



NEMZETI CSALÁD- ÉS  
SZOCIÁLPOLITIKAI INTÉZET



SZÉCHENYI TERV

**„Szociális szolgáltatások modernizációja, központi és területi stratégiai tervezési kapacitások megerősítése, szociálpolitikai döntések megalapozása”**

**TÁMOP 5.4.1. Kiemelt projekt**

“A kábítószer-probléma kezelésével összefüggő szolgáltatások fejlesztése” pillér

**IV.1. Helyi szükséglet-meghatározási és szolgáltató-háló értékelési rendszer kialakítása**

**IV.1.4.2.2. A fenntarthatóságot előmozdító fejlesztések, módosítások forrásigényének (pénzügyi, humán-erőforrásfejlesztési) azonosítása**

**A helyi addiktológiai szolgáltatások eredmény- és költségmonitoring rendszerének elvi keretei és megvalósíthatósági vizsgálata**

**Készítette:**

**Hajnal György PhD**

Készült a Magyar Addiktológiai Társaság megbízásából

A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet megbízásából

2011

Nemzeti Fejlesztési Ügynökség  
[www.ujszechenyiterv.gov.hu](http://www.ujszechenyiterv.gov.hu)  
06 40 638 638



A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Regionális Fejlesztési Alap társfinanszírozásával valósul meg.

# Tartalomjegyzék

<b>1</b>	<b><u>BEVEZETÉS ÉS VEZETŐI ÖSSZEGZÉS .....</u></b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b><u>A TELJESÍTMÉNYINDIKÁTOR- ÉS MONITORINGRENDSZER KONCEPTUÁLIS MEGALAPOZÁSA .....</u></b>	<b>5</b>
2.1	Problémaspecifikáció; a vizsgálat célja és módszere.....	5
2.1.1	A megválaszolni kívánt kérdések.....	5
2.1.2	A vizsgálat módszere.....	7
2.2	A teljesítménymonitoring rendszer felépítése és működési elvei .....	7
2.2.1	Az „irányadó nemzetközi gyakorlat” .....	7
2.2.2	A javasolt megoldás körvonalai I.: Az ellátottak azonosításának kérdése.....	10
2.2.3	A javasolt megoldás körvonalai II.: Az elemzési egységek (a mért szolgáltatáscsoportok) kialakítása és a teljesítménymérés célját szolgáló indikátorok meghatározása .....	12
2.3	A javasolt költségmonitoring rendszer felépítése és működési elvei.....	13
2.3.1	A költségmonitoring-rendszer alapvonalai .....	13
2.3.2	Költségszámítás: Egy illusztratív példa.....	16
<b>3</b>	<b><u>A TESZT-ADATFELVÉTEL EREDMÉNYEI.....</u></b>	<b>18</b>
3.1	Bevezetés. Az adatfelvétel és a Jelentés célja .....	18
3.2	Leíró adatok.....	19
3.3	Teljesítményindikátorok .....	20
3.3.1	Kezdeményezési és ellátás-folytonossági indikátorok.....	22
3.3.2	Továbbutalási indikátorok.....	23
<b>4</b>	<b><u>1. SZ. MELLÉKLET: A MEGTARTOTT FÓKUSZCSOPORTRÓL KÉSZÍTETT EMLÉKEZTETŐ.....</u></b>	<b>29</b>
<b>5</b>	<b><u>2. SZ. MELLÉKLET: A 2011 JÚLIUS 6.-I MEGBESZÉLÉS EMLÉKEZTETŐJE .....</u></b>	<b>32</b>
<b>6</b>	<b><u>3. SZ. MELLÉKLET: A 2011 JÚLIUS 13.-I MEGBESZÉLÉS EMLÉKEZTETŐJE .....</u></b>	<b>34</b>
3/1. sz.	Melléklet: A TDI-kód előállítását segítő nyomtatvány (1. verzió) .....	37
3/2. sz.	Melléklet: A TDI-kód előállítását segítő nyomtatvány (2. verzió) .....	38

## **1 Bevezetés és vezetői összefoglalás**

Az itt következő Jelentés egy, az addiktológiai ellátások szervezeti szintű teljesítményértékelésével (monitoringjával) kapcsolatos módszertani kutatás-fejlesztési munka eredményeit összefoglalja. A munka három fázisból állt:

- a) Az első fázis célja az addiktológiai ellátások folyamatos, szervezeti szintű teljesítmény-monitoringjával kapcsolatos fogalmi keretek kialakítása, a megoldandó konceptuális és technikai problémák azonosítása, valamint az irányadónak tekinthető nemzetközi gyakorlatok azonosítása és adaptálása – végső soron pedig egy indikátorrendszer kialakítására és működtetésére vonatkozó koncepció kialakítása – volt.
- b) A második fázisban az előbbiekben kialakított mérési eljárás gyakorlati kipróbálására került sor. A 2011. július-augusztusa során végrehajtott, mintegy egy hónapos teszt-adatfelvételben a pécsi Indít Közalapítványhoz tartozó nyolc ellátó szervezete vett részt.
- c) A munka harmadik, befejező fázisában a kidolgozott teljesítménymonitoring-koncepció és eljárás megvalósíthatóságára vonatkozó gyakorlati, kvalitatív információk rendszerezett begyűjtése és elemzése volt a cél. Ezen információk forrása egyrészt a teszt-adatfelvételben részt vevő ellátó szervezetek munkatársai, másrészt pedig a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézetben, a területen dolgozó gyakorlati szakemberek részvételével megrendezett műhelybeszélgetés volt.

Az itt következő három fejezet a fenti három munkafázis eredményeit mutatja be részletesen. Ezen eredmények röviden az alábbiakban összegezhetők:

*Ad (a):*

Az addiktológiai ellátások teljesítményének szervezeti szintű nyomon követése a tényleges programhatást mérő indikátorok alapján technikailag és pénzügyileg megvalósíthatatlan. A tényleges programhatás közelítő (*proxy*) változók segítségével: mindenekelőtt ún. folyamat alapú ellátási indikátorokkal lehet mérni. E megközelítés lényege, hogy az ellátó szervezetekben amúgy is rendelkezésre álló (vagy viszonylag könnyen előállítható) adminisztratív (esetforgalmi) adatokból olyan mutatószámokat állítunk elő, amelyekről más, korábbi, nagy technikai apparátussal megvalósított vizsgálatok már kimutatták, hogy szorosan korrelálnak a tényleges programhatással.

Ezen – az egyes ellátástípusok esetében külön-külön is számítható, de szükség szerint szervezeti szinten aggregálható – indikátorok fő csoportjai az alábbiak: (i) a kezelésre szoruló személyek sikeres azonosításának aránya; (ii) a kezelésre szoruló, azonosított személyek közül azok aránya, akik kezdeményezik a kezelés igénybe vételét; (iii) a kezelést kezdeményezők közül azok aránya, akik komolyabban elköteleződnek a kezelés mellett; (iv) a kezelésben maradási és a magasabb ellátási szintek felé történő továbbutalást mutató arányszámok.

*Ad (b):*

A teszt-adatfelvételre kijelölt ellátó szervezetek – a közös, munkaindító műhelybeszélgetést követően – sikeresen megvalósították az adatfelvételt. Az abból nyert adatok értelmeseknek, használhatóknak, az indikátorok kiszámítására meghatározott adatmanipulációs eljárások gyakorlatilag megvalósíthatóknak bizonyultak.

*Ad (c):*

A rendelkezésre álló információk és tapasztalatok fényében egyetlen valódi, nyitott kérdés körvonalai látszanak: ez pedig az alacsonyküszöbű ellátásoknak a teljesítménymonitoring-rendszerbe történő bevonásának, ill. esetleges/részleges kihagyásának kérdése. A – külső, „politikai” természetű értékítéletet igénylő – dilemma lényege az, hogy az ezzel kapcsolatos döntés során két olyan érték, illetve szempont feszül egymásnak, melyek közül mindkettő fontos, ugyanakkor az egyik nagyobb mértékű érvényesülése óhatatlanul a másik kisebb mértékű érvényesülését vonja maga után. (i) Az egyik ilyen szempont az addiktológiai ellátások teljesítményének méréséhez, ismeretéhez fűződő szakpolitikai- és szélesebb értelemben vett közérdek; e szempont a mérésbe bevont szolgáltatások körének minél szélesebb köre mellett szól. (ii) A másik, ezzel részben ellentétes szempont az alacsonyküszöbű ellátásba bevont személyek számának és körének lehetőség szerinti maximalizálása; mely szempont mellett megint csak súlyos szakpolitikai és egyéb érvek szólnak.

E dilemma eldöntésére mindazonáltal a jelen kísérleti fejlesztés keretei között egyfelől – mivel sem az ahhoz szükséges értékszempontok, sem pedig a megfelelő erőforrások nem állnak rendelkezésre – nem lehet, másfelől pedig – kísérleti, és nem pedig „éles” fejlesztésről lévén szó – nem is szükséges válaszolni. E kérdésre egy esetleges tényleges alkalmazás döntés-előkészítő szakaszában, a konkrét alkalmazási célok és követelmények ismeretében érdemes visszatérni.

## **2 A teljesítményindikátor- és monitoringrendszer konceptuális megalapozása**

### **2.1 Problémaspecifikáció; a vizsgálat célja és módszere**

#### **2.1.1 A megválaszolni kívánt kérdések**

Az e Jelentésben összegzett vizsgálat célja egy, a TÁMOP 5.4.1 programban érintett ellátó szervezetek – perspektivikusan: valamennyi hasonló ellátó szervezet – körében alkalmazandó adatgyűjtési (monitoring) módszertan kidolgozása, mely alkalmas az ellátórendszerben megjelenő heterogén szolgáltató tevékenységek költségeinek (egység- és összköltségek), valamint fontosabb teljesítmény-, hatásparámétereinek folyamatos mérésére és összehasonlító elemzésére.

A Jelentés elsődlegesen az alábbi kérdésekre kíván választ adni:

- (a) Mely tevékenységekre terjedjen (terjedhet) ki a költség- és teljesítménymonitoring rendszer, és melyek az abba esetleg nem illeszthető tevékenységi elemek, ellátási formák?
- (b) A kialakítandó költség- és teljesítménymonitoring rendszernek melyek legyenek az elsődleges elemzési egységei?
- (c) A különböző elemzési egységek vonatkozásában milyen indikátorokat számítsunk, milyen módon, és hogyan értelmezzük azokat?

Mielőtt továbbhaladnánk e kérdések pontosítása irányába, szükséges némileg explicitté tenni a monitoring rendszer létrehozásával elérni kívánt célokat, annak preferált (előrelátható) „használati módját”. Az egyes ellátó szervezeteknél, illetve azok különböző csoportjaiban zajló szolgáltatási folyamatok teljesítmény- és költségjellemzőinek regisztrálása, nyomon követése elvileg több – egymást nem feltétlenül kizáró – célt is szolgálhat. E ponton három ilyen cél emelhető ki:

- A monitoringrendszer szolgálhatja – az európai és tágabb nemzetközi gyakorlatban gyakran hangsúlyozott – „teljesítményalapú elszámoltathatóság” megteremtését, fejlesztését. Másként fogalmazva: a cél ebben az esetben a (főleg állami, esetleg magán-) finanszírozó(k), a „politikai megrendelők”, és végső soron a tágabb közvélemény, az adófizetők informálása; arról való biztosítása, hogy költségvetési-/adóforintjaik jó, méltó helyre és megfelelő felhasználásra kerülnek, hogy a közpénzből finanszírozott addiktológiai ellátások „megérik a pénzüket” (*value for money*).
- Egy másik cél az addiktológiai ellátások rendszerével kapcsolatos közpolitikai keretek, a beavatkozások és az eredmények közötti oksági kapcsolatokkal kapcsolatban rendelkezésre álló szaktudás fejlesztése, tökéletesítése, elsődlegesen az ellátórendszer intézményi és jogi kereteinek, valamint maguknak a beavatkozásoknak az eredményesebb tétele céljából. A célcsoport itt jóval szűkebb, mint az előző esetben: alapvetően az addiktológiai ellátórendszerrel kapcsolatos kormányzati közpolitika (drogpolitika) kialakításában érintett személyekre és szervezetekre korlátozódik.
- Végül egy harmadik lehetséges cél az ellátó szervezetek menedzsmentjének, szakembereinek a saját szervezetek tevékenységi jellemzőivel kapcsolatos informálása, illetve az időbeli és térbeli (más, hasonló szervezetekkel történő) összehasonlítás révén a szervezeti tanulás és fejlődés lehetőségének előmozdítása.

E három cél természetesen nem zárják egymást ki, azonban a monitoringrendszer kialakítása során több ponton is előfordulhat, hogy közöttük bizonyos fokú „átváltás” (*trade-off*) jelentkezik; vagyis az egyik cél nagyobb mértékű megvalósítása az adott korlátok között óhatatlanul egy másik cél kisebb mértékű megvalósulását eredményezi. Ilyen módon – ha lazán is, de – szükséges rögzíteni egyfajta, a fenti célok

tekintetében érvényesített hierarchiát. Figyelembe véve a projekt tágabb kereteit és a megvalósítás valószínűsíthető nehézségeit és korlátait, a továbbiakban elsődleges célnak a teljesítményért való elszámoltathatóság megteremtését tekintjük; a további célok pedig inkább csak abban az esetben merülnek föl szempontként, ha az alapcél elérését nem veszélyeztetik.

Visszatérve most e Bevezetés fő gondolatmenetéhez, az alábbiakban röviden értelmezzük, kibontjuk a fenti (a)-(c) kérdéseket. (Zárójelben fontos azonban hangsúlyozni, hogy a megválaszolandó kérdések itt megjelenő sorrendje elsődlegesen logikai természetű; nem tükrözi tehát sem azok fontosságát, sem pedig a munka során ténylegesen követett időbeli sorrendet – ez utóbbira ugyanis sokkal inkább egyfajta iterativitás, körkörös ismétlődés volt jellemző.)

*Ad (a):*

A jelen vizsgálat körébe vonható addiktológiai ellátások tartalmi-funkcionális, szervezeti és pénzügyi szempontból is igen heterogének, csakúgy, mint költségszerkezetük és –jellemzőik, illetve a velük kapcsolatban rendelkezésre álló vagy előállítható teljesítmény- és költség szempontból releváns adatok részletezettsége, minősége és elérhetősége tekintetében. Ezért, noha elvileg kívánatos lenne a monitoring rendszer határait minél tágabban meghúzni, elképzelhető, hogy az adatszerzés technikai korlátai miatt ez gyakorlatilag nem lehetséges. Az (a) kérdés tehát a következőképpen fogalmazható meg pontosabban: figyelembe véve a teljesítmény- és költségindikátorok előállításának technikai, adatszerzési jellemzőit és korlátait, mely tevékenységeket (ellátási formákat) kell kizárnunk a monitoring rendszer keretei közül?

*Ad (b):*

Az (a) kérdés megválaszolása után elvileg előáll a különféle addiktológiai célú ellátásoknak egy olyan listája, amely vonatkozásában a teljesítmény- és költségadatokat elő kívánjuk állítani. A következő kérdés most már a következő: a kialakítandó ( $X_1, X_2, \dots, X_n$ ) teljesítmény- és költségindikátorokat pontosan milyen szolgáltatások, szolgáltatáscsoportok vonatkozásában számítsuk ki és értelmezzük? Másként fogalmazva: minek, mely tevékenységi entitásoknak a költségeire vagy az eredményességére vagyunk kíváncsiak?

- A lehetséges válaszok egyik végpontjában az a megoldás helyezkedik el, hogy az összes addiktológiai ellátásra összesen egy darab ( $X_1, X_2, \dots, X_n$ ) indikátorkészletet számítunk. Ebben az esetben tehát az „addiktológiai ellátásra” mint olyanra nézve lesznek átfogó, globális költség- és teljesítményadataink, beleértve abba a tücsere-szolgáltatástól az ambuláns egészségügyi ellátáson át a közösségi ellátásokat stb.
- A lehetséges válaszok másik végpontjában az országban vagy egy adott földrajzi területen nyújtott szolgáltatások tetszőlegesen részletes, finom tipológiája állhat. Így pl. az ( $X_1, X_2, \dots, X_n$ ) indikátorkészletet kiszámíthatjuk öt-, tíz-, húsz- vagy harmincféle ellátási forma vonatkozásában is.

Valószínű, hogy e probléma – melyre a továbbiakban mint „a teljesítménymérés (elemzési) egységeinek” problémájára utalunk – optimális megoldása valahol a fenti (a)-(b) végpontok közötti spektrumban helyezkedik el. Vagyis sem a túlzottan részletes, sem pedig a túlzottan aggregált mutatók nem szolgálják jól a monitoringrendszer célját.

*Ad (c):*

Ha az előbbi két kérdést sikerült megválaszolni, akkor merül föl a monitoringrendszer kialakításának harmadik alapkérdése: milyen indikátorokkal mérjük az egyes szolgáltatás(csoport)ok, elemzési egységek teljesítményét és költségeit? A „mivel” kérdését nyilvánvalóan nem lehet elválasztani a „hogyan” kérdéstől; elvileg, „papíron” ugyanis elég könnyű indikátorokat tervezni, de már jóval nehezebb – nem

egy esetben pedig lehetetlen – olyanokat, amelyek adott szervezeti, működési, jogi, technikai-erőforrásbeli stb. keretek között ésszerű áldozatok árán meg is valósíthatók. A megválaszolandó kérdés tehát az, hogy az ellátó szervezetek fenti korlátait figyelembe véve milyen alapadatokból és milyen módon számítsunk indikátorokat, illetve hogy az így létrehozott indikátorok mit is jelentenek, hogyan is értelmezendők (tehát pl. milyen praktikus jelentés, interpretáció fűzhető a meghatározott módon kiszámított  $X_1$  indikátorhoz? az-e a „jó”, ha  $X_1$  indikátor értéke kicsi, vagy ha nagy, vagy ha értéke A és B közé esik? stb.).

Ami a költségindikátorokat illeti, a cél itt egyfelől az adott típusú tevékenység (ellátás) egységnyi – természetes dimenzióban (pl. fő×alkalom, fő×óra) – mennyiségére jutó dologi és személyi költségek, másfelől pedig valamely időszakban az adott típusú tevékenységre jutó összköltség meghatározása lehet (ezek természetesen előfeltételezik az egyes tevékenységek természetes dimenzióban mért volumenének nyomon követését is).

### 2.1.2 A vizsgálat módszere

A fenti kérdések megválaszolása során alkalmazott módszerek – a jelen munka alapjául szolgáló megbízás rendelkezéseinek megfelelően – az alábbiak voltak:

- Szakirodalmi áttekintés. Ennek során a fő cél az addiktológiai ellátások teljesítménymérésével kapcsolatos irányadó nemzetközi tapasztalatoknak – a közpolitikák és közcélú programok teljesítményének mérésével/monitoringjával és értékelésével kapcsolatos általános, irányadó nemzetközi szakirodalom fogalmi bázisán történő – megismerése és értékelése volt.
- Dokumentumelemzés. Ennek alapját a vonatkozó fontosabb ágazati jogszabályok – 1993/III. Tv., 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet –, valamint a TÁMOP 5.4.1 keretében a helyi szolgáltatókról készült állapotfelmérő és döntés előkészítő tanulmányok képezték.
- Félig strukturált interjúk. Az interjúk alanyai nagyobb ellátó szervezetek vezetői (2 fő, 1.5-1.5 óra), valamint a magyar drogpolitikában jártasságot, tájékozottságot szerzett szakértők (2 fő, 2-2 óra) voltak.
- Fókuszcsoportok. A tanulmány készítése során egy alkalommal került sor fókuszcsoport megszervezésére, 3 óra terjedelemben. A résztvevők (7 fő) a fővárosi és vidéki addiktológiai ellátórendszerben dolgozó, vezető beosztású szakemberek, valamint a drogpolitika alakításában és megvalósításában szerepet játszó szakemberek voltak. Az ülésről készült emlékeztetőt az 1. sz. Melléklet tartalmazza.

Végül ide kívánczik egy technikai megjegyzés. A Jelentésben – indokoltan tűnő esetekben – a magyar mellett *dólt betűkkel* szerepeltetjük az egyes szakkifejezések angol nyelvű megfelelőjét is. Ennek célja az alkalmazott terminológia egyértelműségének olyan módon történő biztosítása, hogy a szöveget ne kelljen folytonosan fogalom meghatározásokkal megszakítani; e helyett a kérdéses fogalmak meghatározása könnyen elvégezhető az interneten is elérhető, angol nyelvű referenciahelyek (pl. [www.en.wikipedia.org](http://www.en.wikipedia.org)) segítségével.

## 2.2 A teljesítménymonitoring rendszer felépítése és működési elvei

### 2.2.1 Az „irányadó nemzetközi gyakorlat”

Miközben kerülendőnek tartjuk a – fent is említett – „irányadó nemzetközi gyakorlat” (*international best practice*) abszolutizálását és különösképpen annak feltétel nélküli átvételét, mindenképpen hasznos megvizsgálunk, hogy az adott problémát más – Magyarországnál a megoldásba vélhetően nagyságrendekkel több erőforrást és időt investáló – országokban hogyan oldották, illetve oldják meg.

Az addiktológiai kezelés hatásainak értékelésével kapcsolatban univerzálisan érvényes az a korlát, hogy a hatásosság és a hatékonyság folyamatos nyomon követése a tudományos ismeretek elégtelensége és az adatszerzés jelenlegi technikai- és költségkorlátai miatt az esetek döntő többségében nem valósítható

meg. Így például a hosszabb távú, tényleges eredmények (*program effects/outcomes*) azonosításához szükséges longitudinális (panel-) vizsgálatok – és mindenekelőtt az ezek során jelentkező speciális, ún. belső validitási problémák (*internal validity*; pl. mortalitási, szelekciós-mortalitási torzítások) kezelése – ugyanis olyan anyagi és szakértői erőforrásokat kíván meg, amely a legtöbb esetben a nálunk sokkal fejlettebb (észak-amerikai, nyugat- és észak-európai) országokban sem állnak rendelkezésre. Miközben tehát a közpénzből finanszírozott drogellátások eredményesség-alapú elszámoltathatóságának biztosítása – vagyis a teljesítmény valamilyen módon történő mérése – komoly technikai és elvi nehézségeket vet föl, aközben az ilyen jellegű információk előállításához mégis komoly közérdek fűződik.

E dilemma feloldására az elmúlt években több országban – mindenek előtt a mind a drogprobléma súlya, mind pedig a kutatás-fejlesztés céljára rendelkezésre álló intézményi, emberi és tudományos erőforrások tekintetében kimagasló helyen álló Egyesült Államokban – igen jelentős erőfeszítéseket tettek. Az alábbiakban ezen erőfeszítések eredményeinek rövid és így óhatatlanul erősen leegyszerűsítő – már a kialakítandó megoldás szempontjait követő – szintézisére teszünk kísérletet<sup>1</sup>.

A Washington Circle által kidolgozott megoldás kiindulópontja az a megfontolás, hogy – mivel a tényleges eredmények akárcsak közel folyamatos mérése is gyakorlatilag lehetetlen – az ellátó szervezetekben a napi tevékenység során keletkező (adminisztratív jellegű) adatok alapján szükséges olyan teljesítményindikátorokat képezni és számítani, amelyekről – korábbi, széles empirikus megalapozottságú (követő) értékelő vizsgálatok révén – tudható, hogy szoros összefüggésben vannak a kezelés tényleges, hosszabb távú hatásaival, tehát tekinthetők azok egyfajta közelítő mércéinek (*proxy measure*).

A teljesítménymérés ezen megközelítése egyfelől az addiktológiai ellátások egymásra épülő, folyamatszerű értelmezésén (*process model of care*; ld. „ellátási piramis”) nyugszik; vagyis arra a megfontolásra, hogy az ellátottak az alacsonyabb szintű, nagyobb tömeget érintő, egyszerűbb ellátási formákból egyéni szükségleteiknek megfelelően kell, hogy továbbkerüljenek a (tipikusan) egyre bonyolultabb, költségesebb és kisebb igénybevevői kört érintő szolgáltatások felé. Az ellátási piramis alsóbb szintjein található ellátásoknak (pl. detoxikálás, utcai munka) tehát fontos feladata a rászoruló magasabb ellátási szintek felé történő továbbirányítása.

A másik alapvető megfontolás pedig az, hogy – a korábbi, nagy módszertani apparátussal dolgozó értékelő kutatások egyik fontos eredményeként – megállapítható: az addiktológiai ellátórendszer teljesítménye, eredményessége annál nagyobb, (i) minél több addiktológiai problémával élő személyt ér el, és (ii) ezek közül minél többet, (iii) minél hosszabb ideig kezel. (Hangsúlyozzuk, hogy ez utóbbi megállapítás természetesen nem minden egyes ellátási formára, hanem azok legtöbbször, illetve – többé-kevésbé – összességére vonatkozik.)

Ez utóbbi megfontolás alapján négy generikus, az egyes ellátási formák vonatkozásában értelmezhető folyamatindikátor-típus körvonalai rajzolódhatnak ki. Ezek a következők:

---

<sup>1</sup> Az indikátorrendszer fejlesztése nem kis részben a The Washington Circle nevű szervezet kereteiben zajlik ([www.washingtoncircle.org](http://www.washingtoncircle.org)). Az itt következő áttekintés szakirodalmi alapját elsődlegesen az alábbi munkák képezik:

Garnick, Deborah W. et al. (2002): Establishing the feasibility of performance measures for alcohol and other drugs, *Journal of Substance Abuse Treatment* 23 pp. 375–385

McCarty, Dennis (2007): Performance measurement for systems treating alcohol and drug use disorders, *Journal of Substance Abuse Treatment* 33 pp. 353–354

McLellan, A. Thomas et al. (2007): Outcomes, performance, and quality – What’s the difference? *Journal of Substance Abuse Treatment* 32 pp. 331–340

Garnick, Deborah W. et al. (2009): Adapting Washington Circle performance measures for public sector substance abuse treatment systems, *Journal of Substance Abuse Treatment* 36 pp. 265–277

Garnick, Deborah W. et al. (2011): Lessons from five states: Public sector use of the Washington Circle performance measures, *Journal of Substance Abuse Treatment* 40 pp. 241–254



- (1) Mennyire sikeres a kezelést igénylő személyek azonosítása (*identification*)? Ez a „kezeléssel kapcsolatba került személyek száma / kezelésre szoruló emberek száma” típusú mérőszámokkal mérhető.
- (2) Milyen arányban kezdeményezik a rendszerrel kapcsolatba kerülő (azonosított) személyek a kezelést (*initiation*)? Ez „az első kezelést igénybe vevő személyek száma / azonosított személyek száma” típusú indikátorokkal mérhető.
- (3) A kezelésbe lépett személyek milyen arányban köteleződnek komolyabban el a terápiás folyamat mellett (*engagement*)? Ez „az első kezelés után X napon belül még legalább Y mennyiségű szolgáltatást igénybe vevő személyek aránya” típusú mutatókkal mérhető.
- (4) A kezelés mellett elköteleződött személyek milyen arányban maradnak benne a terápiás folyamatban (*continuity of care*)?

A fenti típusú mérőszámokat – pontosabban: közülük azokat, amelyek a különböző ellátási formák esetében értelmesek, értelmezhetőek – az egyes ellátási formák vonatkozásában külön-külön számítják ki. Lássunk néhány példát!

Jelölje  $J_{\text{új}}$  azon személyek számát, akik

- a. egy adott évben
- b. egy új kezelési epizód kezdőpontjaként (vagyis legalább 60 napnyi ellátásmentes periódust követően, amikor tehát semmilyen addiktológiai ellátásban nem részesültek)
- c. először részesülnek addiktológiai járóbeteg-ellátásban,
- d. melynek során megállapítást nyer szerfüggőségük.

Ebben az esetben a járóbeteg-ellátásra vonatkozó kezdeményezési (*initiation*) rátát az alábbi hányados fejezi ki:

$$\text{KezdeményezésiRáta}_{JB} = \frac{\text{Járóbeteg}_{\text{új}} \text{ Közül 14 Napon Belül Még Egy Kezelést Kapó Személyek Száma}}{\text{Járóbeteg}_{\text{új}}}$$

(A számlálóban szereplő „még egy kezelés” kitétel bármilyen addiktológiai ellátást magába foglal, kivéve a detoxikálást és a krízisintervenciót.)

Ez az indikátor tehát azt fejezi ki, hogy a járóbeteg-ellátás milyen mértékben képes a rászorulókat „beleterelni” az intézményes addiktológiai ellátásba.

Hasonló mutatókat számolnak a detoxikációs ellátás tekintetében is<sup>2</sup>.

Az „elköteleződési (*engagement*) ráta” számítása hasonló logikát követ:

---

<sup>2</sup> A különböző indexek számítása természetesen az itt közöltekén kívül még számos technikai részlet tisztázását igényli. Ilyen pl. az, hogy hogyan vegyük figyelembe azt az esetet, amikor rövid időn belül több detoxikálást is kap egy személy, majd ezt követően – még 14 napon belül – valamilyen egyéb ellátást is kap. (Pl. az 1. és az 5. napon is detoxikálják, majd a 8. napon ambuláns ellátásban részesül.) Az egyik megoldás szerint ilyenkor mindkét detoxikáció megjelenik a számlálóban (mint megkezdett kezeléshez vezető, „sikeres” detoxikáció). A másik megoldás szerint a két detoxikáció ilyenkor egy ellátási eseménynek számít.

$$\text{Elköteleződési Ráta}_{JB} = \frac{\text{Járóbeteg}_{\text{Új}} \cdot \text{Közül} \cdot 130 \cdot \text{Napon Belül} \cdot \text{Még Legalább Két Kezelést Kapó Személyek Száma}}{\text{Járóbeteg}_{\text{Új}}}$$

A számlálóban szereplő „még legalább két kezelés” kitétel itt is bármilyen addiktológiai ellátást magába foglal, kivéve a detoxikálást és a krízisintervenciót.

Ez az indikátor azt fejezi ki, hogy a járóbeteg-ellátás milyen mértékben képes a rászorultak körében a kezelés irányába történő, komolyabb elköteleződést kiváltani.

A fenti „kezdeményezési rátához” formailag igen hasonló, „folyamatossági rátát” (*continuity of care*) számítanak az állapotfelmérési (*assessment*), a közösségi ellátási (*short-term és long-term residential care*), valamint fekvőbeteg-ellátási (*inpatient care*) szolgáltatások tekintetében is – azzal a különbséggel, hogy ezekben az esetekben az új kezelési epizódra (vagyis a megelőző 60 napos ellátásmentes periódusra) vonatkozó feltétel nem áll fent. Ezek a mutatók azt fejezik ki, hogy az adott ellátásból kilépő személyek valamilyen formában benne maradnak-e az intézményesített addiktológiai ellátásban.

## 2.2.2 A javasolt megoldás körvonalai I.: Az ellátottak azonosításának kérdése

### 2.2.2.1 A probléma

A fentiekben körvonalazott indikátorok magyarországi alkalmazásának kérdése több kisebb-nagyobb kérdést, problémát vet föl. Ezek közül a megvalósíthatóság szempontjából leginkább kritikusnak az egyes szolgáltatásokat (ellátási eseményeket) igénybe vevő személyek nyomon követhetőségének problémája tűnik. A fenti indikátorok mindegyikének számítása előfeltételezi ugyanis a rendszerbe kerülő személyek univerzális és egyedi azonosítóval (UEA) történő – vagyis az egyes ellátási események és ellátóhelyek között összekapcsolható, az ellátottaknak a szolgáltatók és a szolgáltatások közötti áramlását nyomon követhetővé tévő – azonosítását.

Fontos hangsúlyozni, hogy az előző pontban említett UEA

- nem jelenti az ellátottak tényleges személyi azonosításának igényét (vagyis elegendő egy erre a célra képzett, a természetes azonosítást lehetővé nem tévő – pl. véletlen eljárással generált – azonosító használata is); és
- az egyedi azonosító „univerzalitását” nem feltétlenül kell abszolút (pl. országos) értelemben biztosítani; elegendő pl., ha egy adott, kellően nagy ellátási terület vonatkozásában biztosítható a szolgáltatásban részt vevők nyomon követhetősége.

### 2.2.2.2 A jelenlegi magyarországi gyakorlat

Az ellátórendszerbe kerülő személyek azonosítása a jelenlegi gyakorlatban többféle módon történik:

- Az ellátások egy részénél (egészségügyi ellátások) minden ellátási esemény alkalmával szükséges a TAJ-szám bemutatása. Itt tehát a szolgáltatást igénybe vevők természetes azonosító adatai elvileg visszafejthetők, így e személyek bármilyen – akár büntetőjogi – céllal történő azonosítása technikailag lehetséges, ami nyilvánvalóan csökkenti a szolgáltatóba vetett bizalmat és a szolgáltatási igénybe vételének gyakoriságát.
- Az ellátási események másik körénél többé vagy kevésbé kiterjedten és következetesen alkalmaznak képzett (az ún. TDI – Kezelési Igény Indikátor – számításához szükséges<sup>3</sup>) azonosítót (a

<sup>3</sup> További információkat ld. pl. <http://www.drogfokuszpont.hu/?pid=8>

továbbiakban: TDI-A). Ez az igénybe vevő személy természetes azonosító adatainak visszafejtését elvileg sem teszi lehetővé.

- Az ellátási események egy harmadik köre esetében a szolgáltatás igénybe vételéhez nem szükséges semmilyen azonosítás. Itt a személyazonosság kitudódásának problémája még kevésbé áll fenn.

A folyamatalapú teljesítményindikátorok számításához szükséges UEA és a jelenleg működő TDI-A között – a TDI-A jelenlegi alkalmazási módja mellett – két fontos eltérés van:

- A TDI-A regisztrálására általában csak az (adott évben) első ellátási esemény alkalmával kerül sor. Emiatt az jelenleg nem alkalmas pl. az igénybe vétel folyamatosságának / gyakoriságának megállapítására.

- A TDI rögzítésére csak a szolgáltatások egy igen szűk körében kerül sor.

Az indikátorok számításához e két korlátot kellene tágítani; vagyis bővíteni kellene azon ellátások körét, amelyeknél a TDI-A-t minden egyes ellátási esemény alkalmával regisztrálják.

### **2.2.2.3 A TDI-A alkalmazásának kiterjeszhetősége**

A folyamatalapú teljesítményindikátorok számítását lehetővé tévő azonosítás célját elvileg jól szolgálhatja a jelenleg is ismert TDI-A. Bizonyosan így van ez legalábbis az ellátások azon körében (pl. egészségügyi ellátás, szociális ügyintézés), ahol jelenleg is megtörténik a tényleges személyazonosítás, hiszen itt sem az ügyféllel ápolt bizalmi kapcsolat szempontjából, sem pedig technikailag nem jelent problémát a TDI-A regisztrálása, ill. használata.

Ugyanakkor az alacsonyküszöbű ellátások között jelenleg viszonylag ritka, töredékes a TDI-A használata. Ahol / amennyiben használják, ott sem minden ellátási esemény alkalmával regisztrálják, pusztán az újonnan ellátásba lépők esetében. A TDI-A az alacsonyküszöbű ellátások körében történő töredékes / hiányos adminisztrálása több okra vezethető vissza. Ilyen pl. (i) a bizalmi kapcsolat megővésének szándéka; (ii) a kapcsolat objektív korlátai (pl. partiszervíz); (iii) de az esetek nem csekély részében – úgy tűnik – szubjektív, „kulturális” jellegű tényezők is szerepet játszanak, hogy ti. az érintettek (szolgáltatók és igénybe vevők) gondolkodásából hiányzik az azonosítás szükségességének felismerése, nem alakult ki az ezzel kapcsolatos megszokás, napi rutin.

Az jelen vizsgálatba bevont szakértőkkel való konzultációk alapján úgy tűnik, hogy a TDI-A minden ellátási esemény alkalmával történő regisztrálása az alábbi korlátok és keretek mellett lehetne – hosszabb távon – megvalósítható:

- A személyes azonosítás mellett (pl. TAJ számmal) igénybe vehető szolgáltatások körében nincs elvi akadálya a TDI-A minden ellátási esemény alkalmával történő regisztrálásának. Ennek előfeltétele itt pusztán az adminisztratív, illetve informatikai erőforrások megléte.

- Az anonim módon igénybe vett (alacsonyküszöbű) ellátások közül a fix, állandó telephelyen nyújtott ellátási módok esetében jöhet szóba a TDI-A minden ellátási esemény során történő regisztrálása. Azonban itt is csak azon ügyfelek esetében, akikkel már kialakult egy bizonyos mértékig rendszeres kapcsolat (tehát pl. viszonylag rövid időn belül 2-3-szor már igénybe vették az adott ellátást). Így azonban pl. az első alkalommal megjelenő ügyfelek TDI-A szerinti regisztrálása szükségszerűen nem történhetne meg.

- Az, hogy végül is az alacsonyküszöbű ellátások milyen körében lehetséges a TDI-A regisztrációja megbízható, üzemszerű – közel 100%-os lefedettséggel történő – elvégzése, végül is csak a gyakorlat tudja majd megválaszolni. A TDI-A regisztrációjának kiterjeszhetősége, majdani határvonalai számos tényezőtől függenek, így pl. a szolgáltatók ilyen irányú, jogilag is deklarált kötelezésétől, a regisztrációhoz fűződő pénzügyi-finanszírozási ösztönzőktől, az adminisztratív és informatikai erőforrások rendelkezésre állásától. A TDI-A regisztrációja – így a majdani teljesítményindikátor-rendszer – pontos határvonalai majd ezeknek a – jelenleg pontosan még nem ismert – tényezőknek megfelelően alakulhatnak, véglegesíthetnek.

- Szükséges lenne a TDI-A regisztráció kiterjesztése a detoxikációt végző ellátó helyekre is, ilyen módon mérhetővé válna a betegeknek az addiktológiai szakellátások irányába való továbbutalásának gyakorisága, hatásossága.

### 2.2.3 A javasolt megoldás körvonalai II.: Az elemzési egységek (a mért szolgáltatáscsoportok) kialakítása és a teljesítménymérés célját szolgáló indikátorok meghatározása

Az alábbi táblázat tartalmazza

- azokat az elemzési egységeket (szolgáltatáscsoportokat), amelyek vonatkozásában az ellátó szervezetek, illetve a különféle ellátások teljesítményét mérni célszerű; valamint
- a teljesítménymérés céljából alkalmazandó indikátorok rövid meghatározását.

Szolgáltatáscsoport	Teljesítményindikátorok:			
	Volumen	Kezdeményezés	Folyamatosság	Továbbirányítás: 30 napon belül új betegként* jelentkezik az alábbi szolgáltatáscsoportban**
1. Alacsonyküszöbű ellátások	fő×alkalom, esetleg fő×nap (azonos napon több ellátás igénybe vétele esetén)	Új betegek közül a 14 napon belül még egy ellátást kapók aránya*	Új betegek közül azok aránya, akik 90 napon belül legalább 15 ellátást kapnak*	→2-6 (kivéve 4/a) szolgáltatáscsoportokba
2. Nappali és közösségi	fő×alkalom, esetleg fő×nap (azonos napon több ellátás igénybe vétele esetén)	Új betegek közül a 14 napon belül még egy ellátást kapók aránya*	Új betegek közül azok aránya, akik 90 napon belül legalább 15 ellátást kapnak*	→1 és 3-6 (kivéve 4/a) szolgáltatáscsoportokba
3. Járóbeteg	fő×alkalom, esetleg fő×nap (azonos napon több ellátás igénybe vétele esetén)	Új betegek közül a 14 napon belül még egy ellátást kapók aránya*	Új betegek közül azok aránya, akik 90 napon belül legalább 15 ellátást kapnak*	→2., 5. és 6. szolgáltatáscsoportokba
4/a Akut fekvő I.: Detoxikálás	fő×alkalom, esetleg fő×nap (azonos napon több	-	-	→1-6 (kivéve 4/a) szolgáltatáscsoportokba

	ellátás igénybe vétele esetén)			
4/b Akut fekvő II.	fő×nap	-	Új betegek közül azok aránya, akik min 20 nap folyamatos ellátásban részesülnek*	→2., 3., 5. és 6 szolgáltatáscsoportokba
5. Krónikus fekvő / rehabilitáció	fő×nap	-	Új betegek közül azok aránya, akik min. 90 nap folyamatos ellátásban részesülnek*	6
6. Utógondozás / reszocializáció	fő×nap	-		

\* Új betegnek azok minősülnek, akik – az adott naptári évben – a megelőző 60 napban semmilyen addiktológiai ellátást nem kaptak, és megállapítást nyert szerfüggőségük. (Eldöntendő kérdésként vehető föl itt, hogy e feltételt nem kellene esetleg csak az adott ellátásból való min. 60 napos kimaradásra korlátozni.)

\*\* E mutatóval kapcsolatban eldöntendő kérdésként merülhet föl, hogy pontosan mi is legyen a hányados nevezőjében. Pl. (i) új betegek; (ii) új betegek + kezelést kezdeményezett betegek; (iii) új betegek + kezelést kezdeményezett betegek + folyamatosan kezelésben lévő betegek stb.

A problémás szerhasználók számával kapcsolatos becslés hiányosságai miatt (csak országos szinten áll rendelkezésre adat) *identification* jellegű mutatót csak az egész ország és az összes ellátás vonatkozásában lehet számítani (összes új beteg / problémás szerhasználók arány).

## 2.3 A javasolt költségmonitoring rendszer felépítése és működési elvei

### 2.3.1 A költségmonitoring-rendszer alapvonalai

Ebben a pontban a költségszámítás javasolt modelljének sarokpontjait, főbb mozzanatait körvonalazzuk. Mint a bevezetőben körvonalaztuk, költségszámítás alatt az alábbi információk folyamatos, rendszerbe épített előállítását értjük:

- Az ellátások egyes csoportjainak (vagyis a fentiekben, a teljesítménymérés kapcsán már bevezetett terminológiával: az egyes elemzési egységeknek) az adott tárgyidőszakban előállított összvolumene. A volumen az adott elemzési egység szempontjából legrelevánsabb, természetes dimenziójú mértékegységgel mérjük, mint pl. fő×óra, fő×nap, fő×alkalom stb.
- Az egyes elemzési egységekre a tárgyidőszakban jutó folyó összkiadások – pénzegységben mért – nagysága.

- (c) Az előbbi két mutató hányadosaként pedig az ellátásokra a tárgyidőszakban jellemző egységköltség (tipikusan Ft / (fő×óra), Ft / (fő×nap), Ft / (fő×alkalom) típusú dimenzióban mért) nagysága.

*Ad (a):*

A valamely időszakban előállított/nyújtott szolgáltatások mennyiségének meghatározásánál használt elemzési egységek ideális esetben azonosak a teljesítménymérés során használt elemzési egységekkel (szolgáltatáscsoportokkal). Ez az azonosság azonban nem szükségszerű, és nem is biztos, hogy az adathozzáférés jelenlegi korlátai mellett megvalósítható. Elképzelhető tehát, hogy pl. valamely  $X_i$  teljesítményindikátor által értékelt szolgáltatáscsoporthoz két (vagy akár több) külön,  $Y_j$ ,  $Y_k$ , stb. költségindikátor tartozik, illetve elképzelhető ennek fordítottja is, amikor egynél több teljesítményindikátor értékeli a szolgáltatások azon halmazát, amelynek költségeit egyetlen mutatószámmal fejezzük ki. Annyi megkötöttséghez azonban érdemes ragaszkodni, hogy a költség- és a teljesítménymérés során használt elemzési egységek között valamifajta egyértelmű megfeleltetés legyen létesíthető.

*Ad (b) és (c):*

Amint sikerült a költségszámítás során használandó elemzési egységeket meghatározni, feltehető a költségszámítás központi kérdése: hogyan határozzuk meg az adott tevékenységrendszerre jutó összköltségek nagyságát? Hogyan mondható meg, hogy mennyibe került az adott körbe tartozó ellátások nyújtása az adott időszakban?

E kérdés súlyát és nehézségét az adja, hogy az ellátó szervezetek nyilvántartásai az esetek túlnyomó részében nemigen tartalmaznak olyan adatot, amely alkalmas lehet ilyen típusú információk közvetlen előállítására/beclsésére. (Ez alól léteznek kivételek; pl. a Nyírő Gyula Kórház Drogambulanciája által nyújtott egészségügyi ellátásokra, a kórházi vezetői információs rendszerbe épített költségmonitoring rendszer.)

A rendelkezésre álló információk alapján az állapítható meg, hogy az addiktológiai ellátások, illetve az ellátó szervezetek túlnyomó része esetében fennállnak a következő feltételek:

- A folyó kiadások nagy része (min. 80-85%-a) munkaerőköltség (vagyis bér- és bérjellegű kiadás).
- A munkaerő-ráfordítás nagy része közvetlen – vagyis az egyes outputfajták előállításához jól látható módon és kizárólagosan kapcsolódó – ráfordítás, és pusztán csekély hányada tekinthető rezszi jellegű (tehát többféle output előállításához is szükséges – pl. általános adminisztráció, vezetési feladatok) ráfordításnak.
- A dologi kiadások nagy része pedig ismét csak viszonylag szoros, egyenes arányban áll a közvetlen munkaerő-ráfordítással (az ellátás helyszínéül szolgáló helyiségek bérleti-, üzemeltetési-, közmű- stb. kiadásai).
- Az egyes output-típusok előállításának „technológiája” – ebből fakadóan pedig azok fajlagos munkaerő-ráfordítása és egységköltsége – az egyes szolgáltató szervezetek esetében időben nagymértékben állandó, átlátható és jól meghatározható/beclsülhető (pl. „egy óra csoportterápiás szolgáltatás munkaerő-igénye X órányi pszichoterapeuta- és Y órányi szociálmunkás-munkaidő”).

Mindezek a jellegzetességek amellet szólnak, hogy az egyes outputok össz- (és ebből adódóan: egység-) költségeit az outputok előállításához szükséges munkaerő-felhasználás alapján beclsüljük meg. Tétélezzük föl, hogy minden szolgáltatóval kapcsolatban rendelkezésre állnak – a vizsgált tárgyév vonatkozásában – az alábbi adatok:

Outputféleség	Előállított/nyújtott mennyiség	Az output egy egységének előállításához szükséges munkamennyiség (óra)	Egységnyi munkamennyiséghez kapcsolódó kiadás („szuperbruttó” órabér)
Output <sub>1</sub>	Mennyiség <sub>1</sub>	Munkaigény <sub>1</sub>	Órabér <sub>1</sub>
Output <sub>2</sub>	Mennyiség <sub>2</sub>	Munkaigény <sub>2</sub>	Órabér <sub>2</sub>
...	...	...	...
Output <sub>i</sub>	Mennyiség <sub>i</sub>	Munkaigény <sub>i</sub>	Órabér <sub>i</sub>

A táblázatban szereplő adatok alapján egyfelől meghatározhatjuk az egyes outputféleségek előállításával kapcsolatban közvetlenül felhasznált munkaerő költségét:

$$MunkaKözvetlenKöltsége_i = Mennyiség_i \times Munkaigény_i \times Órabér_i$$

Vagyis egy tetszőleges – itt: az i-edik – output (szolgáltatástípus) közvetlen költségét úgy lehet kiszámolni, hogy annak mennyiségét megszorozzuk az egységnyi output előállításának költségével; ez utóbbi pedig a szükséges munkaórák számának és a bruttó órabérnek a szorzataként számítható.

A feladat második része abban áll, hogy az adott szervezet éves folyó kiadásainak ún. fel nem osztott részét – tehát azt a részét, amely nem tartozik bele az egyes outputok előállításának az előbb meghatározott közvetlen költségeibe – felosztjuk az egyes outputféleségek között. Ide tartoznak az általános, rezszi jellegű dologi (pl. bérleti díj-, rezszi-, kommunikációs-) és személyi (általános ügyvitel, vezetés, informatikai, jogi és egyéb funkcionális kiszolgáló tevékenységek) kiadások. Az ellátószervezetek költségstruktúrájával kapcsolatban rendelkezésre álló információk alapján egyébként feltételezhető, hogy e fel nem osztott kiadások az összkiadásnak – és így az egyes outputokra eső kiadásoknak – csak egy viszonylag csekély hányadát teszik ki.

Az általános költségek felosztása az alábbi formula alkalmazásával lehetséges:

$$EgyébKiadások_i = \frac{MunkaKözvetlenKöltsége_i}{\sum Munkaerő\ön\ zvetlenKöltsége} \times FelNemOsztottKiadások$$

Vagyis egy tetszőleges – itt: az i-edik – outputfélére eső egyéb (az általános kiadásokból rá jutó) kiadásokat úgy lehet kiszámolni, hogy az összes, még fel nem osztott kiadást megszorozzuk az adott outputfajta jutó munkaerő-ráfordítási hányaddal. E hányadot a fenti képletben az adott outputféle közvetlen költségének és az összes outputféle együttes összköltségének a hányadosával becsüljük meg.

Ha a felhasznált munkaerő összetétele az egyes outputok összehasonlításában nagyon heterogén – vagyis ha pl. az egyik output előállításához jóval nagyobb arányban használnak föl fajlagosan olcsó, míg a másokhoz fajlagosan drága munkaerőt –, akkor lehetőség van kettő- vagy akár többféle munkaráfordítás-típus megkülönböztetésére (pl. „az 1. sz. output egy egységének előállításához 1,5 órányi olcsóbb – pl. adminisztratív –, és 0,5 órányi drágább – pl. pszichoterapeuta – munkaidő felhasználására van szükség...”).

### 2.3.2 Költségszámítás: Egy illusztratív példa

Szemléltessük a költségbecslési logikát egy elképzelt, konkrét példával! Tegyük föl például, hogy egy ellátó szervezet összkiadása egy adott évben 12000 eFt. A szervezet 3-féle outputot állít elő. Ezek paraméterei az alábbiak:

Outputféleség	Előállított/nyújtott mennyiség	Az output egy egységének előállításához szükséges munkamennyiség (óra)	Egységnyi munkamennyiséghez kapcsolódó kiadás („szuperbruttó” órabér, eFt)
Output <sub>1</sub>	Mennyiség <sub>1</sub> =1200	MunkaIgény <sub>1</sub> =3	Órabér <sub>1</sub> =2
Output <sub>2</sub>	Mennyiség <sub>2</sub> =300	MunkaIgény <sub>2</sub> =1	Órabér <sub>2</sub> =1,5
Output <sub>3</sub>	Mennyiség <sub>3</sub> =900	MunkaIgény <sub>3</sub> =2	Órabér <sub>3</sub> =1

Az egyes outputfajták közvetlen munkaerő-költségeire vonatkozó fenti képlet az alábbi eredményeket adja:

$$\text{MunkaerőKözvetlenKöltsége}_1 = 1200 \times 3 \times 2 = 7200 \text{ eFt}$$

$$\text{MunkaerőKözvetlenKöltsége}_2 = 300 \times 1 \times 1,5 = 450 \text{ eFt}$$

$$\text{MunkaerőKözvetlenKöltsége}_3 = 900 \times 2 \times 1 = 1800 \text{ eFt}$$

A fel nem osztott költségek ekkor  $12000 - (7200 + 450 + 1800) = 2550$  eFt-ra fognak rúgni. Ezt az összeget az egyes outputok között a munkaerő közvetlen költségeinek arányában osztjuk föl (vagyis 7200:450:1800 arányban). Az egy előálló összegek – ismét csak a fentebb közölt képletbe helyettesítve a számokat – rendre az alábbiak lesznek:

$$\text{EgyébKiadások}_1 = \frac{7200}{9450} \times 2550 = 1943$$

$$\text{EgyébKiadások}_2 = \frac{450}{9450} \times 2550 = 121$$

$$\text{EgyébKiadások}_3 = \frac{1800}{9450} \times 2550 = 486$$

Az egyes outputokra jutó összkiadások a közvetlen kiadások és az egyéb kiadások összegeként adódnak:

$$\text{Összkiadás}_1 = 7200 + 1943 = 9143 \text{ eFt}$$

$$\text{Összkiadás}_2 = 450 + 121 = 571 \text{ eFt}$$



$$\text{Összkiadás}_3 = 1800 + 486 = 2286 \text{ eFt}$$

Az egyes outputfélék egységkötségei pedig nyilván a költség és a mennyiség hányadosaként számíthatók:

$$\text{Egységkötség}_1 = 8543 / 1200 = 7,1 \text{ eFt}$$

$$\text{Egységkötség}_2 = 571 / 300 = 1,9 \text{ eFt}$$

$$\text{Egységkötség}_3 = 486 / 900 = 0,5 \text{ eFt}$$

### **3 A teszt-adatfelvétel eredményei**

#### **3.1 Bevezetés. Az adatfelvétel és a Jelentés célja**

E Jelentés – illetve az azt megalapozó próba-adatfelvétel – célja az projekt folyamán kifejlesztett folyamatalapú teljesítménymérési módszertan gyakorlati alkalmazhatóságának vizsgálata, ill. e célból annak egy-két – a Megbízó által megnevezett, együttműködési készséget tanúsító – szolgáltató szervezet körében történő, néhány hétig tartó, teszt jellegű gyakorlati alkalmazása.

Az adatfelvétel az alábbi feladatokat (tevékenységi elemeket) foglalta magába:

- (a) A kiválasztott teszt-szervezetek illetékes munkatársa(i), vezető(i) részére felkészítés tartása. Ennek helyszíne a szervezet telephelye, terjedelme kb. fél nap.
- (b) A tesztelésben részt vevő szervezetek számára a tesztelés teljes időszakában telefonon, ill. e-mailen, kivételes esetben személyesen történő rendelkezésre állás, a felmerülő kérdések és problémák azonosítása, kezelése;
- (c) A beérkező adatok fogadására, elektronikus rögzítésére alkalmas adatstruktúra, adatbázis-alkalmazás kialakítása;
- (d) A beérkező adatok fogadása, elektronikus rögzítése adatbázisba;
- (e) A tesztelési periódusban felmerülő kérdések, problémák, a körvonalazódó (felhasználói és „üzemeltetői”) tapasztalatok írásos rögzítése.

E Jelentés célja a tesztadatok elsődleges elemzésre révén az adatfelvétel tapasztalatainak összegzése. E célnak az alábbi szerkezetben tesz eleget: a következő, második fejezet az adatok általános, leíró jellegű elemzését tartalmazza; míg a harmadik – fő – fejezet a teljesítményindikátorokra vonatkozó próbaszámítások eredményeit tartalmazza.

### 3.2 Leíró adatok

Az adatfelvétel során összesen 1847 ellátási esemény került rögzítésre. Az ellátásokat nyolc intézmény nyújtotta, összesen 5 területen. Ezeket az alábbi két táblázat foglalja össze.

Ellátás kódja	Ellátás típusa
1	Alacsonyküszöbű
2	Nappali és közösségi
3	Járóbeteg
4	Rehabilitáció
5	Reszocializáció

#### 1. Táblázat: Az adatfelvételben megjelenő ellátástípusok

Szerv kódja	Szerv megnevezése
1	Tér
2	Alternatíva
3	Utca
4	Tisztás
5	Drogambulancia
6	Váltóház
7	Mérföldkő
8	Félutas

#### 2. Táblázat: Az adatfelvételben megjelenő (részelt vevő) ellátó szervezetek

Az ellátási események ellátás típusonkénti és ellátó szervezetenkénti (kétdimenziós) megoszlását az alábbi táblázat mutatja be.

Count		Ellátás típusa					Total
		Al.küsz.	Nappali/k összege	Járóbeteg	Rehab.	Reszoc.	
Ellátószervezet	Tér	119					119
	Alternatíva	181					181
	Utca	91					91
	Tisztás	7	169			6	182
	Drogambulancia			334			334
	Váltóház				597		597
	Mérföldkő				252		252
	Félutas				91		91
Total		398	169	334	940	6	1847

#### 3. Táblázat: Ellátási események száma ellátás típusonként és intézményenként

Az ellátási események közül 1699 esetben sikerült az ellátott TDI azonosító révén történő azonosítását is elvégezni. Ezen ellátási események tekintetében tehát mód nyílt a tényleges páciensek előfordulási gyakoriságainak meghatározására is. Ezt az alábbi táblázat mutatja be.

Az adott TDI előfordulási gyakorisága	Szervezet azonosítója								Összesen
	1	2	3	4	5	6	7	8	
21						13	12	4	29
18						2			2
16				1					1
14				1		9			10
12				1					1
11						3			3
10				1					1
9		2		1					3
8			3						3
7				2		15		1	18
6	2	1	2	2					7
5	3		4	6					13
4	3	3	3	3	3	6			21
3	7	2	1	7	16				33
2	9	3	3	6	43				64
1	29	12	3	16	188				248
<b>ÖSSZESEN</b>	<b>53</b>	<b>23</b>	<b>19</b>	<b>47</b>	<b>250</b>	<b>48</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>457</b>

#### 4. Táblázat: Páciensek (TDI azonosítók) előfordulási gyakoriságai intézményenként

148 esetben nem sikerült az ellátotthoz tartozó TDI azonosító meghatározása, rögzítése. Az „azonosítatlan”-ként jelölt ellátási események mindegyike 1-es típusú (alacsonyküszöbű) ellátásban történt. Az alacsonyküszöbű ellátások  $148/398=37\%$ -a maradt azonosítatlan. Ezek intézményenkénti megoszlása a következő:

Szerv	Azonosítatlan	Összes	Arány
szerv=1	12	119	10%
szerv=2	121	181	67%
szerv=3	11	91	12%
szerv=4	4	7	57%
<b>Összesen</b>	<b>148</b>	<b>398</b>	<b>37%</b>

#### 5. Táblázat: Az azonosítatlan páciensek előfordulási gyakoriságai az egyes ellátó szervezetekben

### 3.3 Teljesítményindikátorok

Az alábbiakban az adatfelvétel módszertani megalapozását nyújtó, 2011. júniusi keltű anyag 9. oldalán szereplő teljesítményindikátorok számítására tett kísérlet eredményeit összegezzük. A kiszámítandó indikátorokat és azok tartalmát, valamint számítási módját az alábbi táblázat összegzi.

Hangsúlyozzuk, hogy az eredeti definíciókat és számítási módokat több tekintetben is módosítani kellett. Ennek az az oka, hogy az adatfelvétel rövid – mindössze 21 napos – időhorizontja nem teszi lehetővé egy sor információ előállítását, illetve számítását:

- Mindenekelőtt az ún. „új páciensek” számát magába foglaló mutatókról van szó. Új páciensek az eredeti módszertan azokat tekintik, akik a megelőző 90 napban nem kaptak hasonló ellátást. Az adatfelvétel időbeli lehatároltsága miatt tehát mindenki új páciensnek minősülne.
- A másik eltérés az ellátás-folytonossági indikátorok számítása terén található. Az eredeti definíciók a folytonosság feltételeként azt kívánták meg, hogy az adott ellátott egy 90 napos időszakon keresztül legalább 15 ellátást kapjon. Az adatfelvétel rövidege miatt azonban e feltételt egyetlen beteg sem teljesítené.

A fentiek miatt – a próba-adatfelvétel erejéig – újraértelmezett indikátorok listáját és meghatározását az alábbi táblázat mutatja be.

Szolgáltatáscsoport	Teljesítményindikátorok:			
	Volumen	Kezdeményezés	Folyamatosság	Továbbirányítás: azon páciensek aránya, akik az alábbi (magasabb szintű) ellátás(ok)at is igénybe vesznek
1. Alacsonyküszöbű ellátások	fő×alkalom	Új betegek közül a 14 napon belül még egy ellátást kapók aránya*	Új betegek közül azok aránya, akik 21 napon belül legalább 5 ellátást kapnak*	→valamennyi egyéb szolgáltatás
2. Nappali és közösségi	fő×alkalom	Új betegek közül a 14 napon belül még egy ellátást kapók aránya*	Új betegek közül azok aránya, akik 21 napon belül legalább 5 ellátást kapnak*	→valamennyi egyéb szolgáltatás
3. Járóbeteg	fő×alkalom	Új betegek közül a 14 napon belül még egy ellátást kapók aránya*	Új betegek közül azok aránya, akik 21 napon belül legalább 5 ellátást kapnak*	→valamennyi egyéb szolgáltatás, kivéve alacsonyküszöbű
4. Rehabilitáció	fő×nap	-	Új betegek közül azok aránya, akik 21 folyamatos ellátásban részesülnek*	→reszocializációs
5. Utógondozás / reszocializáció	fő×nap	-		-

**6. Táblázat: A próba-adatfelvétel adatainak elemzésekor használt teljesítményindikátorok típusai és meghatározásai**

### 3.3.1 Kezdeményezési és ellátás-folytonossági indikátorok

A fenti meghatározások alapján számított indikátorok értékeit és a számításhoz használt alapadatokat az alábbi táblázat tartalmazza.

A táblázat felső részében az 1.-3. típusú (vagyis alacsonyküszöbű, nappali/közösségi és ambuláns; vö. 1. sz. Táblázat) ellátások nyújtó öt szervezet vonatkozásában tartalmazza az adott szervnél ellátást kezdeményező – vagyis 14 napon belül legalább két ellátást igénybe vevő – ügyfelek számát. Fontos hangsúlyozni, hogy itt is, csakúgy, mint a táblázat egészében, csak az azonosított (vagyis ismert TDI-azonosítójú) ügyfelek jelennek meg.

A táblázat középső részében a felső résszel azonos bontásban szerepelnek az adott szervezeteknél az adott szolgáltatást igénybe vevő ügyfelek teljes időszakban mért volumene (létszáma).

A táblázat alsó részében a vonatkozó cellák hányadosaiként képzett arányszámok találhatóak; ezek jelentése tehát praktikusán az, hogy a teljes időszak betegforgalmából mekkora hányad tekinthető „ellátást kezdeményező” ügyfélnek.

Ellátást kezdeményezők száma				
Szerv	Ellátás típusa			Összesen
	1	2	3	
szerv=1	16			16
szerv=2				0
szerv=3	13			13
szerv=4		29		29
szerv=5			47	47
<b>Összesen</b>	<b>29</b>	<b>29</b>	<b>47</b>	<b>105</b>
Összes páciens száma				
szerv=1	53			53
szerv=2	23			23
szerv=3	19			19
szerv=4	3	41		44
szerv=5			250	139
<b>Összesen</b>	<b>98</b>	<b>41</b>	<b>250</b>	<b>278</b>
Kezdeményezési indikátorok				
szerv=1	30%	-	-	
szerv=2	0%	-	-	
szerv=3	68%	-	-	
szerv=4	0%	71%	-	
szerv=5	-	-	19%	
Ellátás-folytonossági indikátorok <sup>4</sup>				
szerv=1	4%	-	-	
szerv=2	13%	-	-	
szerv=3	26%	-	-	
szerv=4	0%	22%	-	
szerv=5	-	-	0%	

## 7. Táblázat: Volumen-, kezdeményezési és folytonossági indikátorok

<sup>4</sup> Azok aránya, akik az adatfelvétel teljes 21 napja alatt legalább 10 ellátásban részesültek (szemben az eredeti definícióval, amely 90 napon belül min. 15 ellátási eseményt ír elő)

### 3.3.2 Továbbutalási indikátorok

Az alábbi táblázat felső két panelja az ún. továbbutalási indikátorok kiszámításához szükséges – önmagukban is informatív – alapadatokat, míg a harmadik panel magukat az indikátorokat tartalmazza:

- A felső panel egyes cellái a különböző ellátó szervezetek (szerv=1 ... szerv=8) által nyújtott különböző (1...4) szolgáltatások tekintetében azon páciensek (FDI azonosítók) abszolút számát tartalmazza, akik a fenti, 6. sz. táblázat utolsó oszlopában foglaltak szerint „továbbutaltnak” tekinthetők. Így pl. a 4. sz. szerv mellett a második oszlopban szereplő 3-as szám azt jelenti, hogy a 4-es számú szervezet által nyújtott alacsony küszöbű (1-es) szolgáltatások páciensei között 3 fő olyan volt, aki „továbbutaltnak” tekinthető, vagyis a szóban forgó 21 nap alatt bármilyen más (2...5) ellátásban részesült.
- A középső panel egyes cellái az egyes ellátó szervezetek által a különböző szolgáltatás csoportokban ellátott páciensek teljes számát jelzi. Így pl. a 3. sz. szerv mellett a második oszlopban szereplő 9-es szám azt jelenti, hogy a 3. sz. szervezet a szóban forgó időszakban összesen 9 főt látott el alacsonyküszöbű (1. sz.) ellátás keretében.
- A táblázat legalsó panelja magukat az indikátorértékeket tartalmazza. Ezek a felső és a középső panel megfelelő celláinak hányadosaként adódnak. Így pl. a 4. sz. szervezet mellett a második oszlopban szereplő 100% azt jelenti, hogy a 4. sz. szervezet által nyújtott alacsonyküszöbű ellátások pácienseinek mindegyike (100%-a) továbbutaltnak tekinthető, mivel a szóban forgó adatfelvételi időszakban kapott valamilyen más, nem-alacsonyküszöbű ellátást is.
- A táblázat nem tartalmaz adatokat a reszocializációs (5. sz.) ellátásra vonatkozóan, hiszen erre nézve nincs értelmezve a továbbutalási indikátor fogalma. A számítások során a nem azonosított eseteket természetesen nem vettük figyelembe.

Továbbutalt ellátottak létszáma					
szerv	Ellátás=1	Ellátás=2	Ellátás=3	Ellátás=4	Összesen
szerv=1	0				0
szerv=2	0				0
szerv=3	9				9
szerv=4	3	18			21
szerv=5			16		16
szerv=6				1	1
szerv=7				0	0
szerv=8				0	0
<b>Összesen</b>	<b>12</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>1</b>	<b>47</b>
Összes ellátott létszám					
szerv=1	53				53
szerv=2	23				23
szerv=3	19				19
szerv=4	3	41			44
szerv=5			250		250
szerv=6				48	48
szerv=7				12	12
szerv=8				5	5
<b>Összesen</b>	<b>98</b>	<b>41</b>	<b>250</b>	<b>65</b>	<b>454</b>
Továbbutalási indikátorok					
szerv=1	0%	-	-	-	
szerv=2	0%	-	-	-	

<b>szerv=3</b>	47%	-	-	-	
<b>szerv=4</b>	100%	44%	-	-	
<b>szerv=5</b>	-	-	6%	-	
<b>szerv=6</b>	-	-	-	2%	
<b>szerv=7</b>	-	-	-	0%	
<b>szerv=8</b>	-	-	-	0%	

8. Táblázat: A továbbutalási indikátorok kiinduló adatai és tényleges értékei



## **4 A javasolt teljesítménymonitoring-rendszer gyakorlati működtetésével és megvalósíthatóságával kapcsolatos gyakorlati tapasztalatok és percepciók**

A gyakorlati megvalósíthatósággal kapcsolatos információk két forrásból származnak:

- egyrészt az adatfelvételben részt vevő ellátó szervezetek megfelelő munkatársainak kiküldött félig strukturált kérdőívre (ld. 4. sz. Melléklet) adott írásos válaszok,
- másrészt pedig a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézetben 2011 szeptember 13-án megtartott műhelybeszélgetésből.

### **4.1 Az adatrögzítést végző munkatársak tapasztalatai**

Az e-mailben kiküldött – az adatfelvétel során tapasztalt problémákra és azok megoldásaira vonatkozó – kérdésekre két válaszadótól érkeztek írásos válaszok. Mindkettő ugyanannál – az alacsonyküszöbű ellátást nyújtó – szervezetnél végezte adatrögzítést. Az a körülmény, hogy a többi (nem alacsonyküszöbű ellátást nyújtó) szervezettől nem érkeztek az adatgyűjtés során problémákkal kapcsolatban visszajelzések, arra utal, hogy a nem alacsonyküszöbű ellátásban az adatfelvétel nem okozott különösebb problémákat.

Ezt az értelmezést több más információ is alátámasztja: (i) mind a teszt-adatfelvételt megelőző műhelybeszélgetés, (ii) mind a teszt-adatfelvételtől nyert adatok (ahol is az azonosítás elmaradásának problémája kizárólag az alacsonyküszöbű ellátásoknál jelent meg), mind pedig (iii) az NCSSZI-ben tartott műhelybeszélgetés során megfogalmazott vélemények.

Az érintett alacsonyküszöbű szolgáltatótól beérkezett észrevételek, problémák három csoportra oszthatók:

- (a) Az adatrögzítéssel járó adminisztratív teher. „Ez volt a harmadik fajta statisztika, amit töltöttünk egy-egy nap.” „Egyszerre több statisztikát is vezetnünk kellett ebben az időszakban, a saját forgalmi adataink és a TDI kódolás mellett még egyet, tehát gyakran nehézséget okozott, hogy minden adminisztrációs feladatot egyidejűleg, naprakészen vezessünk. [...] Nagyobb forgalmú nap esetén a probléma általában felmerült.”
- (b) A külső helyszíneken megvalósuló szolgáltatások esetében nem oldható meg az adatrögzítés. „Szervezetünk több iskolai egészségnapra, rendezvényre, fesztiválra is ki szokott települni. Ezen alkalmakkor a kód felvétele szinte lehetetlen, hiszen a legtöbben csak érdeklődők, néhány percet töltenek nálunk, esetleg leülnek egyet játszani, beszélgetni. A kérdéses időszakban például kinn voltunk az Ördögkatlan Fesztiválon is, így keletkezett több kód nélküli [...] kontaktus a kódoló lapokon.”
- (c) Egyes ellátotti csoportok – így pl. a nagyon fiatalok, ill. a pusztán „érdeklődők” – esetében nem, vagy csak nehezen oldható meg a TDI-azonosítók rögzítése. „A fiatalok – különösen a 12 év körüliek – nem voltak tisztában egyes szükséges adatokkal...”
- (d) Egyes ügyfeleket elriaszthat a TDI-kód rögzítésének mozzanata. „A mi szolgáltatásainkat anonim módon lehet igénybe venni, ehhez a kódhoz azonban személyes adatokra – igaz, csak [azok] részleteire – volt szükség. Ezzel kapcsolatban néha problémát jelentett, hogy... nem értették, hogy erre miért van most hirtelen szükség”. „Az általam felvett adatok kb. 30%-ánál felmerült ez a gond” [ez a megállapítása a c. és a d. pontokban jelölt két problémára együttesen vonatkozik – H.Gy.]

## 4.2 Az NCSSZI-ben lezajlott szakmai fórum tapasztalatai

A műhelybeszélgetésen kb. 15 szakember vett részt, annak időbeli terjedelme mintegy másfél óra volt.

A résztvevők – miután előzőleg meghallgatták a teljesítménymonitoring-rendszerre vonatkozó koncepciót és a teszt-adatfelvétel eredményeit bemutató prezentációt – főként a TDI-kódnak az alacsonyküszöbű ellátások során történő rögzítésével kapcsolatban fogalmaztak meg észrevételeket.

Fontos kiemelni, hogy a koncepció egyéb elemeit – vagyis az adminisztratív adatok alapján történő, folyamat alapú teljesítménymérés érvényességét, valamint annak a nem-alacsonyküszöbű ellátások esetében történő megvalósíthatóságát – a műhelybeszélgetés résztvevői lényegében problémamentesnek ítélték.

Visszatérve az alacsonyküszöbű ellátások kérdésére, az ezek során történő egyedi – de anonim (praktikusan: TDI-azonosítóval történő) személyi azonosítás problémája meglehetősen sok érvet és ellenérvet vetett a felszínre. A vita során a résztvevők időnként nem csak egymásnak, hanem részben önmaguknak is ellentmondtak. Mindebből kifolyólag a vitatott kérdések jelentős része tekintetében nemigen lehetséges egyértelmű végkövetkeztetéseket megfogalmazni; az alábbiakban tehát esetenként pusztán a vitakérdések azonosítására és az adott kérdésben kirajzolódó álláspontok (dimenziók) körvonalazására teszünk kísérletet.

Az alacsonyküszöbű ellátásokkal kapcsolatban kibontakozott véleménycsere az alábbi fő összetevőkre bontható:

- (a) Az adatrögzítéssel járó adminisztratív teher és technikai nehézségek.
- (b) A (potenciális) ügyfelek idegenkedése az azonosítástól, ill. az ebből fakadó esetleges visszatartó, elriasztó hatás.
- (c) Az ellátó szervezetek munkatársainak idegenkedése az azonosítástól.
- (d) Az „ellátási esemény”, illetve az azonosítást kívánó ellátási események fogalmának lehatárolása.

*Ad (a):*

Több oldalról felmerült, hogy már jelenleg is nagyon sokfajta adatot kell szolgáltatni (pl. a MÁK, az NDI/NCSSZI felé). Egy újabb adatrögzítési és –szolgáltatási mozzanat pedig nehezen tolerálható mértékben növelné meg ezt a – már amúgy is túlzottnak érzett – adminisztratív munkaterhet.

Megoldási lehetőségként többek között fölvetődött, hogy egy megfelelő – esetleg központi/országos szinten kidolgozott és karban tartott – adatbázis-alkalmazás alkalmazásával elkerülhető lenne a párhuzamos/sokszoros adatrögzítés.

*Ad (b):*

A legnagyobb teret az egyéni azonosítás által a potenciális ügyfelekre gyakorolt esetleges elriasztó hatás kérdése töltötte ki. Miközben a résztvevők hangsúlyozták az ellátási területek közötti jelentős különbségeket („Békásmegyer azért más, mint a VIII. kerület”), egyesek felvetették, hogy az ügyfelek egyre tudatosabbak, egyre jobban odafigyelnek az anonimitással kapcsolatos szempontokra (pl. mert semmiképpen nem szeretnék, hogy a munkahelyük stb. értesüljön kábítószer-problémájukról). Ezt a tendenciát fokozza a drogfogyasztás fokozódó kriminalizálása irányába mutató általánosabb közpolitikai és közbeszédbeli tendencia. Mindezek miatt egyes ellátó szervezeteknél már jelenleg is megfigyelhető, hogy az „értelmesebbje” minden alkalommal más-más módon (pl. más jelszóval, TDI-azonosítóval stb.) azonosítja magát. Mindezek miatt az alacsonyküszöbű ellátásokról rögzíthető adatok megbízhatósága sokszor megkérdőjelezhető.

*Ad (c):*

A beszélgetés során több ponton fölmerült, hogy – legalábbis egyes esetekben – az ellátó szervezetek munkatársai akár a többi problémától függetlenül, önmagában is idegenkednek az alacsonyküszöbű ellátás során történő személyi azonosítástól. „Nem életszagú, nem is próbálnám meg [...de] ha nagyon kell, akkor megcsináljuk.”

*Ad (d):*

Az a kérdés, hogy a szolgáltató szervezetek és az ellátottak közötti létrejövő mely interakciókat kellene/lehetne „addiktológiai ellátási eseménynek”, illetve – ezen belül – a monitoring rendszer keretében rögzítendő ellátási eseménynek tekinteni, két részkérdésre bontható.

- Egyfelől az alacsonyküszöbű ellátások egyes típusai esetében technikailag kizárt az egyéni azonosítás. Ez a helyzet pl. a partiszervíz vagy a tájékoztató célú előadások tekintetében.
- Másfelől – a fentiekől függetlenül – bizonyos típusú interakciók esetében nem csak az azonosítás gyakorlati megvalósítása problémás, hanem elvileg is kérdéses, hogy mennyire beszélhetünk esetükben „addiktológiai ellátásról”. Ez a helyzet pl. egy drop-in szolgáltatás keretében a páciens első látogatása alkalmával megvalósuló félperces, tájékoztató célú beszélgetés esetében.

E ponton viszonylagos egyetértés mutatkozott abban, hogy a fenti technikai és elvi megfontolások fényében az alacsonyküszöbű ellátások esetében a második-harmadik látogatástól kezdve célszerű, illetve realizisztikus az egyéni azonosítást megkísérelni.

## **5 Néhány összefoglaló következtetés**

Az e Jelentésben összefoglalt fejlesztés legfontosabb eredményei, megállapításai a következőkben összegezhetők:

- (1) Az addiktológiai ellátások teljesítményének adminisztratív adatok alapján történő, folyamat alapú, szervezeti szintű mérésére kidolgozott eljárás alapjaiban mind az empirikus tesztelés, mind pedig a bevont szakmai szereplők visszajelzései alapján konceptuálisan érvényes és gyakorlatilag megvalósítható megközelítésnek tekinthető.
- (2) Az esetleges tényleges, „éles” alkalmazás előtt – annak pontos keretei, kiterjedése, céljai ismeretében – azonban mindenképpen pontosítani szükséges az indikátorok számításával kapcsolatos olyan kérdéseket, mint (i) az értékelésbe bevont szolgáltatástípusok köre, vagy (ii) a számítás során használt paraméterek megválasztása (pl. pontosan mely esetekben tekintünk egy ellátást „folytonosnak”).
- (3) A gyakorlati alkalmazás szempontjából hangsúlyozandó másik kérdés az adatrögzítéshez és –kezeléshez szükséges adminisztratív (személyi/technikai) kapacitással kapcsolatos.  
(i) Egyfelől – különösen a már jelenleg is jellemző adminisztratív terhek tükrében – át kell gondolni a szolgáltató szervezetek szintjén szükséges, ill. rendelkezésre álló kapacitásait; e tekintetben megnyugtató megoldást a többszörös adatrögzítés elkerülését lehetővé tevő informatikai megoldások (adatbázis-alkalmazások) bevezetése tűnik megfontolandónak. (ii) Másfelől pedig egy éles alkalmazás esetén szükségessé válik az adatok fogadását, kezelését és az indikátorok tényleges kiszámítását lehetővé tevő központi adatkezelő rendszer (technikai és személyi-szervezeti infrastruktúra) létrehozása.
- (4) A rendelkezésre álló információk és tapasztalatok fényében egyetlen valódi, nyitott kérdés körvonalai látszanak: ez pedig az alacsonyküszöbű ellátásoknak a teljesítménymonitoring-rendszerbe történő bevonásának, ill. esetleges/részleges kihagyásának kérdése. A – külső, „politikai” természetű értékítéletet igénylő – dilemma lényege az, hogy az ezzel kapcsolatos döntés során két olyan érték, illetve szempont feszül egymásnak, melyek közül mindkettő fontos, ugyanakkor az egyik nagyobb mértékű érvényesülése óhatatlanul a másik kisebb mértékű érvényesülését vonja maga után. (i) Az egyik ilyen szempont az addiktológiai ellátások teljesítményének méréséhez, ismeretéhez fűződő szakpolitikai- és szélesebb értelemben vett közérdek; e szempont a mérésbe bevont szolgáltatások körének minél szélesebb köre mellett szól. (ii) A másik, ezzel részben ellentétes szempont az alacsonyküszöbű ellátásba bevont személyek számának és körének lehetőség szerinti maximalizálása; mely szempont mellett megint csak súlyos szakpolitikai és egyéb érvek szólnak.
- (5) Az előbbi pontban említett dilemma eldöntésére mindazonáltal a jelen kísérleti fejlesztés keretei között egyfelől – mivel sem az ahhoz szükséges értékszempontok, sem pedig a megfelelő erőforrások nem állnak rendelkezésre – nem lehet, másfelől pedig – kísérleti, és nem pedig „éles” fejlesztésről lévén szó – nem is szükséges válaszolni. E kérdésre egy esetleges tényleges alkalmazás döntés-előkészítő szakaszában, a konkrét alkalmazási célok és követelmények ismeretében érdemes visszatérni.

## **1. sz. Melléklet: A megtartott fókuszcsoporthról készített emlékeztető**

**Emlékeztető a 2011. június 2.-i megbeszélésről**

**Jelen voltak: Fehér Richárd, Felvinczi Katalin, Hajnal György, Kun Bernadette, Máté Zsolt,  
Posta János, Szemelyácz János**

**Helyszín: INDIT Közalapítvány, Pécs**

**Készítette: Hajnal György**

A megbeszélés céljait, főbb témaköreit az előre körbeküldött napirend tartalmazta, mely az alábbi volt:

### I. Bevezetés

1. A javasolt teljesítményindikátor-rendszer alapelvei. A megoldandó problémák / megválaszolandó kérdések

2. A napirend véglegesítése

### II. Az igénybe vevők azonosításának problémája

3. A szolgáltatást igénybe vevők anonim azonosításának jelenlegi magyar gyakorlata (technikai részletekig bezárólag), nehézségek, tervek, vitatott kérdések, ellátási- és földrajzi területenkénti variációk

4. Az anonim, de egyedi azonosítás lehetséges alkalmazási körének (kiterjesztésének / korlátainak) és alkalmazási módjának áttekintése

### III. A teljesítményindikátor-rendszer által lefedett szolgáltatások azonosítása

5. Milyen szolgáltatási körre terjedjen ki az indikátorrendszer?

6. Melyek legyenek az elemzés elsődleges egységei (vagyis az egyes konkrét szolgáltatások, amelyekre az indikátorokat számítjuk, értelmezzük)?

### IV. Egyéb

7. További kérdések, problémák, javaslatok

A teljesítményindikátor-rendszer tervezése szempontjából kulcsfontosságú kérdések vonatkozásában az alábbi kérdésekben körvonalazódott egyetértés a jelenlévők között:

#### I./1-2.

Hajnal György körvonalazta a Washington Circle által kidolgozott folyamatalapú teljesítménymérés főbb kereteit, működési logikáját, ill. az alkalmazással kapcsolatos főbb problémákat.

#### II./3

A szolgáltatásokat igénybe vevők anonim, egyedi azonosításának célját elvileg jól szolgálhatja a jelenleg is ismert TDI azonosító.

- A szolgáltatások azon körében (pl. egészségügyi ellátás, szociális ügyintézés), ahol jelenleg is megtörténik a tényleges személyazonosítás, sem az ügyféllel ápolts bizalmi kapcsolat szempontjából, sem pedig technikailag nem jelent problémát a TDI azonosító regisztrálása, ill. használata.
- Az alacsonyküszöbű ellátások között jelenleg viszonylag ritka, töredékes a TDI azonosító használata. Ahol / amennyiben használják, ott sem minden ellátási esemény alkalmával regisztrálják, pusztán az újonnan ellátásba lépők esetében.
- A TDI azonosítónak az alacsonyküszöbű ellátások körében történő töredékes / hiányos adminisztrálása több okra vezethető vissza. Ilyen pl. (i) a bizalmi kapcsolat megóvásának szándéka; (ii) a kapcsolat objektív korlátai (pl. partiszervíz); (iii) de az esetek nem csekély részében szubjektív, „kulturális” jellegű tényezők is szerepet játszanak, hogy ti. az érintettek (szolgáltatók és igénybe vevők) gondolkodásából hiányzik az azonosítás szükségességének felismerése, nem alakult ki az ezzel kapcsolatos megszokás, napi rutin.

## II./4

A jelenlévők egyet értenek abban, hogy a TDI azonosítás minden ellátási esemény alkalmával történő elvégzése az alábbi korlátok és keretek mellett lehetne – hosszabb távon – megvalósítható:

- A személyes azonosítás mellett (pl. TAJ számmal) igénybe vehető szolgáltatások körében nincs elvi akadálya a TDI azonosító minden ellátási esemény alkalmával történő regisztrálásának. A TDI azonosítás előfeltétele itt pusztán az adminisztratív, illetve informatikai erőforrások megléte.
- Az anonim módon igénybe vett ellátások közül a fix, állandó telephelyen nyújtott ellátási módok esetében jöhet szóba a TDI azonosító regisztrálása. Azonban itt is csak azon ügyfelek esetében, akikkel már kialakult egy bizonyos mértékig rendszeres kapcsolat (tehát pl. viszonylag rövid időn belül 2-3-szor már igénybe vették az adott ellátást). Így azonban pl. az első alkalommal megjelenő ügyfelek TDI azonosítása szükségszerűen nem történhetne meg.
- Az, hogy végül is az alacsonyküszöbű ellátások milyen körében lehetséges a TDI azonosítás megbízható, üzemszerű – közel 100%-os lefedettséggel történő – elvégzése, végül is csak a gyakorlat tudja majd megválaszolni. A TDI azonosítás kiterjeszthetősége, majdani határvonalai számos tényezőtől függenek, így pl. a szolgáltatók ilyen irányú, jogilag is deklarált kötelezésétől, a regisztrációhoz fűződő pénzügyi-finanszírozási ösztönzőktől, az adminisztratív és informatikai erőforrások rendelkezésre állásától. A TDI azonosítás – így a majdani teljesítményindikátorrendszer – pontos határvonalai majd ezeknek a – jelenleg pontosan még nem ismert – tényezőknek megfelelően alakulhatnak, véglegesíthetnek.
- Szükséges lenne a TDI azonosítás kiterjesztése a detoxikációt végző ellátó helyekre is, ilyen módon mérhetővé válna a betegeknek az addiktológiai szakellátások irányába való továbbutalásának gyakorisága, hatásossága.

## III./5

Az indikátorrendszer határait célszerű a lehető legszélesebb körben megvonni; vagyis az terjedjen ki a TDI azonosítás rendszeres elvégzését lehetővé tévő, a III/4 pontban körülírt szolgáltatások összességére.

## III./6

A rendelkezésre álló idő rövidege miatt az utolsó napirendi pontnak nem sikerült a végére járni. A kérdés – kissé pontosítva és kibontva – az alábbi.

Tételezzük föl, hogy – ideális esetben – a III./4. pontban körülírt teljes szolgáltatási spektrumban sikerül megvalósítani a TDI azonosító minden egyes ellátási esemény során történő regisztrációját. Másként fogalmazva: valamennyi ügyfélről tudjuk – persze csak anonim módon – , hogy a teljes szolgáltatási rendszerben (bármelyik ellátó helyen) mikor, milyen szolgáltatást vett igénybe. A kérdés most már az: a különböző (pl. *initiation*, *engagement*, továbbutalási ráta stb.) teljesítményindikátorokat pontosan milyen szolgáltatásokra, szolgáltatáscsoportokra számítsuk ki?

- (a) A lehetséges válaszok egyik végpontjában az a megoldás helyezkedik el, hogy az összes addiktológiai ellátásra összesen egy darab indikátorkészletet számítunk. Tehát pl. egyetlen mutatószámunk lesz arra nézve, hogy az adott területen élő droghasználók hány százaléka kezdeményezte az adott időszakban valamiféle ellátás igénybevételét – függetlenül attól, hogy a szóban forgó ellátás tűcsere, ambuláns egészségügyi ellátás, vagy rehabilitációs otthoni ellátást stb. volt.
- (b) A lehetséges válaszok másik végpontjában az adott területen nyújtott szolgáltatások tetszőlegesen részletes, finom tipológiája áll: pl. tízféle alacsonyküszöbű és 15-féle ambuláns egészségügyi ellátás mindegyikére külön számítunk *initiation* stb. indikátorokat.

Valószínű, hogy e probléma – melyre a továbbiakban mint „a teljesítménymérés (elemzési) egységeinek” problémájára utalunk – optimális megoldása valahol a fenti (a)-(b) végpontok közötti spektrumban helyezkedik el. A megbeszélés résztvevői abban állapodtak meg, hogy az ezzel kapcsolatos véleményüket jún. 5-ig írásban osztják meg egymással.

Az e vélemények kialakítása során figyelembe veendő néhány fontosabb szempont a következő:

- Nincs elvi akadálya annak, hogy a teljesítménymérés elemzési egységeinek kialakítása bizonyos mértékig – vagy akár teljes mértékben – kövesse az ágazati jogszabályokban definiált ellátási formákat. Ugyanakkor azonban egyáltalán nem szükséges (és nem is biztos, hogy hasznos) a teljesítménymérés egységeit a jogilag definiált és intézményileg rögzült kategóriarendszer „egy az egyben” történő átvételére alapozni.
- Mint a megbeszélés során körvonalazódott, vannak olyan ellátások, amelyek esetében már most tudható, hogy más típusú indikátorok lesznek majd értelmesek, mint a többi ellátás esetében (ill. a legtöbb indikátor jelentése, értelmezése e kivételes esetekben más lesz, mint ellátások többségének az esetében). Így pl. a tűcsereprogram és a detoxikáció esetében elsődlegesen az ellátási piramis felsőbb szintjei irányába való továbbutalás mértéke, gyakorisága tekinthető jó teljesítményindikátornak (és pl. az ellátásban maradás már nem, vagy csak erős megszorításokkal). Ezeket az ellátási formákat tehát mindenképpen célszerű önálló, külön teljesítménymérési egységként definiálni.
- Az előbbieket mellett azonban az is elmondható, hogy az indikátorrendszer átláthatósága, az adatok értelmezhetősége szempontjából általánosságban kívánatos lenne a teljesítménymérés elemzési egységeinek számát lehetőség szerint viszonylag alacsonyan tartani.

A teljesítménymérés elemzési egységeinek kialakítására a fenti szempontok figyelembe vételével kell, hogy sor kerüljön.

## **6 2. sz. Melléklet: A 2011. július 6-i megbeszélés emlékeztetője**

### **Emlékeztető a 2011. július 6-i megbeszélésről**

**Jelen voltak: Felvinczi Katalin, Hajnal György, Szemelyácz János**

**Helyszín: ELTE Pszichológiai Intézet, Budapest**

**Készítette: Hajnal György**

A megbeszélés célja az indikátor-projekt II. fázisát alkotó pilot adatfelvétel technikai részleteinek egyeztetése volt. A megbeszélés eredményeként sikerült a pilot adatfelvétel összes felmerült technikai részletkérdésében egyetértésre jutni.

1. Az adatfelvételekre a DDR-ban, az INDIT Közalapítvány által fenntartott, kijelölt szolgálatok körében kerül sor. Ezen ellátóhelyek körét az 1. sz. táblázat tartalmazza.
2. Az INDIT Közalapítvány vállalja, hogy a megjelölt helyszíneken és ellátások tekintetében az adatfelvétel tartama alatt – 2011. július 20 és augusztus 20 között – teljes körűen, minden ellátási esemény vonatkozásában rögzíti az alábbi adatokat:
  - a. Az ellátott TDI-azonosítója
  - b. Az igénybe vett ellátás időpontja (nap)
  - c. Az igénybe vett ellátás típusa (az 1. sz. táblázatban szereplő, ötelemű tipológia alapján)
  - d. Az ellátási eseményhez kapcsolódó esetleges szöveges megjegyzés.
3. A 2. pontban felsorolt adatok rögzítése két lépésben történik:
  - a. Első lépésben az ellátást nyújtó személy/szervezet papíron, az előre megadott formátumban rögzíti az adatokat.
  - b. Második lépésben – maximum hetenkénti gyakorisággal – az INDIT Közalapítvány munkatársa a Hajnal György által a rendelkezésére bocsátott elektronikus adatbázisba rögzíti az adatokat.
4. A 2. pontban leírt adatszolgáltatáson túl az adatfelvételbe bevont ellátóhelyek hetenkénti gyakorisággal rövid (kb. 1 oldalas) leíratban rögzítik az adatfelvétel során felmerült problémákat, kérdéseket, illetve az annak eredményessége szempontjából fontosnak ítélt egyéb kérdéseket, jelenségeket. Így különösen:
  - a. Azon esetek számát, amelyekben az ellátást igénybe vevő TDI-azonosítóját nem sikerült rögzíteni;
  - b. Ezen esetek főbb okait és az okok felmerülésének gyakoriságát;
  - c. Az azonosítók rögzítésével kapcsolatos egyéb nehézségeket;
  - d. Az e nehézségek megoldására felmerült, alkalmazott esetleges megoldásokat; valamint
  - e. Az e megoldásokkal kapcsolatos alkalmazási tapasztalatok rövid összegzését.
5. Az INDIT Közalapítvány a 2. és a 4. pontban foglalt adatokat heti rendszerességgel küldi meg Hajnal György részére.



6. Az INDIT Közalapítványnak az adatfelvételben közvetlenül részt vevő munkatársait júl. 13.-án 13.30-15.30 között a Közalapítvány „Füge” irodájában készítjük föl. A felkészítésen a jelen találkozó résztvevői ismertetik az érintettekkel az elvégzendő feladatokat.

**1. sz. Táblázat: A pilot adatfelvételben részt vevő ellátóhelyek fontosabb adatai**

<b>1. Alacsonyküszöbű ellátások</b>		
<b>Ellátóhely</b>	<b>Becsült volumen</b>	<b>Kontaktszemély</b>
1/a) TÉR	15 fő/nap	Máté Zsolt
1/b) Alternatíva (plaza program)	15 fő/nap	Máté Zsolt
1/c) Utcai szociális/elérő szolgálat	30 fő/nap	Máté Zsolt
<b>2. Nappali ellátás</b>		
2/a) TISZTÁS	20 fő/nap	Dóczi Eszter
<b>3. Drogambulancia</b>		
3/a) Indít Drogambulancia (Szendrey Júlia u 6)	50 fő/nap	Személyácz János
<b>4. Rehabilitáció</b>		
4/a) Változó ház (Pécsvárad, Erzsébeti út 1)	max. 1 fő/nap	Kovács Attila
4/b) Mérföldkő (Kovácsszénája, Fő u 24)	max. 1 fő/nap	Kiss András
<b>5. Reszocializáció</b>		
5/a) Félutas ház (Pécsvasas)	max. 1 fő/nap	Kiss András

## **7 3. sz. Melléklet: A 2011. július 13.-i megbeszélés emlékeztetője**

**Emlékeztető a 2011. július 13.-i megbeszélésről**

**Helyszín: INDIT Közalapítvány, Pécs**

**Készítette: Hajnal György**

Jelen voltak

1. Szabó András, „TÉR” Községi szolgálat (alacsonyküszöbű ellátás is)
2. Néczin Katalin, „Alternatíva” (Forrás Üzletközpont), alacsonyküszöbű ellátás
3. Dóczi Eszter, „Tisztás”, Szenvedélybetegek nappali intézménye (tűcsere és reszocializáció is)
4. Kiss András, Mérföldkő, rehabilitációs otthon
5. Felvinczi Katalin (ELTE Pszichológiai Intézet)
6. Kun Bernadette (NDI)
7. Fehér Richard (NDI)
8. Hajnal György (BCE / megbízott szakértő)
9. Szemelyácz János, INDIT, Drogambulancia

A találkozó célja a pilot adatfelvétel technikai részleteinek véglegesítése és a részleteknek az adatfelvételt végrehajtó szolgáltatókkal való egyeztetése volt.

A jelenlévők kölcsönös bemutatkozása után Hajnal György és Felvinczi Katalin bemutatta a teljesítménymérési projekt, ezen belül pedig a pilot adatfelvétel céljait és főbb elemeit.

A résztvevők ezután megbeszélték az adatfelvétellel kapcsolatos technikai részleteket:

- Az adatfelvétel 2011. júl. 18.-án kezdődik, és 2011. aug. 14.-én ér véget.
- Az adatfelvételben részt vevő ellátó szervezetek: mindegyik az INDIT Közalapítvány szervezeti egysége: TÉR, Alternatíva, Tisztás, Mérföldkő, Drogambulancia
- Az ellátási eseményeket (TDI-azonosító és ellátás típusának kódja) az 1. sz. mellékletben megjelölt módon, az ott megadott nyomtatványon kell rögzíteni.
- Az ellátást igénybe vevők számára a TDI-azonosító kód megadását – ha ez szükséges – a 2., ill. a 3. sz. mellékletben szereplő nyomtatványon segíthetik elő.

## 1. sz. Melléklet: Az ellátási események rögzítésére szolgáló adatlap és felhasználási útmutató

### Az adatlap kitöltésével kapcsolatos megjegyzések, tudnivalók:

- Az adatfelvételben részt vevő ellátó szervezetek minden olyan napon, amikor valamilyen ellátási esemény történt, egy külön lapot töltenek ki.
- Általános szabályként (i) minden ellátott személy vonatkozásában és (ii) minden egyes ellátási esemény alkalmával rögzíteni kell a táblázatban szereplő két adatot. (Vagyis pl. ha egy napon három ember kap ellátást, akkor háromsornyi adatot kell rögzíteni, akkor is, ha mind a hárman ellátást kaptak az előző napon is.)
- Ha egy személy egy napon több fajta ellátást is igénybe vesz (pl. alacsonyküszöbű és nappali), akkor a két ellátási eseményt külön kell rögzíteni (egyszer 1-es és egyszer 2-es ellátástípust jelölve meg).
- Ha egy személy egy naptári napon belül ugyanazt az ellátást többször is igénybe veszi (pl. kétszer jelentkezik tűcserére), akkor csak egyszer kell adatot rögzíteni róla.
- A kitöltött lapokat hetente egyszer, a hét utolsó napján kell eljuttatni az Indít irodájába (Petrához).
- Ha valakivel kapcsolatban nem sikerült a TDI-kódot felvenni, vagy bármilyen egyéb, említést érdemlő probléma/körülmény merül föl (pl. „gyanús” a megadott TDI-kód), akkor azt az adott sorba vagy a mellé írt megjegyzésben kell rögzíteni.

# „TELJESÍTMÉNYINDIKÁTOR” PROJEKT ELLÁTÁSI ESEMÉNYEK ADATRÖGZÍTŐ LAPJA

Ellátó szervezet: .....

Dátum (hónap, nap): .....

TDI KÓD	ELLÁTÁS TÍPUSA

ELLÁTÁS-TÍPUSOK  
KÓDJAI:

Alacsonyküszöbű ell. – 1

Nappali ell. – 2

Drogambulancia – 3

Rehabilitáció – 4

Reszocializáció – 5

**3/1. sz. Melléklet: A TDI-kód előállítását segítő nyomtatvány (1. verzió)**

**ELLÁTÁS IGÉNYBE VÉTELEHEZ SZÜKSÉGES NÉVTELEN  
(ANONIM) AZONOSÍTÓ ELŐÁLLÍTÁSA**

A kód 6 betűből és számból áll: 2 betű + 2 szám + két betű:

SZÜLETÉSKORI VEZETÉKNÉV  
(ÉKEZET NÉLIÜL)
SZÜLETÉSKORI ELSŐ KERESZTNÉV  
(ÉKEZET NÉLKÜL)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SAJÁT SZÜLETÉS DÁTUMA – ÉV
SAJÁT SZÜLETÉS DÁTUMA – NAP

--	--	--	--	--

ANYJA LEÁNYKORI VEZETÉKNEVE  
(ÉKEZET NÉLKÜL)
ANYJA LEÁNYKORI KERESZTNEVE  
(ÉKEZET NÉLKÜL)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ITT KELL ELVÁGNI!  
~~-----~~  
 FELSZŐ RÉSZT MEGSEMISÍTÉNI!

**AZONOSÍTÓ KÓD:**

--	--	--	--	--	--

PÉLDÁUL: AK48ZE

**FONTOS!**

AZ ÍGY LÉTREHOZOTT AZONOSÍTÓ KÓDBÓL UTÓLAG NEM TUDJUK  
MEGÁLLAPÍTANI, HOGY KIHEZ TARTOZIK!

**3/2. sz. Melléklet: A TDI-kód előállítását segítő nyomtatvány (2. verzió)**

**ELLÁTÁS IGÉNYBE VÉTELEHEZ SZÜKSÉGES NÉVTELEN  
(ANONIM) AZONOSÍTÓ ELŐÁLLÍTÁSA**

A kód 6 betűből és számból áll: 2 betű + 2 szám + két betű

Születéskori vezetéknév 2. betűje (ékezet nélkül)	Születéskori keresztnev 3. betűje (ékezet nélkül)	Születés évszámának utolsó számjegye	Születés napjának utolsó számjegye	Anyja leánykori vezetéknévé nek 2. betűje (ékezet nélkül)	Anyja leánykori keresztne- vének 3. betűje (ékezet nélkül)
↓	↓	↓	↓	↓	↓

PÉLDÁUL: AK26ZE

**FONTOS!**

AZ ÍGY LÉTREHOZOTT AZONOSÍTÓ KÓDBÓL UTÓLAG NEM TUDJUK  
MEGÁLLAPÍTANI, HOGY KIHEZ TARTOZIK!

## **8 4. sz. Melléklet: A teszt-adatfelvételben részt vevő ellátó szervezetek munkatársainak küldött félig strukturált kérdőív**

1. Milyen szereped volt az adatgyűjtésben? (Milyen tevékenységeket végeztél, kb. milyen időbeli terjedelemben, kikkel milyen munkamegosztásban stb.)

2. Mik voltak az adatgyűjtés/rögzítés során felmerülő problémák, kérdések, bizonytalanságok? Röviden jellemezd azokat az alábbiak szerint:

PROBLÉMA NO.1:

- a) a probléma tartalma/jellege,
- b) felmerülés gyakorisága,
- c) az adatgyűjtés, ill. az indikátor-számítás szempontjából vett súlya,
- d) az adott probléma szerinted mennyire általános (vagyis mennyire csak nálad / a te szervezetedben stb. fordulhat elő).

PROBLÉMA NO. 2.:

... STB

3. Sikerült-e megoldásokat találni a fenti problémákra? Ha igen, melyeket, és ezek szerinted mennyire általánosan alkalmazhatók/működőképeseek?

PROBLÉMA NO.1.:

...

4. Milyen további megjegyzésed, véleményed van az adatgyűjtés céljával, módszerével stb. kapcsolatban?