

A jelenleg Magyarországon az egészségügyi szektorban használt tervezési eszköztár áttekintése, kritikai értékelése

Vitrai József
Kiss Norbert
Kriston Vízi Gábor

A tanulmány a TÁMOP 5.4.1. számú kiemelt projekt keretében, a **Magyar Addiktológiai Társaság** megbízásából az EgészségMonitor Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhasznú Kft. munkatársai által készült.

Budapest, 2010. szeptember



TARTALOM

1.	Bevezető	3
2.	Módszertan	4
3.	Az egészségügyi kapacitások létrehozásának és elosztásának hazai gyakorlata	6
3.1	A kapacitásvolumen meghatározása	6
3.2	A kapacitáselosztás módosításának szereplői	8
3.3	A kapacitáselosztás módosításának folyamata(i)	9
3.3.1	A kapacitás-felosztás éves módosítása	10
3.3.2	Kapacitásátadás vagy -csökkentés tartós kapacitás-kihasználatlanság esetén...12	
3.3.3	Régiók közötti átcsoportosítás.....12	
3.3.4	Átcsoportosítás a szolgáltató vagy a fenntartó kezdeményezésére	13
3.4	Többletkapacitások befogadása	13
3.4.1	Előzetes többletkapacitás-befogadási eljárás	14
3.4.2	„Rendes” többletkapacitás-befogadási eljárás.....16	
3.4.3	Egyszerűsített többletkapacitás-befogadási eljárás	17
3.5	A teljesítményvolumen meghatározása.....17	
3.6	A rendelkezésre álló kapacitások az országos nyilvántartások szerint.....21	
4.	A jelenlegi gyakorlat kritikai értékelése	22
4.1	Mennyire veszik figyelembe az ellátási szükségletet és a rendelkezésre álló erőforrásokat?.....22	
4.2	Hogyan használják fel a korábbi döntések hatására, eredményességére vonatkozó információkat, és a terveket illesztik-e a stratégiai célkitűzésekhez?	22
4.3	Milyen mértékben veszik számításba a megvalósítás külső feltételeit, más szakterületekkel való kölcsönhatást, különös tekintettel a szociális ellátásra?	23
5.	Jövőbeli fejlesztéseket támogató javaslatok.....25	
5.1	Egy külföldi példa	25
5.1.1	National Treatment Agency for Substance Misuse (NTA).....25	
5.1.2	Drug Action Team (DAT)	25
5.2	Javaslatok	26
6.	Melléklet.....29	
6.1	Strukturált interjú kérdései	29

1. BEVEZETŐ

A „Szociális szolgáltatások modernizációja, központi és területi stratégiai tervezési kapacitások megerősítése, szociálpolitikai döntések megalapozása” című TÁMOP - 5.4.1/08/1 kiemelt projekt „A kábítószer-probléma kezelésével összefüggő szolgáltatások fejlesztése” pillérének egyik fontos eleme „A jelenleg Magyarországon az egészségügyi és szociális szektorban használt tervezési eszköztár áttekintése, kritikai értékelése” című tanulmány elkészítése. Jelen tanulmány, ezen feladatnak az egészségügyi szektorra vonatkozó részét foglalja magába.

Mind a betegek ellátásért, mind az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásért felelős döntéshozók valamint a szolgáltatást nyújtó szakemberek, és legfőképpen a betegek és hozzátartozóik közös érdeke, hogy az egészségügyi ellátásra fordított erőforrások a legnagyobb egészségnyereséget eredményezzenek. E cél elérésének egyik kiemelkedő fontosságú eszköze a szolgáltatások tervezése, melynek során döntések születnek az erőforrások elosztásáról, fejlesztéséről, a kapacitások felhasználásának módjáról és a szolgáltatásokat nyújtó intézményi szerkezetről. Ilyen döntéseket az egészségügyi rendszer több szintjén, az országostól a településig, az éves költségvetés gyakorlata miatt minden évben hoznak. Érthető, hogy az egészségügy szolgáltatások tervezésének gyakorlatát célszerű időről-időre értékelni, és az értékelés eredménye alapján fejlesztéseket javasolni a szakpolitikai döntéshozók számára.

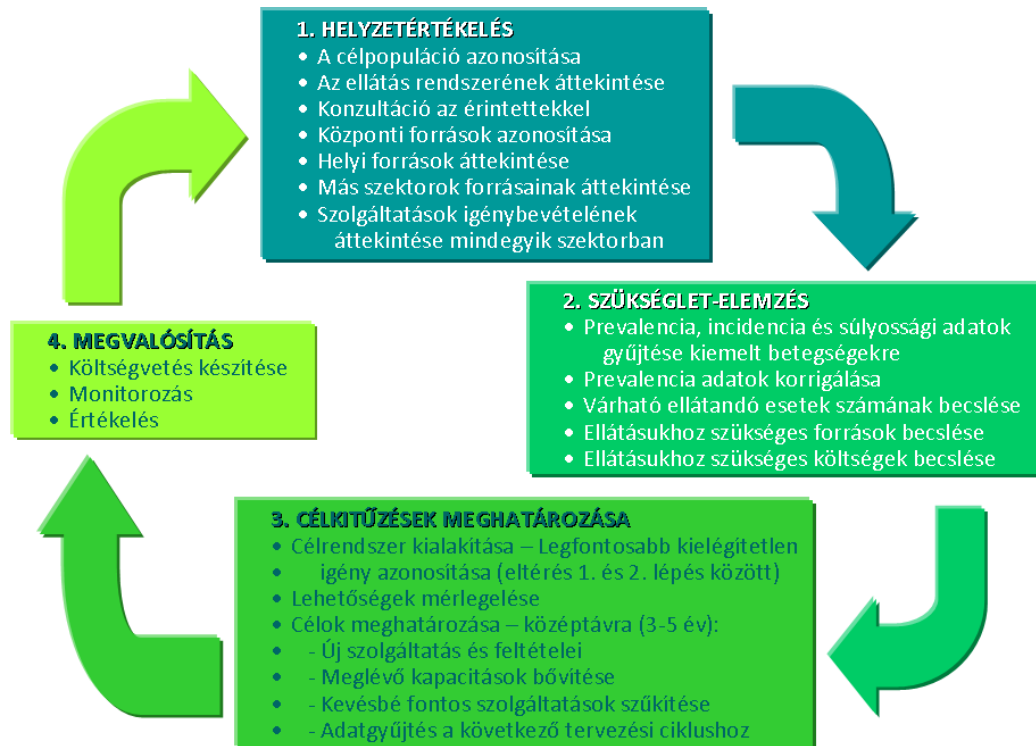
A tanulmány első részében a magyar egészségügy szolgáltatás-tervezésének általános gyakorlatát mutatjuk be, különös tekintettel az addiktológiai ellátásokra. A kábítószer-fogyasztók ellátási szükségleteinek sajátosságai nemcsak a különböző addiktológiai és mentális egészségügyi szolgáltatások, hanem az egészségügyi és a szociális ellátás érdemi integrációjának célszerűségére irányítják a figyelmet. Tanulmányunk második részében ezért az addiktológiai szolgáltatások tervezésére vonatkozó nemzetközi tapasztalatok és a hazai gyakorlat ismeretében megfogalmazott értékelést foglaljuk össze. A hazai tervezés kritikus értékelésekor továbbá célszerű – jó nemzetközi gyakorlatok példáját szem előtt tartva – „építő kritikát”, azaz a jövőbeli fejlesztéseket támogató javaslatokat is megfogalmazni. A tanulmány befejező része egy külföldi példa bemutatását követően több alternatív fejlesztésre vonatkozó álláspontot is bemutat.

2. MÓDSZERTAN

A tanulmány elkészítéséhez két eltérő módszertani megközelítést használtunk. Elsőként, az egészségügyi szolgáltatásokat nyújtó kapacitások létrehozására és elosztására vonatkozó jogszabályokat, azok végrehajtásának szervezeti kereteit és eljárásrendjét mutatjuk be, különös tekintettel az addiktológiai ellátásra.

Másodsor, strukturált interjúkat készítettünk az egészségügyi szolgáltatások tervezésének különböző szintjein tevékenykedő szakértőkkel¹. A beszélgetések során országos, régiós és ellátó intézmény szolgáltatásainak tervezésében tapasztalatot szerzett szakemberek a tervezéssel kapcsolatban feltett kérdésekre fejtették ki véleményüket a hazai gyakorlatról. (Melléklet: Strukturált interjú kérdései) A feltett kérdések a hazai tervezési gyakorlat kritikai értékelésének alábbi szempontjainak megfelelően lettek megfogalmazva.

Az addiktológiai szolgáltatások tervezését – érthető okokból – a fejlett egészségüggyel rendelkező országokban a mentális egészségügy szolgáltatások tervezésének részeként valósítják meg.² A nemzetközi tapasztalatok jobb hasznosíthatósága érdekében hazai gyakorlatot érdemes az Egészségügyi Világszervezet e célra kifejlesztett útmutatójának³ értelmezési keretében értékelni. E dokumentum szerint a tervezés négy fő feladatból áll: helyzetértékelés, szükséglet-elemzés, célkitűzések meghatározása, megvalósítás. A fő feladatokat és végrehajtásuk leglényegesebb lépéseit az alábbi ábrán mutatjuk be:



Forrás: *Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment Workbook Series*, WHO, Genf, 2000.

¹ Véleményét elmondta 6 fő: egy-egy minisztériumi és regionális tervező, két drogambulancia vezető KEF tag, egy közösségi pszichiátriai intézményvezető, és egy addiktológus

² Lásd pl. *Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment Workbook Series*, WHO, Genf, 2000.

http://www.who.int/substance_abuse/publications/psychoactives/en/index.html

³ Planning and budgeting to deliver services for mental health. In: *Mental Health Policy and Service Guidance Package*. Egészségügyi Világszervezet, Genf, 2003.

Az értékelés során az egészségügyi szolgáltatások tervezésének a fenti értelmezési keretében – különösen az addiktológiai szolgáltatásokra vonatkozóan – választ kerestünk arra, hogy a hazai gyakorlatban

- mennyire veszik figyelembe az ellátási szükségleteket és a rendelkezésre álló erőforrásokat;
- hogyan használják fel a korábbi döntések hatására, eredményességére vonatkozó információkat, és a terveket illesztik-e a stratégiai célkitűzésekhez;
- milyen mértékben veszik számításba a megvalósítás külső feltételeit, más szakterületekkel való kölcsönhatást, különös tekintettel a szociális ellátásra;
- hogyan biztosítják az érintetteknek a tervezési folyamatba történő bevonását?

Mint a kérdésekből kitűnik, az értékelés nemcsak a tervezés eredményére, a tervre, hanem a tervezés kiindulópontjának számító információkra és a tervezés folyamatára is vonatkozik. A tervezéshez felhasznált információ értelemszerűen a tervek megalapozottságához nélkülözhetetlen, emiatt ezen információk értékelése elengedhetetlen a tervezés elfogulatlan megítéléséhez. A tervezés eredményének megítéléséhez támpontot jelenthet a tervnek az ellátási szükséglethez és a rendelkezésre álló ellátási kapacitásokhoz, az ellátandók igényéhez való viszonya valamint, nem utolsósorban, a megvalósíthatóság, a terv végrehajthatósága. A tervezés folyamatát jól jellemzi, hogy az aktuális terv készítésekor hogyan veszik figyelembe a korábbi döntések hatását, eredményességét, és hogy – a döntéseknek az éves tervezési ciklusokon túlnyúló hatásai miatt – az aktuális tervek hogyan illeszkednek a szolgáltatások fejlesztésének hosszú távú koncepciójába, az adott területre kidolgozott stratégiába. Megjegyezzük, hogy az egészségügyi szolgáltatás-tervezés értékelésének leginkább megfelelő szempontja a tervkészítés végső céljának, az egészségnyereség növelésének teljesülése, – a tanulmány központi témája miatt – az addiktológiai beteg-ellátás eredményességének javulása lenne. Erre vonatkozó megfelelő mutatók egyelőre azonban nem állnak rendelkezésre.⁴ Nem hagyható figyelmen kívül, hogy a kábítószer-fogyasztók egészségének védelmében ugyanakkor több, az addiktológiai ellátáson kívüli fejlesztés történt, mint pl. a fertőző betegségek terjedésének kockázatát csökkentő tűcseré program, vagy a túladagolás kockázatát csökkentő hatóanyag monitorozás bevezetése, illetve a kábítószer-használó várandós anyákat és gyermekeiket érintő beavatkozások.⁵

⁴ 2009-ben ugyanakkor már kialakításra került egy ellátás-értékelési minőségi indikátor-rendszer, amely alapjául szolgálhat a szakmai szabályozó anyagokra támaszkodva történő ellátás-értékeléshez. 2010-es Éves jelentés az EMCDDA számára (tervezet 2010.09.17.), Nemzeti Drog Fókuszpont, Budapest 2010. 51.o.

⁵ i.m. 102.o, 100.o illetve 114.o.

3. AZ EGÉSZSÉGÜGYI KAPACITÁSOK LÉTREHOZÁSÁNAK ÉS ELOSZTÁSÁNAK HAZAI GYAKORLATA

Az egészségügyi ellátórendszer tervezésének egyik legalapvetőbb feladata a kapacitások megtervezése, illetve a tervek érvényesítése az ellátórendszerben. Az egészségügyi rendszer kapacitásait alapvetően két tényező határozza meg Magyarországon:

Fizikai kapacitás (kapacitásvolumen): a fekvőbeteg-ellátásban a fizikai kapacitás általános mérőszáma az ágyszám, a járóbeteg-ellátásban a heti rendelési óraszám (ide értve a szakorvosi és nem szakorvosi rendelési órákat is).

Finanszírozási kapacitás (teljesítményvolumen): a teljesítményvolumen-korlát (TVK) bevezetését követően egy egészségügyi szolgáltató adott időszakban elszámolható teljesítményét behatárolja a TVK jelentette limit. Mivel a TVK fölötti teljesítményrészt a szolgáltató nem kap finanszírozást, így ez a limit a szolgáltatásnyújtás ésszerű gazdálkodás melletti limitjét jelenti, függetlenül attól, hogy van-e még kihasználatlan fizikai kapacitás. (Nem ennyire élesen, de ez a limit igaz volt akkor is, amikor a TVK nem éles limitet, hanem degresszív sávokat jelentett: egy bizonyos teljesítménytöbblet után ugyanis a bevétel már a változó költségeket sem fedezi.)

A tanulmány további részeiben a fizikai kapacitás tervezésének módját, új fizikai kapacitások befogadásának a módját, illetve a pénzügyi kapacitákszabályozást tekintjük át a jelenleg hatályos magyar jogszabályok alapján.

3.1 A kapacitásvolumen meghatározása

A fekvő- és járóbeteg-ellátás jelenlegi kapacitásvolumeneit, illetve ezek alakításának módját az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény (Eftv.) szabályozza.

Az országos összkapacitás mértékét és elsődleges felosztását e törvény melléklete rögzíti, azaz ilyen módon az országos járó- és fekvőbeteg-kapacitás meghatározása politikai döntés egyenes következménye, a törvényalkotás folyamatában az országgyűlési képviselők többsége a demokratikus felhatalmazásnak köszönhetően tetszőlegesen döntést hozhat. Praktikusán azonban a Magyar Köztársaság kormánya készíti azt a törvényjavaslatot, amit a Parlamentben megtárgyalnak: a kapacitástervezés e kérdésében meghatározó, hogy előterjesztőként a kormány (illetve a témakörben eljáró egészségügyért felelős miniszter) milyen kezdeti javaslattal él. E javaslattételre figyelembe veendő szempontok, eljárásrendek nincsenek – a törvényben rögzített óraszámok, ágyszámok azonban törvénymódosítással megváltoztathatóak. Ezen eljárás során a jogalkotásról szóló rendelkezéseket (pl. hatásvizsgálat készítése) alkalmazni kellene, azonban ennek érvényesülése esetleges.

A rögzített összkapacitás mértéke: 44.215 aktív kórházi ágy, 27.169 krónikus kórházi ágy, illetve 344.440 járóbeteg-ellátási szolgáltatási óra/hét. A kórházi ellátás esetében ezek az ágyszámok a közfinanszírozásba befogadható maximális ágyszámot jelentik, míg a járóbeteg-ellátásban pótolólagos kapacitásbefogadással az itt meghatározott kapacitás legfeljebb 5%-kal léphető túl.

Az összkapacitáson túl a törvény két esetben a kapacitások összetételét is meghatározza:

- Országos feladatkörű speciális intézetek és súlyponti kórházak: az egyes intézmények esetében szakmacsoportonkénti bontásban került meghatározásra az aktív és

krónikus ágyak minimális száma. Azért tekinthető ez minimális számnak, mert a regionálisan újraosztható kapacitásokból (ld. 2. pont) is részesülhetnek ezek az intézmények.

- Regionálisan újraosztható kapacitás: az országos és súlyponti intézményeken túli intézmények számára szétsztható kapacitás, mely megyénként és szintén szakmacsoportonként került meghatározásra. Ez a kapacitás a törvényben meghatározott módon az intézmények között újraosztható. (A 2007. áprilisi struktúraátalakításkor azonban a RET-ek döntésképtelensége miatt az egészségügyi miniszter által készített, központi javaslat szerint történt meg az ágyak felosztása a kórházak között. E miniszteri javaslat elkészítése során figyelembe veendő szempontokra megint csak nincsen előírás.)
- Járóbeteg-ellátás szakmacsoportjai: a járóbeteg-ellátás esetében az összkapacitás meghatározásánál részletesebb előírás nincsen, mindössze annyi megszorítást tartalmaz a törvény, hogy mely szakmacsoportok kaphatnak közfinanszírozást (azaz egy pozitív lista szerepel a törvény mellékletében).

A fentiekben meghatározott kapacitás-összetétel bizonyos mértékben (az e törvényben leírt eljárások útján) megváltoztatható.

Az addiktológia, illetve a drogbetegellátás a fent idézett mellékletekben külön szakmaként nem szerepel (az aktív ellátás a „18 – Pszichiátria”, a rehabilitációs ellátás a „40 – Krónikus ellátás” vagy „41 – Rehabilitáció” szakmacsoportok részét képezi). **Ez azt jelenti, hogy a drogbetegellátás céljára szolgáló országos kapacitás mértéke a szakma szintjén nem rögzített.** Meg kell jegyezni ugyanakkor, hogy ez nem egyedi helyzet: a nagyméretű szakmák közül például a kardiológia sem jelenik meg önálló szakmaként (az a belgyógyászat részét képezi). A legfőbb tervezési dokumentumban, az egészségügyi ellátórendszeréről szóló törvény mellékletében tehát kifejezetten drogbetegellátásra semmilyen kapacitás nincsen rögzítve.

A járóbeteg-ellátás esetében a tervezési alapvetések gyakorlatilag teljesen hiányoznak: az országos kapacitásmértéken túl itt már összesített regionális lebontás sem szerepel a törvény mellékletében.

A törvényt kiegészítő végrehajtási rendelet (a 337/2008. (XII. 30.) Korm. rendelet) a kapacitások és szakmák meghatározása során mindössze annyit pontosít, hogy a pozitív listán (azaz a közfinanszírozható ellátások listáján) már nem csak szakmacsoportokat, hanem konkrét szakmákat is nevesít. A rendelet 2. és 3. melléklete az alábbi addiktológiai ellátási formákat nevesíti:

- aktív addiktológiai fekvőbeteg-ellátás
- krónikus fekvőbeteg-ellátás:
- addiktológiai rehabilitáció
- alkoholológiai rehabilitáció
- drogrehabilitáció
- Járóbeteg-szakellátás:
- addiktológia
- alkoholológia
- drogbetegellátás
- egyéb szenvedélybetegségek ellátása (például játékszenvedély)
- addiktológiai gondozás
- alkoholológiai gondozás

3.2 A kapacitáselosztás módosításának szereplői

A fentiekben bemutatott kapacitásokat csak az ellátórendszerről szóló törvényben, illetve az ahhoz tartozó 337/2008. (XII. 30.) Korm. rendeletben foglalt eljárásokkal lehet módosítani. A módosítások alapvetően öt szereplőn múlnak:

- OEP: fő szerepe az, hogy az ellátási adatokat összesíti, a tervezéshez rendelkezésre bocsátja, illetve évente saját maga is javaslatot készít a kapacitások esetleges újraosztására.
- ÁNTSZ: hatóságként lefolytatja az eljárásokat, a javaslatokat véleményezi, illetve jóváhagyja, egyes esetekben pedig maga kezdeményezhet átcsoportosításokat.
- RET (Regionális Egészségügyi Tanács): döntően az adott régió egészségügyi szolgáltatóinak fenntartóiból álló testület, amely az adott régióban elosztható kapacitásokkal kapcsolatban elvileg széles döntési jogkörrel bír (az országos és súlyponti intézmények kapacitását nem befolyásolhatják, így hatásuk a magyarországi kórházi ágyaknak eleve csak a 49,5%-ára terjed ki). A RET-ek összetételét az egészségügyi törvény szabályozza.
- Intézményfenntartók: több esetben közvetlenül kezdeményezhetnek átcsoportosításokat, de a RET-en keresztül közvetve is érintettek.
- Intézmények: az intézmények a kapacitáselosztás módosítását a fenntartójukon keresztül, annak jóváhagyásával kezdeményezhetik. Több esetben előfordul ugyanakkor, hogy egy fenntartónak több intézménye van (pl. Fővárosi Önkormányzat), így az intézményeket és a fenntartókat elemzési szempontból indokolt kettéválasztani.

A kapacitástervezés szempontjából az egyes szereplők feladatai jelenleg nem kellőképpen letisztázottak, illetve több esetben szétforgácsolódnak. Zavaros, hogy a közfinanszírozott egészségügyi ellátórendszer kialakításában pontosan milyen szerepet játszik a társadalombiztosítás szerve, az OEP és az egészségügyi hatóság, az ÁNTSZ (míg az előbbi kifejezetten a közfinanszírozott ellátásokat szervezi, utóbbi egészségügyi hatóságként minden egészségügyi szolgáltatóval kapcsolatban ellátja hatósági szerepét). A zavaros kapcsolatra jellemző, a kapacitástervezést befolyásoló példák:

- A finanszírozási szerződést az OEP köti az egyes egészségügyi szolgáltatókkal, az ellátásokat az Egészségbiztosítási Alapból az OEP finanszírozza, a közfinanszírozásban befogadott kapacitásokról mégsem az OEP a társadalombiztosítás szereplőjeként, hanem az ÁNTSZ egészségügyi hatóságként hoz határozatot.
- A beutalási rendet alapvetően meghatározó területi ellátási kötelezettséget (mely egyébként csak a társadalombiztosítási ellátókra vonatkozik) szintén az ÁNTSZ határozza meg.
- Tetézi a kapacitástervezési problémákat, hogy az ÁNTSZ és az OEP által használt szakmakódrendszer nem egyezik meg egymással: ugyanannak a kórházi osztálynak a besorolása a két szereplőnél különbözik (ld. az alábbi táblázatot). Megjegyzendő, hogy 2010 elejétől a járóbeteg-ellátásban már az OEP is az ÁNTSZ-kódokat használja, de a fekvőbeteg-ellátásban ez az átállás még nem történt meg.

OEP-kód	Szakma megnevezése	ÁNTSZ-kód	Szakma megnevezése
45	Addiktológia (pszichiátriai szakfeladat)	1801	addiktológia
		1803	pszichiátriai gondozás
		1804	pszichiátriai rehabilitáció
		1805	pszichoterápia (szakorvosi képesítéssel)
43	Alkohológia (pszichiátriai szakfeladat)	1811	alkohológia
44	Drogbetegellátás (pszichiátriai szakfeladat)	1821	drogbetegellátás
		1831	egyéb szenvedélybetegségek ellátása

A kapacitástervezésben fontos szerepet játszhatnak az egyes régiók a RET-eken keresztül. A RET-ek szerepe azonban inkább formális. Mivel a rá háruló döntések legnagyobb része ún. zéró összegű játszma (ha valakinek kapacitást adnak régió belül, akkor valakitől el is kell venni), ráadásul eleve csak a kórházi kapacitások kb. felére kiterjedően, és tagjai egyben intézményfenntartóként érdekeltek a saját intézményeik fenntartásában, ezért tudatos tervezési koncepcióknak nem igazán biztosít teret. Fenntartói szinten már vannak sikeresebb kísérletek a kapacitások összehangolására (pl. a megyei önkormányzat kórházainak összevonására). Mivel a gazdálkodás eseteleges problémái elsősorban a fenntartónál jelentkeznek, ezért természetes, hogy a fenntartók igyekeznek saját intézményrendszerüket – akár a feladatok összehangolásával is – konszolidálni. Ez a szempont viszont inkább a megyei szintű kapacitástervezést erősíti, ami viszont a progresszivitási szintek mentén, a megyehatárokhöz közel igen gyakran túlságosan alacsony szintnek bizonyulhat.

3.3 A kapacitáselosztás módosításának folyamata(i)

A kapacitásmódosítási lehetőségek leginkább abban különböznek, hogy melyik szereplő milyen indokkal kezdeményezheti azt. A módosításokkal együtt is az alábbi szempontokat (ellátási garanciákat) be kell tartani:

- A négy alapszakma (belgyógyászat, gyermekgyógyászat, sebészet, szülészeti-nőgyógyászat) aktív ellátása az érintett lakosság min. 95%-a számára 60 percen belül elérhető legyen (a 60 perc elvi elérhetőséget jelent, az úttípusok és a rajtuk megtett út alapján kalkulálva).
- Amennyiben egy intézményben teljesen megszűnne egy szakma aktív ellátása, akkor az adott ellátási terület valamennyi lakosa számára a következő kijelölt intézmény adott szakmájának 60 percen belül elérhetőnek kell lennie.
- A járóbeteg-ellátás esetében az alapszakmák elérhetőségét a lakosság 90%-a számára 30 percen belül kell biztosítani.

A fenti ellátási garanciákat szabályozó rendszer hiányossága, hogy az alapszakmákon kívül semmilyen célértéket nem tartalmaz a többi szakma számára – így az addiktológia számára sem (legfeljebb csak bizonyos, korábban létező aktív kapacitások megszüntetésekor jön szóba az a cél, hogy 60 percnél messzebbre ne kerüljön az érintett lakosoktól). Viszonyítási pont hiányában így nem lehet megítélni, hogy a kapacitástervezés a hozzáférési céloknak mennyire felel meg a többi szakma vonatkozásában.

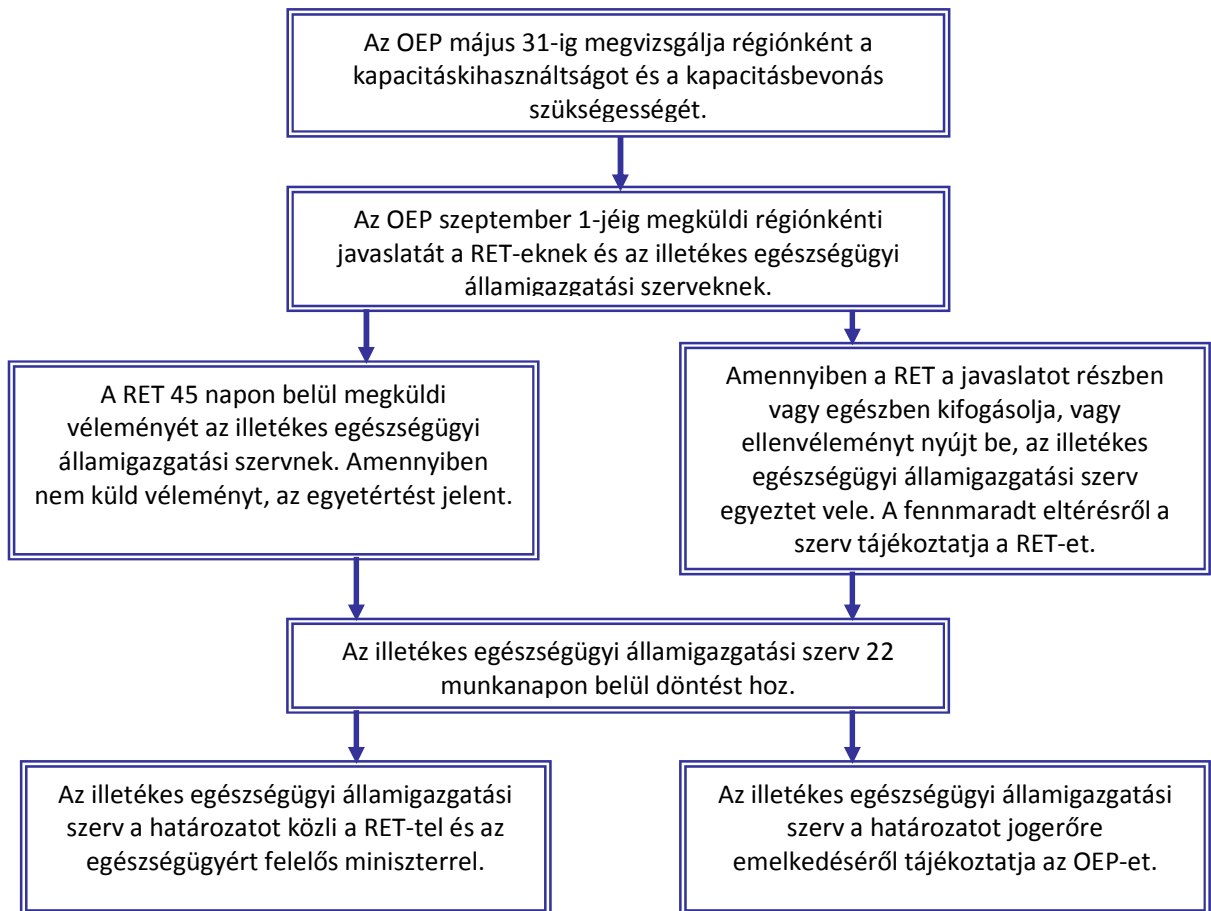
További hiányosság, hogy az ellátási garanciából „kimaradó” 5, illetve 10%-nyi lakosság számára semmilyen további célérték nincsen. Megoldás lehetne az, ha a garancia kétszintű lenne (pl. 95% számára 60 perc az elérhetőség, de mindenki számára biztosítani kell a 90 perces elérhetőséget).

A fenti hozzáférhetőség ráadásul a rendelkezésre álló kapacitások mennyiségét nem hozza összefüggésbe a felmerülő szükséglettel: szélsőséges esetben akár néhány, adott szakmába eső aktív ágy is kielégíti az elérhetőség feltételét, miközben a jelentősen nagyobb szükséglet miatt az ellátáshoz való tényleges hozzáférés várakozási ideje megnő. A jövőben a garanciális szabályok várakozásiidő-célértékkel való kiegészítése is indokolt.

A továbbiakban a kapacitásmódosítások egyes aleteit vesszük sorra.

3.3.1 A kapacitás-felosztás éves módosítása

A leggenerálisabb kapacitásmódosítási folyamatot az OEP indíthatja el, sőt az Eftv. 4. §-a alapján évente el is indítja. A folyamatot a következő ábra foglalja össze.



Az Eftv. alapján „az egészségbiztosító minden év május 31-éig a megelőző finanszírozási év adatai alapján régióként megvizsgálja a régióban működő szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók lekötött kapacitásainak kihasználtságát és a kapacitás-bevonás szükségességét.” Az OEP vizsgálatának a kiindulópontja tehát alapvetően az esetleges *kihasználatlanság*, de a törvény további szempontok vizsgálatát is előírja:

- a) az adott régió megbetegedési és halálozási mutatói,
- b) az ellátandó lakosság száma,
- c) az egy ágyra jutó betegforgalmi adatok szakterületenként,
- d) az egy esetre jutó ápolási idő szakterületenként,
- e) a külön jogszabály szerinti esetösszetételi index (CMI) szakterületenként,
- f) az ágykihasználtsági mutatók szakterületenként,
- g) a sürgős és nem sürgős esetek aránya,
- h) szakterületenként az elvégzett beavatkozások aránya,
- i) a továbbküldött betegek aránya,
- j) az átvett betegek aránya,
- l) a külön jogszabály szerinti járóbeteg-szakellátásban szakterületenként az egy órában átlagosan ellátható esetszám,
- m) a progresszivitásban betöltött szerep,
- n) a területen kívülről ellátott betegek aránya,
- o) az elérhetőség szempontjából a helyi tömegközlekedési viszonyok.

A fenti folyamat eredményeképpen – a törvény előírásai alapján – az alábbi mozgástér adódik:

- Csak a regionális újraosztható kapacitásokat érintheti az eljárás, azaz a kapacitásoknak eleve már csak a 49,5%-ára terjedhet ki a fenti tervezési folyamat (pl. súlyponti kórház kapacitása nem módosítható – illetve csak az a rész, amit a regionálisan elosztható kapacitásból szerzett meg a súlyponti kórház).
- Ebben az esetben is az Eftv. által az egyes régiókra szakmacsoportonkénti bontásban meghatározott kapacitásoktól legfeljebb plusz/mínusz 10%-os mértékben lehet eltérni.
- Ez az eltérés zéró összegű játék kell, hogy legyen az egyes szakmacsoportok közötti átcsoportosítással: az összkapacitásnak (ágyszámban kifejezve) ugyanis változatlanul kell maradnia.
- A járóbeteg-ellátásban lehetőség van az előírt országos óraszám legfeljebb 5%-os mértékben való meghaladására.

A fenti eljárás mellett van még egy olyan dokumentum, amely a kapacitások éves áttekintését szolgálja. Az Eftv. 16. § (5) bekezdése alapján „[a]z egészségügyért felelős miniszter évente megvizsgálja az egészségügyi ellátórendszer működését, amely vizsgálat eredményéről beszámolóban tájékoztatja a Magyar Köztársaság Országgyűlésének Egészségügyi Bizottságát [...]”. Ez a jelentés az eddigi évek során nem vált a kapacitástervezést értékelő dokumentummá.

3.3.2 Kapacitásátadás vagy -csökkentés tartós kapacitás-kihasználatlanság esetén

Ezt az eljárást alapesetben a fenntartó kezdeményezheti (az intézmény véleményének a kikérésével), de a kihasználatlanságra az OEP is felhívhatja a RET és az ÁNTSZ figyelmét. Ezt követően a RET dönthet a kapacitás átcsoportosításáról más szolgáltató számára (de ha a RET döntése elmarad, ilyen döntést hozhat az ÁNTSZ is ellátási érdekből). Az átcsoportosítás helyett a kapacitások csökkentésére is lehetőség van, de ezt csak a fenntartó kezdeményezheti. Az így felszabaduló kapacitások újraosztására az a) pontban említett éves újratervezés során van lehetőség. További lehetőség a fenntartó számára, hogy a kapacitást más szakmára csoportosítsa át. Ez a lehetőség a törvény alapján a súlyponti kórházak „védett” kapacitásai esetében is rendelkezésre áll (azaz ez garantálja, hogy védett kapacitás csak kapacitás-kihasználatlanság esetén szüntethető meg).

Problémát jelent, hogy a kihasználatlanságot a törvény alapján nem egy abszolút célértékhez képest, hanem az adott szakma országos átlagához képest kell megállapítani. A kihasználatlanság megállapítható, amennyiben a döntést megelőző évben folyamatosan

- a) járóbeteg-szakellátás esetén az egy rendelési órára jutó esetek száma az adott szakma vonatkozásában az előző év átlagában alacsonyabb az adott szakma országos átlagánál,
- b) fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás esetén – a fertőző osztály kivételével – az ágykihasználtság az adott szakma vonatkozásában az előző év átlagában alacsonyabb az adott szakma országos átlagánál.

A végrehajtási rendelet sem pontosítja, hogy a „folyamatosan” szó mit jelent: minden hónapban, minden napon – vagy milyen mérési egységen?

A fenti eljárás legfőbb korlátja az, hogy csak a kihasználatlan kapacitások kezelésére alkalmas. Amennyiben egy fenntartó teljes ellátási portfóliója magas mértékben kihasznált, és további kapacitásra lenne szüksége, akkor ez az eljárás nem használható.

3.3.3 Régiók közötti átcsoportosítás

Elsősorban a szomszédos régiók, de adott esetben (speciális, a szomszéd régióban hiányzó szakma esetében) nem szomszédos régiók között is átadható kapacitás. Erről a két RET állapodhat meg, a konkrét intézmények, szakmák és kapacitásmennyiség megjelölésével. A megállapodást az ÁNTSZ-nek jóvá kell hagynia.

3.3.4 Átcsoportosítás a szolgáltató vagy a fenntartó kezdeményezésére

Az egészségügyi szolgáltató is kezdeményezheti a kapacitásainak bizonyos korlátok közötti átcsoportosítását (ehhez első körben a fenntartójának az engedélye szükséges).

Az ellátási formákat is érintő átcsoportosításra az alábbi lehetőségek vannak:

- Aktív fekvőbeteg-ellátásból krónikus fekvőbeteg-ellátás, akár a szakma megváltoztatásával is (legfeljebb a kapacitás 10%-a)
- Aktív fekvőbeteg-ellátásból járóbeteg-ellátás, akár a szakma megváltoztatásával is (legfeljebb a kapacitás 10%-a)
- Aktív fekvőbeteg- vagy járóbeteg-ellátásból egynapos sebészeti ellátásra, akár a szakma megváltoztatásával is (legfeljebb a kapacitás 10%-a)
- Krónikus fekvőbeteg-ellátásból nappali kórházra vagy intézeti hospice ellátásra

Az ellátási formát nem érintő átcsoportosítás esetében:

- Krónikus szakmacsoportok között legfeljebb 10%-os mértékig lehetséges átcsoportosítás
- Egyéb esetekben „az átcsoportosítandó kapacitás nem haladhatja meg az adott szakma kapacitásának 20%-át. Az átcsoportosítással létrejövő kapacitásnövekmény egy adott szakmában legfeljebb 30%-ot érhet el. Amennyiben az átcsoportosítással új szakma kerül kialakításra, az új szakmára meghatározott ellátási terület figyelembevételével a 10 ezer főre jutó kapacitás nem haladhatja meg az adott szakmára vonatkozó országos átlagot.” (végrehajtási rendelet, 8. § (7) bek.)

A fenntartó számára az a lehetőség is nyitva áll, hogy a saját intézményei között átcsoportosítson kapacitásokat (a fenti korlátokon belül, továbbá azt a korlátot is figyelembe véve, hogy ha eltérő régiók is érintettek, akkor a régiókra meghatározott kapacitás nem változhat).

A kérelmet az ÁNTSZ bírálja el és hagyja jóvá, amennyiben az ellátási biztonságot nem veszélyezteti.

Fontos kiegészítő szabály, hogy a fenti „szabad” átcsoportosítás kezdeményezésére az egészségügyi szolgáltatónak, illetve a fenntartónak évente maximum két alkalommal van lehetősége. Ez a két alkalom nincsen konkrét dátumhoz kötve.

3.4 Többletkapacitások befogadása

Többletkapacitás befogadására jelenleg a 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtásáról rendelkező 337/2008. (XII. 30.) Korm. rendelet alapján van lehetőség. A többletkapacitás típusait a rendelet 1. §-a definiálja, melyek közül az addiktológiai ellátás kapcsán az alábbiak lehetnek relevánsak:

- 1. § (1) E rendelet alkalmazásában többletkapacitás az**
- a) az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény (a továbbiakban: Tv.) alapján lekötött fekvőbeteg-szakellátási kapacitáson felüli **fekvőbeteg-szakellátási kapacitás,**
 - b) a Tv. alapján lekötött járóbeteg-szakellátási kapacitáson felüli **járóbeteg-szakellátási kapacitás,**
 - ...
 - d) a finanszírozási rendszerbe már befogadott, de adott szolgáltatónál az érvényes finanszírozási szerződése alapján nem finanszírozott **speciális, magasabb felkészültséget igénylő ellátás** végzése (ideértve *HBCS és indexált OENO),

e) a szolgáltatónál létrejövő **új ellátási forma**, illetve az a nem átcsoportosítás útján létrejövő, a szolgáltató érvényes finanszírozási szerződése alapján **nem finanszírozott szakma**,

...

g) a finanszírozási rendszerbe már befogadott, de adott szolgáltatónál az érvényes finanszírozási szerződése alapján nem finanszírozott, külön jogszabályban meghatározott **tételes elszámolás alá eső** egyszer használatos eszköz, illetve **gyógyszer**,

...

j) a finanszírozási szerződés szerinti sürgősségi ellátási formához képest **magasabb fix összegű díjazással járó sürgősségi ellátási forma**,

amely a Tv. alapján lekötött kapacitásához képest a magasabb összegű elszámolás és teljesítménynövekedés finanszírozása miatt többletforrás-igénnyel jár.

Többletkapacitás befogadására három lehetőség van: előzetes többletkapacitás-befogadási eljárás, „rendes” többletkapacitás-befogadási eljárás és egyszerűsített többletkapacitás-befogadási eljárás.

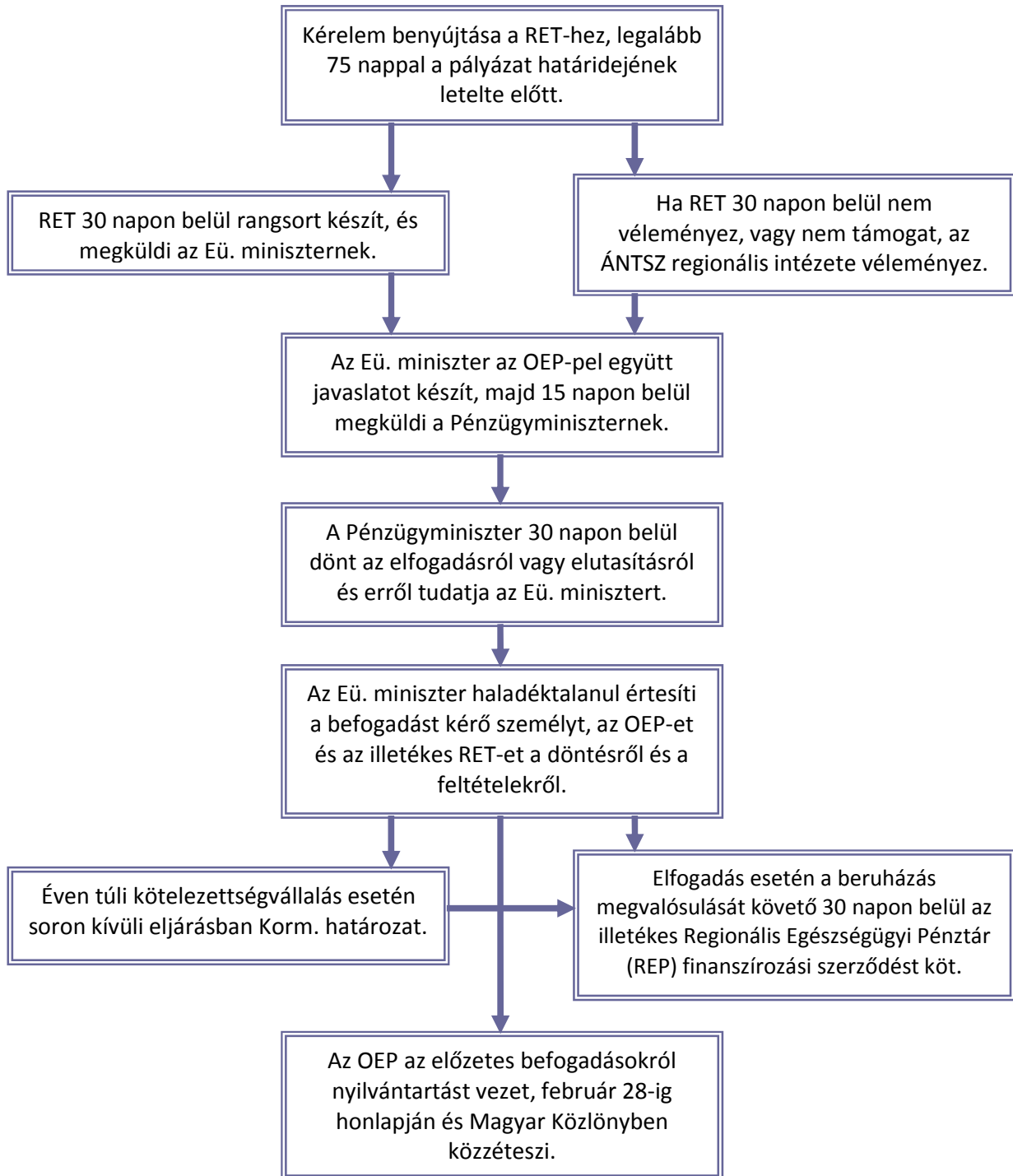
3.4.1 Előzetes többletkapacitás-befogadási eljárás

Előzetes többletkapacitás-befogadási eljárás abban az esetben kérhető, ha a

- a) címzett támogatás szakmai programja,
- b) központi költségvetésből támogatott egyéb beruházás,
- c) európai uniós pályázat,
- d) az Új Magyarországért Fejlesztési Tervben foglaltak,
- e) egyéb regionális fejlesztések,
- f) népegészségügyi programok

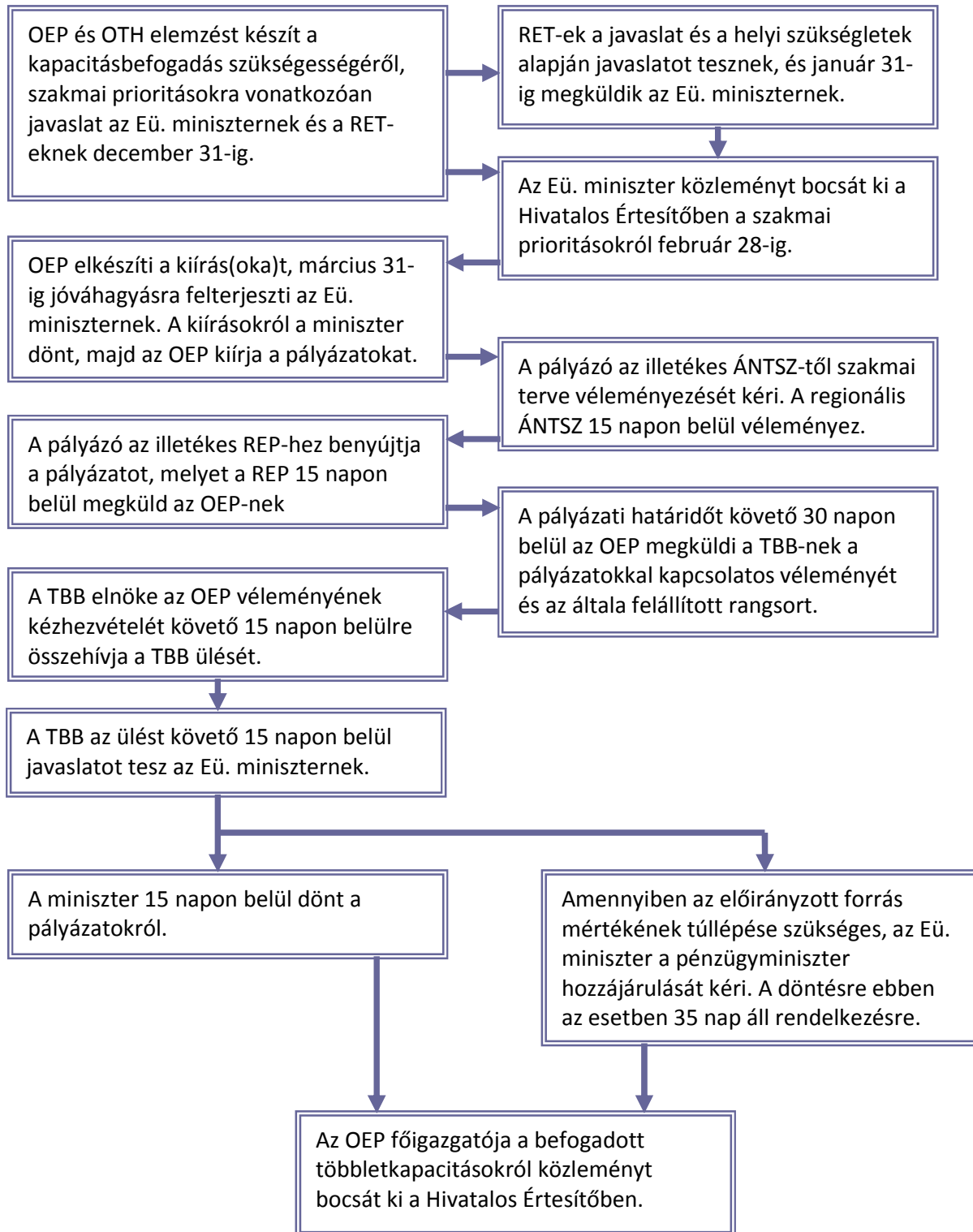
megvalósítása többletkapacitások befogadását igényli.

A kérelem részeként be kell nyújtani a vonatkozó pénzügyi hatásvizsgálatot, amelynek tartalmaznia kell a kérelmezett befogadással összefüggő egyéb finanszírozási és kapacitás-módosítási feltételeket is. A befogadás menetét az alábbi ábrán mutatjuk be.



3.4.2 „Rendes” többletkapacitás-befogadási eljárás

Az előzetes többletkapacitás-befogadást nem igénylő esetekre vonatkozóan a rendelet az alábbi folyamatábrával szemléltethető szabályozást tartalmaz.



A többletkapacitás-befogadási bizottság (TBB) 7 tagú, tagjait az alábbiak szerint delegálják:

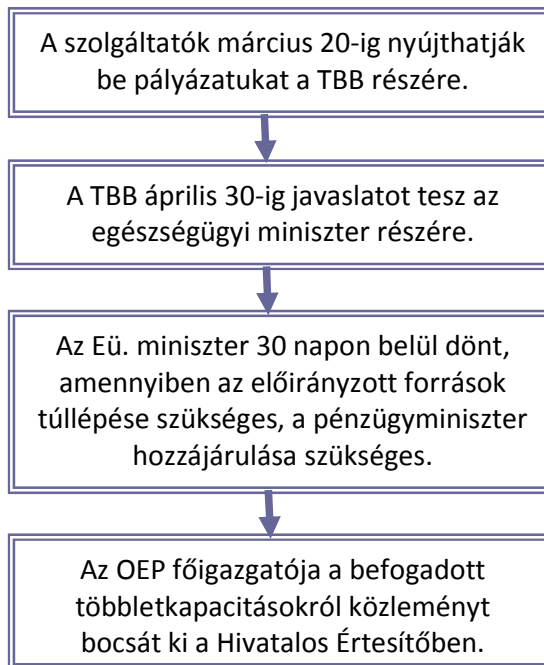
- Egészségügyi miniszter: 3 fő
- Pénzügyminiszter: 2 fő
- OEP főigazgató: 1 fő
- Országos tisztifőorvos: 1 fő

A bizottság elnökét a tagok közül az OEP főigazgatója jelöli ki, a TBB határozatképességéhez pedig 5 tag jelenléte szükséges. A folyamatban szereplő határidők alapján megállapítható, hogy amennyiben minden érintett maximálisan kihasználja a rendelkezésére álló határidőt, az eredményeket az OEP főigazgatója az adott év szeptemberében hirdetheti ki.

3.4.3 Egyszerűsített többletkapacitás-befogadási eljárás

Egyszerűsített többletkapacitási eljárásra a fejezet elején említett esetek közül az alábbiakban kerülhet sor:

- a finanszírozási rendszerbe már befogadott, de adott szolgáltatónál az érvényes finanszírozási szerződése alapján nem finanszírozott speciális, magasabb felkészültséget igénylő ellátás végzése (ideértve *HBCS és indexált OENO),
- a finanszírozási rendszerbe már befogadott, de adott szolgáltatónál az érvényes finanszírozási szerződése alapján nem finanszírozott, külön jogszabályban meghatározott tételes elszámolás alá eső egyszer használatos eszköz, illetve gyógyszer,



3.5 A teljesítményvolumen meghatározása

Magyarországon az egészségügyi szolgáltatások nyújtása szempontjából nem csak az előző részben ismertetett (fizikai) kapacitáslimiték érvényesülnek, hanem pénzügyi-finanszírozási korlát is. Megjegyzendő, hogy ez a nemzetközi gyakorlatban korántsem egyedi megoldás, számos helyen alkalmaznak költségvetési limiteket (budget cap), amit a kapacitásszabályozás

egyik alapvető eszközének tekintenek. A szolgáltatások hozzáférhetősége szempontjából természetesen korántsem mindegy, hogy milyen módszerrel történik a finanszírozási limitek megállapítása.

Magyarországon 1993 óta van teljesítményfinanszírozás (az aktív fekvőbeteg-ellátásban HBCS-, a járóbeteg-ellátásban németpont⁶-alapon – a krónikus és rehabilitációs fekvőbeteg-ellátásban ápolási napok alapján történik a finanszírozás). A teljesítményfinanszírozás bevezetését követően a szolgáltatók által jelentett teljesítmények jelentős mértékben megnöttek: ezek egy része az alaposabb kódolási gyakorlatra, másik része a fejlődő technológia jelentette magasabb (és drágább) szolgáltatási szintre, harmadik része viszont minden bizonnyal az ún. „teljesítményörgetésre” vezethető vissza. Ezt igyekezett korlátok közé szorítani a 2004-ben bevezetett teljesítményvolumen-korlát (TVK), amely az aktív fekvőbeteg- és a járóbeteg-ellátásra vonatkozott. Ez eleinte degresszív volt (azaz bizonyos teljesítményszint fölött egyre kevesebbet ugyan, de fizetett), majd 2006-ban fixszé vált (azaz egy meghatározott teljesítményszint fölött semmit sem fizetett az OEP a szolgáltatóknak).

Az egészségügyi ellátórendszerben az aktív fekvőbeteg- és a járóbeteg-ellátásra általában jellemző, hogy a TVK erősebb korlátot jelent a nyújtható szolgáltatások mennyiségében, mint a fizikai kapacitás. (A krónikus fekvőbeteg-ellátásban a korlátot az elszámolható ápolási napok jelentik.) A TVK-nak van azonban egy olyan alapvető tulajdonsága, amely a kapacitásallokáció szempontjából nagy jelentőségű: **a TVK – néhány kivételtől eltekintve – csak intézményi szinten meghatározott, és az intézményen belüli, az egyes ellátásokra vagy szakmai területekre vonatkozó allokáció teljes egészében az intézmény hatáskörébe esik.** Ezt a belső allokációt egyébként az intézményeknek még dokumentálnia sem kell, jellemzően az intézményi kontrolling-rendszerek keretében foglalokoznak az egyes területekre jutó TVK-mennyiség menedzselésével.

Azt tehát, hogy egy szakmára mekkora szolgáltatásvolumen jut (azaz mekkora teljesítményvolument finanszíroz az esetében az OEP), csak és kizárólag a teljesen homogén (azaz egy szakmából álló) egészségügyi szolgáltatók esetében lehet megmondani. A heterogén szolgáltatási portfóliójú intézmények esetében az elszámolható mennyiség maximuma az, amennyi ápolási napot a rendelkezésre álló kapacitáson maximálisan teljesíteni lehet – de minimális érték nincsen. **A fentiekből az következik, hogy jelenleg Magyarországon az egyes szakmákra jutó, aktív fekvőbeteg-, illetve járóbeteg-ellátási tényleges kapacitást előzetesen nem is lehet megállapítani, arra csak a már teljesített ellátások alapján, historikusan lehet következtetni.**

Akár homogén, akár heterogén szolgáltatás-portfóliójú ellátóról van szó, felmerül az a kérdés, hogyan történik a rá jutó TVK-mennyiség meghatározása. Erről a kérdésről az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet rendelkezik. A rendelet szövege az utóbbi években sokszor változott, így a TVK-változás rekonstruálása jelentős problémákba ütközik. Mérföldkőként érdemes azonban 2007. április 1-re tekinteni, ekkor lépett életbe ugyanis az a struktúraátalakítás a magyar egészségügyi rendszerben, amely során az egyes szolgáltatókra jutó TVK-kat újraszámolták. Minden későbbi TVK-módosításnak az akkori állapotok jelentik az alapját. Kapacitástervezési szempontból tehát azt kell vizsgálni, hogy az akkori elosztás milyen elvek mentén történt.

Kijelenthető, hogy a finanszírozási teljesítménykapacitások 2007. április 1-i rögzítése nem szükségletbecsléssel, hanem alapvetően bázisalapon, az egyes szolgáltatók múltbeli

⁶ A járóbeteg-ellátás finanszírozása a tevékenységi pontszám, azaz a német pontrendszer alapján történik az Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása (OENO) szabálykönyvben meghatározottak alapján.

teljesítményei alapján történt. Az akkor hatályos jogszabály alapján rekonstruálható, hogy a bázisalaphoz képest milyen korrekciós tényezőket vettek figyelembe; a táblázatban szereplő tényezők közül azonban a legnagyobb hatása a 2005. évi elszámolt teljesítmény 95%-ának van.

A rendelet azóta többször módosult, és a figyelembe veendő korrekciós tényezők köre is változott: ezeket a változásokat e helyütt nem részletezzük, összességében azonban az mondható el, hogy az Eftv. alapján ismertetett kapacitásátcsoportosítási lehetőséget a TVK-számítás is leköveti – azaz a bázisalapú számítás elve nem változott az utóbbi években sem.

Az intézményi TVK-k meghatározása 2007. április 1-én

TVK (egy évre jutó keret)	2005-ös bázis			Bázishoz képesti korrekciók							
	Összes jelentett teljesítmény	Degresszió nélkül elszámolt teljesítmény	TVK-bázis (95%)*	Kapacitás-befogadás	Kapacitás-csökkentés	Finanszírozási szabályok változása miatti korr.	Igazolt szüneteltetés miatti korrekció	Szakorvos munkahely-változtatása	Ellátási terület változása	CMI változása	Minimális esetszám elmaradása miatti korr.
Jogszabályi hivatkozás	43/1999 Korm. rend. 27.§ (2)	27.§ (2)	27.§ (2)	27.§ (2) a)	(2) a)	(2) b)	(2) c)	(2) ea)	(2) eb)	(2) ec)	(2) g)

TVK (egy évre jutó keret)	Bázishoz képesti korrekciók										
	+ 4% TVK, amennyiben a 2007.márc.31-i állapothoz képest az aktív kapacitás csökkenés < 20%	+ 6% TVK, amennyiben a 2007.márc.31-i állapothoz képest az aktív kapacitás csökkenés >= 20%	+ 4% TVK, aktív fekvő ellátást nem nyújtó szolgáltató esetében	Saját fenntartású (tulajdonolt) intézmények közötti TVK átcsoportosítás	Különböző fenntartók közös kezdeményezésére történő TVK átcsoportosítás	Átcsoportosítás krónikus ellátásba	Átcsoportosítás járóbetegellátásba	Intézményközi TVK átcsoportosítás a védett TVK-as szakmák tekintetében (TVK Ellenőrző bizottság javaslata alapján)	Régió (megyén) belüli határozott időre történő átcsoportosítás a szolgáltatók kezdeményezésére, az érintett fenntartók jóváhagyásával	Megmaradt (kihasználatlan) teljesítmény volumen 50%-ának szolgáltatók közötti felosztása (TVK Ellenőrző Bizottság javaslata alapján)	Szolgáltatás igénybevétel megváltozása miatti intézmények közötti átcsoportosítás (TVK Ellenőrző Bizottság javaslata alapján)
Jogszabályi hivatkozás	(2) h)	(2) i)	(2) j)	27.§ (3)	27.§ (3)	27.§ (3)	27.§ (3)	27.§ (8)	28.§ (1)	28.§ (3)	28.§ (3) és (2) d)

Forrás: http://ebf.hu/elemzes/elem/TVK_v1.0.pdf

3.6 A rendelkezésre álló kapacitások az országos nyilvántartások szerint

A rendelkezésre álló, 2009. december 31-re vonatkozó hazai ágyszámok az érintett szakmákban az alábbiak szerint néznek ki (a táblázatban az általános pszichiátriai kapacitásokat nem, csak az addiktológiai kapacitásokat tüntettük fel):

OEP-kód	Szakma megnevezése	Aktív ágyszám	Krónikus ágyszám
45	Addiktológia (pszichiátriai szakfeladat)	95	263
43	Alkoholológia (pszichiátriai szakfeladat)	0	122
44	Drogbetegellátás (pszichiátriai szakfeladat)	0	211

Az OEP által havonta közölt beszámolók („Havi jelentés a fekvőbeteg-szakellátás teljesítményéről”, lásd: <http://www.gyogyinfok.hu/magyar/letoltheto.html>) ettől eltérő bontásban mutatják be az egyes szakmák teljesítményadatait: a kimutatásokban alkoholológia szerepel, ám drogbetegellátás nem.

Az ÁNTSZ nyilvántartása alapján 2009. november 31-én drogbetegellátásra (1821-es szakmakód) az alábbi fekvőbeteg-ellátási kapacitások álltak rendelkezésre (az ÁNTSZ a működési engedéllyel rendelkező, nem feltétlenül közfinanszírozott szolgáltatókat tartja nyilván):

- Aktív fekvőbeteg-ellátás: 771
- Nappali kórházi egység: 29
- Rehabilitációs egység: 278

Az ágykihasználtságot illetően az alábbi adatok állnak rendelkezésre:

Ágykihasználtság	Addiktológia aktív	Addiktológia krónikus	Pszichiátriai aktív	Pszichiátriai krónikus
2008	90%	85,8%	81,6%	81,8%
2009	92%	90,7%	81,6%	83,6%

Forrás: www.oen.hu/diak/Molnar_Attila.ppt

A járóbeteg-ellátási kapacitások a két szervezet nyilvántartásai szerint az alábbiak:

Kód	Szakma megnevezése	OEP szakorvosi óraszám	OEP nem szakorvosi óraszám	ÁNTSZ szakorvosi óraszám	ÁNTSZ nem szakorvosi óraszám
1801	Addiktológia	661	204	2996	0
1811	Alkoholológia	20	5	457	0
1821	Drogbetegellátás	211	107	1192	0
1831	Egyéb szenvedélybetegségek ellátása	0	0	463	0

Az itt fellelt ellentmondásból is látszik, hogy a kapacitások pontos meghatározásához a jövőben elengedhetetlen lenne az OEP és az ÁNTSZ nyilvántartásainak az összehangolása (továbbá az OEP által használt szakmabesorolások belső egységesítése).

4. A JELENLEGI GYAKORLAT KRITIKAI ÉRTÉKELÉSE

Az egészségügyi szolgáltatások tervezésének hazai gyakorlatát a Módszertan fejezetben kifejtett okok miatt négy kérdésre adott válaszokkal értékeljük. A válasz kialakításakor elsőként összegezzük a hazai szolgáltatás-tervezésre vonatkozó ismereteket, majd a gyakorlati tapasztalatok alapján kritikai megállapításokat teszünk. A tervezés fejlesztésére a következő fejezetben teszünk javaslatokat.

4.1 Mennyire veszik figyelembe az ellátási szükségletet és a rendelkezésre álló erőforrásokat?

A jelenlegi járó- és fekvőbeteg-ellátási kapacitások döntően bázisalapon kerültek kialakításra. Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló törvény alapján korlátozott lehetőség azonban van a kapacitások újraosztására az egyes szakmai területek, illetve az egyes intézmények között. A kapacitásmódosítás végrehajtásához a törvény vizsgálati szempontokat is felsorol. Ezek döntően a már létező ellátórendszeri kapacitások igénybevételi adataira vonatkoznak, és olyan, az ellátórendszertől független tényezőkre, mint az adott régió megbetegedési és halálozási mutatóira, az ellátandó lakosság számára, illetve a helyi tömegközlekedési viszonyokra korlátozódnak.

Kritikaként fogalmazható meg, hogy az ellátási szükséglet meghatározása megbízható adatok hiányában megbízhatatlanul becsülhető. A betegellátásban nem jelentkező lakosság egészségi állapotára, esetleges szerhasználatára vonatkozóan ugyanis csak igen korlátozottan állnak mind országos, mind helyi szinten rendelkezésre megbízható adatok. Az ellátó kapacitásra vonatkozó információk hiányosak és érvényességük korlátozott, hiszen erre vonatkozó adatgyűjtés szinte kizárólag finanszírozási célból történik. Hangsúlyozni kell, hogy ha rendelkezésre is állnának megbízható szükséglet- és kapacitásadatok, a jelenlegi szolgáltatás-tervezési gyakorlatban – a tapasztalatok szerint – akkor sem vennék azokat figyelembe. A kapacitás-elosztási és -fejlesztési döntések ugyanis nem az egészségnyereség, azaz a rendelkezésre álló kapacitások hatékonyságának maximalizálását célozzák, hanem többnyire ettől független politikai és gazdasági részérdekek mentén születnek, figyelmen kívül hagyva a lakossági szükségleteket, és nem ritkán a kapacitások célszerű elosztásának lehetőségét is.

4.2 Hogyan használják fel a korábbi döntések hatására, eredményességére vonatkozó információkat, és a terveket illesztik-e a stratégiai célkitűzésekhez?

Az egészségügyi ellátórendszer teljesítményének értékeléséhez nincsen egységes keretrendszer. Az egészségügyért felelős miniszternek feladata, hogy az ellátórendszer működését évente értékelje, és ezt az értékelést a Parlament részére eljuttassa, de ennek a módszertana még továbbfejlesztendő. A regionális értékelések módszertani alapját is szükséges lenne megteremteni. Az addiktológiai ellátások minőségi értékelésének előkészítése szakmai szabályozóanyagok kidolgozásával már megkezdődött. Így az Addiktológiai Szakmai Kollégium és az OAC együttműködve 2009-ben felülvizsgálta és módosította az opiát-használattal kapcsolatos problémák és betegségek kezeléséről szóló szakmai protokollt, a Magyar Addiktológiai Társaság pedig a gondozási protokollt. Ugyancsak

az értékelés feltételeinek kialakítását szolgálja a folyamatban lévő TÁMOP 5.4.1 kiemelt projekt is, amely olyan indikátor-rendszer kialakítása és tesztelése a cél, amely képes leírni a helyi szinten jelentkező szükségleteket, valamint ennek fényében értékelni a jelenleg létező ellátórendszer szükségletekhez történő illeszkedését. A projekt keretében továbbá három kritikus fejlesztési területen (többek között a megelőző-felvilágosító szolgáltatások és a túcsere programok területén) történik meg szakmai szabályozóanyagok kidolgozása.

Elsőrendű kulcsproblémának tekinthető, hogy Magyarországon – néhány kivételtől eltekintve – a szolgáltatás-tervezésnek nem része a korábbi döntések hatásának értékelése. Annak ellenére, hogy kormányzati szinten ez jogszabályi kötelezettség⁷, az egészségügyi szolgáltatásokat érintő szakpolitikai döntéseket nem előzik meg egészség-hatásvizsgálatok. A központi döntéshozatal alatti szinteken ugyancsak hiányzik a korábbi döntések hatásának értékelése és a tapasztalatoknak az újabb döntésekhez történő felhasználása. Ugyanilyen fontos hiányosság, hogy az egészségügyi kormányzat nem rendelkezik olyan stratégiával, amely tevékenységét hosszútávon összehangolttá tenné, mely biztosítaná a rendelkezésre álló szűkös erőforrások hatékony felhasználását, a lehető legnagyobb egészségnyereség elérését. Bár az Országgyűlés 2009. december 14-én elfogadta a "Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma kezelése érdekében" című dokumentumot, amely 2010-2018. évek között meghatározza a hazai drogpolitikai célkitűzéseket – az előző drogstratégiával kapcsolatos tapasztalatok alapján ítélve – érdemi hatása az egészségügyi szakpolitikai döntésekre eléggé kétséges. A döntéshozatal alacsonyabb szintjein is hasonló a helyzet: a stratégiai elképzelések megvalósításához a döntéshozók nem rendelik hozzá a végrehajtásához szükséges forrásokat.

4.3 Milyen mértékben veszik számításba a megvalósítás külső feltételeit, más szakterületekkel való kölcsönhatást, különös tekintettel a szociális ellátásra?

A kapacitás-felosztási folyamat szereplői az OEP, az ÁNTSZ, továbbá a kapacitások felére vonatkozóan a regionális egészségügyi tanácsok (RET), az intézményfenntartó önkormányzatok és maguk az intézmények. A kapacitást érintő javaslatokról más szakterülettel nincsen egyeztetési kötelezettség. Bár a szociális ellátást nyújtó szervezetek az önkormányzatokon keresztül közvetett módon rendelkeznek képvisellel, az ellátórendszer szereplőin, a hatóságokon és a társadalombiztosításon kívül a RET-ek feladata (lenne) a további érintettek véleményének becsatornázása (pl. betegképviselői szervek, regionális fejlesztési tanács). A kapacitások felosztásán túl, azok fejlesztését az Egészségügyi Minisztérium⁸ (EüM) is kezdeményezheti. Új kapacitások kialakításához szükséges fejlesztési forrásokra részben az EüM, részben az NFÜ által kiírt pályázatokon lehet hozzájutni. Ritkán az is előfordul, hogy megszűnő intézményekben (pl. OPNI) felszabaduló kapacitásokat a Minisztérium ajánl fel a vélhetően érdeklődő szolgáltatóknak.

A meglévő kapacitások felosztásáról hozott döntések, mint azt előzőekben jeleztük, politikai és gazdasági részérdekek határozzák meg, így – feltételezhetően – az egyeztetések is ilyen érdekeket képviselők között zajlik. A tapasztalatok szerint régiók és intézmények közti kapacitás-átadás csak igen ritkán történik, mivel az OEP által befogadott ellátó kapacitások

⁷ 1088/1994. (IX. 20.) Korm. határozat a Kormány ügyrendjéről („10. Az előterjesztésben - a szakmai részletkérdések mellőzésével - röviden be kell mutatni a megalapozott döntéshez szükséges információkat, így különösen a javasolt intézkedésnek a kormányprogramhoz való illeszkedését, indokait, lényegét, főbb tartalmi jellemzőit, valamint várható gazdasági, költségvetési, társadalmi, **egészségi**, környezeti és egyéb hatásait, illetve következményeit jogszabály esetében ezen túlmenően az alkalmazhatóság feltételeit.”)

⁸ 2010 júniusától Nemzeti Erőforrás Minisztérium

birtoklása biztosítja az intézmények finanszírozási és fenntartóik politikai érdekeit. Megjegyezzük, hogy új kapacitások kialakítását nem minden esetben követte OEP általi befogadás, ami a kapacitások működtetésének ellehetetlenülését jelentette, majd több esetben a szolgáltatás megszüntetéséhez vezetett. A befogadástól független fejlesztések előfordulása a központi intézmények közötti egyeztetés elégtelenségét bizonyítja. A központi szolgáltatás-tervek szakmai és társadalmi egyeztetése a legutóbbi időkhöz képest esetleges és sok esetben csupán formális volt, annak ellenére, hogy 2009 áprilisában megkezdte működését az EüM rendelettel ilyen célra létrehozott Addiktológiai Szakmai Kollégium. A helyi szintű szakmai és társadalmi egyeztetés pedig egy-két kivételtől eltekintve hiányzik. A szolgáltatások tervezésben más szakterületekkel, különösen a szociális szféra szereplőivel való egyeztetés hasonlóan alakult. A Kábítószerügyi Tárcaközi Bizottság intézményesen kínálja ezt a lehetőséget, de az egészségügyi szolgáltatások tervezésében hatása minimális, nagyjából kimerül az EüM részére átadott kisebb forrás korszerű addiktológiai beavatkozások bevezetésére.

5. JÖVŐBELI FEJLESZTÉSEKET TÁMOGATÓ JAVASLATOK

5.1 Egy külföldi példa

Az addiktológiai ellátás tervezésének, a szolgáltatások szervezésének egyik követendő példajaként érdemes szemügyre venni az angliai addiktológiai szolgáltatásokat nyújtó két szereplőt.

5.1.1 *National Treatment Agency for Substance Misuse (NTA)*

A Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (National Health Service) keretein belül működő NTA feladata kábítószer-függőség kezelés elérhetőségének, hozzáférésének, és hatékonyságának javítása, a lehető legtöbb előny biztosítása a szerhasználók, a családjaik és a közösségek számára.⁹ Közvetlen kapcsolatban áll, és együttműködik az Egészségügyi, a Belügyi, a Gyermekek-, Oktatás- és Családügyi, valamint az Igazságügyi Minisztériummal. Feladata továbbá más kábítószer-probléma visszaszorításán tevékenykedő szervezet információval történő ellátása, az ilyen célra szánt központi források (400m£) hatékony felhasználásának elősegítése. Az NTA saját költségvetésének (20m£) felét működtetésére, másik felét más kormányzati szervek feladataihoz kapcsolódó projektekre fordítja. Az ügynökség az országban kilenc regionális irodát működtet, és összesen közel 200, az egészségügyben, a szociális ellátásban, az igazságügyben tapasztalatot szerzett munkatársat foglalkoztat.

A regionális csoportok támogatják fiatalokat és a felnőtteket ellátó valamint a büntetés-végrehajtási intézményekben működő szolgáltatókat a szükségletbecslésben, kezelés-szervezésben és -tervezésben. Számos indikátor mentén monitorozzák a helyi és a regionális szolgáltatások eredményességét, a várakozási időt, a humán erőforrás-fejlesztést, a kliensek és ellátók részvételét, valamint az eltereltek ellátását. A regionális csoportok szorosan együttműködnek a helyi DAT-okkal (lásd alább), az egészségügyi és a civil szolgáltatókkal, a bűnüldöző szervezetekkel, kormányzati hivatalokkal, a kliensekkel, családjaikkal és a gondozókkal, valamint a szakfelügyeleti szervekkel.

5.1.2 *Drug Action Team (DAT)*¹⁰

A kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében a kormányzat által létrehozott közel 200 szervezet, amelyek a nemzeti drogstratégia végrehajtásának legfontosabb helyi szervezői, végrehajtói. Feladatuk biztosítani a helyi szükségelthez illeszkedő, evidenciákon alapuló beavatkozások elérhetőségét; mozgósítani az egyéneket, családokat, közösségeket; együttműködni más szervezetekkel, szolgáltatókkal; hatékonyan kommunikálni a közösséggel; előmozdítani a megelőzést; és monitorozni és beszámolni a közösségben folyó drog-ellenes tevékenységekről. Működési költségüket a kábítószer-probléma visszaszorítása céljára képzett központi forrásból, valamint a DAT-be tagot delegáló szervezetek támogatásából fedezik. A DAT feladata ugyanezen források helyi felhasználásának koordinálása.

A szolgáltatás-tervezés szempontjából érdemes felhívni a figyelmet, hogy míg a nemzeti szintű tervezés, azaz a stratégia kialakításában és országos szintű megvalósításában a NTA játssza a kulcsszerepet, addig a stratégia helyi szinteken történő megvalósításában a DAT-oké a főszerep. Kiemelendő, hogy a NTA a regionális irodáin keresztül nyújt a tervezéshez

⁹ <http://www.nta.nhs.uk/>

¹⁰ A magyar Kábítószer Egyeztető Fórumok, a KEF-ek hasonló szervezeteknek tekinthetők

(így pl. a szükséglet becsléséhez) speciális szakmai támogatást a helyi megvalósítóknak, a DAT-oknak.

5.2 Javaslatok

A következőkben a jelenlegi tervezési gyakorlat továbbfejlesztésére, a nemzetközi gyakorlatnak feltehetően jobban megfelelő rendszer koncepcióját vázoljuk fel. A részletek kidolgozására csakis a koncepció szakmai megvitatása és széleskörű egyeztetése után érdemes majd sort keríteni.

Az addiktológiai szolgáltatások eredményes működtetéséhez, ahogy az egészségügy más területein is, három feltétel teljesülése szükséges:

- megfelelő szakmai ismeretek,
- elegendő forrás és
- motivált résztvevők összehangolt cselekvése.

A szolgáltatások fejlesztésére, elosztására vonatkozó tervek készítésekor ezért mindhárom tényezőt, és egyidejűleg, a közöttük fellépő kölcsönhatásokat is figyelembe kell venni.

A sikeresen végrehajtható tervek elkészítéséhez a sokféle szakismeret alkalmazása mellett a kielégítendő ellátási szükségletekre, a szükségletek kielégítését célzó beavatkozásokra, az ellátáshoz szükségesnek ítélt ellátási kapacitásokra vonatkozó információk is szükségesek. A tervezéskor ezen ismeretek felhasználásakor nemcsak a korábbi döntések hatására, eredményességére vonatkozó tapasztalatokat kell figyelembe venni, de a szükséglet, a célszerű beavatkozások körének várható jövőbeli változásait is. Ehhez kiindulási pontot, tervezési keretet a „Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma kezelésére 2010-2018” c. dokumentumban foglaltak jelentenek. A jelenleg tervezhető források ismerete mellett hasznos továbbá, ha a jövőbeli, ilyen célra tervezett forrásokra vonatkozó becslések is rendelkezésre állnak.

A fentiekből következően a sikeresen végrehajtható tervek elkészítéséhez három feltétel megléte nélkülözhetetlen:

- speciális tervezési szakismeret alkalmazása,
- a tervezés kiindulópontjaként szolgáló információk, valamint
- a tervezett célok eléréséhez a végrehajtásban szerepet vállaló felek bevonása.

Mint a fentiekben láttuk, a szolgáltatási kapacitások fejlesztésére, elosztására vonatkozó döntések támogatásához speciális, multi- és interdiszciplináris (addiktológia, epidemiológia, egészségpolitika, szociológia, neveléstudomány) tudás alkalmazására van szükség. Megállapítható tehát, hogy olyan **szolgáltatás-tervezési szervezetre** van szükség, amely beszerzi a tervezéshez szükséges adatokat, információkat, kulcsindikátorok mentén monitoroz, elemzéseket, előrejelzéseket készít a központi és az alatti szinteken a döntéshozók számára. A sajtóságos szakmai követelmények és módszertan (mint pl. a szükséglet-elemzés¹¹, vagy a szakpolitikai hatáselemzés¹², a rendszerszemléletű tervezés¹³) miatt célszerű lenne országosan egyetlen ilyen szervezetet intézményesített keretek között

¹¹ Rácz J, Domokos T, Fábíán R, Horváth GCs, Márványkövi F, Mervó B,: A szükséglet-meghatározás nemzetközi és hazai tapasztalatainak, az alkalmazott eszközök használhatóságának összefoglalása. Módszertani tanulmány. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet 2010.

¹² Fretheim A, Oxman AD, Lavis JN, Lewin S: Planning monitoring and evaluation of policies. SUPPORT Tools for Evidence-informed Policymaking in health. Health Research Policy and Systems 2009, 7(Suppl 1):S18

¹³ Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma kezelésére 2010-2018. Szociális és Munkaügyi Minisztérium, Budapest, 2010.

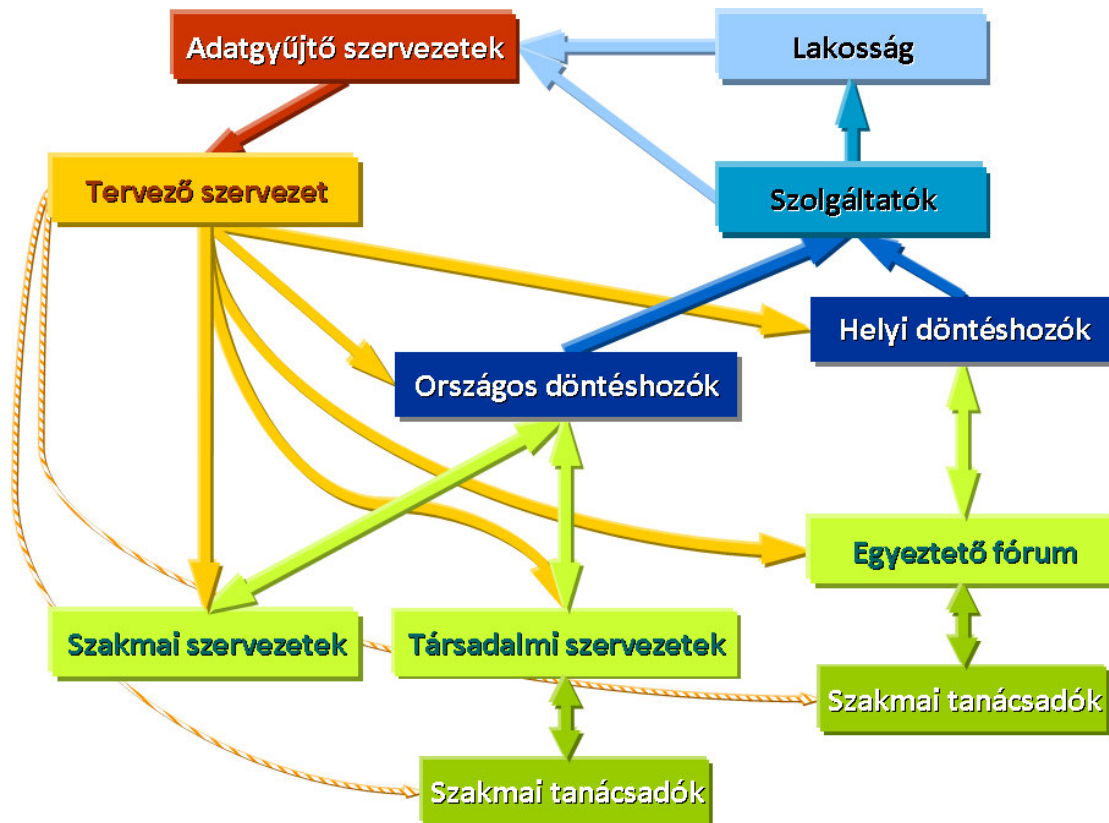
működtetni. A szervezet kapacitásának megfelelő méretezésével képes lenne kiszolgálni a központi és különböző szintű helyi (regionális, megyei, települési) tervezési igényeket egyaránt. Megjegyezzük, hogy egyetlen ilyen szervezet támogathatná valamennyi egészségügyi szolgáltatás tervezését, de az addiktológiai ellátás más szakterületekkel (mint pl. szociális szolgáltatások, szociális ellátás, oktatás, bűnüldözés, büntetés-végrehajtás) való szoros kapcsolata indokoltá tesz egy elkülönült addiktológiai tervezési szervezet működtetését. A korszerű addiktológiai szakismereteknek a tervezésben történő felhasználásának igénye ésszerű megoldásként kínálja a tervezői tevékenységnek az addiktológia szakmai irányító szervezetébe való integrálását.

A tervezést végző különböző szakterületeket képviselő szakemberek mellett az említett témákban megbízható információ is nélkülözhetetlen a döntések előkészítéséhez. A kielégítő működés további feltétele a tervezéshez szükséges adatokhoz való hozzáférés is, amit általában nagy, országos **adatgyűjtő szervezetek** (pl. OEP, KSH) biztosítanak. Az addiktológiai ellátás tervezéséhez végzendő szükséglet-elemzéshez ugyanakkor a szerfogyasztásra vonatkozó adatok is szükségesek. Ilyen adatokat csak speciális felmérések során lehet gyűjteni, ezért ezek végrehajtására kisebb, akár e célra ideiglenesen megalakított adatgyűjtő szervezetek (kutatócsoportok) is alkalmasak lehetnek.

A szolgáltatás-tervezéskor a hatékony addiktológiai ellátáshoz szükséges források és motivált szereplők összehangolt cselekvésének biztosításához többféle megoldás felvázolható. A szükséges források egy részét a szolgáltató intézmények általános feladataira biztosított források teszik ki, másik részét **speciálisan addiktológiai ellátás céljára elkülönített, a Nemzeti Drogstratégia megvalósításához központilag tervezett költségvetés** adhatja. Ezt az elkülönített központi vagy helyi forrást az érintett (egészségügyi, szociális, igazságügyi, oktatásügyi, önkormányzatok) szakterületek adják össze az angliai példában megismerthez hasonlóan. Ésszerű feltételezni, hogy csakis a megfelelő együttműködést biztosító közös forrás képes motiválni a különböző szakterületek szereplőit összehangolt cselekvésre. Az összehangolt cselekvést biztosító közös forrás felhasználása történhet **integrált szervezeti keretben** (mint pl. drogambulancián) **vagy elkülönült szervezetek együttműködésében** (pl. szakrendelés és közösségi ellátás). A szereplők együttműködésének kereteit főképpen a térségben jelentkező ellátási szükségletek és a rendelkezésre álló kapacitások összetétele, szervezeti elhelyezkedése határozzák meg.

A fentiek alapján, a szolgáltatások tervezésének az erőforrások fejlesztésén és elosztásán túl az együttműködést elősegítő tényezőkre is ki kell terjednie. Ennek leglényegesebb eleme az érintett szereplőknek (beleértve a betegek és kliensek képviselőit is) a tervezés folyamatába való bevonása. A tervegyeztetések lebonyolítására a különböző döntési szinteken eltérő megoldások jöhetnek szóba. A központi szintű döntések előkészítése során szokásos szakmai és társadalmi egyeztetés keretei megfelelőek, csupán érdemi alkalmazásukra lenne szükség. Alacsonyabb döntési szinteken valamennyi szereplőt magába foglaló **egyeztető fórumok** (pl. **Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok**) működtetése nélkülözhetetlennek látszik. Belátható, de a tapasztalatok is igazolják, hogy az egyeztető fórumok csak akkor képesek betölteni szerepüket, ha a döntések véleményezésébe érdemben bevonják őket. Ehhez azonban egyfelől biztosítani kell, hogy a döntéshozók is részt vegyenek az egyeztető fórumok munkájában, másrészt az érdemi véleményezés komoly szakmai előkészítést igényel. Ezt az előkészítő munkát ilyen célra létrehozott, **speciálisan felkészült szakemberekből álló, helyi tanácsadó szervezetek** végezhetik el. Az alapvető tervezési ismerettel rendelkező tanácsadók segítenek helyesen értelmezni a tervek szakmai indoklását, a döntések várható következményeit, előre jelzik a végrehajtáshoz szükséges feltételeket, követelményeket, át tudják adni az esetleg hiányzó szakismereteket. A tanácsadók ugyanakkor képesek

szakszerűen megfogalmazni az addiktológiai ellátás szereplőinek igényeit, így közvetítő szerepet töltenek be tervezők és a tervek végrehajtói között. A tanácsadók módszertani továbbképzését, tájékoztatását a tervező szervezet biztosítja. A javasolt szereplőket és a köztük áramló információ útját az alábbi ábra szemlélteti.



Az ábrán látható nyilak magyarázata: A sötétkék nyilak a szolgáltatásokra vonatkozó döntések következményeit jelenítik meg. Az adatgyűjtőkhöz vezető világoskék nyilak a lakosság ellátási szükségletéről és a szolgáltatók működéséről gyűjtött adatokat jelzik. A tervezőkre mutató barna nyíl a tervezéshez felhasznált adatok mozgását mutatja. A tervezőktől kiinduló vastag sárga nyilak a tervekkel kapcsolatos információkat, elemzéseket, a terveket jelzik. A vékony csíkozott nyilak a tervek értelmezéséhez tanácsot nyújtó tanácsadók tájékoztatását, továbbképzését jelzik. A zöld nyilak az egyeztetés folyamatát, az oda-vissza küldött információk mozgását jelképezik.

Az szolgáltatások összehangolását a közös forrásokon túl és a tervezésben résztvevő szereplők fenti kapcsolatrendszerén túl további tényezők segíthetik elő. Ilyen például az **együttműködés előnyét és szükségességét tudatosító képzés, továbbképzés, a szervezetek együttműködését előíró és lehetővé tevő jogszabályi keretek, szakmai szabályozóanyagok** és a szabályozott cselekvés ellenőrzését szolgáló **szakfelügyelet** is. A szolgáltatás-tervezés során ezen eszközök alkalmazását is célszerű figyelembe venni.

6. MELLÉKLET

6.1 Strukturált interjú kérdései

- 1) Milyen közösségi szintű tervezés folyik? (település, kistérség, megye, régió, ország)
- 2) Mire vonatkozik a tervezés? (kezelés, szolgáltatás, ellátási rendszer)
- 3) Milyen szolgáltatási elemre terjed ki? (finanszírozott kapacitás, humán erőforrás, intézmény)
- 4) Kik vesznek részt a tervezésben? (egészségügyi szolgáltató, szociális szolgáltató, egészségügyi ellátásért felelős, szociális ellátásért felelős, finanszírozó, tervezési szakember, beteg)
- 5) Használják-e szükségletre vonatkozó adatokat? (Vannak-e ilyen adatok, végeznek-e ilyen elemzést azon a szinten?)
- 6) Használják-e igénybevitelre és rendelkezésre álló kapacitásra vonatkozó adatokat? (Vannak-e ilyen adatok, végeznek-e ilyen elemzést azon a szinten?)
- 7) Döntéskor figyelembe vesznek-e adott szinten egyeztetett stratégiai célkitűzéseket? (Léteznek-e ilyen célkitűzések?)
- 8) Döntéskor mérlegelik-e a szükséglet és a rendelkezésre álló források közötti eltéréseket? (Mérlegelik-e az elmaradó szolgáltatások következményeit?)
- 9) Döntéskor mérlegelik-e a megvalósítás nehézségeit, az érintettek és kívülállók várható hozzáállását?
- 10) Döntéskor figyelembe veszik-e a szociális szolgáltatásokkal való kölcsönhatást? Tesznek-e kísérletet a szociális szolgáltatókkal való egyeztetésre?
- 11) Monitorozzák-e, értékelik-e a korábbi tervezési döntések eredményességét, hatékonyságát?
- 12) Milyen területen, hogyan fejlesztené a tervezést?