

**Állami Számvevőszék**  
**Böröcz Imre Főtanácsadó**

**BUDAPEST**

***Tisztelt Főtanácsadó úr!***

Az alábbiakban összefoglaltuk a PÉF véleményét a szeptember 7-i megbeszélésre. Az anyag csak egységes szerkezetben értelmezhető.

Első válasz:

A leglényegesebb hatás egy ún. céllentétes hatás. A 100 éves orvosi modell (a szkizofrénia betegségkonceptió) után az egészséges ivóvíz, egészséges természeti környezet, az emberi munka védelme, a fogyatékkal élők jogvédelme és az éhezés és bántalmazás tilalma egészítette ki a hagyományos orvosi és szociális ellátórendszert.

Második válasz:

A PÉF 2011. augusztusában országos pszichiátriai konzultációt kezdeményezett épek és sérültek társadalmi párbeszéde keretében. Erre jó válaszok érkeztek és ezt indokolt havonta jó ritmusban megtartani az új alaptörvény bevezetéséig.

Harmadik válasz:

A pszichiátriai ellátás makroszintű indikátorai közé javasoljuk szíves használatra a PÉF szövetségi független monitorjelentéseit. A PÉF által használt független kínzásmentességi pszichiátriai és szociális monitor módszertan egyezik az Európai tanács CPT szervezete módszertanával. A nem-éhező és a nem-bántalmazott páciensek és ellátottak mellett a legfontosabb pozitív és valós indikátor a gyógyult beteg, a rehabilitálódott volt felhasználó.

I. A pszichiátria hazai helyzetét bemutató PÉF javaslat (MHIF view on the psycho-social state of Hungary) 2011. Budapest-Brüsszel

II. Független országos monitor jelentések a magyarországi pszichiátriai és szociális intézetek látogatásáról 2001-2008. Budapest

PÉF elemzés - utánkövető vizsgálat az Ellátottak Emberi Jogai a Pszichiátriai Betegotthonokban című 2001-es tanulmány alapján – 2008

Emberi jogok a speciális gyermekotthonokban Human Rights in Special Homes for Children– 2007

Emberi Jogok a Gyermekpszichiátriában – 2003.

Az Ellátottak Emberi Jogai a Pszichiátriai Betegek Otthonaiban- 2001.

III. 21/2010. (II. 25.) AB határozat

A polgári perrendtartásról szóló, módosított 1952. évi III. törvény 12/A. § (1) bekezdésével kapcsolatos alkotmányos követelmény, hogy a bírósági titkár nem hozhat érdemi döntést az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény X. fejezet 2. "Pszichiátriai betegek intézeti gyógykezelése" címhez tartozó bírósági eljárásokban.

IV. Alkotmányerejű globális egyezmények

Convention on the Rights of Persons with Disabilities - A fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló egyezmény - 2007. évi 92. tv., az EU 2010. december 23-án ratifikálta

Európai Fogyatékosügyi Stratégia

Európai Betegfórum irányelvei

V.

Kikerülhetetlenné vált a statikus fogalmak mellett korszerű és jogszerű dinamikus fogalmakat is a fogalmak tárába betenni.

Lelki egészség és szociális jól lét

Az emberi lény lelki egészsége és szociális jól léte az egyes ember testi-lelki és szociális (társadalmi) harmóniája, ami egy dinamikus, többértű fogalom. A változó társadalmi tényezők és az emberi szellem teljesítménye, önálló és független aktivitása és ezek makroszintű elősegítése (empowerment) sporttal, egészséges természeti környezettel, egészséges ivóvízzel, valamint az emberi munka és a fogyatékkal élők védelmével egészíti ki az emberi lény (lelki) pszichés és a testi életmező összműködését.

Pszichoszociális fogyatékoság

A pszichoszociális fogyatékoság alatt az egyes ember és a szociális környezete közötti életútpályán megfigyelhető tartós, visszatérő, vagy lényeges befolyást kiváltó átmeneti, születési vagy halálozási eltérő harmóniát értünk, sajátos temperamentumot értünk. Ezzel szemben a pszichiátriai betegségfogalom a harmónia kiesés és negatív stigmát magába rejtő zavarok felől a pszichiátriai beteg emberre használatos állandósult, statikusan értelmezett fogalom, míg a fogyatékoság egy változó, dinamikus fogalom.

Fogyatékoság

Az emberi lény sem nem jó, sem nem rossz átmeneti, vagy tartós állapota, amiben a testi, lelki (pszichés) és szociális (spirituális) harmónia az ép embereknél megszokott átlagos jelenlététől eltérő temperamentumban ismerhető fel. Főbb fajtái az értelmi, mozgás, látási, hallási területeken túl az autizmus, a hiperaktivitás, a demenciák és születési zavarok, a vélt vagy valós intellektuális fogyatékoság, valamint a többnyire elkülönített kezelési kockázatú pszichoszociális fogyatékoság. A fogyatékoság lehet születési, vagy meghalási folyamatokhoz kötött, kialakulhat vagy aktiválódhat felnőttkorban is, és el is múlhat az átmeneti fogyatékoságok esetében.

- Miként ítéltető meg a pszichiátriai ellátórendszer átalakítása, melyek a leglényegesebb hatások? A szociális területen a pályázati rendszerben megvalósuló közösségi ellátás esetén nem tudjuk vizsgálták-e, hogy a valós ellátási szükséglet hány %-át tudják ellátni, milyen területi egyenlőtlenségek jelennek meg. Megvalósul-e a betegek esélyegyenlősége a hozzáférés tekintetében. Fontos lenne, hogy a folyamatok abba az irányba fejlődjenek tovább, hogy mindenütt elérhetőek legyenek a szolgáltatások.
- Szabályozott-e és koordinált-e az egészségügyi- (és ezen belül az alap, a járóbeteg-, illetve fekvőbeteg-szakellátás), a szociális- és egyéb intézmények, szervezetek közötti munkamegosztás, betegirányítás? Szociális szakellátásra (betegotthoni elhelyezésre) várók esetében nincs tájékoztatási kötelezettség az alapellátást közösségi és/vagy nappali intézménybeli ellátást nyújtó szervezet felé az ellátási szükségletéről. Fontos lenne, hogy legyen alapellátási pillére a szakellátásnak. A foglalkozási rehabilitációs szolgáltatások és a szociális, egészségügyi szolgáltatások közötti betegirányítás esetleges.
- Melyek a pszichiátriai ellátás költséghatékonyságának és eredményességének makroszintű mérésére alkalmas indikátorok (összefüggésben az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjában a lelki egészség megerősítésére, az alkohol és drogmegelőzésre vonatkozó célkitűzésekkel is)?

## Kérdések, kritériumok és adatforrások

Főkérdés: A pszichiátriai betegellátás átalakításának hatásaként -az erre fordított pénzeszközök hasznosulásával- javult-e az ellátás feltételrendszere, valamint költséghatékonysága és eredményessége?

1. Biztosított-e a pszichiátriai ellátás átalakításával a szükségletek és a feltételek összhangja?

A pszichiátriai ellátásra vonatkozó kormány- és ágazati döntéseket megalapozták-e szakmai elemzések, felmérések, széles körű egyeztetések?

Meghatározták-e a hazai pszichiátriai ellátás átalakításának rövid-, közép- és hosszú távú céljait, a célállapotokat, a megvalósítás ütemezését, felelőseit és forrásait?

Figyelembe vették-e kormány- és ágazati célkitűzések, programok kidolgozása során az Unió követelményeket, nemzetközi ajánlásokat, az intézményközpontú ellátások mellett a területi/közösségi szolgáltatások terjedését?

A tartós elhelyezést nyújtó szolgáltatások esetében nem. Elvértve vannak igazi lakóotthonok, többnyire az intézmény területén található pavilonszerű elhelyezés, nem közösségi integráció. Az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények száma elenyésző, nem beszélhetünk kiépült rendszerről. A Kormány tegyen lépéseket egyúttal az ENSZ Fogyatékosügyi Konvenciója és a Magyar Esélyegyenlőségi Törvény összhangba hozása területén.

Felmérték-e az ellátási kapacitások megváltoztatásához az ellátási szükségleteket és meghatározták-e annak kielégítését szolgáló leghatékonyabb struktúrát?

A betegek körében széleskörű felmérésről nem tudunk.

Történtek-e döntések előkészítése során egyeztetések szakmai és érdekképviselői szervezetekkel?

Igen, viszont nagyon szűk körben. Az egyeztetéseknek odáig kellene eljutni, hogy az tényleg háromoldalú (egészségügyi-, szociális-, felhasználói) egyeztetés legyen, amiben a hozzátartozói és a felhasználói oldal is kellő súllyal részt vesz, és ne váljon csupán pénzügyi kérdéssé.

Folyamatos volt-e a döntések végrehajtásának és hatásainak monitoringja?

Nem kaptunk róla visszajelzést, nem tudjuk.

Sor került-e korrekciós és egyéb döntésekre a monitoring, az OGY Egészségügyi Bizottsága és az Ombudsman ajánlásai alapján?

A pszichiátriai betegellátás átalakításának, fejlesztésének szakmapolitikai céljai megvalósultak-e?

Segítették-e pályázati -benne Unió- források a pszichiátriai prevenció növelését, illetve a pszichiátriai prevenció növelését, illetve a pszichiátriai fekvő- és járóbeteg-ellátás, illetve a területi/közösségi- és a krízisellátás fejlesztését.

A szociális területen arányaiban többet költöttünk az tartós elhelyezést nyújtó intézményekre, mint a közösségi alapú ellátásokra.

Hasznosultak-e a szolgáltatókat terhelő egyszeri beruházási/felújítási szükségletek költségeinek támogatását szolgáló, valamint ágyszámhoz kapcsolódó normatív források?

Elemezték-e, hogy miként befolyásolja az OPNI bezárása a betegforgalmi teljesítménymutatók alakulását országosan és a feladatokat átvett intézményeknél?

(Egyszer mintha lett volna erről szó, hogy igen, de már nem tudjuk kik végezték.)

Hasznosultak-e a pszichiátriai betegek közösségi ellátásához nyújtott pályázati támogatások?

A szolgáltatásokkal való elégedettséget, a hatékonyságukat a pályázatok nem mérték. Papíron a pénz elköltődik, a pályázattal elszámolnak, de nem tudjuk, milyen minőségű szolgáltatást nyújtanak. A közösségi pszichiátria fejlődésének egyik alapja a pszichiátriai gondozók megmentése, ám bizonytalan finanszírozás okán, bizonytalan a pszichiátriai gondozók jövője is. A pszichiátriai gondozók több helyen megszűntek, vagy „beolvadtak” a kórházi járóbeteg-ellátásba.

Az egyenlő hozzáférés biztosított-e a pszichiátriai betegellátásokhoz?

Biztosítja-e az egészségügyi ellátórendszer kapacitása a szükségleteknek megfelelő hozzáférést?

A pszichiátriai gondozók betegforgalma magas, főként a gyógyszeres kezelést valósítják meg, pszichoterápiára elvétve van kapacitás a betegszámhoz képest – annak ellenére, hogy vizsgálatunk szerint a felhasználók részéről ez az igény (pszichoterápia, újszerű terápiás módszerek alkalmazása) markánsan megjelenik. Lásd: első kérdés.

Változtak-e a gyógyító megelőző kasszából finanszírozott ellátások összetétel-, volumen- és fajlagos mutatói?

Szabályozott és koordinált-e az egészségügyi- (és ezen belül az alap, a járóbeteg-, illetve fekvőbeteg-szakellátás), a szociális- és egyéb intézmények, szervezetek közötti munkamegosztás, betegirányítás?

Szolgáltatásonként változó a kapcsolat az egészségügyi és a szociális oldal között. Lehetne szabályozottabb is. A krónikus pszichiátriai betegek ellátását nyilvánvalóan az egészségügyi és a szociális oldal összefogásával lehet csak működtetni. Fontos a széleskörű kapcsolatrendszer (házi orvosi szolgálattal, helyi hatóságokkal, civil szervezetekkel)

A pszichiátriai betegellátás működésének közfinanszírozása a célkitűzésekkel, feladatokkal összhangban változott-e?

Változott-e a pszichiátriai ellátás E. Alapon belüli közfinanszírozása, a finanszírozási változásokat a közgazdasági és szakmai hatások elemzésével készítették-e elő?

Lezárult-e az OPNI hosszú távú szolgáltatási szerződéseiből fakadó szolgáltatói követelések jogi rendezése?

Változtak-e a pszichiátriai betegek szociális ellátására, ezen belül a szociális otthonokra és a közösségi ellátásra fordított költségek?

A nappali normatíva aránytalanul kevesebb, mint a fogyatékkal élők esetében a szociális ellátás során. A közösségi alapú rehabilitációs lehetőségek kevés számú beteget érnek el, pedig költség-hatékonyabb megoldást jelentenek, mint az általában jellemző végállomás: a szegregációt és stigmát egyaránt fokozó pszichiátriai betegotthon.

Az egészségügyi intézmények pszichiátriai betegellátó részlegeinek tárgyi, személyi és minőségi kontroll feltételei változtak-e?

Csökkent-e az ideiglenes működési engedélyek aránya, az ÁNTSZ kifogásaiban milyen arányúak a tárgyi- valamint a személyi feltételek hiányosságai?

Változott-e az orvos, a diplomás és egyéb szakdolgozó ellátottság, vizsgálták, elemezték-e az orvosok, szakdolgozók – ezen belül külön az OPNI volt dolgozóinak – hazai ellátórendszerben maradását?

Ma Magyarországon (magas színvonalon) képzett szakemberek menekülnek a szakmából és az országból. Ez a folyamat most még megállítható lenne, ha a szakemberek igazi érdekvédelmet, emberhez méltó bért kapnának és nem „frontharcosként” kellene tevékenykedniük.

Megtalálhatóak-e a rendszerben a minőségi ellátást segítő eszközök (szakfelügyeleti rendszer, ellátási protokollok, módszertani tevékenység)?

2. Javult-e a pszichiátriai ellátás költséghatékonysága és eredményessége?

2.1 A pszichiátriai ellátás, ezen belül különösen a szkizofrénia, valamint a depresszió betegellátásának költséghatékonysága javult-e?

2.1.1 Változott-e a gyógyító-megelőző kasszából finanszírozott fajlagos kiadás?

2.1.2 Változott-e pszichiátriai gyógyszerelés költséghatékonysága?

2.1.3. Ellenőrzött-e a pszichiátriai betegellátás minősége?

2.1.4 Mérhető és igazolható-e a lakosságközeli/közösségi pszichiátriai ellátások bővülése?

A közösségi ellátás mérhető a szolgáltatások számával és az ellátottak számával, a minőség mérése problémás.

2.2 A pszichiátriai ellátás eredményessége javult-e?

2.2.1 Kidolgoztak-e indikátorokat az ellátás eredményességének mérésére, azokat folyamatosan mérték és értékelték-e?

A szociális közösségiben kell indikátorokat vállalni, a fő mérőeszköz mindenképp a betegek életminőségének javulásán kell, hogy alapuljon.

2.2.2 Csökkent-e az öngyilkosságok száma, ezen belül a fiatalkorúak öngyilkosságának száma?

2.2.3 Csökkent-e az alkohol és drogfüggők száma?

2.2.4 Nőtt-e a depressziós betegek kezelési aránya?

2.2.5 Csökkent-e pszichiátriai betegségek miatti egy esetre jutó táppénzes napok száma?

2.2.6 Javult-e a gondozókból kiírt betegek aránya?

2.2.7 Visszaigazolták-e az egyes településeken, térségekben indított pilotok eredményei a kitűzött célok elérését?

Miként ítélték meg a pszichiátriai ellátórendszer átalakítása, melyek a leglényegesebb hatások? (Ez 2007-től napjainkig)

Kapacitáscsökkentés és forráskivonás

*OEP adatok<sup>1</sup>*

2000-hez viszonyítva (12 789 kezelt) 2006-ra 1,2-szeresére (120%) nőtt az egészségügyi ellátásban részesülők száma (15 480 fő). Feltehetően a 2007. évi kapacitáscsökkentés is szerepet játszott abban, hogy a 2006. Évi csúcshoz képest 2007-re az összes kezelt drogbeteg száma az előző év 85%-ra, az új betegek száma az előző évi 92%-ra csökkent. Feltehető, hogy a drogbetegellátása -a kapacitáscsökkentés mellett az drogbetegségek alacsony finanszírozása miatt is- a szociális szférába tevődik át. Ezt elősegíti e szféra fejlődése (közösségi szenvedélybeteg-ellátás, alacsonyküszöbű ellátások). Ugyanakkor a magas szintű gyógyítást, a komorbid pszichiátriai zavarokban szenvedő drogfüggők gyógyítását a szociális szolgáltatók önmagukban nem képesek elvégezni. A kezelésbe került droghasználók között 2003. óta a kannabiszhasználat vezet (a BTK változása és a rendőri intézkedések nyomán): a kannabiszhasználók egy jelentős részének – szövődményes állapotok, társuló pszichiátriai problémák nélkül- ugyanakkor nem az egészségügyi ellátásban lenne a helye (ahogy egy drogambulancia adatai alapján is ez jól látható: Rác és mtsai, 2008).

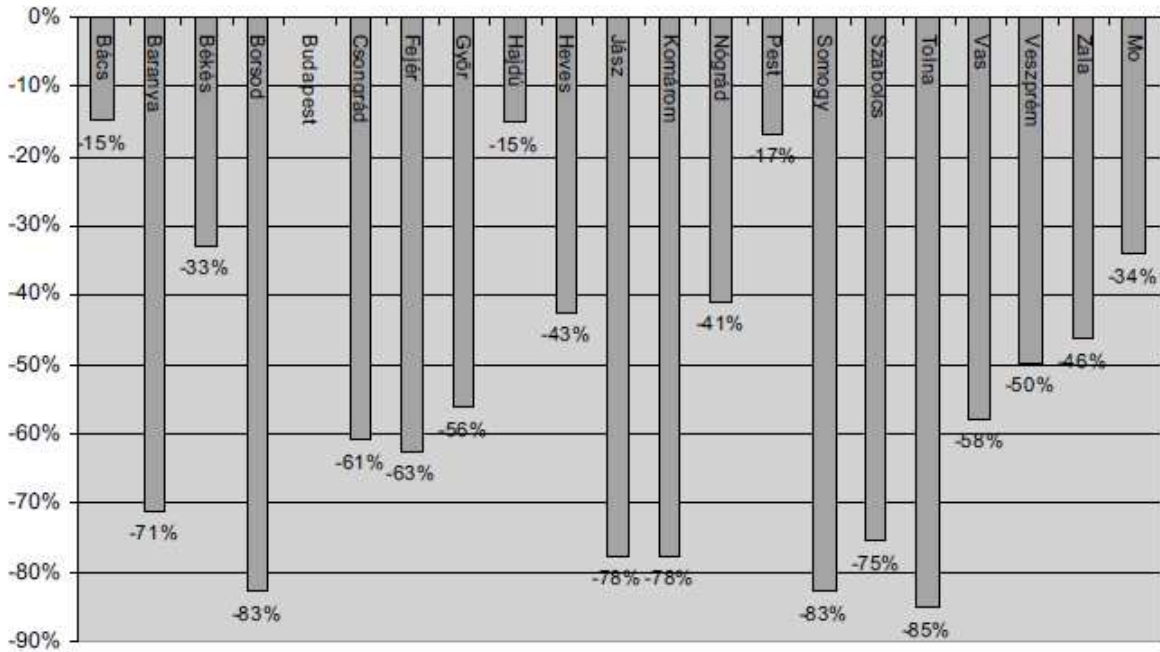
A továbbiakban a bezárásra ítélt Országos Addiktológiai Intézet helyzetértékelését mutatjuk be. Az ellátások az addiktológiai járóbeteg-ellátás egészére vonatkoznak, azaz az alkohol- és drogbetegellátásra (az egyéb szenvedélybetegek aránya nem jelentős).

Az első ábra grafikonján Budapest és Pest megye addiktológiai (heti rendelési idők) kapacitásai összevontan láthatók. Budapesten jelenős többletkapacitás, Pest megyében jelentős hiány mutatkozik. Az eltérést a 11/2002 EüM-rendelet alapján számolták: 8,3 óra/hét/10 000 lakos.

Hiányzó addiktológiai óraszámok (hét) 10 000 fő bontásban, 2007-ben a 11/2002. EüM-rendelet alapján

---

<sup>1</sup> Rác J (2009): A drogbetegellátása. In: Felvinczi K és Nyírády A (szerk.): Drogpolitika számokban. L'Harmattan, Budapest, 189-232.



Az addiktológiai járóbeteg-ellátás teljesítmény- és finanszírozási jellemzői 2006-2007-ben (2006: 100%). 2007-ben jelentősen csökkent a járóbeteg-ellátók teljesítménye (betegforgalom) és bevétele

2007/2006	Szakorvosi óraszám	Nem szakorvosi óraszám	Ellátott esetek	Beavatkozások	Pontszám	Fix díj változása	Teljesítmény utáni bevétel	Összes bevétel
Gondozók	100%	102%	85%	83%	78%	50%	80%	58%
Szakrendelők	99%	100%	77%	84%	83%		88%	88%
Gondozók – szakrendelők	100%	102%	83%	83%	80%	50%	83%	62%

Az OEP által, az addiktológiai járóbeteg-ellátás finanszírozásáról közzétett adatok (2008). Az előző táblázathoz képest nem mutatja a járóbeteg-ellátás csökkenését, ezzel is felhívjuk a figyelmet az egyes adatbázisok és adatgyűjtések számainak különféle értelmezhetőségére!

2005

2006

2007

Eset- szám	2005		2006		2007									
	I esetre jutó beav.	I esetre jutó pont	Átlagos havi díj eFt	Átl. Havi díj/eset	Eset- szám	I esetre jutó beav.	I esetre jutó pont	Átlagos havi díj eFt	Átl. Havi díj/eset					
169	1,4	857	13	0,08	146	1,5	800	11	0,08	85	2,0	1079	11	0,13
359	4,7	3049	3949	0,28	16 110	4,6	2850	4886	0,30	12 330	4,9	3136	4409	0,36
375	3,5	1822	9245	0,19	49 826	3,7	1858	9610	0,19	39 911	4,1	2002	8830	0,22
399	2,0	1175	9485	0,62	16 447	2,0	1175	8696	0,53	13 301	1,9	1015	6004	0,45
437	1,7	661	15 663	0,16	81 461	1,7	669	13 480	0,17	82 019	1,6	606	10 485	0,13
444	1,7	929	91 088	0,71	126 009	1,7	946	64 629	0,51	101 344	1,9	945	43 413	0,43
83	2,1	1 093			289 999	2,2	1143			248 990	2,3	1115		



Az OEP adatai szerint az addiktológiai járóbeteg-ellátás 2005-2007 közötti átlagos havi díja a gondozói munka tekintetében csökkent, míg a szakrendelői munkáé nőtt. Ha az esetszámokat tekintjük, az „addiktológiai” esetek (feltehetően alkoholológiai esetek) száma 2007-ben 1,2-szer több volt, mint a drogbetegellátás esetei – a gondozás terén és 3,2-szer több a szakrendelői ellátás területén. Feltehető ugyanakkor, hogy az alkoholbetegek – drogbetegek közötti arány nem 1,2 – 3,2 között van, hanem legalább egy nagyságrenddel magasabban. Az adatokat nehéz értelmezni: az alkoholbetegek kiszorulnak az ellátásból, illetve be sem kerülnek oda, a drogbetegek (többnyire problémamentes kannabiszhasználók!) pedig „megtöltik” az ambuláns kezelőhelyeket...

A Pszichiátriai Szakmai Kollégium (PSZK) (2007) véleménye szerint a pszichiátriai/ addiktológiai fekvőbeteg-ellátás jelentős csökkenést szenvedett el a korábbi 4,2 aktív ágy/10e lakos mértékről 3,1 aktív ágy/10e lakosra. A járóbeteg-ellátással kapcsolatban a PSZK megállapítja, hogy a 2007-es évi finanszírozás a 2001. Évi kb. 36%-a. Egy másik becslés szerint, az egészségügyi ellátásban 10.000 lakosra jutó pszichiátriai ágyak száma az utóbbi időben 3,89-ről 3,02-re csökkent – EU összehasonlításban megállapítható tehát, hogy a pszichiátriai aktív ágyak száma ma már abszolút számban is kevésnek minősíthető. A Health for All Database szerint az EU-ban csak Olaszországban és Cipruson alacsonyabb, mint Magyarországon (LEGOP, 2008).

#### *A Semmelweis Terv megfogalmazásában<sup>2</sup>*

A szétzilált, korábban világszínvonalú pszichiátriai ellátórendszer megerősítése:

Hazánk vezető helyet foglal el a mentális betegségek előfordulásában is, az alkoholizmust magyar népbetegségnek tekinthetjük, továbbá a súlyos neurológiai, pszichiátriai krónikus problémák (például a demencia) emberek százazreit érintik. Ennek ellenére nemcsak az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet (OPNI) bezárása történt meg, hanem jelentős (24%-os) országos pszichiátriai aktív ágyszám csökkentés is lezajlott az elmúlt években, a krónikus férőhelyek minimális (4%-os) bővülése mellett és a járóbeteg ellátás érdemi átalakulása nélkül. Ez azt eredményezte, hogy Magyarország jelenleg a pszichiátriai fekvő kapacitások tekintetében Európában az utolsó előtti helyen áll, a járóbeteg-ellátó kapacitását tekintve pedig jelentős területi egyenlenséget mutat.

Ellátatlanul maradtak bizonyos területek, betegcsoportok, speciális ellátási igényű betegek. Nagy szükség van tehát a korszerű, betegközpontú pszichiátriai és addiktológiai gondozó és kezelő-rehabilitáló intézmény-hálózat kialakítására, továbbá egy, a módszertani-szervezési valamint kutatási feladatokat elvégző, és egyes speciális területeken kiemelt ellátásra képes központ újrászervezésére.

Gyermek- és ifjúságpszichiátria: A nemzetközi és hazai epidemiológiai vizsgálatok azt mutatják, hogy a 4-17 éves korú gyermekek között a mentális kórállapotok átlagos prevalenciája 15,8 %, azaz népbetegség szintjét éri el. Ugyanakkor hazánkban nem áll rendelkezésre a hatékony ellátást biztosító szakember hálózat és infrastruktúra. Ezért jelenleg a betegek túlnyomó többsége nem jut megfelelő gyermekpszichiátriai diagnosztikához és terápiához az ellátóhelyek hiánya és területi egyenlensége miatt.

#### *A Lelki Egészség Országos Programja megfogalmazásában<sup>3</sup>*

A pszichiátriai ellátás problémái lényegében megegyeznek az egészségügyi ellátórendszer általános gondjaival. Elavult az infrastruktúra és a műszerállomány, az intézményekben belső strukturális aránytalanságok állnak fenn. Ezek következménye, hogy számos esetben nem áll rendelkezésre a megfelelő korszerű szolgáltatás, ami a hozzáférési esélyek tekintetében is egyenlőtlenséghez vezet. A kórházi ágyakon nyújtott ellátásban még mindig vannak szociális okból elhelyezett betegek, akik jobb ellátási struktúra esetén ambulánsan is elláthatóak lennének. Ugyanakkor jelentős

---

<sup>2</sup> Újraélesztett egészségügy - Gyógyuló Magyarország. Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére. Szakmai koncepció.

<sup>3</sup> LEGOP, 2008.

betegcsoportok nem jutnak megfelelő kórházi ellátáshoz. Különösen a gyermek- és ifjúságpszichiátriai, a gerontopszichiátriai, a forenzikus pszichiátriai és a különféle szubspecialitásoknak tekinthető járóbeteg-ellátók és kórházi osztályok/részlegek hiányoznak az ellátásból.

További strukturális aránytalanságot gerjeszt az a tény, hogy hiányosak a prevenció és az utókezelés, a rehabilitáció feltételei, alacsony egyes modern diagnosztikus és esetenként gyógyító eljárások hozzáférhetősége. A pszichiátriai infrastruktúrába való beruházásoknak az egészségügyi átlaghoz viszonyítva is igen alacsony mértéke jelentős akadályt képez az esélyegyenlőség, a minőségi ellátás fejlődésének útjában.

*A Jelentés a magyarországi kábítószerbelyzetről című munkaanyag megfogalmazásában<sup>4</sup>*

Az egészségügyi ellátással kapcsolatban a 2010. évre megállapított költségvetés, ill. az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításáról szóló 291/2009. (XII. 18.) Korm. rendelet 1. sz. melléklete további 50%-os csökkentést irányzott elő a gondozói kasszában. Ez azt eredményezte, hogy a gondozói intézményrendszer (addiktológia, pszichiátria, bőr és nemibeteg, tüdőgyógyászati és onkológiai járóbeteg ellátás) bázis-finanszírozása a 2001. évben kifizetett összeg kevesebb, mint 20%-a alá süllyedt, miközben a kompenzálásra hivatott intézkedések hatástalannak bizonyultak. 2010 év elején, bár elkezdődtek az érintett szakmai kollégiumok és a szaktárca között az egyeztetések a gondozóintézeti gondozás finanszírozási rendszerének átalakításáról, azonban a szakmai előkészítő munkálatok kezdeti állapota miatt nem volt reális esély az új finanszírozási rendszer kialakítására. Ennek híján a 2010. júniustól életbe lépő finanszírozási feltételek veszélyeztették a pszichiátriai és addiktológiai gondozók működését, ezért a 2010. év folyamán a Kormány a gondozóintézeti gondozás 2010. évi kiadási előirányzat csökkenés egy részét visszapótolta, majd, további 1 milliárd 146 millió Ft-os forrás-átcsoportosítással biztosította a gondozói rendszer életben tartását a fenntartható finanszírozási rendszer kialakításáig.

A finanszírozási probléma tartós és megnyugtató kezelése érdekében a tárca -2010 júniusától kezdődően- soron kívüli szakmai egyeztetéseket kezdeményezett a szakterület képviselőivel. A szakértői egyeztetéseket követően szakmai előkészítő munka kezdődött a gondozási tevékenység új finanszírozási rendszerének kialakítására. A jelenlegi a jövőben felváltó új finanszírozási forma lényege egy olyan új komplex gondozói finanszírozás, amely a bázisfinanszírozás helyett a különböző gondozási típusokon alapul, és átláthatóbb feltételeket teremt. A sajátos gondozási típusokon alapuló, ún. komplex OENO-k mindegyike alapvetően a következő fázisokból állna: szűrés, gondozásba vétel, gondozásban tartás, a gondozás lezárása.

A gondozóintézeti gondozásban érintett szakmák szakmai kollégiumai az OEP-pel együttműködve alakították ki gondozási programjaikat, amin az új finanszírozási rendszer alapul majd. A szakmai előkészítő munkát követően elővizsgálattal tesztelik a kialakított új finanszírozási technikát.

Összefoglalás

A pszichiátriai és vagy addiktológiai egészségügyi ellátás – sokszor nem lehet különbséget tenni e kettő között -, tehát e két ellátás jelentős kapacitáscsökkenést szenvedett el 2006-tól.

Ennek mértéke, becslések szerint:

pszichiátriai ágyszám: kb. 24%-os csökkenés

gondozói kapacitás: kb. 70%-os (!) csökkenés.

A csökkenés az ország különböző területeit eltérően érintette, ami az egészségügyi ellátásokhoz való hozzájutás egyenlőtlenségeinek további növekedését jelentette.

---

<sup>4</sup> Nemzeti Drogfókuszpont, előkészítés alatt.

A *gyermekpszichiátriai, különösen pedig a gyermek- és serdülő-addiktológiai ellátás* (mind a fekvő-, mind pedig a járóbetegellátás vonatkozásában) elégtelen, ahogy 2011-ben az ombudsmani vizsgálat is megállapította<sup>5</sup>.

Szabályozott-e és koordinált-e az egészségügyi- (és ezen belül az alap, a járóbeteg-, illetve fekvőbeteg-szakellátás), a szociális- és egyéb intézmények, szervezetek közötti munkamegosztás, betegirányítás?

A Semmelweis Terv részletesen kitér az egészségügyi és a szociális ágazat közötti koordinációs problémákra, a két ágazat „dogmaszerű”, merev szétválasztására. Szintén hosszan foglalkozik a Terv a betegút szervezés problémájával: a betegutak átláthatatlanok, szervezetetlenek, egyéni és nem szakmai érdekek alapján szervezettek. Egyben a Terv egyik legfontosabb javaslata a betegutak szervezését végző kistérségi, regionális, országos betegút szervező centrumok, illetve állami intézményrendszer kialakítása.

#### *A Semmelweis Terv megfogalmazásában*

A struktúraátalakítás keretében az egészségügyi és a szociális ágazatban tervezett fejlesztések összehangolásának, az alapellátás és a járóbeteg-szakellátás megerősítésének illetve kompetenciáik tisztázásának, valamint a sürgősségi ellátás újjászervezésének.

Az ellátási szintek, valamint az egészségügyi és egyéb ágazati szektorok (pl. szociális ellátás, oktatás) közötti koordinációnak alapvető szerepe van a megelőzés sikerének növelésében illetve a betegségstruktúra átalakulásából következő megváltozott szükségletek hatékony kielégítésében, azaz a krónikus nem fertőző betegségekre adott adekvát válaszban, valamint a gyors technológiai fejlődés által megkívánt rugalmasság kialakításában.

Célszerű szakítani az egészségügyi alap- és krónikus fekvő- illetve a szociális szolgáltatások eddig dogmaszerű szétválasztásával és a szükségletek valamint lehetőségek felmérésével törekedni a kapacitások konverziójára, az ott dolgozó ápolók és gondozók kompetenciáinak pontosítására.

Kapacitásátrendező, a területi ellátó-intézmények menedzsment-koordinációját végző, betegút-szervezést támogató intézmény jön létre, országos központtal és területi egységekkel. Ez egyrészt támogatja a kistérségi szinten működő járóbeteg-szakellátó betegút-szervezőjét, irányítja a magasabb progresszivitási szinthez tartozó egészségügyi, valamint a területi egységhez tartozó szociális intézmények közötti esetleges kapacitásátrendezést, illetve bizonyos funkciók (közös beszerzés és szolgáltatói háttér, energiaellátás) esetében azok integrációját.

#### *A Lelki Egészség Országos Programja megfogalmazásában*

Hiányzik, de legalábbis rendkívül hiányos az átmenet az egészségügyi és a szociális ellátórendszer között. A ma ellátottak kb. 30 %-ának nem tartós ápolásban kellene helyet kapniuk. A szociális ellátások fizikai infrastruktúrája tekintetében elsődlegesen a tartós és átmenti bentlakást nyújtó intézmények szorulnak korszerűsítésre és jelentős kapacitásbővítésre. Az intézmények túlterheltek, a várakozási idő gyakran eléri a 6-9 évet. A pszichiátriai és szenvedélybetegek nappali ellátásai sok helyen ki sem épültek, máshol – még a fővárosban is – jelentős kapacitáshiányokkal küzdenek. Súlyos problémákat eredményez az ország egyes területei között észlelhető hozzáférési, kapacitásbeli különbségek pl. a járóbeteg-ellátás, gondozás területén. Jelenleg ez az egyik legfontosabb, az esélyegyenlőséget meghatározó tényező Magyarországon, melynek tovagyűrűző hatása a családokra, munka- és lakóhelyi környezetre további jelentős, járulékos károkat okoz.

---

<sup>5</sup> Az állampolgári jogok országgyűlési biztósának Jelentése az AJB 1298/2011. számú ügyben.

## Összefoglalás

Az egészségügyi és a szociális ellátások között nincs szabályozott együttműködés, sem helyi, sem országos szinten. A képet néhány szervezet jó gyakorlata árnyalja. Az egészségügyi ellátásokon belül a betegutak átláthatatlanok, szervezetlenek, akár a fekvő- és járóbeteg ellátás közötti betegutakat, akár a progresszivitási szinteket vizsgáljuk. A Semmelweis Terv éppen ezért e betegutak szervezését tartja az egyik legfontosabb feladatának, amire külön, állami intézményrendszert hoz létre.

Melyek a pszichiátriai ellátás költséghatékonyságának és eredményességének makroszintű mérésére alkalmas indikátorok (összefüggésben az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjában a lelki egészség megerősítésére, az alkohol és drogmegelőzésre vonatkozó célkitűzésekkel is)?

*Az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjában<sup>6</sup> a lelki egészség megerősítésére, az alkohol és drogmegelőzésre vonatkozó célkitűzések*

Tudtommal a programot visszavonták, de a célrendszere aktuális maradt:

Mentális zavarok korszerű ellátása	A cél az optimális életminőség elérése.
	A mentális egészségügy intézményrendszerének korszerűsítése, a pszichiátriai intézményrendszer közösségi pszichiátriai irányba történő átalakítása.
	A pszichiátriai gondozók decentralizálása.
	A gondozói munka ösztönzött finanszírozása.
	A gondozókban dolgozó szakemberek számának növelése.
	Rendszeres szakmai felügyelet biztosítása a gondozókban dolgozó szakemberek számára.
	Közösségi pszichiátriai szakgondozó, szociális munkás és munka-rehabilitációs szakemberképzés.
	Modellkísérlet támogatása.
	Csoportpraxis kialakítása pszichológiai szolgáltatásokkal.
	Pszichoterápiás ambulanciák fejlesztése, bővítése.
	Gyermek-pszichiátriai gondozók számának növelése, „ideggondozók” helyett „Egészségházak” többszakmás szakember-munkacsoportokkal.
	A kapcsolati pszichiátriai szolgálat működési feltételeinek biztosítása, a szolgálat elterjesztése országos szinten, hozzáférhetővé tétele az alapellátás, illetve a társszakmák számára.

Rehabilitáció	A közösségi rehabilitáció fejlesztése szociális és egészségügyi intézményekre bontva
	A rehabilitációs programok minden csoport számára legyenek elérhetőek, a programok tartalmazzák a tevékenységek széles skáláját.

<sup>6</sup> 46/2003. (IV. 16.) OGY határozat

	A rehabilitációs szolgáltatások elérhetővé tétele a helyi közösségekben.
	Nappali klubok kialakítása munkarehabilitációs programokkal, készségfejlesztéssel, egyéni szükségletekre alapozott gondozási tervvel.
	Munkarehabilitációs szakemberek képzése.
	Rendszeres szupervízió biztosítása a rehabilitációban közreműködő szakemberek számára.
	Védett lakhatási formák kidolgozása.
	Krónikus nappali kórházak kialakítása, illetve fejlesztése orvosi kontrollt és szakmai segítséget igénylő betegek számára.
	Gyermekpszichiátriai rehabilitációs tevékenység gyermekpszichiátriai szakmai ismeretekre támaszkodó speciális otthonokban, oktatási, gyermekvédelmi intézményekben.
	Többszakmás szakember-munkacsoportok létrehozása a gyermekek érdekében (biopszicho-szociális védőháló).
	Munkaerőpiaccal való kommunikáció megszervezése, az átképzés elérhetővé tétele mentális zavarban szenvedők számára, félutas intézetek fejlesztése.

A célok mellett ugyanakkor a program nem határoz meg jól definiált és mérhető indikátorokat! A nemzetközi szakirodalomban a „kezelési kimenet” különböző változatait használják, Angliában pl. a „kezelési kimenet profil” (Treatment Outcome Profile<sup>7</sup>) a pszichoaktív szereket használók gyógyítása során. A profil a kezelésbevételi és a távozásbeli helyzetet hasonlítja össze több változó tekintetében. Lehetőség van a kezelés során elért eredmények folyamatos monitorozására a profil 26 hetente történő felvételével. A profil témakörei: szerhasználat gyakorisága, az injekciós szerhasználat gyakorisága, a kliens pszichológiai, fizikai és „összegzett” életminőségének pontozása, valamint a foglalkoztatottságban (iskolába járásban) és lakhatásban bekövetkezett változások. Ugyanakkor, az eredmények folyamatosságának mérése mellett egy olyan szemlélet is jelen van, ami a pszichoaktív szer használók (függők) gyógykezelése és egyéb ellátása tekintetében a szermentes (absztinens) életstílust fogadja el, ami nemcsak szermentességet jelent, hanem jó életminőséget, jóllétet, a lakhatásban, foglalkoztatottságban bekövetkező pozitív változásokkal együtt: ez a megközelítés elsősorban a felépülési-modellben jelenik meg.

#### *A Camberwell-skála*

A Camberwell-skála egy jól használható mérőeszköz (Demetrovics és Lackó, 2008<sup>8</sup>). A következőkben ezt a mérőeszközt – indikátor képző eszközt mutatjuk be a szerzők iránymutatásai szerint.

<sup>7</sup> National Treatment Agency for Substance Misuse: Treatment Outcomes Profile. 2010.

<sup>8</sup> Demetrovics Zs és Lackó Zs (2008): A Camberwell Szükségletfelmérési Interjú (Camberwell Assessment of Need) magyar változatának (CAN-R-hu) bemutatása. *Psychiatria Hungarica*, 23,4:298-304.

Az első (1) az a premissza, hogy *mindenkinek*, így a pszichiátriai betegeknek is *vannak szükségletei*, és ezek többsége hasonló az egészséges személyek szükségleteihez.

A második alapelv (2) az, hogy a *mentális betegeknek lehetnek olyan összetett szükségletei, amelyeket az egészségügyi intézmény nem is észlel.*

A harmadik elv (3) szerint *a szükségletfelmérésnek a klinikai rutin szerves részét kell képeznie*, és fontos, hogy a szolgáltatás felmérésére is alkalmazható legyen. További szempont, hogy a mérőeszköz használata *minél egyszerűbb legyen*, és a személyzet könnyen megtanulhassa az alkalmazását.

A negyedik szempont szerint (4) a szerzők vitatják azt a nézetet, amely szerint a szükségletek megállapításában egyedül a személyzet az illetékes. A CAN tehát azon az elven alapul, hogy *a szükséglet szubjektív koncepció*, és egyszerre több különböző, de egyaránt érvényes percepció létezhet a szükségletek fennállásáról vagy hiányáról. Mivel a páciens és a személyzet véleménye a szükségleteket illetően várhatóan eltér egymástól, nézeteiket külön-külön kell felmérni, akár a mindennapos klinikai gyakorlatról, akár kutatásról van szó.

*A CAN előnyei az alábbiakban foglalhatók össze:*

- klinikai és kutatási célokra egyaránt alkalmas;
- alkalmazása formális képzés nélkül is könnyen elsajátítható;
- könnyen alkalmazható a gyakorlatban;
- gyorsan (legfeljebb 15 perc) felvehető;
- a szakemberek széles köre használhatja;
- bármilyen pszichiátriai beteggel felvehető;
- az élet huszonnégy különböző területén mér;
- a páciensek és a személyzet nézőpontját is tartalmazza;
- egyaránt méri a felismert és a fel nem ismert szükségleteket;
- méri a problémákra kapott formális és informális segítség mértékét is;
- méri a segítséggel való elégedettség mértékét is;
- megfelelő pszichometriai jellemzőkkel bír.

*A CAN-R által mért 22 terület a következő:*

1. Lakhatás
2. Élelem
3. Háztartásvezetés
4. Ápoltság
5. Napközbeni tevékenységek
6. Testi egészség
7. Pszichotikus tünetek
8. Tájékoztatás a beteg állapotáról és a kezeléséről
9. Pszichés problémák
10. Önvesélyesség
11. Közvesélyesség
12. Alkoholprobléma
13. Gyógyszer- és droprobléma
14. Társas kapcsolatok
15. Intím kapcsolatok
16. Szexualitás
17. Gyermekgondozás
18. Alapvető írásbeli, olvasási és számolási készségek

19. Telefon
20. Közlekedés
21. Pénz
22. Segélyek

Költséghatékonyság vizsgálatot csak megbízható kezelési adatok alapján lehet végezni, erre az OEP adatbázis a jelenlegi formájában nem alkalmas, mint ahogy azt a Semmelweis Terv is megállapítja.

### LEGOP

Ilyen adatok híján az Európai adatok alapján tehetünk becsléseket a magyar helyzetre vonatkozóan. A *Lelki Egészség Országos Programja* (2008) becslései a következők voltak:

Az EU-ban a mentális zavarok költségeit vizsgáló munkacsoport becslése szerint a neuropszichiátriai betegcsoporttal kapcsolatos költségek 2004-ben Magyarországon meghaladták az 1000 milliárd Ft-ot (az összehasonlítható, €-ban megadott költségeket 250 Ft/€ árfolyamon számolva). A közvetlen egészségügyi kiadások ennél a betegcsoportnál 50%-ot, a közvetlen nem-egészségügyi költségek 39%-ot, a közvetett költségek pedig 11%-ot tettek ki.

A mentális zavarok terhei társadalmi szinten egyrészt a betegségek kezelésének közvetlen költségeiben, illetve a közvetett betegség terhekben (pl. a munkaképesség elvesztéséből fakadó gazdasági veszteség) mutatkoznak. A család és az egyén szintjén a családi és más társas kötelezettségek terén való akadályozottság, a kirekesztettség és stigmatizáció, és a szubjektív szenvedés szerepe emelhető ki. A stigmatizáció és a diszkrimináció a mentális zavarok tekintetében súlyos plusz terheket okoz. A mentális zavarok egyrészt tüneteik révén közvetlenül, másrészt a fenti hatások közvetítésével jelentősen rontják az életminőséget.

A hazai kutatások szerint Magyarországon a lakosság rossz általános egészségi állapota miatti keresésképtelenség, illetve általában a munkanélküliség, különösen a tartós munkanélküliség relatíve magas aránya a mentális egészségproblémák fontos kockázati tényezője. Az öngyilkossági magatartás tekintetében is a legfontosabb szociális tényező a munkanélküliség, de a képzetlen munkaerő kockázata csaknem hasonlóan magas. A magyar munkavállalók munkaterhelése az európai átlagnál nagyobb, a munkavállalói jogérvényesítési lehetőségek hiányosak, a munkahelyi distressz szintje magasabb.

*Az Európai Unió Közegészségügyi politikájához (2008-2013) kapcsolódó Mentális egészség és jóllét program*

A fő célkitűzések:

a mentális zavarok leküzdése az egészségügy és a szociális rendszer segítségével evidenciákon alapuló beavatkozások a depresszióval kapcsolatban innovatív partneri kapcsolat az egészségügy és más releváns szektor között (pl. szociális, oktatási, foglalkoztatási) annak érdekében, hogy a szakpolitikák mentális egészségre gyakorolt hatását mérni lehessen; a vulnerábilis csoportok kedvezőbb helyzetbe kerüljenek; a szegénység és a mentális egészséggel kapcsolatos problémák képbe kerüljenek; megvalósuljon az öngyilkosság megelőzés, pl. a munkahelyen és az oktatási intézményekben is; közösség-alapú és szociálisan inkluzív megközelítések kialakításának elősegítése; adatgyűjtés a mentális egészségről.

### *Általános betegségteher (WHO)<sup>9</sup>*

Egy betegség terhét az adott [populációban](#) (globális, regionális, vagy országos szinten) adott időpontban előforduló esetek által okozott egészségkárosodás határozza meg, amely mind az életév-veszteséget, mind az életminőség-romlást magában foglalja.

A betegségterhet [DALYs](#)-ban mérik.

---

<sup>9</sup> Forrás: ESKI: Egészségpolitikai fogalomtár

Elsősorban a makroszintű erőforrás-allokációban játszik szerepet.

*Funkcióvesztéssel korrigált életevek (disability-adjusted life year : DALY)<sup>10</sup>*

A DALYs (*Disability-Adjusted Life Years* azaz *Egészségkárosodással korrigált életevek*) egyetlen mutatóban összegzi a korai halálozás következtében elvesztett életeveket (YLL – Years of Life Lost), tehát a mortalitást, és a károsodott egészségi állapotban leélt éveket (YLD – Years Lived with Disability), vagyis morbiditást.

Egy "DALY" egyenlő egy olyan életevnyi veszteséggel, amit teljes egészségben lehetett volna megélni.

Ezt a mutatót a [betegségteher \(burden of disease\)](#) mérésére, annak számszerűsítésére alakították ki. Használják még a életminőséggel korrigált életevek fogalmát is (QALY – Quality Adjusted Life Years).

A költséghasznossági mutatószám megmutatja, hogy egységnyi egészségnyereség (QALY) milyen költségnövekménnyel érhető el.

### Összefoglalás

Noha léteznek olyan indikátorok, amelyek részben a pszichiátriai/mentális problémák által jelentett betegségterhet, illetve „elvesztegetett” életeveket mutatják, továbbá olyan indikátorok is vannak, amelyek a pszichiátriai/mentális egészséggel foglalkozó intézményrendszer működésének eredményességét és költséghatékony voltát mutatják be, ezek az adatok és számítások Magyarországon lényegében hiányoznak. A hozzáférhető becslések elsősorban az Európai Unió adatok extrapolációján alapulnak. A hazai adatgyűjtés (kezelés, ellátás, betegutak, diagnózisok, beavatkozások stb.) nem is teszi lehetővé, hogy ilyen indikátorokat számítsunk.

Budapest. 2011. szeptember 5.

Készítették:

Prof. Rácz József	PÉF szakértő
Seress Attila	elnökségi tag
Szőke Zsolt	alelnök

---

<sup>10</sup> Forrás: ESKI: Egészségpolitikai fogalomtár