik ma is a házi gondozás. Hagyományai természetesen nálunk is voltak a klasszikus értelemben vett ápolásnak, hiszen már a honfoglalás körüli időkben is szükség volt rá. Később a kereszténység megjelenésével és elterjedésével megalakult az első betegápolással foglalkozó Szent Benedek Szerzetesrend. A XVIII. században az Irgalmasrend megjelenésével kapott nagy lendületet a gyógyítás azzal, hogy létrehozta egy 100 ágyas kórházat. E mellett már a világiak próbálkozásai is megfigyelhetők voltak: a XIII. században városi kórház működött Sopronban, Nagyszébenben. Mária Terézia uralkodása idején átformálódtak a kórházak belső világa, úgynevezett „kórházi gárda” felelt az ápolás megszervezéséért, megindult a dolgozók szakképzésére való törekvés. A felvilágosult abszolutizmus idején született meg hazánkban az első olyan rendelet, mely a betegápolás kérdésével foglalkozott. A betegápolók szakmai és fegyelmi előjárói az orvosok és sebészek voltak, s ők gondoskodtak szakszerű képzésükről is. Az 1848–49-es szabadságharc megtorpanította a fejlődést, de a kiegyezés után a Magyar Vöröskereszt szervezésében megindult a nővérképzés. A féléves elméleti képzést követte az egyéves gyakorlati képzés, amiről oklevelet kaptak. Később a féléves elméleti oktatást egy évre emelték fel és a képzést a hat elemi elvégzéséhez kötötték. Ez a képzési forma jelentette a magyar ápolónőképzés első iskola típusát. 1950-ben a megalakult Egészségügyi Minisztérium egységes szervezeti alapokra helyezte a középfokú egészségügyi személyzet képzését, majd 1989-ben beindulhatott a felsőfokú képzés is.¹⁰ A történelmi korok változásával természetesen ez a szakma is nagy változásokon ment keresztül, s a kezdetben különálló betegápolási formák lassan beolvadtak az egészségügyi rendszerébe.

Az 1950-es évek körül a megváltozott politikai-gazdasági helyzet következtében az egészségügy struktúrájából adódóan nem volt szükség és igény sem arra, hogy a házi szakápolás, mint külön ellátási forma megjelenjen. A politikai-gazdasági rendszer megváltozása eredményezte hazánkban a pazarló kórházi ellátás megreformálását, s egy korszerűbb, a piacgazdasági viszonyoknak megfelelő rendszer kialakítását. Az ápolás eddig a gyógyító tevékenységre irányult, és főleg kórházorientált volt. Az otthoni, házi betegápolást csakis az egészségügyi rendszer struktúrája egészében kell értékelni; de tény, hogy a fejlett országokban jobban igénybe veszik, mert olcsóbb, és nem utolsósorban a betegnek is jobb, ha saját környezetében részesül a megfelelő ellátásban, ha szüksége van rá.

A home care, azaz a házi szakápolás mellett működik egy másik kórházakat segítő szolgálat a hospice ellátás, melynek feladata a haldokló betegek gondozása. A hospice mozgalom célja az, hogy megteremtse a meghalás emberhez méltó körülményeit, illetve a haldokló speciális ellátását. A hospice egy sajátos ápolási otthon, ápolási

⁹ Az ápolás visszatér az otthonokba. Nővér különszáma, 1997. 10. 1.

¹⁰ Herbárium Alapítvány munkamegbeszélésén készült dokumentáció, Balatonboglár, 1995. május 26–28., 4–9. p.

közösséget jelent. A közösség tagjai: a beteg, az orvos, a nővér, a pszichológus, a gyógytornász, valamint a szociális munkás és az önkéntesek. Minden más egészségügyi intézménytől az különbözteti meg, hogy a szakemberek mellett laikusok is részt vesznek (családtagok, papok) a betegek gondozásában.¹¹ A hospice-gondozás minden formája ingyenes a beteg számára, hiszen így valósítható meg a haldokló számára az "esélyegyenlőség".¹²

A haldoklókkal szembeni viselkedésnek a közelmúltban bekövetkezett változásai jórészt a modern hospice-mozgalomnak köszönhetőek. A középkorban a hospice olyan hely volt, ahol az utazók vendégszeretetre leltek – szerzetesektől élelmet, menedéket és lelki támogatást kaptak. A XIX. században több vallási rend speciális hospice-kórházakat alapított haldoklók számára, de ezek szórványos kezdeményezések maradtak. A hospice fő célja akkor is és ma is a haldoklók testi, lelki, szellemi terheinek enyhítése; a teljes fájdalomcsillapítás, valamint az, hogy a tünetek kezelését derűs, megértő, gondoskodó magatartással megpróbálják elviselhetővé tenni. A haldoklók ellátásában egyre nagyobb szerepet kapott a szeretetházakban folyó szakszerű munka. Kevés szanatórium és kórház volt felkészülve arra, hogy akár hosszú hónapokig vagy évekig is gondozza a halálosan beteg embereket; a családtagok pedig nem mindig tudnak megfelelő, szakszerű ellátást nyújtani. S talán a beteg is szívesebben tölti utolsó napjait a hospice-ban, ahol kevesebb terhet jelent mások számára. Emellett az ilyen intézmények személynézet szakszerűen kezeli a haldoklók érzelmi, lelki és esetleg fizikai fájdalmait is. A bent fekvő és otthonukban látogatott betegeket egyaránt nagy odafigyeléssel és együttérzéssel ápolják, és személyes igényeiket is fegyelembe veszik. A hospice dolgozói a családtagok fájdalmát is igyekeznek enyhíteni.¹³

A hospice szellemisége, filozófiája azt sugalja, hogy a haldoklás és a halál nem szégyenletes, eltitkolandó dolog, hanem az élet természetes, értékteremtésre is alkalmas része. Célként fogalmazódik meg:

- a haldokló betegek szeretetteljes testi-lelki gondozása, hogy életük záró szakaszát lehetőleg fájdalommentesen, szellemi és lelki erejük birtokában, megfelelő környezetben élhessék
- a családok támogatása, erősítése a beteg halála után is, a veszteség elviselésének, feldolgozásának segítése.¹⁴

Az első magyar hospice-szervezet, a Magyar Hospice Alapítvány dr. Polcz Alaine pszichológus kezdeményezésére alakult meg 1991. április 29-én Magyarországon. A haldoklók fizikai, pszichés, spirituális és szociális gondozásával foglalkozó hospice-mozgalom ekkor már csaknem negyedszázados múltra tekintett vissza Európában. Magyarországon az 1980-as évek végén, amikor a politikai változások egyre inkább lehetővé tették a különböző társadalmi szervezetek, alapítványok szerveződését, az Országos Onkológiai Intézetben két csoport kezdte meg tevékenységét: a daganatos betegek pszicho-onkológiai gondozásával foglalkozó munkacsoport, valamint a rákbetegek érdekvédelmi csoportjait tömörítő Rákbetegek Országos Szövetsége. Törekvésük az volt, hogy a súlyos betegek pusztán szomatikus terápiája helyett komplexebb, pszichoszomatikus ellátást valósítsanak meg és jobban odafigyeljenek a betegek szociális problémáira,

¹¹ Ágyban, párnák közt... Magyar Orvos 1997. január 18.

¹² Hegedűs Katalin: A hospice-mozgalom tapasztalatai Magyarországon (1991–1995), LAM 1996; 6(5–6):368–373.

¹³ Reader's Digest Válogatás: Gyógyítsunk másképpen!

¹⁴ Hegedűs, uo.

Ezzel együtt előtérbe kerültek az orvos és a beteg közötti nyíltabb kommunikáció kérdése, valamint a betegek jogait tisztázó törekvések is. A hospice az egészségügyi ellátástól nem függetlenül, hanem annak speciális formájaként működik. 1995 márciusában jött létre a Magyarországi Hospice Egyesület.¹⁵

IV.

A házi szakápolás struktúrája Magyarországon

1. Az előkészületekről

Az Egészségbiztosítási Önkormányzat 1994-ben indított el egy otthonápolási modellkísérletet, melynek kettős célja volt:

- a társadalombiztosítás tudni akarta, mekkora az igény a szolgálatokra, és ezt hogyan lehet illetve kell finanszírozni;
- lehetőséget akart kínálni az ápolók, szakápolók önállósodására.¹⁶

A Társadalombiztosítási Alap 1994. évi költségvetéséről szóló törvényben mintegy 145 millió Ft-ot különítettek el az otthonápolási szolgálat és a hospice ellátás megvalósítására. Az otthon ápolási szolgálat kialakítását célzó programra 160 db pályázat érkezett be és ebből 32 pályázatot találtak megfelelőnek. A legtöbb igény Budapestről érkezett (41 db), ezt követte Borsod–Abaúj–Zemplén (17 db), Pest (15 db) és Békés megye (14 db). A benyújtott pályázatokból a fővárosban 12 szolgálat kapta meg a támogatást, Borsod megyében 2, Pest és Békés megyében 5–5 szolgálat nyert támogatást. A többi megyében a pályázók és a támogatottak aránya elenyésző. A szolgálatok között összesen 116.570.000 Ft-ot osztottak szét. A következő évben tovább folytatódott a modellkísérlet, újabb pályázatot írtak ki 1995-ben. Ebben az évben 85 pályázat érkezett be, amiből 33-at találtak megfelelőnek. A benyújtott pályázatok területenkénti megoszlása hasonló az előző évihez. (Bp.: 37 pályázat, ebből 13 támogatott, Pest megye: 9 pályázat, ebből 5 támogatott, Békés megye: 6 pályázat, ebből 5 támogatott, Borsod–Abaúj–Zemplén megye: 5 pályázat, ebből 2 támogatott.) A támogatás összege, amit szétosztottak a szolgálatok között valamivel több volt az előző évinél: 148.360.000 Ft. A két év során 12 db olyan szolgálata volt, amelyik mind a két évben megpályázta és meg is kapta a támogatást; azaz lehetőséget láttak a szolgálatok ennek az intézménynek a kialakításában és fejlesztésében.¹⁷

Ezzel párhuzamosan egy másik csatormán keresztül is segítséget kaptak a szolgálatok. Ez az 1993-ban aláírt *PHARE-segítségnyújtási program* volt, ami az Egészségügyi Rendszer Rekonstrukciójára irányult. A program általános célja az volt, hogy a Magyarországon élők egészségi állapotának javítása érdekében a Népjóléti Minisztérium számára lehetővé tegyék az egészségügyi rekonstrukcióját. A program két területet foglal magába: az Egészségügyi Alapellátást és a Harmonizáció elemét. Az Egészségügyi Alapellátás keretében az egyik programelem volt az otthonápolási csoportok létrehozása a kiválasztott önkormányzatok területén. Az Otthonápolási Csoportok felállításá-

¹⁵ Hegedűs, uo.

¹⁶ Otthonápolás – a kezdetek (az OEP Kockázatkezelő Kuratóriumának rovata), Növér, 1996.9.2., 31. p.

¹⁷ A Társadalombiztosítási Közlöny 1994. nov-i és 1995. dec-i különszáma az Egészségbiztosítási Önkormányzat 1994. évi illetve 1995. évi egészségi kockázatkezelő pályázatairól.

nak *általános célkitűzése* olyan csoportok létrehozása, melyek hatékony és minőségi otthonápolási ellátást biztosítanak a betegek számára. *Részletes célkitűzései* a következők:

- az otthonápolási csoportok felállítása az ország különböző területein;
- e csoport tagjainak oktatása, hogy az otthonápolási ellátás sajátos tevékenységeire felkészüljenek;
- kapcsolattartás a fontos partnerekkel (önkormányzatok, házi orvosok).

A pályázó szervezetek a Népjóléti Minisztérium Phare Program Irodához nyújtották be a pályázati anyagukat, ami irányulhatott kis illetve nagy projektekre. A kis projektekért max. 10.000 ECU támogatást fizettek, míg a nagy projektekért 10.000 és 50.000 ECU közötti támogatást kaptak a pályázók. Mindezek fejében a pályázóknak jelentést kellett tenniük: tevékenységükről, a projekt hatásáról, az előre nem látott problémákról, az alkalmazott módszerek alkalmasságának felméréséről, a projekt lehetséges további folytatásáról és az ehhez szükséges pénzeszközök forrásáról, valamint egy teljes körű pénzügyi kimutatósról.¹⁸

Ez a két forrás állt lehetőségül 1996-ig az otthonápolási szolgálatoknak ahhoz, hogy kialakítsák rendszerüket és elkezdjék működésüket. Az Egészségbiztosítási Önkormányzat kétéves modellkísérlete lezárult 1995 végén, mely arra irányult van-e igény ezekre a szolgálatokra illetve mekkora költséggel tudnak dolgozni? A szolgálatok egy év alatt 3000 beteget láttak el és 54.000 vizitet bonyolítottak le. A modellkísérlet végkövetkeztetése pénzügyi szempontból a következő volt: 1994-ben a vizitenkénti költségek teljes ápolásra szoruló kategóriában 1000 Ft, a segítségre szoruló kategóriában 695 Ft, az önellátó kategóriában pedig 442 Ft volt. Ebből arra a megállapításra jutottak a modellkísérlet folytató szakemberek, hogy az otthoni szakápolás jóval olcsóbb, mint a kórházi kezelés. A tényekből kiindulva, – hiszen a modellkísérlet meghozta a várva várt eredményt – hozzálátták a házi szakápolás új intézményének végleges kialakításához.¹⁹

2. A házi szakápolás szabályozási rendszere

A népjóléti miniszter 1996-ban rendelkezett a házi szakápolás intézményéről. (20/1996.(VII.26.) NM rend.). Ez a rendelet a szakápolás tevékenységét szabályozza és azt határozza meg, milyen feladatok végezhetők, milyen szakmai képesítéssel kik végezhetik és milyen feltételek mellett ezt a tevékenységet.

"Az *otthoni szakápolás* a biztosított otthonában vagy tartózkodási helyén, kezelőorvosának rendelésére, szakképzett ápoló által végzett tevékenység."²⁰

Itt szeretnék szólni arról, hogy a házi szakápolás és a házi szociális ápolás nem ugyanaz a tevékenység. A házi ápolás, mint szociális ellátás teljesen más struktúrájú, mint a szakápolás. A szociális ápolás mint egy természetbeni juttatásként jelenik meg, ami redistributív jelleggel kerül szétosztásra, azaz egyén társadalmi helyzetétől függően. Az egészségügyi ellátás keretébe tartozó házi szakápolást, mint szolgáltatást bárki igénybe veheti – aki biztosított – mivel ennek fedezetét a befizetett járulékok képezik. Látható, hogy két külön kasszáról van szó, ami nem folyhat egybe.

¹⁸ Tender Dosszié az "Otthonápolási Csoportok Felállítása" pályázatról és a Tender Dosszié IV. része az Innovációs Alap pályázatról – PHARE.

¹⁹ Házi ápolás – egy kutatás eredményei (OEP), Nővér, 1996.9.3., 49–50. p.

²⁰ 20/1996. (VII.26.) NM. rend. az otthoni szakápolási tevékenységről.

Az otthoni szakápolás keretében a szakképzett ápoló a következő feladatokat láthatja el:

- szondán át történő tápláláshoz és folyadékfelvételhez kapcsolódó szakápolási tevékenységek végzése és megtanítása;
- a tracheális kanül tisztítása, betét cseréje, a tevékenység tanítása;
- állandó katéter cseréjéhez vagy rendszeres katéterezéshez, hólyagöblítéshez kapcsolódó szakápolói feladatok;
- az intravénás folyadék- és elektrolitpótláshoz parenterális gyógyszer beadásához kapcsolódó szakápolási feladatok;
- balesetek és különböző műtét utáni szakápolási feladatok, testi higiénéjének biztosítása, valamint a mozgás segítése;
- műtéti területek (nyitott és zárt sebek) ellátása, sztomaterápia és különböző célt szolgáló drének kezelésének szakápolási feladatai, szakmaspecifikus szájápolási tevékenységek műtét után;
- decubitus ellátása, megelőzése;
- gyógyászati segédeszközök, protézisek szakszerű használatának megtanítása;
- szükség esetén speciális tevékenységek (pl.: EKG, oscillometria, oxigénterápia, légzésterápia);
- tartós fájdalomcsillapítás szakápolási feladatai;
- a beteg állapotától függően gyógytorna, fizioterápia, beszédterápia, diétás tanácsadás biztosítása.

Mindezek mellett az ápolási tevékenység során az ápoló kötelessége:

- a beteg pszichés vezetése, és mindazon tevékenységek megtanítása, amelyet maga a beteg és/vagy családja megtehet az egészsége megtartásáért, helyreállításáért vagy állapota romlásának megakadályozásáért,
- az ápolási anamnézis felvétele, az ápolási folyamat dokumentálása és jelentési kötelezettség teljesítése,
- rendszeres kommunikáció a házi-, illetve kezelőorvossal és más, a beteg ellátásában résztvevőkkel.

Az alábbi szakképesítések valamelyikéhez köti a rendelet, hogy ki végezhet szakápolási tevékenységet:

- a diplomás ápoló vagy más egészségügyi főiskolai végzettséggel rendelkező személy, amennyiben ápolói szakképesítése és ápolásban szerzett legalább 3 éves gyakorlata van;
- ápoló;
- szakápoló.

A szakápoló tevékenységét csak érvényes arcképes igazolvánnyal láthatja el. Feladatai ellátása során az általa ellátott személyekről szakápolási lapot kell vezetnie. Ennek a következőket kell tartalmaznia:

- I. Azonosítási adatok;
- II. Ápolási anamnézis;
- III. Szakápolási terv;
- IV. Szakápolási szolgáltatások leírása.²¹

²¹ Uo.

3. A finanszírozásról

Az otthoni szakápolás finanszírozása: a működési területén ellátási kötelezettséget vállaló otthoni szakápolást végző szolgáltató és a működési helye szerint illetékes MEP közötti *finanszírozási szerződés* megkötése útján történik.

A szerződés megkötéséhez a következő feltételek meglétére van szükség:

I. Otthoni szakápolási ellátásra *szerződéses ajánlatot tehet az a szolgáltató, amelyik az alábbi feltételeknek megfelel:*

- mindazon természetes és jogi személy, valamint jogi személyiséggel nem rendelkező gazdasági társaság, amelyik vállalja a szerződésben meghatározott feltételek szerint a társadalombiztosítási jogszabályok alapján otthoni szakápolás igénybevételére jogosult személy, otthonában végzendő szakápolását;
- a 113/1996. (VII. 23.) Korm. rend. az egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosító működési engedélyekről és az ezt módosító 139/1996. (VIII. 31.) Korm. rend. alapján *működési engedéllyel* rendelkezik, aminek kiadása az Állami- Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat feladat- és hatáskörébe tartozik;
- *ellátási kötelezettséget* vállal a szolgáltató működési területére;
- visszaigazoló dokumentummal rendelkezik az illetékes önkormányzattól működésének bejelentéséről;
- a 20/1996. (VII. 26.) NM rendelet 2. számú melléklete alapján igazolja, hogy a szolgáltató rendelkezik a szakápolás kialakításának elhelyezési, tárgyi és eszközfeltételeivel;
- a szerződésben vállalt vizitszámnak megfelelő, a rendeletben előírt szakképesítésű ápolókkal rendelkezik [20/1996. (VII. 26.) NM rend.].

II. Az I. pontban felsorolt feltételek bármelyikének hiánya alól mentesítés, és a későbbi pótlásra határidő nem adható.

III. A szakápolási szolgáltatás nyújtásáról szóló *ajánlatot* a működési terület szerinti illetékes *Megyei Egészségbiztosítási Pénztár fogadja és bírálja el.*

IV. A MEP a szerződési ajánlatokat 30 napon belül érdemben elbírálja, és az értékesítést követő 10 napon belül megkötí a finanszírozási szerződést. Ezt 1 költségvetési évre és *meghatározott vizitszámra kötik*, amit az OEP a rendelkezésre álló keretből a lakosság számának arányában oszt fel. A szerződésben lekötött vizitszám teljesítése 3 havonta felülvizsgálatra kerül, és ha a szerződött vizitek számától 50 %-ban eltér a teljesítés, a kapacitást a MEP átcsoportosíthatja oda, ahol a vizitszámigény jelentkezik. Mindez az Egészségbiztosítási Alapból kerül kifizetésre.

V. A finanszírozási szerződésben egy teljes szakápolói munkaidőre egy nap legfeljebb 5 vizit, szakirányú terápiás szolgáltatás esetén egy teljes munkaidőre napi 4 vizit köthető le.

VI. *A szolgáltató az általa ellátott biztosítottokról nyilvántartást köteles vezetni*, amit a tárgyhót követő hónap 5. napjáig kell eljuttatni a MEP-hez. [Egyéni elszámolási lap, Otthoni szakápolási vizitek összesítése – 103/1995. (VIII. 25.) Korm. rendelet 10. és 11. számú melléklete].

VII. Az otthoni szakápolás *elrendelése* rövid idejű szakápolás esetén *legfeljebb 14 vizitre szólhat*, amely orvosi vizsgálat alapján 1 alkalommal meghosszabbítható. Krónikus betegség esetén az első alkalommal elrendelt 14 vizit további három alkalommal, mindig új szakápolási elrendelő lap kiállításával hosszabbítható meg. Amennyiben a beteg állapota indokolja – a kezelőorvos javaslatára – a szakápolási szolgáltató műkö-

dési helye szerint illetékes városi tisztifőorvos rendkívüli, különös méltánylást igénylő esetben a MEP egyetértésével egyedileg engedélyezhet további meghatározott vizitszámot, ha a biztosított részére a vizitszám a szolgáltatónál rendelkezésre áll és azt a kezelőorvos lekötötte.

VIII. *Az orvos-szakmai felügyeletet az elrendelő kezelőorvos biztosítja és az ápolás befejezését aláírásával igazolja. Az ápolás-szakmai felügyeletet az ÁNTSZ megyei intézetének vezető ápolója biztosítja.*

IX. *A finanszírozás – ápolási kategóriánként képzett – vizitdíj alapján történik. A vizitdíj 1400 Ft-nak az alábbiak szerint meghatározott szorzókkal kiszámított összege. [103/1995. (VIII. 25.) Korm. rend. 12. számú melléklete].*

Rövid idejű (definitív ellátást segítő) otthoni szakápolás:

teljes ápolásra szoruló beteg:	alapdíj x 1
részleges ápolásra szoruló beteg:	alapdíj x 0.8
önellátó beteg:	alapdíj x 0.6

Kialakult állapotok miatti szakápolás:

teljes ápolásra szoruló beteg:	alapdíj x 0.9
részleges ápolásra szoruló beteg:	alapdíj x 0.7
önellátó beteg:	alapdíj x 0.5

Szakirányú terápiás szolgáltatás a beteg otthonában:

gyógytorna	
logopédia	alapdíj x 0.9
fizioterápia	

X. *A szerződés alapján a biztosított részére naponta 1 vizitdíj számolható el, az egy napon két vagy többszöri ellátást igénylő megjelenés is egy vizitnek számít. Egy megjelenéssel legkevesebb fél óra, de legfeljebb 3 óra szakápolási tevékenység valósítható meg. Amennyiben a beteg állapota több, mint napi 3 óra szakápolási tevékenységet igényel, a beteget a megfelelő fekvőbeteg-intézetben kell ellátni.*

XI. *A biztosító a szakápolási szolgáltatóval kötött szerződést 30 napos határidővel felmondhatja, ha a szakápolási szolgáltató megszegi a működésével kapcsolatos kötelezettségét, illetve a szerződésben foglaltakat.*

XII. *Otthoni szakápolást elrendelhet:*

- a házi orvos saját kezdeményezésére vagy intézeti zárójelentés alapján,
- a járóbeteg-szakrendelés orvosa vagy kórházi szakorvos közvetlenül, ha az intézetnek szerződése van a szakápolási szolgáltatóval. Intézeti zárójelentésben akkor javasolható otthoni szakápolás, ha az intézet – a házi orvosnál – előzetesen lekötötte a beteg részére a szakápolást.²²

V.

Megvalósultak-e a házi szakápoláshoz fűzött remények?

Szabó György, az akkori népjóléti miniszter az 1996. szeptember 19-én rendezett konferencián, – amely az otthoni szakápolás bevezetésének szakmai és finanszírozási szempontjait tárgyalta – a következőket mondta:

"Az otthoni ápolást a fejlett egészségügyi kultúrával rendelkező államokban nem csak az anyagiak, hanem a *humánusabb betegellátás* is követelte, hiszen az otthoni

²² Eljárási rend az otthoni szakápolás szerződéskötéséhez – OEP – Bp., 1997.

légkör csökkenti a beteg kiszolgáltatottság érzését és javítja együttműködő készségét is. Ezen túl nagymértékben hozzájárulhat a kórházi ártalom csökkentéséhez és elősegíti a személyre szabott ellátások alkalmazását.

Az elmúlt két évben a politikusok, az egészségügy szervezői, irányítói, maguk az orvosok, ápolók igen sokat tettek azért, hogy idáig eljuthassunk és kaput nyitottak ezen új ellátási forma bevezetéséhez. A teljes rendszer kialakítása új feladat az egészségügy számára, az egészségbiztosító számára, a szakmai felügyeletet gyakorlók, és nem utolsósorban a lakosság számára is.²³

"...Az egészségügyi ellátásban is érvényre kell juttatni a legkisebb költség szakmai elvét. Az egyént ott kell ellátni, ahol az a legoptimálisabb, és az ellátást csak addig kell biztosítani, ameddig az szakmailag indokolt, és csak azt az ellátási formát szabad működtetni, amit az ellátandó szükséglete megkíván. Mint minden új ellátási formánál – így az otthoni szakápolás rendszerszerű működtetésénél is – fegyelemben kell venni az érdekeltségi viszonyokat.

Az ellátandók érdeke – a szociális indokú kórházi ellátásban részesülők kivételével – elsősorban az, hogy otthonukban kapják meg a lehető legtöbb egészségügyi szolgáltatást, beleértve az ápolást is.

Az egészségpolitika érdeke az, hogy a rendelkezésre álló forrásokból – új ellátási formákat keresve – minél több ellátást tudjon nyújtani, nem feladva a szakma szabályait, de szem előtt tartva bizonyos gazdaságossági szempontokat is.

Az ellátók érdekeltsége is döntő, hiszen a "kórház falak nélkül" modell esetében a megüresedett ágy újabb bevételi lehetőséget teremthet, a kórházban sokszor orvosok által is végzett ápolási munkát csökkenti, tehát az egészségügyben dolgozók munkamegosztását javítja, a háziorvos pedig maga kísérheti végig az őt választó beteg gyógyítási folyamatát.²⁴

Ezekkel a reményekkel indult újtára a házi szakápolás intézménye. Hiába a két- és többes modellkísérlet, vannak még hiányosságok, törvényi egyenetlenségek, ellentmondások a szabályozásban.

Az alapellátás szintje:

1992-ben dolgozták ki az új finanszírozási technikákat az alapellátás területén. Ez az év a biztosítási kártyák bevezetése, háziorvosi és házi gyermekorvosi szolgálat teljesítményelvű finanszírozásának kezdete. A dilemma ezen a szinten a következő:

A 20/1996. (VII.26.) NM rendelet szabályozza az önállóan működő otthoni szakápolás intézményét. Ugyanakkor a 113/1996. (VII. 23.) Korm. rendelet – az egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosító működési engedélyekről – alapellátásnak veszi a házi ápolást: "1§ (2) e) alapellátás: a háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátás, a védőnői szolgálat, iskola- és ifjúsági-egészségügyi szolgálat, foglalkozás egészségügyi alapellátás, a házi ápolás, továbbá a fegyveres erők és rendvédelmi szervek alapellátást végző szolgálatait által nyújtott ellátás, valamint a külön jogszabály szerint alapellátásnak minősülő fogászati ellátás."(Feltételezem, hogy a házi ápolás alatt a rendelet házi szakápolást ért.) Ezt a módosítást a 49/1997. (III. 19.) Korm. rendelet iktatta be, ami 1997. III. 27-től hatályos. Ez arra enged következtetni, hogy a háziorvos is végezhet házi ápolást,

²³ Az otthoni ápolásról – Mit mond a miniszter és a jogszabály? – (Az 1996. szept. 19-én rendezett konferencia anyaga), Növény, 1996. 9. 5., 27. p.

²⁴ Uo.

ha rendelkezik a megfelelő feltételekkel. A házi orvosok sokszor ellenérzéssel figyelik a gondozó csoportok munkáját, nem értik, miért avatkoznak bele a munkájukba. A gyakorlatban ez úgy néz ki, hogy a házi orvos a beteget, ha úgy véli, hogy saját maga is el tudja látni, nem küldi be beutalóval a kórházba, – ha olyan jellegű a betegsége – hanem saját maga és ápolónője segítségével elvégzi a beteg ápolását, vagy ha a kórház szakorvosa ír ki a betegnek még otthoni továbbápolást, akkor nem közvetíti ki a beteget valamelyik szolgálatnak, hanem ő maga látja el. A tevékenység finanszírozását természetesen az Egészségbiztosítási Pénztár csak akkor fizeti ki, ha ilyen tevékenységre a házi orvosnak szerződése van. A probléma az ápolási tevékenység minőségében van, mivel a szakápolói tevékenység magasabb szintű szakmai felkészültséget igényel, mint egy általános ápolói munka; mivel speciális feladatokat kell ellátniuk, *orvosi felügyelet nélkül*, éppen ezért felkészültebb, magasabban képzett ápolókra van szükség. Az az orvos, aki rábízta a beteget egy ilyen szolgálatra tudnia kell, hogy "jó kezekbe" kerül betege. A házi orvosnak pedig nem az otthoni ápolás az elsődleges feladata, és nem is rendelkezik olyan szakápoló-teammal, akik a speciális feladatokat szakszerűen tudnák ellátni. A megoldás az lenne, ha a házi orvosok és a szolgálatok együttműködnének és elsősorban a beteg szempontjai kerülnének előtérbe, a betegért folyna a gyógyítás. Jelenleg a "beteg megszerzéséért" folyik a harc, mert annak fizet a biztosító aki az adott beteget ellátja.

A fekvőbeteg szakellátás szintje:

1993. I. félévétől került átdolgozásra az intézmények költségvetése, ahol rögzíteni kellett az intézetek szervezeti felépítését, és ennek alapján kötött illetve köt ma is szerződéseket az OEP. Ezek szerint történik a teljesítmények mérése, jelentése és a finanszírozás. A fekvőbeteg-ellátás területén az USA-ban használatos HBCS (Homogén Beteg Csoportok) rendszert vezették be. *A finanszírozás elvei szerint az OEP az adott betegcsoportot finanszírozza, függetlenül a ténylegesen felmerülő költségtől.* A biztosító oldaláról alapvetően *a szolgáltatás finanszírozása a cél*, nem pedig az intézmény életébe való beavatkozás. Míg a korábbi – 1990-es évek előtti – finanszírozás az intézmény ágyainak maximális kihasználására, az ápolási napok számának növelésére ösztönözött, addig a jelenlegi rendszer a költségek csökkentésére hat azáltal, hogy a normatív ápolási időn belüli ápolást honorálja az intézmény számára kedvező súllyal, viszont a "túlápolási" esetek elszámolása kedvezőtlen.²⁵ Ez azt jelenti, hogy egy bizonyos – betegcsoportonként eltérően – normatív ápolási időn belül nem finanszírozza az OEP az intézményeknek az ápolást. Azt vagy saját költségéből fedezi, vagy "kirakja" a beteget. Mindezek hatására *szükségyszerűen jelent meg a házi szakápolás intézménye*, mely által csökkenteni akarták a fekvőbeteg-ellátó intézmények költségigényét. Azt, hogy tudta-e tehermentesíteni az intézményeket ez az új intézményi forma ma még pontosan nem lehet kimutatni, a következők miatt:

- nem telt el annyi idő illetve nem áll rendelkezésünkre egy viszonylag hosszabb időszak, amely vizsgálható volna;

²⁵ Demes Istvánné: Az első hat hónap "teljesítményfinanszírozási" tapasztalatai. LAM, 1994. 4. 4., 364. p.

- nem vezetnek olyan kimutatásokat, melyekből egyértelműen kimutatható lenne, hogy tehermentesíteni tudja a kórházakat a háziápolás intézménye; bár azt a vizsgálatok bebizonyították, hogy olcsóbb, mint a kórházi ellátás.

VI.

Összegzés

Az egészségügy területén dolgozók általában azon a véleményen vannak, hogy a házi szakápoló szolgálatokra szükség van. Bár én nem dolgozom az egészségügy területén, mégis úgy vélem kellő együttműködéssel – az egészségbiztosításért felelős kormány, a tulajdonosok és az egészségbiztosítási önkormányzati intézmények összehangolt intézkedéseivel – meg lehetne valósítani egy olyan egészségügyi struktúrát, ami egyaránt szolgálja a beteg, az intézményi osztályok, a menedzsment, és a tulajdonos érdekeit. A magyarországi egészségügyi reform hiányos pénzügyi feltételek között indult el. A teljesítmény-finanszírozáshoz célszerűnek tartott különböző rendszerek bevezetése – így a fekvőbeteg-ellátás területén az amerikai HBCS-rendszer, a járóbeteg-szakellátásban a német pontrendszer és az alapellátásban pedig a "kártya szisztéma" – mind azt a célt szolgálta, hogy a piacgazdaság viszonyainak megfelelő egészségügye legyen Magyarországnak. Ez a folyamat zajlik jelenleg nálunk, s csak lassan derülnek ki azok a hiányosságok, melyeket pótolni kell; illetve azok a problémák, amiket meg kell oldani. Egyértelművé kellene tenni, hogy az ellátás bizonyos szintjein, az egyes szereplőknek milyen szerepet szántak, milyen feladatokat kell maximálisan ellátniuk. A házi szakápoló szolgálatoknak a házi orvosok rendszerének illetve a fekvőbeteg-ellátó intézmények viszonyában meg kell találni azt a pontot, ami mindkét intézmény érdekét szolgálja. Támogatni kell az új szervezeteket, főleg akkor, ha azok nemcsak orvos-szakmai szempontból hanem lakossági, társadalmi, sőt gazdasági szempontból is hasznosak.

A finanszírozott házi szakápoló szolgálatok bevezetése, és közel egyéves működése nem volt problémamentes. Úgy vélem, el kell telnie néhány évnek ahhoz, hogy a szakápolás, mint új szolgáltatás, az egészségügy rendszerének szerves része legyen. A cél az volt, hogy tehermentesítse a kórházakat, ágyakat tudjon felszabadítani azzal, hogy a kizárólag ápolásra szoruló betegeket, szakápolói szolgálatok ápolják tovább. Jelenleg még nem a betegek érdekei vannak szem előtt, nem az az elsődleges, hogy mi volna a legmegfelelőbb, a leghumánusabb megoldás gyógyulásuk szempontjából. Bízom benne, hogy a házi szakápolás rendszere megtalálja méltó helyét az egészségügyi struktúrában, és kivívja a neki járó elismerést és megbecsülést.

MARIANN FRÁTER

TOWARDS THE MORE HUMANISTIC PUBLIC HEALTH: ABOUT THE HOME CARE SERVICES

(Summary)

This study examines the position of the home care services which are new kind of institutes of the public health. It gives a survey about the conditions and reasons because of this kind of new institution was launched in Hungary. It sketches shortly the historical developing of the nursing profession and the hospice service today's importance. The author afterwards writes about the regulation of the home care services: what kinds of duties they have, who and how can perform this activities. At the end of the study the author tells some about the financial problems of these services and whether they have fulfilled the expectations or not.

Nyomás és kötés készült az OFFICINA Nyomda Kft.-ben

6728 Szeged, Dorozsmai út 35. 99-0001

Felelős vezető: dr. Kékes Tiborné



**A SZEGEDI JÓZSEF ATTILA TUDOMÁNYEGYETEM ÁLLAM- ÉS
JOGTUDOMÁNYI KÁRÁNAK E SZOROZATBAN ÚJABBAN
MEGJELENT KIADVÁNYAI**

**Tomus LIII.
(Szabó András Emlékkönyv)**

- Fasc. 1. *Andrássy Adél*: A termelési tényezők helyettesítése és a műszaki fejlődés szétválasztása a neoklasszikusoknál (Szeged, 1997.) 7–26. p.
- Fasc. 2. *Elemér Balogh*: Ein Beitrag zur Problematik der Verdachtsstrafe (Szeged, 1997.) 27–32. p.
- Fasc. 3. *Besenyi Lajos*: De lege ferenda gondolatok az öröklési jog köréből (Szeged, 1997.) 33–44. p.
- Fasc. 4. *Blazovich László*: Gondolatok az Alföld középkori település-hálózatáról (Szeged, 1997.) 45–56. p.
- Fasc. 5. *Blutman László*: Az ártatlanság vélelmének hatóköre az európai alapjogokban (Szeged, 1997.) 57–76. p.
- Fasc. 6. *Bodnár László*: Igazságtétel – most már kizárólag a nemzetközi jog alapján? (Szeged, 1997.) 77–84. p.
- Fasc. 7. *Botos Katalin*: Bankfelügyelet az EU-ban (Szeged, 1997.) 85–102. p.
- Fasc. 8. *Cséka Ervin*: Korszerűsödő alapelvek a büntető eljárásban (Szeged, 1997.) 103–120. p.
- Fasc. 9. *Fábián György*: A vegyes választási rendszer és reformja (Szeged, 1997.) 121–133. p.
- Fasc. 10. *Fantoly Zsannett*: A jogi személyek büntetőjogi jogalanyiségének kérdésköre a holland és francia jogban, különös tekintettel a küszöbön álló magyar szabályozásra (Szeged, 1997.) 135–147. p.
- Fasc. 11. *Homoki Nagy Mária*: A magyar magánjogi kodifikáció első lépései (Szeged, 1997.) 149–160. p.
- Fasc. 12. *Juhász Zsuzsanna*: A börtönnépesség alakulása egyes közép- és kelet-európai országokban a rendszerváltás után (Szeged, 1997.) 161–170. p.
- Fasc. 13. *Jenő Kaltenbach*: Die Rechtsstellung der Minderheiten in Ungarn (Szeged, 1997.) 171–183. p.
- Fasc. 14. *Karsai Krisztina*: A magyar és a német kábítószer-büntetőjog alapjai (Szeged, 1997.) 185–208. p.
- Fasc. 15. *Lőrinczy György*: Gondolatok a bizonyítási eljárás törvényességéről a büntető eljárásban (Szeged, 1997.) 209–234. p.
- Fasc. 16. *Merényi Kálmán*: A prostitúció jelenkori helyzete Magyarországon (Szeged, 1997.) 235–242. p.
- Fasc. 17. *Molnár Imre*: Tanúvallomások (kínvallatás) értékelése a bűnösség megállapításánál az ókori római büntetőjogban (Szeged, 1997.) 243–250. p.
- Fasc. 18. *Nagy Ferenc*: A büntetőjog legújabb változásairól – nemzetközi és hazai kitekintés alapján (Szeged, 1997.) 251–264. p.
- Fasc. 19. *Nagy Károly*: Le sujet du droit des peuples à disposer d'eux-mêmes (Szeged, 1997.) 265–283. p.
- Fasc. 20. *László Nagy*: The Worker's Participation in the Employer's Decision-making in Central and Eastern Europe (Szeged, 1997.) 285–295. p.
- Fasc. 21. *Paczolay Péter*: Az európai uniós tagság politikai feltételei az Európai Bizottság véleményének tükrében (Szeged, 1997.) 297–304. p.
- Fasc. 22. *Pöcsik Ilona*: Büntetőpolitikai irányváltás Angliában az 1990-es években, avagy egy paradigma utóélete (Szeged, 1997.) 305–324. p.

Fasc. 22. *Ruszoly József*: Az erdélyi választójog történetéhez (1848–1872). (Szeged, 1997.) 325–352. p.

Fasc. 23. *Stipta István*: Az 1875. évi osztrák közigazgatási bíróság hatása a magyar közigazgatási jogvédelemre (Szeged, 1997.) 353–362. p.

Fasc. 24. *Trócsányi László*: A központi államszervezet egyes alkotmányjogi kérdései (Szeged, 1997.) 363–372. p.

Tomus LIV.

Fasc. 1. *Blutman László*: Előzetes döntési eljárás az Európai Bíróságon: mi a bíróság? (Szeged, 1998.) 26 p.

Fasc. 2. *Bobvos Pál*: A birtokrendezés szükségessége a gazdaságos és ésszerű mezőgazdasági termelés tükrében (Szeged, 1998.) 22 p.

Fasc. 3. *Both Ödön*: Küzdelem a sajtószabadságért Magyarországon (1790–1795) 17 p.

Fasc. 4. *Császár Máttyás*: Az Irányelvek közvetlen hatálya (Szeged, 1998.) 14 p.

Fasc. 5. *Cséka Ervin*: Megjegyzések az új büntető eljárási kódex koncepciójához (Szeged, 1998.) 13 p.

Fasc. 6. *Fráter Mariann*: A humánusabb egészségügy felé: a házi szakápoló szolgálatokról (Szeged, 1998.) 18 p.

Fasc. 7. *Gönczi Katalin*: A városi jog és feljegyzései a középkori Magyarországon (Szeged, 1998.) 19 p.

Fasc. 8. *Hajdú József*: The Methods of Alternative Dispute Resolution (ADR) in the Sphere of Labour Law (Szeged, 1998.) 78 p.

Fasc. 9. *Heka László*: Az 1868. évi horvát–magyar kiegyezés a sajtó tükrében (Szeged, 1998.) 38 p.

Fasc. 10. *Józsa Zoltán*: Az önkormányzati feladatrendszer és szervezet lehetséges fejlesztési irányai (Szeged, 1998.) 19 p.

Fasc. 11. *Karsai Krisztina*: A kábítószer-fogyasztás büntetendősége. Elvek, elméletek pro és kontra. (Szeged, 1998.) 33 p.

Fasc. 12. *Masahiro Ken Kuwahara*: Japanese Labour Law Cases Dealing with Foreign Multinational Corporations in Japan (Szeged, 1998.) 15 p.

Fasc. 13. *Nagy Ferenc*: Büntetés-végrehajtás Magyarországon (Szeged, 1998.) 23 p.

Fasc. 14. *Papp Tekla*: A koncessziós szerződés (Szeged, 1998.) 19 p.

Fasc. 15. *Révész Béla*: Az osztályharc fogalmának politikai és jogi aspektusai az '50-es években (Szeged, 1998.) 128 p.

Fasc. 16. *Ruszoly József*: Költönk és joga. Írások Ady Endre életéhez és korához. (Szeged, 1998.) 65 p.

Fasc. 17. *Sarkady Zsolt*: Rendszerre való törekvések az ókori Róma jogában és a modern Európában (Szeged, 1998.) 37 p.

Fasc. 18. *Ildikó Szondi*: Wohnungen am Rande der Stadt (Szeged, 1998.) p.

Fasc. 19. *Tóth Árpád*: A hadiszolgáltatások jogi szabályozása a dualizmus korában (Szeged, 1998.) 42 p.