

Hogyan tovább Egészségfejlesztési Irodák, azaz mennyi az annyi?

Malbaski Nikoletta¹, Dr. Dózsa Csaba^{1,2},

¹ Med-Econ Humán Szolgáltató Kft., Budapest, ² Miskolci Egyetem, Egészségügyi Kar

Az egészség megőrzése, a népegészségügyi program új alapokra helyezése a 2010-es évekre elengedhetetlenné vált. Az egészségfejlesztés új szervezeti megoldásaként jelent meg az Európai Unió forrásból felállított és mintegy 2 éven át működtetendő 58 járási Egészségfejlesztési Iroda (EFI). Fél évvel a projektek zárása előtt nagy a bizonytalanság mind az EFI-k, mind a befogadó intézmények körében: mi lesz 2015 második felévéért? Sokakban jogosan merül fel az a kérdés is, hogy hozzávetőlegesen mennyibe fog kerülni a már felállított 58 EFI további működése helyben, illetve mekkora költséggel járhat a jövőben tervezett teljes országos hálózat kiépítése és működtetése.

The health promotion, setting new foundation for the public health program would be inevitable in the 2010s. The Health Promotion Offices (HPO), set in 58 townships ensuring an institutional background of health promotion have been financed from EU grants for a period of 2 years. The uncertainty is significant both among the HPOs and the beneficiaries 6 months before the project closure: how are they going to run onward from the second half of 2015? The other question, occurred to a number of us, is, how much does it cost to operate the current 58 HPOs at local level and the whole network of HPOs planned to be built on national level in the future.

BEVEZETÉS

Mára bebizonyosodott, hogy Magyarországon az eddig meghirdetett népegészségügyi programok elégtelennek bizonyultak a lakosság egészségi állapotának, illetve egészségmagatartásának jelentős – pozitív irányban történő – változásához.

Az utóbbi 25 évben egyrészt hiányzott az osztály- és társadalmi érdekeket figyelembe vevő, kormányzati ciklusokon, politikai csatározásokon átívelő, széles társadalmi, politikai és szakmai támogatottságot biztosító légkör. Másrészt nem volt biztosítva a népegészségügyi programok számára a gyakorlati megvalósíthatóságához szükséges megfelelő feltételrendszer: az interszektoralis megközelítés, az elkülönített költségvetés és stabil finanszírozás, a konkrét cselekvési terv, a megfelelő intézményi háttér és felkészült szakembergárda, továbbá az egyértelműen kijelölt feladat-, hatás- és kompetenciakörök [1].

Mindeközben a magyar lakosság egészségi állapota rendkívül kedvezőtlen – nemzetközi összehasonlításban is.

Az utóbbi 25 évben Magyarországnak négy népegészségügyi programja volt, amely egyáltalán nem utal a következetesen, kormányzati ciklusokon átívelő megvalósítás tényére, noha ez az egyik fontos kritériuma az eredményességnek. A végrehajtás feltételeinek elégtelensége és folyamatos biztosításának hiányában nehezen kivitelezhető a valódi népegészségügyi programon alapuló, az egész társadalomra kiterjedő eredményes népegészségügyi tevékenység megvalósítása.

A hazai egészségügyben zajló struktúraátalakítás makroszinten elvárt kiemelt fő irányként is a prevenció szemlélet és tevékenységek jelentős mértékű növelése jelenik meg [2].

A népegészségügy jelenlegi fejlesztési irányvonala három beavatkozási területre koncentrálna: (1) szabályozás, jogszabályalkotás; (2) intézményi háttér kiépítése, szervezetfejlesztés; (3) projektek, akciók, programok megvalósítása.

A fentiekben megjelölt beavatkozások a hosszú távú cselekvés feltételrendszerének kialakítására hivatottak, azaz a szükséges szabályozási tevékenységek mellett a szervezetfejlesztés területén a megfelelő intézményi, illetve szervezeti háttér, szakmai-módszertani központok, hálózatok kialakításával párhuzamosan szükséges meghirdetni és megvalósítani a napjaink legfontosabb népegészségügyi kihívásaira adekvát válaszokat adni képes programokat, projekteket. A 2007-2013 közötti programozási időszakban elsősorban a Társadalmi Megújulás Operatív Program, továbbá egyéb fejlesztési források (Svájci Alap, Norvég Alap) révén voltak, és várhatóan a 2014-2020-as programozási időszakban is jelentős források lesznek elérhetőek az egészségfejlesztési programokra. Nem szabad azonban megfelelkezni e projektek révén létrehozott és elért eredmények projektidőszak befejezését követő, jövőbeni fenntartásához és folytatásához szükséges stabil és kiszámítható finanszírozás biztosításáról sem.

AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI IRODÁK ÉLETRE HÍVÁSÁNAK CÉLJA ÉS A TÁMOP PÁLYÁZATOK

A helyi népegészségügyi, egészségfejlesztési rendszer kiépítése területén Hódmezővásárhely és Kaposvár úttörő szerepet játszott az elmúlt években. A 2008 tavaszán helyi önkormányzati és megyei forrásokból elindított Egészséges Vásárhely Program ötletgazdája egy, a város teljes lakosságát lefedő, valamennyi betegségi típus kezelésében, illetve megelőzésében sikeres, tartósan működtethető helyi népegészségügyi rendszer kiépítését célozták meg, mely hosszú távon, a vezető halálokok visszaszorítása mellett aktív

szerepet vállal a hódmezővásárhelyiek egészségnevelésében, a lakosság egészségkultúrájának, egészségtudatosságának fejlesztésében is. A 2008 tavasza óta eltelt több mint fél évtized alatt jelentős, országosan, sőt nemzetközileg is elismert eredményeket értek el [3].

2008 decemberében a Kaposi Mór Oktató Kórház egyedülálló módon, önerőből a hazai kórházak között először hozott létre egy Prevenációs és Egészségfejlesztési Irodát (továbbiakban PREFI). A Kórház vezetése és az érintett szakemberek nem kisebb célt tűztek ki maguk elé, mint hogy Kaposvár város összefogásával, a kórházi egészségügyi háttérrel, az alapellátással és az egészségügyben érintett valamennyi szereplővel együttműködve, támogatni kívánták a város, és a későbbiekben Somogy megye lakosságának egészségi állapot javítását, egészségük megőrzését és egészségfejlesztésüket [4, 5]. Az azóta eltelt idő őket igazolta: az egészséges életmódprogramok, a PREFI által végzett tevékenységek a lakosság szempontjából hiánypótló jelentőségűek és óriási népszerűségnek örvendenek.

A fenti két modellértékű program többéves tapasztalatait is felhasználva kerültek összeállításra és kiírásra a TÁMOP 6.1.2/11/3 kódszámú „Egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramok a kistérségekben” című, és a TÁMOP 6.1.2/LHH/11/B kódszámú „Egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramok a leghátrányosabb helyzetű kistérségekben” című pályázatok, amelyeknek köszönhetően keltek életre a térségi egészségfejlesztési irodák. Az Egészségfejlesztési Irodák létrejöttét megalapozó pályázat fogalomrendszerében a földrajzi lehatárolódás a kistérség volt. A közigazgatási reform részeként a 2012. évi CXIII. törvény a járások kialakulásáról átalakította a korábbi „kistérségi” rendszert és időközben bevezette a „járás” fogalmát. Ennek megfelelően célszerű a járás fogalmának átvétele és következetes használata, annak ellenére, hogy a jelenlegi járások és a projektek megvalósítási helyszínéül szolgáló kistérségek között eltérések adódhatnak mind területileg, mind lakosságban.

A 2012. január 27-én megjelent pályázati felhívás – a beadási határidő többszöri módosítását követően – 2012. július 31-én lezárult. Az elhúzó bírálati és szerződéskötési időszakot követően az első Egészségfejlesztési Irodákat 2013 nyarán kezdték felállítani, de volt néhány járás, ahol csak hónapokkal később indulhatott meg az EFI-k kialakítása és a projektek megvalósítása.

A pályázati útmutató alapján „a pályázatok célja az egészséget szolgáló egyéni magatartásminták kialakítása, a lakosság és speciális, magas kockázatú célcsoportok körében – kistérségenként/járásonként egy-egy koordinált fejlesztési projekt keretében, az egészségfejlesztést térségenként támogató intézmény kialakításával és az egészségügyi ellátórendszer egészségfejlesztéssel összefüggő feladatainak összehangolásával, kapcsolatainak fejlesztésével” [6].

Pályázatot a hat konvergencia régióból lehetett benyújtani, tehát jelen pályázatból kizorult a teljes Közép-Magyarországi régió. A 311/2007. (XI. 17.) Korm. rendelet 2. számú mellékletében szereplő leghátrányosabb helyzetű kistérsé-

gekre (továbbiakban LHH) és a 4. sz. mellékletében nevesített kistérségekre vonatkozóan külön pályázati kiírásra került sor a TÁMOP 6.1.2/LHH/11/B kódszámú pályázati felhívás keretében, hogy azonos eséllyel indulhassanak az LHH kistérségek is.

A pályázatot önállóan vagy konzorciumként is be lehetett nyújtani, a pályázati kiírás konkrétan meghatározta, hogy mely szervezetek pályázhatnak önállóan vagy konzorciumi vezetőként, illetve mely szervezetek kizárólag csak konzorciumi partnerként.

A költségvetési szerveken és a költségvetési rendszert gazdálkodó szervezeteken túl, kizárólag csak többségi állami vagy önkormányzati tulajdonban lévő jogi személyiségű non-profit szervezetek, illetve többségi állami vagy önkormányzati tulajdonban lévő vállalkozások nyújthattak be pályázatot önállóan vagy konzorciumi vezetőként.

EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI IRODÁK LÉTREJÖTTE A SZÁMOK ÉS STATISZTIKÁK TÜKRÉBEN

2013 nyaratól kezdve 58 járásban kezdhették meg működésüket Egészségfejlesztési Irodák. A pályázásra jogosult 157 járás (eltekintve tehát a budapesti és pest megyei járásoktól) közül 115 járásból összesen 126 pályázat érkezett. A legkevésbé aktív megyék (elsősorban a nyugati országrészből) Vas, Somogy és Zala megyék voltak. Összesen 42 járásból, azaz a pályázásra jogosultak egynegyedéből egyáltalán nem érkezett pályázat EFI létrehozására. Tovább árnyalja a helyzetet, hogy e 42 járásból 11 leghátrányosabb vagy még annál is kedvezőtlenebb helyzetben lévő térség.

A beérkezett 126 pályázatból 45 darab érkezett a leghátrányosabb helyzetű (továbbiakban LHH), vagy komplex programmal segített leghátrányosabb helyzetű, illetve természeti vagy civilizációs katasztrófával sújtott kedvezményezett kistérségből (járásból), és 81 darab pedig besorolás nélküli vagy hátrányos helyzetű térségből. A 45 benyújtott LHH pályázatból 18 darab került nyertesként kihirdetésre, jelenleg 18 projektgazdával van hatályos szerződése a közreműködő szervezetnek. A 81 darab besorolás nélküli vagy hátrányos helyzetű térségből benyújtott pályázat közül 41-et ítélték támogathatónak, azonban csak 40 projektgazdával kötött szerződést a közreműködő szervezet. A két program keretében megítélt támogatás mértéke 4 937 611 450 Ft (ebből leszerződött 4.812.611.540 Ft), illetve 2 150 311 550 Ft (ez utóbbi az LHH térségekben működő projektek esetében).

Az 1. táblázat összefoglalva mutatja be, hogy jelenleg az egyes megyékben hány járásban érhető el EFI, és ezek a lakosság mekkora hányadát fedik le elméletileg.

Igen változatos képet mutatnak az egyes megyék mind az EFI-vel rendelkező járások számát, mind a lefedett lakosság arányát tekintve. A megyei lakosságszámhoz viszonyítva Somogy, Hajdú-Bihar és Veszprém megyében a lakosság több mint 60%-a él azokban a járásokban, ahol létrehozta Egészségfejlesztési Irodákat. Meg kell jegyezni, hogy mindhárom megyében a legnépesebb megyeszékhely központú járásokban is létrehozta EFI-ket. 50% feletti a „le-

Megye	Járások száma	EFI-vel rendelkező járások száma	EFI-vel rendelkező járások lakosságszáma	EFI-vel rendelkező járások lakosságának aránya a megyei lakosságszámhoz viszonyítva
Baranya	10	2	70841	19%
Bács-Kiskun	11	7	281658	54%
Békés	9	3	104823	29%
Borsod-Abaúj-Zemplén	16	6	379400	56%
Csongrád	7	5	182030	44%
Fejér	9	5	194131	46%
Győr-Moson-Sopron	7	2	96331	21%
Hajdú-Bihar	10	5	350977	65%
Heves	7	3	102132	33%
Jász-Nagykun-Szolnok	9	4	216230	56%
Komárom-Esztergom	6	0	0	0%
Nógrád	6	2	45185	23%
Somogy	8	4	215808	68%
Szabolcs-Szatmár-Bereg	13	1	19408	3%
Tolna	6	1	31452	14%
Vas	7	1	15204	6%
Veszprém	10	5	214840	61%
Zala	6	2	69019	25%
Pest*	18	0	0	0%
Budapest*	23	0	0	0%

1. táblázat**Az EFI-k száma megyénként**

Forrás: Malbaski N., 2014

*Nem lehetett benyújtani pályázatot Közép-Magyarországról

fedettségi” arány Bács-Kiskun megyében, Borsod-Abaúj-Zemplén megyében és Jász-Nagykun-Szolnok megyében. Komárom-Esztergom megye egyetlen járásában sem működik Egészségfejlesztési Iroda, és kifejezetten alacsony Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében, Tolna és Vas megyében az EFI-vel rendelkező járások lakosságának aránya a megyei lakosságszámhoz viszonyítva, mivel ezekben a megyékben mindösszesen 1-1 EFI kezdte meg működését.

A TÁMOP 6.1.2/11/3 és a TÁMOP 6.1.2/11/LHH/B projektek keretében létrejött EFI-k a teljes magyar lakosság mintegy egynegyedét, 2,6 millió fő lakost magában foglaló 58 járásban tevékenykednek. Amennyiben Közép-Magyarország 2.950 ezer fős lakosságát nem vesszük figyelembe, akkor elmondhatjuk, hogy a projektek a „jogosult” lakosság 37%-át tudják jelenleg elméletileg elérni. Az „elméletileg” szót azért fontos kihangsúlyozni, mert természetesen nem valamennyi Egészségfejlesztési Iroda tervezett be és valósít meg minden egyes járási településen minden programot, azonban az EFI-k által végzett tevékenységek (pl. szűrések, tanácsadás, egészségnapok, felvilágosítás) a járás teljes lakossága számára elérhetőek.

Megvizsgálva a nyertes pályázói kört, illetve az újonnan létrehozott Egészségfejlesztési Irodák fizikai (és szakmai) elhelyezését, megállapítható, hogy az EFI-k túlnyomó része (81%-a) a legalább járóbeteg-szakellátást nyújtó intézményekben kapott helyet: közel azonos arányban (41-40%) hoztak létre EFI-eket kórházakban, illetve önálló járóbeteg-szakrendelő intézetekben. Ez utóbbiak döntően (87%-ban) a közelmúltban, 2007-2009. évi TIOP, valamint a 2007-2011. évi ROP pályázatok keretében nyertes járóbeteg-szakellátás fejlesztési projekteknek köszönhetően felújított vagy újonnan létrehozott járóbeteg-szakrendelő intézetek. A 2.

táblázat összefoglalva mutatja be a jelenlegi 58 EFI működési hátterét.

EFI működési hátter	EFI-k száma	aránya (%)
Kórházi hátter	24	41%
Járóbeteg-szakellátással rendelkező hátter	23	40%
Alapellátással rendelkező hátter	8	14%
Egészségügyi ellátási háttérrel nem rendelkezik	3	5%

2. táblázat**Az EFI-k működési háttere**

Forrás: Malbaski N., 2014

MENNYI AZ ANNYI?**AZ EFI-K MŰKÖDÉSI KÖLTSÉGVONZATA**

A projekt megvalósítását a pályázók minimum 18 és maximum 26 hónapra tervezhették, az EFI-k többségénél általában 20-22 hónap a megvalósítási időszak. Ez azt jelenti, hogy azoknak a kedvezményezetteknek, akiknek 2013 nyarán sikerült felállítaniuk a járási szintű Egészségfejlesztési Irodát, azzal a ténnyel kell pár hónapon belül szembenéznük, hogy lezárul a projektmegvalósítás időszaka, ezzel párhuzamosan megtörténnek a pénzügyi elszámolások és a projekt pénzügyi zárása. A nyertes pályázóknak azonban további három évig biztosítaniuk kell még az Egészségfejlesztési Irodák működésének fenntartását. Ígéret már többször elhangzott az egészségpolitikai döntéshozók részéről, miszerint az egészségfejlesztési tevékenység szakellátásból történő fenntartható finanszírozásának előkészítésén dolgozik a szakárca, sőt mi több, cél az országos hálózat kiépítése. Fél évvel a projektek zárása előtt azonban nagy a bizonytalanság az EFI-k és a befogadó intézmények körében is az EFI-k további finanszírozásának és fenntartásának kérdésében: mi lesz 2015 második félévétől? Van jövőjük az EFI-knek, vagy egy újabb projekt a magyar egészségügy területén, amely az Unió források kifizetése után zsákutcába kerülhet?

Nem kerültek nyilvánosságra előzetes adatok még az EFI-k részére sem, hogy a 2013 nyarától folyamatosan felállított 58 EFI további működése, továbbá a későbbiekre tervezett országos kiépítettség egyáltalán évente mekkora éves többletkiadással járna. Ez természetesen nem azt jelenti, hogy még nem történtek erre vonatkozóan számítások az érintett államigazgatási szerveknél, azonban fél évvel a projektzárások előtt jogosan merül fel sokakban az a kérdés, hogy mekkora nagyságrendről beszélhetünk egyrészt a jelenlegi 58, másrészt – országos kiépítettség esetén – mind a lehetséges 198 EFI esetében. A cél az volt, hogy a gyakorlati valós tapasztalatok alapján meghatározásra kerüljön egy Egészségfejlesztési Iroda éves működési költségvetésének hozzávetőleges nagysága, figyelembe véve természetesen az egyes Irodák „működési területének” avagy a járás méretének, lakosságszámának nagyságát. Három lehetséges forgatókönyv került kidolgozásra az átlagos működési költségvetés meghatározásához: az ideális vagy optimista; minimális vagy pesszimista és egy közbülső szcenárióra.

A kalkulációk egyik kiindulópontja a járások és azok méretének meghatározása volt. Egészségpolitikai szándék, hogy az Egészségfejlesztési Irodákat járási szinten kívánják kialakítani. Felmerültek azonban olyan javaslatok is – elsősorban méretgazdaságossági megfontolások miatt, hogy ne minden járásban hozzanak létre külön irodát, hanem bizonyos kisebb lakosságszámú járások esetében összevont – kettő vagy esetleg több járást lefedő – Egészségfejlesztési Irodák működjenek, vagy éppen a nagyobb járások Egészségfejlesztési Irodáinak ernyőszervezeteként működjenek a kisebb járásokban létesített irodák. Amennyiben csak költségoldalról közelítjük meg a dolgokat, természetesen teljesebben érthető javaslatok mindezek, azonban az egészségügynépegyszegű területen más szempontokat is meg kell vizsgálni – többek között a hozzáférhetőség kérdését. Az Egészségfejlesztési Irodák küldetése a helyi közösségekben végzett egészségfejlesztés megvalósítása: minél távolabbra visszük ezt adott közösségektől, annál kevésbé tudják teljesíteni az elvárt tevékenységeiket. Így a fentiekből kiindulva a járási szinten kialakítandó teljes országos hálózat beruházási és működési költségigényének feltárása volt a cél.

Magyarország 198 járása a lakosságszámuk alapján került besorolásra „kicsi”, „közepes” és „nagy” járás kategóriába. A 198 magyar járás 66%-a 50 ezer alatti lakosságszámmal, 24%-uk 50 ezer és 100 ezer közötti, míg csupán 10%-uk 100 ezer feletti lakosságszámmal rendelkezik. A teljes lakosság járásnagyságonkénti megoszlása kiegyenlítettebb képet mutat: a lakosság egy kicsivel több, mint egyharmada a kis lélekszámú, másik egyharmada a közepes lélekszámú, míg egy kicsivel kevesebb, mint egyharmada a nagy lakosságszámú járásokban él (3. táblázat).

járások mérete	50 e alatti lakos	50e-100e lakos	100e feletti lakos
	kicsi	közepes	nagy
járások száma (db)	131	47	20
járások aránya (%)	66,20%	23,70%	10,10%
lakosságszám (fő)	3 677 984	3 303 845	2 926 969
lakosság aránya (%)	37,10%	33,30%	29,60%

3. táblázat
A járások méretekenkénti jellemzői
Forrás: Malbaski N., 2014

EGYSZERI BERUHÁZÁSI KÖLTSÉGEK

Az Egészségfejlesztési Irodák kialakításához szükséges egyszeri beruházási igények, költségek meghatározásához összeállításra került egy lista, amely részletesen tartalmazza a betervezett tételeket. A lista összeállítása során kiindulópontot jelentett a korábbi egészségfejlesztés témájában kiírt TÁMOP pályázatok (szintér programok) során útmutatóként kiadott, ajánlott eszközlista, továbbá néhány EFI szakmai vezetővel lebonyolított személyes konzultáció is a valós szükségletek minél pontosabb megállapítása érdekében.

Az építés/felújítás esetében egy átlagos költség szolgált alapul, szintén a megkérdezett projektmenedzserek és EFI

szakmai vezetők tapasztalatainak összegyűjtésével. A becsült beruházási költségek nagyságát elemenként és eszközcsoportonként a 4. táblázat foglalja össze.

EFI infrastrukturális igény	Bruttó adatok Ft-ban
EFI kialakítása, felújítása (iroda, rendelő, váró, vizesblokk)	3 500 000
Mobiliák (külső rendezvények bútorzata is)	1 227 035
Irodatechnikai eszközök	445 725
Informatikai eszközök	1 517 450
szűrést, állapotfelmérést támogató eszközök	484 000
demonstrációs, szemléltető eszközök	1 183 530
mozgásprogramokhoz szükséges eszközök	1 128 250
Egyszeri beruházási igény összesen	9 485 990

4. táblázat
Az EFI átlagos infrastrukturális költségigénye
Forrás: Malbaski N., 2014

Összefoglalva, a számítások alapján hozzávetőlegesen 9,5 millió forint szükséges átlagosan egy Egészségfejlesztési Iroda kialakításához és felszereléséhez. Ez az összeg természetesen jelentősen bővíthető állapotfelméréseket, szűréseket, mozgásprogramokat és szemléltetést szolgáló eszközök további beszerzésével. Amennyiben különbséget teszünk kicsi, közepes vagy nagy járásban működő EFI-k kialakításához és felszereléséhez szükséges beruházási költségigények között, akkor a becsült összeg 7,5 millió és 18 millió Ft közötti változása feltételezhető, mivel számos olyan beruházási tétel van, amely függetlenül a járás méretétől szükséges az EFI-k megfelelő működéséhez.

MŰKÖDÉSI KÖLTSÉGEK

A teljes országos hálózat éves működési költségének becslésekor különbséget tettünk az egyes leendő EFI-k működési területének (járás lakosságszám) mérete között.

A működési költségek összeállítása során a módszer az volt, hogy költség soronként külön-külön meghatározásra kerültek a kicsi, illetve a nagy Egészségfejlesztési Irodák becsült működési költségei, míg a közepes EFI-k esetében a kicsi és nagy EFI-k működési költségvetését alapul véve egy közbülső érték került meghatározásra a legtöbb költség sor vonatkozásában.

E módszertant alkalmazva három lehetséges forgatókönyvre, az (1) ideális, optimista scenárióra; (2) minimális, pesszimista scenárióra; (3) közbülső scenárióra kerültek kidolgozásra az átlagos működési költségvetések az egyes EFI kategóriákban:

Az 1. lehetséges forgatókönyv esetében a működési költségvetések meghatározásához a már meglévő működési tapasztalatok szolgáltak alapul. Ez a scenárió az „ez lenne az ideális” esetet jeleníti meg.

A 2. lehetséges forgatókönyv az EFI-k működésének minimál verzióját tükrözi. Kiindulásként a TÁMOP pályázati útmutatójának C10. „A projekt befejezése és a fenntartási kötelezettség” című fejezete szolgált, amelyben részletesen leírásra kerültek az Egészségfejlesztési Irodákkal szembeni

minimum szakmai elvárások a fenntartási kötelezettségekre vonatkozóan.

A 3. lehetséges, közbülső forgatókönyv esetében a működési költségvetések az 1. és 2. scenárió átlaga alapján kerültek meghatározásra.

OPTIMISTA FORGATÓKÖNYV

Ideális esetben a különböző lakosságszámú járásokban működő EFI-k hozzávetőleges éves működési költségvetése a számítások szerint az 5. táblázatban látható módon alakul:

Éves becsült működési költségvetés (adatok e Ft-ban, kerekített összegek)	EFI méret szerinti kategorizálása		
	Nagy EFI	Kicsi EFI	Közepes EFI
Személyi jellegű kiadások	18 336	11 370	14 696
Szakmai anyagok, anyagjellegű eszközök, költségek	1 904	818	1 362
Üzemanyagköltség	468	334	401
Külső közreműködők	24 374	12 684	17 150
Általános költségek összesen	2 400	1 200	1 440
Kommunikáció, PR	6 274	2 492	3 959
Összesen	53 756	28 898	39 007

5. táblázat

Éves becsült működési költségvetés optimista forgatókönyv esetén

Forrás: Malbaski N., 2014

A nagyobb EFI-k éves működési költségvetése 53,8 millió Ft körül, a közepes méretű EFI-ké 39 millió Ft, míg a kicsi EFI-k éves működési költségvetése 28,9 millió Ft körül alakulna, amennyiben egy optimista, ideális forgatókönyvet veszünk alapul.

Érdekességként említendő, hogy a nagyobb méretű Egészségfejlesztési Irodák becsült éves működési költségvetése hozzávetőlegesen megegyezik a TÁMOP pályázatokban meghatározott maximálisan igényelhető támogatási mérték éves arányos összegével (ha még figyelembe vesszük ebből az egyszeri beruházási költségeket is). A kicsi és közepes EFI-k esetében is, de főként a kisebb EFI-k esetében a kalkulált éves működési költségvetés jóval alatta van annak, amit a TÁMOP pályázatok során anno maximálisan igényelhettek (és természetesen igényeltek is) a pályázatot benyújtók. Ez is mutatja a pályázati kiírás erre vonatkozó előírásainak aránytalanságát, mert nem tett különbséget az egyes EFI-k által „ellátandó” járások nagysága és lakosság számuk tekintetében.

PESSZIMISTA FORGATÓKÖNYV

A pesszimista éves működési költségvetés összeállításakor az optimista forgatókönyv jelentette a kiindulási alapot. Az egyes költségvetékek olyan mértékben kerültek csökkentésre, hogy az EFI-k még megfeleljenek a minimális elvárásoknak.

A nagyobb EFI-k éves működési költségvetése 28,9 millió Ft körül, a közepes méretű EFI-ké 22,5 millió Ft, míg a kicsi EFI-k éves működési költségvetése 18,9 millió Ft körül alakulna (6. táblázat).

Éves becsült működési költségvetés (adatok Ft-ban)	EFI méret szerinti kategorizálása		
	Nagy EFI	Kicsi EFI	Közepes EFI
Személyi jellegű kiadások	9 459	8 271	9 063
Szakmai anyagok, anyagjellegű eszközök, költségek	1 523	654	1 089
Üzemanyagköltség	328	234	281
Külső közreműködők	12 260	7 250	9 086
Általános költségek összesen	2 100	1 092	1 236
Kommunikáció, PR	3 233	1 352	1 777
Összesen	28 903	18 853	22 533

6. táblázat

Éves működési költségvetés nagysága Egészségfejlesztési Irodáként pesszimista forgatókönyv alapján

Forrás: Malbaski N., 2014

Az optimista scenárióhoz képest a nagy és a közepes EFI-k esetében ez hozzávetőlegesen 43-47%-os csökkenés, míg a kicsi EFI-k esetében 35% körüli.

KÖZBÜLSŐ FORGATÓKÖNYV

A közbülső forgatókönyv leegyszerűsített módon az optimista és a pesszimista scenárió költségigényeinek egyszerű átlagolásával került meghatározásra. A becslések alapján az éves működési kiadások összege a nagy, a közepes és a kicsi EFI-kre nézve rendre 41,3 millió Ft; 30,8 millió Ft és 23,9 millió Ft nagyságrendben alakulna.

TELJES ÉVES MŰKÖDÉSI KIADÁSOK BECSÜLT NAGYSÁGA

Első lépésben a már felállított és jelenleg is működő 58 darab Egészségfejlesztési Iroda fenntartásához és további működéséhez szükséges éves költségvetések összegzése készült el. A jelenlegi 58 EFI további működésének éves becsült költségigénye az optimista forgatókönyv alapján 1,89 milliárd Ft lenne, míg a pesszimista esetben 1,18 milliárd Ft, de a közbülső esetben is 1,54 milliárd Ft (7. sz. táblázat).

Amennyiben figyelembe vesszük, hogy a TÁMOP 6.1.2/11/3 és a TÁMOP 6.1.2/LHH/11/B pályázatok során nyert projektekre összesen 6,96 milliárd Ft értékben szerződtek le a projekt megvalósítás időszakára, akkor azt mondhatjuk, hogy arányosítva egy évre a becsült kiadási szint még az optimista esetben is jóval alatta marad a pályázatban meghatározott és ki is használt (a beruházási kiadásoktól már megtisztított) összegnek. Optimista, ideális esetben kb. 40%-kal alacsonyabb, a pesszimista esetben 64%-kal, míg a közbülső esetben 50%-kal (7. táblázat).

A jelenleg is működő 58 EFI teljes éves működési költségvetése (e Ft)	Lehetséges forgatókönyvek		
	Optimista	Pesszimista	Közbülső
A 4 db nagy EFI összes éves működési költségvetés	215 023	115 613	165 318
A 42 db kicsi EFI összes éves működési költségvetés	1 213 698	791 816	1 002 757
A 12 db közepes EFI összes éves működési költségvetés	468 081	270 390	369 236
ÖSSZESEN	1 896 802	1 177 820	1 537 311

7. táblázat

A jelenlegi 58 EFI éves működési költségvetésének nagysága az egyes forgatókönyvek alapján

Forrás: Malbaski N., 2014

A teljes országos, minden járásra kiterjedő EFI kiépített-ség esetében az egyszeri beruházási költségigény a fennmaradó 140 járás esetében összesen 1,33 milliárd Ft egyszeri kiadást eredményezne.

Természetesen egyszeri beruházási költségekről van szó, de nem szabad megfeledkezni a beszerzendő mobil-ák, eszközök amortizációja, elhasználódása miatti későbbi pótlás költségeiről, illetve az idővel szükségessé váló felújítási költségekről sem, amelyek felmerülnek majd a jövőben.

A valamennyi járásban felállításra kerülő Egészségfejlesztési Irodák fenntartása és működtetése az optimista (ideális) verzióban 6,7 milliárd Ft körül, a pesszimista verzióban 4,1 milliárd Ft körül, míg a közbűlő scenárió esetében 5,4 milliárd Ft körül alakulna (8. táblázat).

A teljes országos EFI-hálózat éves működési költségvetése (e Ft)	Lehetséges forgatókönyvek		
	Optimista	Pesszimista	Közbűlő
A 20 nagy EFI összes éves működési költségvetés	1 075 114	578 066	826 590
A 131 kicsi EFI összes éves működési költségvetés	3 785 580	2 469 713	3 127 647
A 47 közepes EFI összes éves működési költségvetés	1 833 318	1 059 029	1 446 174
ÖSSZESEN	6 694 013	4 106 808	5 400 411

8. táblázat

Teljes országos EFI kiépítettség éves működési költségvetése

Forrás: Malbaski N., 2014

MEGBESZÉLÉS

A célunk az volt, hogy az eddigi valós tapasztalatok alapján becslést adjunk arra vonatkozóan, hogy hány százalékosan mennyibe kerülne a jelenlegi 58 EFI iroda, továbbá az országos kiépítettség fenntartása és működtetése.

Terjedelmi okok miatt a vizsgálat tárgya kizárólag az Egészségfejlesztési Irodák egyszeri beruházási igényeinek és működési költségvetéseinek meghatározására korlátozódik. Nem szabad azonban megfeledkezni arról, hogy az EFI-k működése számos más költségvonzattal is jár. A beszerzett eszközök egy részét idővel pótolni kell, tehát folyamatosan számolni kell pótlási költséggel. Az Egészségfejlesztési Irodák hálózatba kapcsolásának és a hálózat fenntartásának szintén vannak szervezési és igazgatási költségei (melyeket ideig-óráig lehet ugyan Unió forrásból biztosítani). Jelentkeznek költségek az EFI hálózat szakmai koordinációját és a bázist biztosító intézménynél, és nem utolsósorban az EFI-k tevékenységének köszönhetően (elsősorban az állapotfelmérési, szűrési tevékenységek miatt) várhatóan az Egészségbiztosítási Alap vonatkozásában is átmenetileg keletkeznek többletköltségek – laborvizsgálatok, kiszűrt betegek továbbküldése az ellátórendszerbe további vizsgálatokra, illetve kezelésekre, míg más sorokon (sürgősségi ellátás, járó és fekvőbeteg szakellátás igénybevételében) idővel megtakarításokat remélünk.

A pályázati útmutató számos támpontot biztosított az EFI-k működésének kialakításához, azonban legnagyobb részben a pályázókra hagyta, hogy azt hogyan és milyen formában valósítják meg. Egyik oldalról ez egy helyes megközelítés volt, mivel nem lehet egy az egyben ugyanazt a modellt minden járásra ráhúzni. A probléma azonban abban

rejlik, hogy a megkérdezett szakmai vezetők vagy projektmenedzserek mindegyike azt mondta, hogy az EFI-k eddig nem kaptak olyasfajta iránymutatásokat, útmutatókat, szakmai támogatásokat, amelyek éppen a megvalósításban segítenének, és amelyekre nagy szükségük lett volna.

Az eredeti felállás és tervek alapján az Országos Egészségfejlesztési Intézet (OEFI) az a szervezet, amely biztosítani hivatott az EFI-k munkájához szükséges szakmai bázist: koordinációt, minőségbiztosítást ad a feladatellátásban, útmutatókkal, háttéranyagokkal segíti az EFI-k munkáját. Ennek érdekében került kidolgozásra az a kiemelt projekt, mely kedvezményezettje az OEFI lett (TÁMOP-6.1.1/12/1) [7]. Az EFI-k jogosan várják az OEFI-től a módszertani útmutatásokat, mit és hogyan csináljanak, az OEFI viszont az EFI-ktől várja a gyakorlati megvalósítási lehetőségeket, hogy összegyűjtve ezeket, megteremtse a szakmai alapot.

Véleményünk szerint az időzítéssel lehetett a probléma: az EFI-k felállítását megelőzően módszeresen fel kellett volna már készíteni a szakembereket és munkatársakat, továbbá módszertani anyagokat, a megvalósításhoz támpontokat nyújtó útmutatókat már korábban ki kellett volna dolgozni, amelyeket a kezdetek kezdetén az EFI-k rendelkezésére bocsáthattak volna, iránymutatásokkal segítve őket leendő működésükben. Az – ezt a célt szolgáló – kiemelt projektnek fél-egy évvel meg kellett volna előznie az EFI-k létrehozására kiírt pályázatokat annak érdekében, hogy a szakmai, módszertani, szervezeti támogatás időben érkezzen a nagy kihívást jelentő új szervezeti egységek kialakítása érdekében. A tisztánlátás végett meg kell jegyezni, hogy e késedelmek háttérben nagyrészt a szakmai támogató és az egészségkommunikációs hálózatok kiépítését célzó kiemelt pályázatok megvalósításának elhúzódásai állnak. A program országos kiterjesztése és standardizálása során ugyanakkor már nélkülözhetelenné válik az országos szintű módszertani támogatás, az irányelvek, eljárásrendek kidolgozása, fejlesztése, információk rendszerezése, legjobb gyakorlatok összegyűjtése és megosztása, képzések, továbbképzések szervezése.

Szerencsés helyzetben voltak és vannak azon járasok lakosai, ahol az EFI-k megfelelően működnek. Ez bizonyosan több tényezőnek is köszönhető: sikerült megfelelő szakembert találni az egyes feladatkörökre. Sikerült magának a projektgazdának is a teljes támogatását megszerezniük és élvezniük. Sikerült kiépíteniük egy megfelelő partnerhálózatot, amely ugyancsak kulcstényező az EFI-k működését tekintve. Sikerült megérteniük, hogy miben hozhatnak újat az EFI-k és hogyan állhatnak az egészségfejlesztés szolgálatában. Nem utolsósorban sikerült olyan projektmenedzsmentet felállítani, amely hatékonyan tudja segíteni az EFI-k működését az uniós pályázati rendszerben. A közel másfél éves működési tapasztalatok alapján világossá vált, hogy azok az EFI-k képesek eredményesek lenni, és proaktívan működni, ahol megértették az EFI-k életre hívásának valódi lényegét, akik valóban elkötelezettek az egészségfejlesztés és az egészségtudatosság növelése iránt, és ennek mentén tevékenykednek.

A probléma az, hogy mind a mai napig nem sikerült magukat az Egészségfejlesztési Irodákat szakmailag elhelyezni a rendszerben. Az egészségpolitikusok, az egészségügyért munkálkodó államigazgatási szakemberek, az egészségügyi szolgáltatók, de maguk az EFI-k sem tudják, hogy igazából hol van az EFI-k tényleges helye a rendszerben. Mielőtt a döntéshozók a további működésükről döntenének, a legfontosabb,

hogy végre sikerüljön elhelyezni őket az ellátórendszerben, egyértelműen meghatározva az EFI és a többi szereplő viszonyát, összehangolva a feladat-, hatás- és kompetenciaköröket, és biztosítva az EFI-knek a megfelelő jogi és szakmai háttérrel, a működési feltételeket, és nem utolsósorban a támogatottságot és elfogadottságot más egészségügyi szolgáltatók és az államigazgatási szervek részéről is.

A cikk Malbaski Nikoletta 2014 novemberében az ELTE TáTK Egészségpolitika, tervezés és finanszírozás mesterszakára – bírálatra – leadott, „Az egészségfejlesztés új szervezeti iránya Magyarországon: az Egészségfejlesztési Irodák hálózatának létrehozása, a folyamatos működés és fenntarthatóság szervezeti és pénzügyi kérdései” című szakdolgozata alapján készült [8]. A szakdolgozati konzulens Dr. Dózsa Csaba volt, aki hasznos tanácsaival segítette a szakdolgozat megírását. Köszönet mindazon szakmai vezetőknek, projektmenedzsereknek, akik segítséget nyújtottak a munka során.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Ádány R. és Vokó Z.: Hungarian public health – ups and downs in the last 20 years, *European Journal of Public Health*, 2014, 24(3) p. 252-253.
- [2] Dózsa Cs.: Struktúra-váltás az egészségügyben – a kórházak stratégiai mozgásteret a 2000-es években, *IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja*, 2011, 10(3). p. 22-28.
- [3] Egészséges Vásárhely Program, www.evp.hu
- [4] Szörényiné, V.G., Moizs M., Repa, I.: Egy gyógyító intézet innovatív szerepvállalása a népegészségügy területén, *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 50(1). p. 21-24.
- [5] Szörényiné, V.G., Moizs M., Repa, I.: Innováció a népegészségügyben: A Kaposi Mór Oktató Kórház innovatív szerepvállalása a népegészségügy területén. *IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja*, 2012, XI. 4., p. 35-41.
- [6] TÁMOP – 6.1.2/11/3 kódszámú „Egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramok a kistérségekben” című és a TÁMOP – 6.1.2/LHH/11/B kódszámú „Egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramok a leghátrányosabb helyzetű kistérségekben” című pályázatok pályázati útmutatói.
- [7] Kovács Zs., Kaló A. (2014): TÁMOP-6.1.1/12/1 Egészségfejlesztési szakmai hálózat létrehozása c. kiemelt projekt bemutatása. http://www.oefi.hu/efi/eloadasok/eloadas_tamop_611_KZS_KA_OEFI.pdf
- [8] Malbaski N. (2014): „Az egészségfejlesztés új szervezeti iránya Magyarországon: az Egészségfejlesztési Irodák hálózatának létrehozása, a folyamatos működés és fenntarthatóság szervezeti és pénzügyi kérdései. Szakdolgozat, az ELTE TáTK Egészségpolitika, tervezés és finanszírozás mesterszakája.

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Malbaski Nikoletta közgazdász, a Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetem Gazdálkodási szakán, Pénzügy főszakirányon és Európai Unió mellékszakirányon szerezte a diplomáját 2002-ben, diplomamunkáját az egészségügy finanszírozásának témájában írta. 2002-től 2004-ig a Pénzügyminisztérium Társadalmi Közkiadások Főosztályán, majd 2004-től 2005-ig az Egészségügyi Minisztérium Közgazdasági Helyettes Államtitkárság Köz-

gazdasági Elemző Irodáján dolgozott. 2005. május – 2006. június között a Közgazdasági és Ágazatfejlesztési Helyettes Államtitkár titkárságvezetője, 2012 szeptemberéig az Emberi Erőforrások Minisztérium Egészségügyi Államtitkárságán osztályvezető. 2012 októberétől a Med-Econ Kft-nél dolgozik, mint egészségügyi finanszírozási és technológiai elemző. Az ELTE-TáTK Egészségpolitika, tervezés és finanszírozás mesterképzési szak Egészség-gazdaságtani szakirány végzős hallgatója, diplomáját várhatóan 2015 januárjában szerzi meg.

Dr. Dózsa Csaba bemutatása lapunk XIII. évfolyamának 2. számában olvasható.