

Gondozni vagy nem gondozni? Ha a gondozás társadalmi haszna nagyobb, mint költsége, akkor miért nem valósul meg?

Dr. Kalapos Péter

Elméleti Biológiai Kutatócsoport, Budapest,

Józsefvárosi Egészségügyi Szolgálat, VIII. TÁMASZ Gondozó, Budapest

A kémiai szerhasználat egyaránt jelentős anyagi terhet ró a szerhasználóra és a társadalomra. Ugyanakkor társadalmi szinten a kémiai szerhasználók kezelése esetén a társadalmi haszon meghaladja a kezelés költségeit. Miközben a költség-haszon vizsgálatok az egészségügyben is teret nyernek, érthetetlen, hogy azok eredményeit miért nem veszik figyelembe a magyarországi addiktológiai ellátás finanszírozásánál? Az adatok azt mutatják, hogy a meglévő rendszer már nem alkalmas az addikt betegek ellátásában tartására. Így jelentős létszámú betegcsoportok maradnak ellátatlanul. A negatív trendek megfordítása minőségügyi beavatkozásokkal már nem lehetséges. A szóba jöhető változtatási irányok: szemléletváltás a finanszírozásban (prevenció primátusa a már bekövetkezett betegség kezelésével szemben), az allokációs hatékonyság figyelembe vétele, centralizáció, civil és területi ellátók megerősítése, és a szakemberképzés. Az allokációs hatékonyság egy win-neutral helyzet, amikor az addiktológiai betegellátást úgy fejlesztik, hogy például ne drága belgyógyászati ágyon, hanem addiktológiai ellátásban gyógyuljon az addikt beteg!

To tend or not to tend? Why tending of addict clients is avoided whereas the social benefit of tending is higher than the cost of treatment? The use of chemical substances poses a significant financial burden on the drug user and the society, too. At the same time, social benefits in the treatment of chemical substance abusers exceed the costs of their treatment. While cost-benefit studies are gaining ground in healthcare, it is unclear why their results are not taken into account in the financing of addictology care in Hungary? Data show that the existing system is no longer suitable for the treatment of addicted patients. Thus, large groups of patients remain without treatment. Reversal of negative trends cannot be overcome with quality interventions. The possible directions of change: a change of approach in funding (the preference of prevention over the treatment of already existing disease), the consideration of allocation efficiency, centralization, the strengthening of civil and territorial providers, and the training of professionals. Allocation efficiency is a win-neutral situation when the addicted patient care is developed to heal, for example, not on an expensive hospital bed, but in an addictology ambulatory unit.

BEVEZETÉS

Minden korban léteztek, és mind a mai napig léteznek, a közgondolkodást meghatározó gondolati rendszerek, amelyeket uralkodó nézetként, ideológiaként, vagy talán általánosan elfogadott, zárt nézetrendszerként, paradigmaként írhatunk le. E gondolati rendszerek alkalmanként dogmává nemesülnek, és gyakorta még a tényekkel is dacolva továbbélnek, és az új megoldások keresésének gátjává válnak. Napjainkban az egészségügy területén három ilyen dogmával szembesülhetünk: bizonyítékokon alapuló módszerek alkalmazásának abszolutizálására, kizárólagosságára törekvés, valamint annak hangoztatása, hogy az ellátás minőségének fejlesztése és a költséghatékonyság javítása meghatározó egészségügyi prioritássá váltak.

De ha a fentiek igazak, vagyis

- I., a bizonyítékokon alapuló módszerek alkalmazása kívánatos az orvosi gyakorlatban,
- II., az egészségügyi ellátás minőségének fejlesztése prioritás, és
- III., az ellátás költséghatékonyságának javítása általános cél,

akkor jogosan merül fel az a kérdés, miként és miért lehetséges az, hogy ezek az elvek nem érvényesülnek. A vizsgálatunk tárgyává tett egyik orvosi szakág területén, az addiktológiában, ez bizonyosan így van. Ezért mindenképp eldöntendő, hogy az addiktológia szabályt erősítő kivétel-e, vagy pedig általános gyakorlatról van-e szó?

Jelen munkánkban egy ilyen, a tényeknek ellentmondó, hibás koncepcióra épülő és hosszútávon közegészségügyi veszélyeket is magában rejtő egészségügyi igazgatási és finanszírozási anomáliát veszünk röviden górcső alá. A helyzetet súlyosítja a magyar egészségügy immáron súlyos, egyes szakterületeken tragikus humán erőforrás helyzete, amely alól természetesen a vizsgált szakterület sem kivétel. A dolgozat témáját az addiktológiai gondozás rendszere, annak finanszírozása és mindezek hosszú távú negatív hatásai adják. Néhány alapvetést követően a fenti felvetések vizsgálatát tűzte ki célul a szerző, és jut arra a következtetésre, hogy az orvosi lobbicsoportok befolyása találkozásszerűen a politikai döntéshozók érdekeivel a meghatározó az egészségügyi döntéshozatalban, nem pedig a közellátás iránti szükséglet.

NÉHÁNY DEFINÍCIÓ RÖVIDEN

Az addiktológiai betegek gondozása: Az addiktológiai gondozás az a tevékenység, amelynek során az addiktológus/pszichiáter szakorvos által vezetett munkacsoport meghatározott területen él, hosszan tartó addiktológiai betegségekben szenvedők folyamatos észlelését és gyógyítását területi ellátási kötelezettséggel végzi, és rehabilitációját a betegség teljes folyamatában segíti.

Alacsonyküszöbű szolgáltatás: A droghasználók által könnyen, esetleg azonnal elérhető programok összefoglaló neve, mely szolgáltatások részeként az absztinencia nem követelmény és nincsenek terápiás szerződések sem. A civil szervezetek által nyújtott szolgáltatások jellemzően ilyen programok.

Magas küszöbű szolgáltatás: A kémiai szerhasználók egészségügyi ellátását végző, döntően állam által fenntartott egészségügyi intézmények, ahol a szolgáltatások részeként az absztinencia elérése célként megfogalmazódik.

Költség-haszon vizsgálat: egy beavatkozás valamennyi költségének és pénzügyi hasznának egybevetése, vagyis mind a költségeket, mind a klinikai eredményeket pénzben mérik. A pénzben ki nem fejezhető hatótényezőket meg nem határozhatóként vonják be az értékelésbe. Könnyű belátni, hogy a kimenet megválasztása befolyásolja az eredményt.

Költség-hatékonyság vizsgálat: az azonos célú egészségügyi beavatkozások eredményességét és költségeit hasonlítja össze.

A költség-haszon és a költség-hatékonyság elemzések a különböző döntési változatok közül való választást alapozzák meg. A költség-haszon elemzés eredményei alapján kiválasztható a társadalom számára az optimális cél és egyben az ehhez kapcsolódó megoldás is, míg a költség-hatékonyság elemzés eredményei alapján egy adott cél elérésére alkalmazandó optimális megoldás választható ki. Szemben a költség-haszon elemzéssel, az egészségnyerést az élethossz és az életminőség valamilyen kombinációjában fejezik ki, leggyakrabban életminőséggel korrigált életevekben (QALY – Quality Adjusted Life Years), ritkábban funkcióvesztéssel korrigált életevekben (DALY – Disability Adjusted Life Years).

A HÁROM ÁLLÍTÁS VIZSGÁLATA

Állítás. A korábban említett és vizsgálni kívánt állítások evidensnek tűnnek, mondhatni a csapból is ezek folynak, de abszolutizálásuk nem csupán csapdát rejt magában, hanem úgy általánosságban, és egyáltalán a mai helyzetre, az állítások Magyarországon bizonyosan nem is igazak.

Bizonyítási kísérlet 1. A bizonyítékokon alapuló orvoslás (Evidence Based Medicine, EBM) egy új paradigma, melyben az orvos a megbízható, rendszerszerűen feldolgozott tudományos bizonyítékok, valamint saját klinikai tapasztalata és a beteggel történő konzultáció alapján eldönti, mely lehető-

ség választása nyújtja a leghatásosabb, a leghatékonyabb és legmegfelelőbb megoldást az adott beteg egy adott betegségére, és megszünteti az intuíció, a nem rendszerezett klinikai tapasztalat és a patofiziológiai logika befolyását a döntéshozatalra [1]. Itt és most nem fejtjük ki, hogy mennyire tekinthetők tudományos bizonyítékoknak az úgynevezett tudományos bizonyítékok. Szimplán elfogadjuk, hogy az a tudományos bizonyíték, amit a kor szakemberei annak tartanak. A legmegfelelőbb szó definiálása is szükséges lenne! Talán az a legmegfelelőbb eljárás, ami a beteg életvezetési kompetenciáját növeli. De vajon költséghatékony is egyben? És miként kell dönteni, ha a beteg szempontja és az anyagi érdekek/lehetőségek ütköznek? Erre látszólag az orvosi etika ad választ, de a finansiális döntéseket nem orvosok hozzák.

A legerősebb bizonyítékok a meta-analízisek, a szisztematikus összefoglaló tanulmányok és a randomizált, kontrollált vizsgálatok eredményei [2]. Az EBM megjelent az addiktológiában is [3]. Bár napjaink orvostudománya nem a spirituális világ terméke, mert objektívizmuson és realizmuson (eltelünk e két fogalom kritikus elemzésétől), vagyis egyre inkább az EBM-en (például protokollok) alapszik, azért azt semmiképp sem feledhetjük, hogy az orvosi tradíciók mégis csak a kulturális evolúció termékei és erősen spirituális kötődésűek [4-6]. Továbbá, az esetek nem elhanyagolható hányadában még ma is híján vagyunk a megfelelő tudásnak (a megfelelő tudás persze kor- és így egyben kultúrafüggő). Ezekben a helyzetekben az orvos tapasztalata és intuíciói nagyban hozzájárulhatnak az eredményességhez.

Csapdát jelent a megatrial paradoxon jelensége is. Közismert tény, hogy az elvárt szignifikancia-szint és a minta elemszámának viszonya pozitívan korrelál, vagyis nagyobb szignifikancia-szint eléréséhez nagyobb elemszám kell. Ám minél nagyobb számú esetre van szükség valamely összefüggés, egy módszer hatásossága bizonyítására, feltehetően annál kisebb az állítás biológiai relevanciája, a módszer hatásossága [7]. És annál nehezebb egy úgynevezett homogén csoport összeállítása, ami a klinikai mintától bizonyosan eltér, így meghatározza az eredményesség és a hatásosság viszonyát.

Bizonyítási kísérlet 2. Az egészségügyi ellátás fejlesztése prioritás. Az állítás a számok viszonylatában másként, enyhe túlzásként, jelenik meg, mert a 2003-tól 2015-ig terjedő időszakot felölelő magyar statisztikai adatok inkább forráskivonásra, mintsem forrásbővítésre utalnak (1. táblázat). És mindez úgy ment végbe, hogy a medicina egyes területein fejlesztések történtek, vagyis a szakmák támogatottsága meglehetősen divergált. Ennek egyik vesztese az addiktológiai ellátás volt. Miként egy korábbi dolgozatunkban rámutattunk, a minőségbiztosítás eszköztárának alkalmazása legfeljebb az egészségügyi ellátás színvonalromlásának az ütemét képes csillapítani, de semmiképp sem alkalmas a csökkenő forrásoldal negatív hatásainak ellensúlyozására

[8]. Ebből következően létezik egy olyan kritikus pont, amit - ha a közfinanszírozás csökkenése elér - az ellátórendszer dezintegrálódik [8].

Év	Az egészségügyi kiadások GDP-aránya (%)	Az állami egészségügyi kiadások GDP-aránya (%)	Állami prevenció (milliárd Ft)	Prevencióra fordított teljes költség (milliárd Ft) ^a
2003	8.1	5.7	51,1	77,3
2004	7.8	5.5	49,0	74,7
2005	8.0	5.7	52,9	81,1
2006	7.8	5.6	53,1	81.2
2007	7.3	5.0	49,5	78.2
2008	7.1	4.9	50,8	80.4
2009	7.3	5.0	47.6	74.8
2010	7.6	5.1	52.1	79.2
2011	7.6	5.0	43.9	72.0
2012	7.5	4.9	36.2	61.4
2013	7.3	4.9	36.5	61.3
2014	7.1	4.8	38.3	62.4
2015	7.2	4.8	38.6	65.2

1. táblázat. Egészségügyre fordított kiadások alakulása Magyarországon 2003 és 2015 között.

(Forrás: www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fec001.html)

^a Önkéntes egészségügy-finanszírozási alrendszerek és háztartások ráfordításaival együtt.

Forráscsökkenés idején finanszírozási szempontból a magasabb költségű, de kevés beteget gyógyító eljárások finanszírozásának csökkentése tűnne célszerűnek [9]. Ám nem csupán az esetleges fiskális szempontokat érvényesíteni kívánó hatalom, hanem az orvosi lobbicsoportok és általuk vezetett, szervezett vagy hozzájuk csatlakozó, vagy esetleg csupán önszerveződő betegszervezetek szerepének vizsgálata is alapvető az ilyen döntések szempontjából [10, 11]. Általában, még egyazon szakmán belül is (!), a magasabb szintű ellátást nyújtó szervezetek és vezetőik lobbieréje nagyobb, mint az ellátási hierarchiában lejjebb levő szervezetek vezetőinek ereje, és még emellett számolnunk kell a potens betegszervezetek politikai és média befolyásával is, ami a racionális döntéseket nagymértékben torzíthatja ezen érdekek mentén. Mivel a közpolitikai döntéshozatal tekintetében Magyarország a kontinentális modellt követi, vagyis a folyamatot a politika primátusa jellemzi a közigazgatással szemben [12], a lobbizás és politikai befolyásolás lehetősége meglehetősen nagy. Talán ezért sem véletlen, hogy oly magas Magyarországon a korrupciós ráta! Ám, *horribile dictu* (!), a társadalomban bizonyos betegek, illetve betegségek iránt meglévő előítélet is döntést befolyásoló tényező [13]. De ez az előítélet egyes betegcsoportok irányában kultúrafüggő is lehet [14]. A tudatlanságból eredő stigmatizáció az attitűdök révén válik cselekvéssé,

diszkriminációvá [13, 14]. Az addiktológiai betegek problémás betegek és társadalmi elutasítottságuk nagy; a kábítószer-problémások elutasítottsága a felnőtt lakosság körében meghaladja a 80%-ot megelőzve a második helyen álló iszákosokat [10, 15]. A szenvedélybetegek elutasítottsága az egészségügyi szolgáltatók közt is jelentős [10].

A legolcsóbb gyógyítás a prevenció. Ám a magyar egészségügy nem megelőzés, hanem terápia centrikus. Így viszont ugyanakkora ráfordítás kevesebb társadalmi hasznot hoz. A megelőzésre fordított összeg csökkenése a fent jelzett időszakban híven visszatükrözi ezt az attitűdöt (1. táblázat). Mindez különösen elgondolkodtató annak fényében, hogy európai összehasonlításban Magyarországon igen magas az úgynevezett elkerülhető halálesetek aránya, melyek egy részéért a szenvedélybetegségek bizonyosan felelőssé tehetőek [12, 16]. És mindez annak fényében különös, hogy a megelőzésre Európai Uniósi források is rendelkezésre álltak [12]. Ugyanakkor szűrni csak akkor szabad, ha a kiszűrt beteget gyógyítani is tudjuk [10].

A megelőzés finanszírozásban elszenvedett tévesztése a megelőzés fókuszú megközelítés háttérbe szorulását jól mutatja, és erre kiváló példát szolgáltat az addiktológiai gondozók finanszírozásának megváltozása. 2011. november elsejétől az akkor még létező egészségpénztár új szisztéma szerint kezdte elszámolni és kifizetni a gondozóintézeti munkát. A gondozói tevékenységre kifizetett úgynevezett fix díjak megszűntek és létrejött a teljesítmény-alapú finanszírozás [10]. Célként minél több rászoruló gondozását, illetve eme tevékenység intenzitásának növekedését tűzték ki mindazok esetében, akik betegségük okán kénytelenek igénybe venni a szolgáltatást. A változtatás indoklása úgy hangzott, hogy a fix díjazás gondot okozott, mert egyrészt nem lehetett általa feltérképezni a gondozókban zajló tényleges munkát, másrészt pedig sajátos problémát okoztak a járóbeteg szakrendelőkből működő gondozók, mivel itt gyakorlatilag képtelenség volt pontosan elhatárolni a szakrendelést a gondozástól. Továbbá vélelmezték - és nem teljesen alaptalanul -, hogy az egy épületben, egyazon szakorvossal működtetett gondozó a szakrendelő pénzügyi puffereként is működhetett. Új finanszírozási csoportot (homogén gondozói gyűjtő kód) kreáltak és megemelték az egy gondozásra jutó és kifizethető összeget.

Egy korábbi dolgozatban már utaltunk arra a szakmai tapasztalatra, hogy az addiktológiai járóbeteg-ellátók betegköre kevésbé mobilizálható a szakrendelési típusú szolgáltatások igénybevételére, mint más gondozók betegei [10]. Továbbá a teljesítmény növelésének komoly szakmai korlátai is vannak, például az egy betegre szánt idő a végtelenségig nem csökkenhet, illetve az „itt és most” attitűd miatt az addiktív szerhasználók előjegyzésre történő ellátásának inherens akadályai vannak [8, 10].

A finanszírozás csökkenése az alacsonyküszöbű ellátásokat nyújtó szervezeteket is elérte, aminek következtében az úgynevezett ártalomcsökkentő ellátások (például túcsere, egészségügyi szolgáltatók felé irányítás) száma is csökkent [17, 18]. Mindez az amúgy is alacsony társadalmi megítélésű szervezetek helyzetét tovább rontotta és a szervezeteken belül is bizalomvesztéshez vezetett [19]. Ezzel párhuzamosan a HIV és hepatitis fertőzések száma, a növekedés veszélye is nőtt [17, 18].

Bizonyítási kísérlet 3. Ma minden gazdasági tevékenységet - így az egészségügy működését is (!) - átható uralgó közgazdasági paradigma a **költséghatékonyság**. A működés költséghatékonyságának javítása általános célként jelenik meg, ami valójában a termelő/szolgáltató ágazatokban nem más, mint a profitráta növelését jelenti, de nem számol a társadalmi veszteségekkel. Egészségügyi vonatkozásban a költség-haszon (az úgynevezett cost-benefit) vizsgálatokat jobban megfoghatónak gondoljuk, mert egyrészt az egészségügyi ellátásban komoly súllyal esnek latba a pénzben ki nem fejezhető hatótényezők, másrészt itt a „termék” és a „szolgáltatás” viszonya a többi rendszertől eltérően több egyedi sajátosságot mutat [20] és harmadrészt sokszor nem egyértelműen meghatározható a kimenet. Ez különösen igaz az addiktológiai ellátásra [21].

2567 fős kábítószer-problémás klienspopuláció vizsgálatakor a kezelés direkt költségeit a társadalom pénzügyi nyereségével összehasonlítva 1583 USD költség állt szemben 11487 USD nyereséggel, tehát a költség/haszon arány 1:7 volt [22]. 102 metadon detoxifikáción átesett beteg esetében megfigyelték, hogy minden, a kezelésre elköltött 1 dollár valójában 4.87 dollár egészségügyi megtakarítást jelentett [23]. Egy könnyen elérhető metadon fenntartó program esetén a költséghatékonysági arány 11,000 dollár/QALY, ami sokkal költséghatékonyabbnak bizonyult, mint a széles körben alkalmazott orvosi kezelések [24]. Sőt, a társadalmi nyereség még az olyan sokat kritizált szolgáltatások esetében is, mint az elterelés (büntetés helyett kezelés), kimutatható volt [25, 26]. Egy, Magyarországon eretnokségnek számító lehetőség, az ellenőrzött injekciós szobák (EIS) esetében 11 dollár költségre 2,33 dollár megtakarítás jutott, ami az Egyesült Államokban található 13 EIS esetében éves szinten 3,5 millió dollár megtakarítást jelentett [27].

Egy összefoglaló tanulmány 18 társadalmi haszon/társadalmi költség összefüggést vizsgáló közlemény eredményeit összegezve jutott arra a következtetésre, hogy ez az arány minden esetben egynél nagyobb, vagyis a kábítószer problémás egyének kezelése a társadalom számára jóval kevesebbe kerül, mint a kezelés elmaradása [28]. A WHO adatai alapján, minden drogproblémás egyén kezelésére elköltött 1 dollár az egészségügyi és szociális kiadások vonatkozásában 7 dollár megtakarításhoz vezet [29].

Alkohol esetében is hasonlóan kedvező a benefit-cost arány; pszichoterápia esetében a legkedvezőbb hatást a terápia első hat hónapjában lehet kimutatni és a benefit-cost arány az 1,89-től 39,0-ig tartományban mozgott [30, 31]. Rövid intervenció esetén 3-6:1 benefit-cost arány volt kimutatható és jelentős megtakarítással járt az acamprosate kezelés is [31]. A költséges kórházi kezelést egyre inkább felváltja a járóbeteg ellátás keretében nyújtott szolgáltatás [32]. Az alkoholproblémások kezelése csökkentette a családi terheket és növelte a minőségben eltöltött életek (QALY) számát [33].

Az irodalmi adatokat Holder az alábbiakban összegezte [26]:

- (I) Ha kezeletlen alkoholfogyasztók vagy a kábítószerfüggő személyek egészségügyi ellátást igényelnek, kezelési költségük körülbelül kétszer akkora, mint a korban és nemben megfelelő kontroll csoporté.
- (II) A kezelés megkezdése után világos tendencia mutatkozik a költségek irányváltásához és azok csökkenése észlelhető.
- (III) A kapcsolódó költségek nem mutatnak nyilvánvaló különbségeket a kezelés megkezdése előtt és után.
- (IV) Vannak életkorbeli eltérések, a kezelésben részesülő fiatalabb pácienseknél a kezelés teljes költség szintje alacsonyabb, mint az idősebb betegek esetében.
- (V) A várható életkornak a nemi alapvonalhoz való konvergenciája idővel teljesen lehetséges.

Más szavakkal nő a QALY.

Összefoglalva: nem vitás, az addiktív szerhasználók gondozása pénzbe kerül, de társadalmi szinten költséghatékony.

A TÁRSADALMI KÖLTSÉGEK

Érdemes megvizsgálni a társadalmi szinten jelentkező költségek mértékét. A társadalom vonatkozásában jelentős kiadásokról beszélhetünk. Az illegális droghasználat társadalmi költségei a millennium idején az ausztrál GDP 2%-át tették ki [34]. Az ezredfordulón az USA 21, illetve 185 milliárd dollárt költött a drog-, illetve az alkoholproblémások kezelésére [35, 36], míg Európában 2010-ben az addiktív betegségek költségeit 65,7 milliárd euróra becsülték [37]. A WHO felmérése szerint a fejlődő országok pszichiátriai és addiktológiai problémák kezelésére a GNP 3-4%-át költik. A társadalmi költségek nagyságát jól jellemzi, hogy világviszonylatban a DALY 13%-át a neuropszichiátriai betegségek teszik ki, amelyekben belül igen jelentős az addiktív betegségek (alkohol, kábítószer, dohányzás) súlya [29]. Az említett három szenvedélybetegséggel kapcsolatos halálozás az összhálaózás 12,4%-át teszi ki, illetve az e szenvedélyekhez kapcsolódó életév veszteséget világviszonylatban 8,9%-ra becsülik [6]. A közép-európai térségben a teljes betegségteher 19,9 – 31,6%-át teszik ki a neuropszichiátriai megbetegedések, melyen belül Magyarországon ez az arány 24,7% [38]. Magyarországon a mentálhigiénés problémák közgazdasági terheinek kéthar-

mada a nagy szenvedélybetegségek – alkohol- és drogfogyasztás, valamint a dohányzás – kiváltotta neuropszichiátriai zavarok költségeiből adódik [6].

Örök vitát jelent az adózás, illetve az állami bevételek kérdésköre, ami még a kannabisz legalizációs vitában is érvként szokott felmerülni. Az Amerikai Egyesült Államokban végzett kutatások feltárták, hogy az alkoholból származó forgalmi adó arányos a fogyasztással, ám az italozásból adódó külső (társadalmi) költségek nem arányosak azzal, vagyis a költségek egy részét, tetszik vagy sem, a társadalom fizeti [39]. A dohányzás vonatkozásában is a társadalom állja a költségek jelentős részét [39]. A lakosság Magyarországon szeszes italra, dohányárura és egyéb legális élvezeti szerekre 2006-ban átlagosan 34288 Ft-t költött [6]. A költés megoszlása a lakosság körében nem egyenletes, mert például az erős dohányosok nagy része az alacsony jövedelemmel rendelkező társadalmi rétegből kerül ki (átlagjövedelmük nem éri el az országos átlag 2/3-át) és náluk a legjelentősebb kiadási tétel a dohányáruk vásárlására fordított összeg jelenti [6]. A kábítószerrel előállítás, forgalmazása, megszerzése és birtoklása jogellenes cselekmény, így e vonatkozásban legális bevételhez jutni nem lehet.

AZ ELLÁTÁS MINŐSÉGE ÉS AZ AZT BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK

Az egészségügyi ellátás minőségét a szakirodalomban általában az alábbi nyolc komponens alapján ítélik meg: az ellátás hatékonysága, eredményessége, hatásossága, hozzáférhetősége, időszerűsége, folyamatossága, méltányossága, biztonsága – biztonságossága, megfelelősége és elfogadhatósága [40, 41]. Annak tudatában tekintjük át a témánk szempontjából a komponensek szerepét, hogy azok súlya az ellátás minősége szempontjából nem szükségszerűen azonos, sőt (!), és forrásérzékenységük is igen eltérő.

Az ellátást közvetlenül befolyásoló tényezők felől közelítünk a problémához és a minőségre a beteg szemszögéből tekintünk. Gergely és Szóts meghatározása szerint a páciens szempontjából az egészségügyi szolgáltatás minősége azon mérhető, hogy a szolgáltatás során a páciens mennyire érzi, hogy azt kapja, amire szüksége van [42]. A beteg számára elsődleges az ellátás hozzáférhetősége, mely implicite feltételezi annak eredményességét és hatásosságát is. Vagyis a kérdés úgy fogalmazódik meg, szükség esetén van-e olyan egészségügyi ellátó hely, ahol őt fogadják, megvizsgálják és kezelik, ez az ellátó hely milyen nehézségek árán érhető el, és milyen gyakran és hosszan van rendelés? Mindezek magukba foglalják azt a feltételezést is, hogy az ellátó helyen van orvos. Címszavakban: távolság, rendelési idő és orvos.

Budapesten vannak kerületek, melyek területén működnek addiktológiai gondozók és vannak olyan kerületek, ahol a gondozó több kerületet lát el (például a Pé-

terfy Kórházban lévő gondozó látja el a V., a VI. és a VII. kerületek betegeit). Ám vannak olyan kerületek is, ilyen például Újpest, ahol egybevonott pszichiátriai-addiktológiai rendelés folyik. Az addiktológiai rendelési idők is meglehetősen széles tartományban mozognak. A két szélsőérték: kerületek, ahol egy orvos két napra elosztva 9 órát rendel és egy másik kerület, ahol két orvos a hét minden napján, összesen 60 órában rendel. (Időbeli hozzáférési arány durván 1:7-hez.) Talán érdemes közbeszúrni, hogy a területenként igen eltérő szakorvos ellátottságban, legalábbis Budapesten, a fenntartók hozzáállása és anyagi tehetsége is szerepet játszhat. A példákat a fővárosból vettük, de vélhetően hasonlóan szélsőséges a helyzet országosan is. Összegezve: az addiktológiai ellátás térbeli és időbeli elérhetőségében nagy a szórás. Ennek vélhetően egyik, de nem kizárólagos oka a szakemberhiány lehet.

Az egészségügyi humánerőforrás hiány ma Magyarországon általánosnak mondható, még ha a szakmák helyzete nem egyformán rossz is. Egy közelmúltban megjelent tanulmány szerint a pszichiátriai ellátó rendszerben – az addiktológiát tradicionálisan a pszichiátria ernyője alá sorolják – lassan a minimumfeltételek szintjén történő ellátás humánerőforrás fedezete sincs meg [43]. Ez részben a csökkenő forgalmi adatokban is tetten érhető [43]. Az elmúlt közel másfél évtizedben az addiktológiai gondozók is csökkenő forgalmat produkáltak (2. és 3. táblázat). E csökkenő forgalom egyik oka lehet, hogy a rendszer nem tudja ellátásban tartani a rendszerbe egyszer már belépetteket, jóllehet ez szakmailag indokolt lenne (2. és 3. táblázat). Erre részben magyarázat lehet a szakemberhiány, de természetesen egy esetleges szemléleti hiba és a nem megfelelő attitűd szerepe sem zárható [44].

Év	Alkoholproblémával gondozóban kezelt betegek száma			100,000 lakosra jutó kezelt alkoholproblémás betegek száma	Az alkoholisták becsült száma
	♂	♀	összes		
2003	25607	8268	33875	334	717984
2004	24340	8879	33219	311	692000
2005	24470	8418	32888	326	432000
2006	21682	7340	29022	288	509000
2007	18778	7262	26040	259	490000
2008	14301	5670	20152	201	539000
2009	11178	3893	15071	150	559000
2010	13772	4856	18984	190	522000
2011	11675	3907	16035	161	475000
2012	8108	3277	11385	115	434000
2013	8651	3762	12413	126	390000
2014	11188	3556	14744	150	408000
2015	11329	4354	15683	160	393000

2. táblázat A regisztrált alkoholproblémás betegek és a becsült alkoholisták száma Magyarországon 2003 és 2015 között, a KSH éves jelentései alapján

Év	Drogproblémával kezelt regisztrált beteg			Első alkalommal kezelésen megjelenők száma	Rendszerből eltűnt betegek száma ^a
	♂	♀	összes		
2003	9267	5726	14993	5958	3802
2004	9477	4688	14165	5655	6423
2005	9931	4862	14793	6319	5691
2006	10477	5003	15480	5673	4986
2007	8942	4655	13597	4050	5933
2008	9264	5089	14353	4635	3879
2009	7966	5144	13140	3802	5015
2010	9854	7069	16923	5337	2554
2011	10858	5292	16150	5781	6534
2012	9662	6354	16016	5883	6017
2013	7906	4208	12114	4864	8766
2014	9878	4390	14268	6866	4712
2015	8833	3517	12350	5566	7484

3. táblázat. A regisztrált drogbetegek, az adott évben új betegként megjelent drogbetegek és a rendszerből eltűnt drogbetegek számának alakulása Magyarországon 2003 és 2015 között, a KSH éves jelentései alapján

^a A rendszerből eltűnt drogbetegek számát az alábbi képlettel számoltuk ki:

$$D_i = H_{i-1} + N_i - H_i, \text{ ahol}$$

D_i = az adott évben a rendszerből eltűnt drogbetegek száma,

H_{i-1} = droghasználók az előző évben

N_i = az adott évben kezelésre első alkalommal jelentkező drogbetegek száma,

H_i = droghasználók az adott évben.

A fent tárgyalt három tényező döntő befolyással bírhat a többi tényező tartalmára is, mert az ellátás időszerűsége, folyamatossága, méltányossága, biztonsága és biztonságossága, megfelelősége és elfogadhatósága a fentiek függvénye. Az ellátás időszerű, ha az megfelelő időben történik, és ez összefügg a folyamatossággal is. Mindkettő a beteg állapotának függvénye, hiszen egy alkoholemegvonási tüneteket mutató beteg esetében más az időskála, mint egy etilfogyasztásról már leszokott és gondozott beteg esetében. Kérdés, hogy az első beteg esetében, egy heti két alkalommal történő rendelés mennyire tudja biztosítani az időszerűség és folyamatosság iránti igény kielégítését, és mennyire tereli át a problémát egy másik alrendszer, a fekvőbeteg ellátás irányába. Ezzel egyben eljutunk ahhoz a kérdéshez is, hogy mennyire biztonságos, megfelelő és adott esetben elfogadható az ilyen ellátás hosszmet-szetben. Ezek a kérdések még akkor is felmerülnek, ha a keresztmetszetben (orvos-beteg találkozás) aktuálisan a fentiek (biztonságosság, megfelelőség, elfogadhatóság) biztosítottak, mert a betegség iránya lehet súlyosbodó is. Továbbá, rövidebb rendelési idő mellett a megjelenő betegek száma is jelentősebb lehet, és mivel minden beavatkozás időkorlátos, így felmerül, mennyire biztosítható a beteg számára a bizalmasság, amit szintén az ellátás minősége egyik dimenziójának tekinthetünk [40]. Mivel a kérdést egy

korábbi dolgozatunkban részletesen körbejártuk, bővebb tárgyalásától itt eltekintünk [8].

Ám az említett problémák elvezetnek ahhoz a kérdéshez, hogy valójában mennyire méltányos az addiktológiai betegellátás? Ha a méltányosságot úgy határozzuk meg, mint egy igazságos hozzáállás, amikor egy személy cselekedetét, kérését úgy bíráljuk el, hogy a személy erőfeszítéseit, a helyzet körülményeit is figyelembe vesszük, akkor komoly kételyeink ébredhetnek. Ha a száraz statisztikai adatokat nézzük, akkor látható, hogy az addikciós problémáktól szenvedők száma többszázeges nagyságú (2. táblázat 6. oszlop). Ugyanakkor látható, hogy a gondozókban nyilvántartott alkoholproblémás betegek száma a vizsgált időszakban csökkent, különösen a férfiak esetében (2. táblázat). A nyilvántartott drogproblémás betegek száma 2006 után inkább stagnált, illetve enyhén csökkent (3. táblázat). Fontos megjegyezni, hogy az egy évben regisztrált drogproblémások 40-50%-a eltűnik a rendszerből (3. táblázat).

A beteg viszonya az ellátás folyamatához, másképp fogalmazva együttműködése az ellátókkal (adherenciája), a kimeneti oldal eredményének meghatározó tényezője. Így az együttműködés nem megfelelő szintje az output oldali eredményt veszélyezteti. Az adherenciát negatív irányban befolyásoló tényezők között visszaköszönnek a már említett olyan tényezők – hozzáférhetőség, utazási és várakozási idő –, amelyek egyben az ellátás minőséget is meghatározó tényezők [45]. Az addiktológiai ellátás krónikus hiányállapotól (alulfinanszírozottság, humán erőforrás krónikus hiánya) szenved, amely állapot kényszerítően veti fel a változtatás szükségességét. Ennek egyik módja a minőségügyi megközelítés erőteljesebb térhódítása lehetne. A minőségügy bevezetésére érvként a szakirodalom felveti, hogy az anyagi források szűkössége által beindított lefelé spirál – a személyzet növekvő terhelése, a betegre fordított egyre kisebb figyelem és idő, az elvándorlás erősödése – mellett a minőségügy egy felfelé spirált indíthat be – segítségével megtakarítások és magasabb szintű szolgáltatás érhető el, ami jótékonyan hat vissza a személyzet közérzetére [42, 46]. Így a minőségügyi rendszer bevezetése a betegszám növekedés dacára alkalmas lehet a terápiás beavatkozások során egyébként kialakulható nagyobb hibaszázalék megakadályozására, vagy legalább mérséklésére, vagyis a betegbiztonság növelésére és jótékony hatású a beteg adherenciára is. Ám, miként egy korábbi munkánkban írtuk, nem alkalmas a folyamat megfordítására, nem képes a csökkenő forrásoldal negatív hatásainak ellensúlyozására, tehát van egy olyan kritikus pont, amit elérve a rendszer szükségszerűen dezintegrálódik [8, 9].

Az ellátás hatékonysága, hatásossága és eredményessége témánkhoz abban az értelemben kevésbé kapcsolódik, hogy egyrészt szigorú medicinális szempontokról van szó, másrészt a hatékonyság kivételével nem igazán kapcsolódnak a forrásoldalhoz, így tárgyalásuktól itt eltekintünk.

ÖSSZEFOGLALÁS

Nem vitás, az addiktív szerhasználat jelentős anyagi terhet ró úgy magára a szerhasználóra, mint a társadalomra. Ugyanakkor bemutattuk, hogy társadalmi szinten a kémiai szerhasználók kezelése költséghatékony. Azonban a gondozás csak akkor lehet hatékony, ha térben és időben könnyen elérhető. A tevékenység szempontjából az is fontos, hogy a kezelés maga szakszerű legyen. Ezek a kívánalmak egyértelműen megkövetelnék a területi ellátási kötelezettséggel bíró egészségügyi szolgáltatók és a területen működő más szervezetek együttműködését, a betegutak megrajzolását, a kompetenciák egyértelművé tételét, de leginkább az ellátók már egy évtizede megígért megerősítését. Ám ma nem ebbe az irányba haladunk.

Még a magyarországi, fokozatosan csökkenő mértékű egészségügyi finanszírozás is inkább a kialakult betegség kezelését mintsem annak megelőzését részesíti előnyben (1. táblázat). Az adatok azonban azt is megmutatják, hogy a meglévő rendszer nem alkalmas az addikt betegek ellátásban tartásához (2. és 3. táblázat). Hogy ebben mennyi a finanszírozás direkt, illetve indirekt hatása, azt a jelen adatok fényében megállapítani nem lehet. Emellett bemutattuk, hogy még Budapesten is milyen szélsőséges tartományban mozog a szakorvos-ellátottság. Ebből következően az ellátás minősége is esetlegesen mondható.

A lehangoló látélet után megpróbáljuk a szóba jöhető változtatási irányokat felvázolni. Lehetséges kitérési pontok: szemléletváltás a finanszírozásban (prevenció primátusa a már bekövetkezett betegség kezelésével szemben), az allokációs hatékonyság figyelembe vétele, centralizáció, civil és területi ellátók megerősítése és a szakemberképzés. A finanszírozásban szükséges szemléletváltozás egyik elemét, a megelőzés hangsúlyozását, már tárgyaltuk. A másik elem az allokációs (Pareto vagy társadalmi) hatékonyság lenne! Erről akkor beszélhetünk, ha a rendszer szereplői között a források elosztását akként változtatjuk meg, hogy legalább az egyik szereplő helyzetét javítjuk anélkül, hogy bármely más szereplő helyzete romlana [47]. Egészségügyi finanszírozás nyelvére lefordítva, az egyik szakma helyzetén úgy javítunk, hogy a többi helyzete nem romlik, amit egy win-neutral helyzetként is leírhatunk. Az addiktológia területén maradva, fejlesszük úgy az addiktológiai betegellátást, hogy más szakmák ne kerüljenek hátrányba. Nemzetközi és megfelelő magyarországi adatok szerint a kórházak belgyógyászati osztályain fekvő betegek között 20–40% volt alkoholproblémás [48–53]. Ezen adatok fényében megdöbbentő az a tény, hogy az esetek nem elhanyagolható hányadában még a kórházi kezelése során sem derül fény a beteg alkohol- vagy drogproblémájára [50]. Ezért vélhetően nem tévedünk, ha feltételezzük, hogy egy meglehetősen aluldiagnosztizált, ugyanakkor gyakori betegségkőről van szó (erre a statisztika is utal, lásd 2. táblázat), és a kórházakban,

szakorvosi rendelőkben gyakran a fel nem ismert alkohol- vagy más kémiai szerfüggőség következményeit kezelik meglehetősen drágán, a siker lehetősége nélkül - a kérdés orvosi aspektusainak bővebb kifejtését lásd [10, 44]. Az allokációs hatékonyság e tekintetben azt jelentené, hogy ne drága belgyógyászati ágyon, hanem addiktológiai rezsimben gyógyuljon az addikt beteg. Ez nyilvánvaló érdeksérelmekkel jár, és e helyen ismételtén utalunk az orvos-lobbik szerepére.

Bemutattuk, hogy még Budapesten is, vélhetően a ma Magyarországon általános szakorvoshiány okán, mennyire eltérő az egyes kerületek gondozói kapacitással való ellátottsága. Egy tanulmány a pszichiátriai ellátó rendszer minimumfeltételek szintjén történő működését is aggályosnak látja [43]. Az addiktológiai betegek sikeres kezelése és ellátása multidiszciplináris gyógyító stáb együttműködését, a területi ellátók és alacsony-küszöbű szolgáltatók kooperációját igényelné! Ugyanakkor más betegcsoportokkal összehasonlítva az addiktológiai betegek kevésbé mobilizálhatóak, és nehezebben tarthatók kezelésben, valamint az ebbe a betegcsoportba tartozó személyek együttműködési készsége, a betegség természetéből adódóan is, nem mindig kielégítő. Így kezelésben tartásuk gyakran jelentős ellátói aktivitást igényel, amire láthatóan a rendszer már nem képes (2. és 3. táblázat). A fragmentált ellátás nem csupán a betegbiztonságot és a hozzáférést veszélyezteti, de rontja az adherenciát is. Így egy circulus vitiosus alakul ki, ami vagy ezen betegek ellátatlanságához, vagy magasabb szintű egységek túlterheléshez vezet. Bár a térbeli elérhetőséget megnehezíti, az időbelit kiterjesztheti a kerületi ellátók összevonása, ami a humánerőforrás egyfajta centralizációjával a betegbiztonságot is növeli. Emellett megkerülhetetlen a háziorvosi szolgálat felkészítése bizonyos addiktológiai állapotok szakszerű kezelésére. Ehhez a továbbképzési rendszer átgondolása lenne szükséges.

VÉGKÖVETKEZTETÉSEK – ÜTÖTT AZ UTOLSÓ ÓRÁNK?

Jelen és korábbi két dolgozatunkat egységes láncolatként kezelve megállapíthatjuk, hogy a minőségbiztosítás eszköztárának alkalmazása az egészségügyi ellátás színvonalromlásának az ütemét ugyan képes lehet csillapítani, de nem alkalmas a csökkenő forrásoldal negatív hatásainak ellensúlyozására, és létezik egy olyan kritikus pont, amit, ha a közfinanszírozás csökkenése elér, az ellátórendszer dezintegrálódik [8]. Egy racionális döntést megalapozó modell alkalmazásával bizonyítottuk, hogy az egészségügyi ellátás a közösségi finanszírozás oldaláról teljesen sosem lesz lefedhető, ezért az állam racionális egészségügyi finanszírozási döntéseinek a betegséggyakoriságon kell alapulniuk, míg az egyén racionális döntése a kiegészítő biztosítás lehet [9]. Jelen dolgozatunkban pedig bemutattuk, hogy a háttérben meghúzódó anomáliák már a jelen helyzetben is az addiktológiai ellátórendszer diszfunkcionális működését és jelentős

létszámú betegcsoportok ellátatlanul maradását eredményezik. Véleményünk szerint ebbe az irányba halad a magyarországi addikt beteg ellátás. A negatív trendek megfordítása minőségügyi beavatkozásokkal már nem lehetséges. Az állami források elosztásának újragondolása szükséges! Még akkor is, ha ezzel egyes orvosi lobbis csoportok sérelmet szenvednek.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Guyatt G, Cairns J, Churchill D, Cook D, Haynes B, Hirsh J, Irvine J, Levine M, Levine M, Nishikawa J, Brill-Edwards P, Gerstein H, Gibson J, Jaeschke R, Kerigan A, Neville A, Panju A, Detsky A, Enkin M, Frid P, Gerrity M, Laupacis A, Lawrence V, Menard J, Moyer V, Mulrow C, Links P, Oxman A, Sinclair J: Evidence-Based Medicine. A new approach to teaching the practice of medicine, *JAMA*, 1992, 268:2420-2425.
- [2] Masic I, Miokovic M, Muhamedagic B: Evidence Based Medicine – New approaches and challenges, *Acta Informatica Medica*, 2008, 16:219-225.
- [3] Wood E, Samet JH, Volkow ND: Physician education in addiction medicine, *JAMA*, 2013, 310:1-2.
- [4] Fabrega H: Culture, spirituality and psychiatry, *Current Opinion in Psychiatry*, 2000, 13:525–530.
- [5] Kalapos MP: Pszichiátria, forenzikus pszichiátria és társadalom, *Psychiatria Hungarica*, 2014, 29:75-89.
- [6] Kalapos MP: Bevezetés az addiktológiába. Medicina Kiadó, Budapest, 2016.
- [7] Simon K: Messzire jutottunk, de útközben valamit elvesztettünk? Orvosi Hetilap, 2013, 154:1031-1037.
- [8] Kalapos MP: Minőségügy és finanszírozás, *IME*, 2014, 13(9):25-29.
- [9] Kalapos MP: Egészségügyi finanszírozás és a hisztériázis jelenség, *IME*, 2015, 14(6):8-14.
- [10] Kalapos MP: Addiktológiai gondozás/Keretek, problémák, távlatok, *Psychiatria Hungarica*, 2014, 29:308-327.
- [11] Yoder SD: Individual responsibility for health, *The Hastings Center Reports*, 2002, 32:22-31.
- [12] Bodrogi J: Néhány gondolat egészségügy, népegészségügy kapcsán, *IME*, 2010, 9(5):34-36.
- [13] Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N: Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *British Journal of Psychiatry*, 2007, 190:192-193.
- [14] Corrigan PW, Watson AC: Understanding the impact of stigma on people with mental illness, *World Psychiatry*, 2002, 1:16-20
- [15] Elekes Zs, Paksy B: Kézirat, 2003. (hivatkozás a Jelentés a magyarországi droghelyzetről, 2004 kiadványban)
- [16] Orosz É, Kollányi Zs: Egészségi állapot, egészségügyi egyenlőtlenségek nemzetközi összehasonlításban, In: Társadalmi riport 2016. szerk.: Kolozsi, T., Tóth, I.Gy., Tárki, Budapest, 2016, pp. 314-356.
- [17] Rácz J: Tücsere-programok és infekciókontroll, *IME*, 2016, 15(3):42-46.
- [18] Rácz J, Gyarmathy VA, Csák R: New cases of HIV among people who inject drugs in Hungary: False alarm or early warning? *International Journal of Drug Policy*, 2016, 27:13-16.
- [19] Rácz J, Schmelowszky Á, Gazdag G: Az addiktológiai ellátás területén bekövetkezett változások hatása egy, ezen a területen dolgozó civil szervezetre, *IME*, 2013, 12(2):34-38.
- [20] Radnai Z, Ivanova G: Az egészségügyi minőségbiztosítás dilemmái/Az auditor szemlélete es annak fontossága a tanúsítás folyamatában, *Kórház*, 2004, 11: 21-22.
- [21] Sindelar J, Jofre-Bonet M, French MT, McLellan AT: Cost-effectiveness analysis of addiction treatment: paradoxes of multiple outcomes, *Drug and Alcohol Dependence*, 2004, 73:41-50.
- [22] Ettner SL, Huang D, Evans E, Ash DR, Hardy M, Jourabchi M, Hser YI: Benefit–cost in the California Treatment Outcome Project: Does substance abuse treatment „Pay for Itself”? *Health Services Research*, 2005, 41:192–213.
- [23] Hartz DT, Meek P, Piotrowski NA, Tusel DJ, Henke CJ, Delucchi K, Sees K, Hall SM: Cost-effectiveness and cost-benefit analysis of contingency contracting – Enhanced methadone detoxification treatment, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1999, 25:207–218.
- [24] Barnett PG, Hui SS: The cost-effectiveness of methadone maintenance, *The Mount Sinai Hospital Journal of Medicine*, 2000, 67:365-374.
- [25] Mauser E, van Stelle KR, Moberg, DP: The economic impact of diverting substance-abusing offenders into treatment, *Crime and Delinquency*, 1994, 40:568–588.
- [26] Holder HD: Cost benefits of substance abuse treatment: An overview of results from alcohol and drug abuse, *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 1998, 1:23–29.
- [27] Irwin A, Jozaghi E, Bluthenthal RN, Kral AH: A cost-benefit analysis of a potential supervised injection facility in San Francisco, California, USA, *Journal of Drug Issues*, 2016, 1–21, DOI: 10.1177/0022042616679829
- [28] Cartwright, WS: Cost–Benefit Analysis of Drug Treatment Services: Review of the Literature. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 2000, 3:11–26.
- [29] WHO: Investing in mental health. Department of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health, World Health Organization, Geneva. 2003.
- [30] Fleming MF, Mundt MP, French, MT, Manwell LB, Barry KL: Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. *Medical Care*. 2000, 38:7-18.
- [31] Popova S, Mohapatra S, Patra J, Duhig A, Rehm J: A literature review of cost-benefit analyses for the treatment of alcohol dependence, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2011, 8:3351-3364.

- [32] Goodman AC: Cost-benefit analysis and alcoholism treatment, *TEN*, 2001, 3:47-51.
- [33] Salize HJ, Jacke C, Kief S, Franz M, Mann K: Treating alcoholism reduces financial burden on care-givers and increases quality-adjusted life years, *Addiction*, 2013, 108:62-70.
- [34] Shanahan M, Havard A, Teesson M, Mills K, Williamson A, Ross J: Patterns and costs of treatment for heroin dependence over 12 months: findings from the Australian Treatment Outcome Study, *Australian New Zealand Journal of Public Health* 2006, 30:305-311.
- [35] Harwood H: Updating estimates of the economic costs of alcohol abuse in the United States: Estimates, update methods, and data. Report prepared by The Lewin Group for the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2000.
- [36] French MT, Popovici I, Tapsell L: The economic costs of substance abuse treatment: Updated estimates and cost bands for program assessment and reimbursement. *Journal of Substance Abuse and Treatment*, 2008, 35: 462-469.
- [37] Gustavsson A and CDBE2010 Study Group: Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 2011, 21:718-779.
- [38] WHO | Mental Health Atlas – 2011, country profiles, www.who.int/mental_health/evidence/atlasprofiles
- [39] Manning WG, Keeler EB, Newhouse JP, Sloss EM, Wasseman J: The taxes of sin/Do smokers and drinkers pay their way? *JAMA*, 1989, 261:1604-1609.
- [40] Gulácsi, L.: A minőség koncepciója és mérése az egészségügyben. In: *Minőségfejlesztés az egészségügyben*, szerk. Gulácsi, L., Medicina, Budapest, 2000, pp. 113-142.
- [41] Belicza É, Takács E, Boncz I: Indikátorrendszer kialakítása az egészségügyi szolgáltatások értékelésére, *Orvosi Hetilap*, 2004, 145:1545-1592
- [42] Gergely T, Szóts M: *Minőség az egészségügyben*, Medicina, Budapest, 2001.
- [43] Gazdag G, Balczár L: Rendelkezésre áll elegendő orvosi humán erőforrás a jelenlegi pszichiátriai ellátórendszer működtetéséhez? *IME*, 2016, 15(9):15-20.
- [44] Kalapos MP: Az alkoholprobléma gyakoriságának vizsgálata Józsefvárosban/Betegek és orvosok körében végzett felmérések eredményei, *Orvosi Hetilap*, 2012, 153:1263-1280.
- [45] Jin J, Sklar GE, Oh VMS, Li SC: Factors affecting therapeutic compliance: A review from patient's perspective, *Therapeutic and Clinical Risk Management*, 2008, 4:269-286.
- [46] Marshall M, Øvretveit J: Can we save money by improving quality? *BMJ Quality Safety*, 2011, 20:293-296.
- [47] Gödény S: A hatékony egészségügyi ellátás alapelvei és megvalósításának lépései. In: *A klinikai hatékonyság fejlesztése az egészségügyben*, szerk. Gödény, S., Pro Die Kiadó, Debrecen, 2007. pp 233-283.
- [48] Moore RD, Bone LR, Geller G, Mamon JA, Stokes EJ, Levine DM: Prevalence, detection, and treatment of alcoholism in hospitalized patients, *JAMA*, 1989, 261: 403-407.
- [49] Marik P, Mohedin B: Alcohol-related admissions to an inner city hospital intensive care unit, *Alcohol and Alcoholism*, 1996, 31:393-396.
- [50] Canning U P, Kennel-Webb SA, Marshall EJ, Wessely SC, Peters TJ: Substance misuse in acute general medical admissions, *QJM*, 1999, 92:319-326.
- [51] Waddell TS, Hislop WS: Analysis of alcohol-related admissions in gastroenterology, cardiology and respiratory medicine, *Scottish Medical Journal*, 2003, 48:114-116.
- [52] Smothers BA, Yahr HT, Ruhl CE: Detection of alcohol use disorders in general hospital admissions in the United States. *Archives of Internal Medicine*, 2004, 164:749-756.
- [53] Vincze G, Murányi I, Túry F: Addikciós sajtóságok általános kórházi populációban a konzultációs-kapcsolati pszichiátria szemszögéből, *Psychiatria Hungarica*, 2006, 21:161-167.

NÉVJEGY



Dr. Kalapos Miklós Péter a Budapesti Műszaki Egyetemen villamosmérnöki (1980) és mérnök-tanári (1988) végzettséget, valamint doktori címet (1991), a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen általános orvosi (1986) diplomát, és a Nyugat-Magyarországi Egyetemen egészségügyi minőségbiztosítási tanácsadó (2013) diplomát szerzett. Pszichiáter és addiktológus szakorvos, az orvostudomány kandidátusa (1992), habilitált doktor (1999). Szakmai tapasztalatait a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen, az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetben, valamint az Or-

szágos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, Addiktológiai Osztályán szerezte. Emellett hosszabb ideig munkatársa volt a düsseldorfi Heinrich Heine Universitát-nek, illetve Fogarty-ösztöndíjasként a bostoni Harvard University Medical Schoolnak. GREAT ösztöndíjasként több hónapot töltött Saskatoonban, a University of Saskatchewan Farmakológiai Tanszékén. Jelenleg a Józsefvárosi Egészségügyi Szolgálat Addiktológiai Gondozóját vezeti, emellett az Elméleti Biológiai Kutatócsoport vezetője. A Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika óraadó tanára és az egyetem Magatartástudományi Intézetben az orvosi kommunikáció tantárgy terepgyakorlatot vezető oktatója. Hollós István díjas (2015).