



EMBERI ERŐFORRÁSOK
MINISZTERIUMA

A rehabilitációs ellátási programok (REP) jogszabályi megjelentetésének előkészítése

Dr. Cserhádi Péter
miniszteri biztos

EMMI tájékoztató
2014. március 5.

Tartalom

1. A rehabilitációs medicinát érintő változások, 2010-13.
2. Egészségpolitikai célok és problémák számbavétele
3. A REP jogszabályi megjelentetés előkészítésének előzményei
4. Feladatok meghatározása: szolgáltatók, szakmai tagozat és tanács, OTH, OEP, GYEMSZI, EMMI

A rehabilitációs medicinát érintő változások, 2010-13.

2011. nappali ellátás finanszírozása (NEPCS, REP!); ÚSZT ROP pályázat megjelenése; 1,8-3,8 szorzók

2012. 05. 31. 60/2003 ESzCsM és 2/2004. Eüm R. mód. (*progr. szintek, REP táblázat, HR – 3. melléklet, új szakmakódok*); **07.01.** struktúraváltás (*belgy., neurol., nőgyógy. műk. engedély Ø*); 6,6 szorzó; gerontopszich.-intermedier care-kóma krónikus 1,8 szorzók, szanatórium fogalom megszüntetése, 3,8 szorzó TBB eljárás!

2013. gyermekaddiktól. szorzó 1,8 (TBB!); **12.03.** 60/2003 ESzCsM és 2/2004. Eüm R. mód. (*belgy., neurol., nőgyógy. szakmakód helyett is alaptev.*); pszichiátriai-pszichoth. rehabilitáció 1,2-1,4-1,8 szorzók (TBB!), természetes gyógytényezők krónikus 1,8 szorzó (TBB), szorzó kifogadási eljárás (!); ROP pályázati források kiegészítése

Aktív és krónikus finanszírozású ágyszámok 2006-2013

év	aktív ágyszám	változás	krónikus ágyszám	változás
2006	60058		20124	
2007	44215	-15843	27169	+7045
2009	44411	+195	27223	+54
2010	44397	-14	27149	-74
2011	44392	-5	27164	+15
2012	42252	-2140	27195	+31
2013	42252	0	27195	0

Ágykihasználtság, 2012-2013

Régió	Ágykihasználtság (%) 2012 01-03.		Ágykihasználtság (%) 2013 01-03.	
	Aktív ellátás	Krónikus ellátás	Aktív ellátás	Krónikus ellátás
Közép-Magyarország	72,23	82,88	75,56	91,47
Közép-Dunántúl	72,01	86	76,74	91,91
Nyugat-Dunántúl	71,13	85,59	74,31	89,63
Dél-Dunántúl	67,93	87,34	71,74	94,96
Észak-Magyarország	70,07	88,91	73,06	96,49
Észak-Alföld	70,25	80,16	75,41	90,94
Dél-Alföld	69,84	78,76	73,28	81,82
Összesen	70,8	84,05	74,56	91,28

Egészségpolitikai célok és problémák számbavétele

- Infrastruktúra fejlesztése (*kp. magyar térség?*), szakma iránti érdeklődés növelése (*egyetemi tanszékek?*);
- Klinikai szemlélettel szemben funkcionális szemlélet preferálása, szakmakódok egységesítése, „puffer” szerep csökkentése (*gasztroenterológia?*)
- Krónikus feladatok és wellness elválasztása (*szociális ellátás; Ratkó korosztályok, házi szakápolás?*)
- Társadalmi, szakmai környezet (*akadálymentesség?, munkaerőpiac?, balesetbiztosítás?*)
- Szakmai minimumfeltételek pontosítása (*migráció-HR helyzet, fenntarthatóság?*)
- Finanszírozás és progresszivitás meghatározása, összekapcsolása, betegút szervezés, TEK (*OTH-OEP eltérések?, alapidj?, költségek növekedése – MRK?*)

Összes MRK esetszám az OORI-ban

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
MRSA	40	40	27	19	15	38
Gram-negatívok	10	15	22	5	25	59
MRK összes	50	55	49	24	40	97

Rehabilitációs intézet lévén a legtöbb MRK-fertőzés a kórtörténetben is igazolt, **behurcolt esetként** jelentkezik intézetünkben (MRSA: 30; Gram neg.: 49; **összesen 79 a 97-ből**)

Ismert MRK vagy CDI kolonizált/fertőzött beteg indokolt kórházi felvételét/kezelését/áthelyezését nem lehet megtagadni. Az ismert MRK vagy CDI fertőzött/kolonizált beteget azon kórházi osztályon szükséges izolálni, mely egészsége helyreállítása szempontjából a legmegfelelőbb (infektológiai osztályra való áthelyezés nem indokolt).

A REP jogszabályi megjelentetés előkészítésének előzményei

- 2009. szeptember-május, revízió: 2012. június-október;
- REP alkalmazása eddig:
 - járóbeteg nappali rehab. ellátás finanszírozása, NEPCs;
 - kötelező vállalás az ÚSZT ROP pályázatban;
 - 2012. 05. 31. 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendeletben az egyes progresszivitási szintek kompetenciáját meghatározó szempont;
- 2012. 09. 06. ORFMMT szombathelyi vándorgyűlés: szakmakódok egységesítése, REP jogszabályban kiadása a progresszivitás és TEK meghatározás majd a finanszírozás megalapozására („Rehabilitációs Szabálykönyv”)
- 2013. 12. 23. Eü. Tv.:
 - *100. § (7): A rehabilitációs medicina területén működő egészségügyi szolgáltatók tevékenységüket rehabilitációs ellátási programok szabályozott rendszere alapján végzik.*
 - *(2) Felhatalmazást kap a miniszter, hogy...*
 - j) az egészségügyi szolgáltató által végezhető rehabilitációs ellátási programokat ...rendeletben állapítsa meg.*

Feladatok meghatározása

2014. január 29. egyeztetés: szakmai tagozat és tanács (SZTT), ORFMMT elnökség, OTH, OEP, GYEMSZI munkatársak

- SZTT: REP program profilok megküldése, jelenlegi REP Szabálykönyv ORFMMT honlapon szakmai vitára bocsátása, **határidő 03. 07.**
- OEP: jogszabály tervezet norma és mellékletek kidolgozásának befejezése, **határidő: 02. 24.**
- OTH: érintett szolgáltatók felmérése jelenlegi helyzetük vs. REP profilok vonatkozásában, **határidő 03. 10.**
- GYEMSZI: belépés a rehabilitációs ÚSZT pályázatok konzorciumaiba, TSZ módosítás elindítása a betegút szervezés definiálásával, **határidő 03. 15.**
- EMMI: jogalkotás + pilot időszak + jogalkotás, **határidő: 04. 30., 05. 01.-10.31., 2015. 01.01.**

Összefoglalás, helyzetértékelés

- A REP eddig „nem dominálta” a szakmai közgondolkodást;
- Egyes területeket eltérően érint (pszich.-addikt., kardiol.-pulm., kiemelt ellátások)
- Hosszú folyamat, Id. HBCS vagy járóbeteg Szabálykönyv bevezetése - alkalmazásuk ma értelemszerű
- Jelen megbeszélés fő témája az OTH felmérés segítése;
- Időfaktort a parlamenti ciklus, kapacitások is befolyásolják;
- Határidő módosítás indokolt lehet: *REP Szabálykönyv és minimum feltétel észrevételezés: 03. 17., SZTT feldolgozás: 04. 15., jogszabály módosítás és kiadás indítása: 05.01., pilot időszak: 2014. 09. 01.- 2015. 02. 28., jogszabály korrekció hatálybalépése 2015. 05. 01.?*
- Kockázati tényezők (finanszírozás, HR) figyelembevétel;
- Közreműködés elősegítése (vita, konszenzus, pilot, MKSZ)
- Előnyök megértése: pl. FNO jogszabályban (szemlélet!), progresszivitás és finanszírozás összekapcsolása, 3-5 napos garanciális szabály megszüntetése, stb.