

Az Irányított Betegellátási Rendszer (IBR) jogi szabályozásáról

Nagy Gábor Zoltán, Margit Kórház, Csorna

Dr. Tóth Árpád, Veszprém Megyei Önkormányzat Csolnoky Ferenc Kórház-Rendelőintézet

Az Irányított Betegellátási Rendszer modellkísérletként indult 1999-ben. Sokak által „lopakodó” reformként jellemezték egyre újabb és újabb anomáliáit fedte fel az egészségügyi ellátórendszernek, annak működését szabályozó jogi környezetnek, és nem utolsó sorban a szakmapolitikai és finanszírozói tevékenységnek.

BEVEZETÉS

2005-ben az Állami Számvevőszék átfogó, számos ponton helytálló, de vitatható szakmaiságú vizsgálata olyan eltéréseket, problémákat kért számon az IBR-en, melyek alapvetően az egészségügyi ellátórendszerből fakadtak, csak hatásuk felerősödve jelentkezett, illetve a figyelem homlokterébe került az IBR működése során. Egyértelművé vált, hogy az IBR a „magyar egészségügy állatorvosi lova”, hiszen benne a szervezőnek kiterjedt tevékenysége során koncentráltan, térben és időben egyszerre kell megküzdenie a kusza, torzult érdekrendszerből és az elmúlt 15 év inkoherens reformtechnikáiból adódó problémákkal. Bár az ÁSZ- vizsgálat az átfogó, egységes metodikájú értékelések hiányát róta fel, rámutatott arra is, hogy az IBR eddigi – részleges – értékeléseiből származó, egyértelmű és kézzelfogható eredmények felhasználása rendre elmaradt, azok az ellátási vagy finanszírozási rendszerbe nem épültek be – ezen elmaradásokat számon is kérve.

A fentieket megerősítették a Corvinus Egyetem kutatócsoportjának ezirányú vizsgálatai és tanulmányai.

Bár az egészségpolitikai vezetés a mai napig is adós az IBR átfogó értékelésével – elsősorban azért, mert a szükséges metodika nem áll egyáltalán rendelkezésre, még a „hagyományos” rendszerre sem. Azaz ha lett is volna átfogó értékelés, annak eredményeit nem lehetne a „hagyományos” rendszer eredményeivel összehasonlítani, mert az utóbbiak sem léteznek.

Ez adhatott és adhat alapot arra, hogy mind a médiában, mind – és ez megbocsáthatatlan – a szakmai közvéleményben hitek és tévhitek sora terjedt és terjeng. Ennek jellemző példája a Nemzeti Egészségügyi Kerekasztal IBR-hez való hozzáállása, és ezzel kapcsolatos határozatainak nagy száma, amelyet rendre úgy hoztak meg, hogy az IBR-ről sem közvetlen, sem közvetett információkkal nem rendelkeznek, az IBR szervezők szakmai szervezetének megkeresését hol válaszra se méltatták, hol elutasították. E határozatok számos olyan tévedést, hibás hivatkozást tartalmaznak, melyek már a hatályos jogszabályok helyes ismerete esetén elkerülhetők lettek volna.

A szakmapolitika hozzáállása hasonlóan kaotikus: az ÁSZ-vizsgálat nyomán született 2005. júniusi kormányhatározat értelmében meg kellett volna határozni a továbblépés irányait – ehhez szakmai bizottságot hívtak össze, melynek munkájához adatokra lett volna szükség. Ezekkel az adatokkal az OEP rendelkezik, amely viszont az utóbbi időszakban a rendezetlen, bizonytalan adatvédelmi helyzetre hivatkozva korlátozott értékű adatszolgáltatást végez – a szervezők felé pedig folyamatosan megtagadja azt. (Utóbbira jellemző, hogy a szervezők a mai napig nem rendelkeznek 2005. április 1-e utáni ellátási adatokkal, holott az OEP-nek 2006. február 28-ig az ezen adatokra alapuló végeleges elszámolást is el kellene végeznie.)

A TOVÁBBLÉPÉS: JOGI SZABÁLYOZÁS

A fenti helyzetbe 2005. november végén robbant be egy jogszabálycsomag, mely már csak véleményezésre várt. Természetesen a korábban gondosan összeállított és gyakorlati megfontolásokat tartalmazó véleményekből semmi sem épült be a végül elfogadott, 2006. január 1-től hatályos szabályozásba, melynek elemei a következők:

- 2005. évi CLXXXI. Tv. egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról
 - A jogszabály többek között az IBR adatkezelését definiálja az 1997. évi XLVII Egészségügyi adatok védelméről szóló törvényben (Eüak)
- 2005. évi CLXXXII. Tv. az 1997. LXXXIII. Tv. (Ebtv) módosításáról
- 331/2005 Kormányrendelet az Irányított Betegellátási Rendszerről (IBR)
- A 329/2005 Kormányrendelet a 43/1999 Kormányrendelet módosításáról, amely egy elemében releváns.

Jelen közlemény terjedelme nem teszi lehetővé a fenti jogszabályok teljes körű, részletes elemzését, így a rendeletek összehatását vizsgáljuk – elsősorban a jogszabályi elmentmondásokra, a végrehajthatóság bizonytalanságaira, a forrásteremtés és -elosztás anomáliáira összpontosítva.

A JOGSZABÁLYOK PROBLÉMÁI

Az Ebtv. a 38/C-38/D §-okkal bővült, melyekben magas szinten definiálja az Irányított Betegellátási Rendszer fogalmát, feladatait illetve az ellátásszervező fogalmát.

Az első problémák már itt felvetődnek. A jogalkotó elvárja a szervezőhöz csatlakozott vagy csatlakozni kívánó házi-

orvostól, hogy valamennyi betegét az IBR-el kapcsolatos tevékenységéről írásban tájékoztassa, és tegye lehetővé a beteg számára, hogy adatainak kezelését megtiltsa.

Az Eüak a már hatályos módosítás szerint viszont ezt a köteleességet nem a háziorvoshoz, hanem az Ellátásszervezőhöz telepíti, aki eközben – ugyanebben a törvényben szabályozottan(!) – csak a TAJ, nem, születési dátum és a halálzási dátum kezelésére van felhatalmazva, tehát az esetleges közvetlen megkereséshez szükséges név és lakcím adat kezelésére nem – azaz a végrehajtáshoz szükséges adatokkal nem rendelkezik, és nem is rendelkezhet. Így a tájékoztatás a szervező részéről – az eddigi gyakorlatnak megfelelően – csak általános eszközökkel (döntően orvosi rendelőben kifüggesztett plakátok, a helyi elektronikus és nyomtatott sajtó útján) történhet.

A másik – elméleti – lehetőség, hogy valamennyi háziorvos levélben keresi meg pácienseit, és tájékoztatja a jogszabályban leírtakról. Ez azonban – személyre szóló térítvényes szabványlevél használatával – mintegy 6-700 milliós kiadást jelent a jelenlegi 2,3 millió páciens tekintve, amelyhez forrás jelenleg nincs nevesítve. (Azaz a szervező tetszőlegesen saját forrásából megfinanszírozhatja, ha továbbra is szervező szeretne maradni.)

A fentiekhez tartozó külön technikai probléma, hogy az OEP által, illetve a háziorvosok praxisaiban nyilvántartott TAJ-körök között – az IBR korábbi tapasztalati szerint – rendszeresen kb. 5-12%-os eltérés mutatkozik. (Mivel jelenleg az OEP adatszolgáltatása – már amikor szolgáltat adatot – nem TAJ-szám alapon, hanem a TAJ-számot helyettesítő, úgynevezett „kapcsolati kód” használatával történik, ennek ellenőrzése, az OEP-től és a praxisoktól származó, TAJ-alapú adatállományok összevetése ellehetetlenül). Így a lakosság értesítése során (a nyilvántartások fent leírt inkohereciája miatt) olyan lakosok is kaphatnak tájékoztatást, akik nem részesei a rendszernek, és olyanok nem, akik pedig IBR-hez csatlakozott praxishoz adták le kártyájukat.

A jellemzett anomáliák elkerülése érdekében tehát a lakosság értesítésének a feladatát az OEP-hez kellene telepíteni, amely – működési költsége terhére, és teljes körű adatkezelési joggal felruházottan – a teljes ügyvitelt egy kézben tartva oldhatná meg egyszerűbben és hitelesen e feladatot.

A SZABÁLYOZÁS VÁLTOZÁSÁNAK PÉNZÜGYI HATÁSAI

Az IBR-ről szóló vitákban, szakmai egyeztetéseken folyamatosan felmerül a források kérdése is. Ismeretes, hogy az IBR – immár törvényben rögzített – feladatainak ellátásához az elérhető megtakarításhoz viszonyítva jelentéktelen, de a jelenlegi szolgáltatói kör finanszírozási helyzetéhez képest jelentős források szükségesek. A működtetéshez korábban 200 Ft/fő/év szervezési díjat biztosított a központi költségvetés – amely 2006. évben megszűnt, a megtakarítást terhelő előleg folyósításának lehetőségével együtt.

Így azon szervezők működése, melyek a 2004. október 1. és 2005. szeptember 30. közötti időszakban megtakarítást nem értek el, ellehetetlenül – beleértve azon szervezőket is, akik a korábbi évekhez viszonyítva javítottak az eredményükön, azaz tevékenységükkel kimutathatóan csökkentették, de teljesen nem eliminálták veszteségüket. E szervezők komoly likviditási problémák elé néznek – ugyanis az IBR kormányrendelet konkrét feladatok végrehajtását, önálló szervezeti egységet, komoly személyi és tárgyi feltételek meglétét követeli meg az ellátásszervezői tevékenység végzéséhez (egyébként nagyon helyesen), de ehhez a forrás nem biztosított.

Az IBR kormányrendelet gyakorlatilag biztosítói hatásköri feladatokat delegál az ellátásszervezőkhöz, forrás és jogkör nélkül. Így a struktúra fenntartása, fejlesztése valamint az egyre több feladat ellátása gyakorlatilag a jogszabályi forráskényszer ellenére a szervezőkre hárul.

Már szinte hallani egyes illetékesek hangját, akik a bevételi többletre (megtakarítás) mutogatnak. Részben igazuk is van. A megtakarítás esetében olyan bevételi többletről van szó, mely az adott szervezőhöz tartozó lakosságra számolt fejkvóták összege (mint bevétel) és ugyanezen lakosság által igénybe vett egészségügyi szolgáltatások finanszírozási költségeinek különbözete (mint kiadás) –, ha ez a szám az év végi zárásakor pozitív. A bevételi többlet (megtakarítás) a rendszer működésének egyik sarkalatos pontja. Megléte bizonyítja, hogy értelmes, átgondolt technikákkal jelen feltételek mellett is lehet a költséghatékonyságot növelni, ha a költséghatékonyság növelésének köszönhetően megmaradó forrás érdemi részét azon szereplők használhatják fel, akik a költséghatékonyság növelésében közreműködtek. Itt fel kell hívnunk a figyelmet arra, hogy a bevételi többlet (megtakarítás) kifizetése ugyan számszakilag növeli az E-Alap hiányát, (év végén az amúgy is hiánnyal küszködő E-Alapból kell az OEP e kötelezettségének eleget tenni) viszont maga a megtakarítás ténye is azt jelzi, hogy a szervezők tevékenysége nélkül az E-Alap hiánya a kifizetett megtakarítás mértékénél nagyobb lenne. (Mindez persze akkor igaz, ha a fejkvóta helyesen kerül kiszámításra. Jószándékot feltételezve abból kell kiindulnunk, hogy a fejkvóta számítás elmélete és gyakorlata helyes.)

A szervező részére kifizetett bevételi többlet (megtakarítás) felhasználására, a közreműködők (háziorvosok, fekvő- és járóbeteg intézmények stb.) részesedésére előre, az OEP-el történő IBR szerződéskötés egyik feltételeként (és egyik kötelező mellékleteként) felosztási tervet kell benyújtani. A korábbi szabályozás a 2005. évre vonatkozóan ennek határidejét 2004. december 20-ára tette – amikor még senki sem gondolt, gondolhatott arra, hogy ebből kell fedeznie az IBR 2006. évi működtetésének teljes költségét, így erre jelentősebb tartalékot nem tervezett. Másfelől – és ez a keményebb pont – a bevételi többlet jelentősebb részét (a hatályos jogszabályok által előírt módon) a szervezőknek az IBR-ben közreműködőkkel kötött, jogszabályilag kötelezően előírt pénzügyi érdekeltséget is tartalmazó szerződésekkel kell lefednie.

A bevételi többlet (megtakarítás) tehát a jogszabályban meghatározott, szerződéseken is rögzített kötelezettségek alapján került felosztásra – legfeljebb 40% a háziorvosok részére, és legalább 10-10% az együttműködő fekvő- és járóbeteg szakellátók részére. Ennek megváltoztatására (és ezzel bizonyos források működtetésre történő átcsoportosítására) csak az egyes intézményekkel, partnerekkel kötött szerződések egyenként történő módosításával van lehetőség – ráadásul e szerződések teljesítési időszaka 2005. szeptemberben lezárult.

Megállapítható tehát, hogy források mobilizálása a bevételi többletből (megtakarításból) a jogszabályi előírások, a megfelelő működtetés teljesítésére a látszat ellenére csak igen nehezen valósítható meg – és ez is csak azon szervezők esetében lehetséges, ahol egyáltalán jelentkezik bevételi többlet (megtakarítás).

A korábbi években az IBR-ben felhasznált források másik jelentős részét az úgynevezett prevenció díj képezte. Ezt a szervezők kizárólag a kötelezően vállalt, de a jogszabályok által előírt prevenció feladatokon felüli külön prevenció – deklaráltan kísérleti, pilot jellegű – programok megvalósítására fordíthatta. Ebből a műhelymunkából számos mintaértékű eredmény született: többek között a 2005-ben kiírt – de az eredeti IBR-es gyakorlat eltorzítása miatt nem túl sikeres – háziorvosi prevenció pályázat, amely mintául szolgált az egészségbiztosítás keretében kötelezően végzendő prevenció tevékenységekről szóló 51/1997 NM rendelet módosításához. Az IBR eredményei és tapasztalatai nyomán kisebb-nagyobb módosítások történtek a népességügyi szűrések rendszerében is.

Az új, hatályos jogszabályok továbbra is kötelezően előírják a szervező részére pilot prevenció programok szervezését, sőt, ezeket ki kell kiterjeszteni a fogyatékkal élők csoportjára is – azonban az e programok költségeit fedező (1999-től változatlan 500 forint/fő/év mértékű) forrást – a prevenció díjat – a jogszabály megszüntette. Tehát ismét egy jogszabályok által keményen és következetesen előírt, de forrás nélkül maradt feladattal állunk szemben. (Arról nem is szólva, hogy a szervezők többségének az eddigi prevenció programjait át kell terveznie, szerveznie – mivel ezek a pilot programok a már említett 51/1997. sz. NM rendelet módosításának köszönhetően kötelezővé váltak, – azaz a továbbiakban ezeket a szervezők nem végezhetik, hanem új programokat kell kidolgozniuk, bevezetniük.)

Bár az IBR szempontjából kedvező, hogy a 43/1999 Kormányrendelet 50/E § alapján kiírandó háziorvosi prevenció pályázat lehetőséget biztosít egyedi szűrés-gondozási programok megvalósítására is, azonban felmerül a kérdés, hogy egy esetleges, pályázaton elnyert forrásra lehet-e jogszabályi kötelezettséget terhelni. Ha egy szervező nem indul (vagy indul, de nem nyer) ezen a pályázaton, az új szabályozás szerint automatikusan elesik az IBR bevételi többletének (megtakarításának) 25%-ából történő részesedéstől is, hiszen az IBR bevételi többlet (megtakarítás) 25%-a a szervezők között a – mint láttuk, kötelező, de forrással nem fedezett – prevenció programok végrehajtása, eredményei

alapján kerül a felosztásra. Azt már csak remélni lehet, hogy a prevenció pályázatot kiíró felelős szakemberek a kiírásban – a tavalyi hibák korrigálásán túl – figyelembe veszik, és megfelelően szerepeltetik a háziorvosi praxisok és a szervezők eltérő lehetőségeit.

A prevenció díj megszüntetése egyértelműen az IBR keretein belül végzett prevenció visszaszorulását, a prioritási sorban történt hátrébb sorolását jelzi – melyre korábban már az is utalt, hogy az éves IBR bevételi többletnek a 2005. évi költségvetésről szóló törvényben előírt – számítások szerint mintegy 270 millió összegű – részére törvényi kötelezettsége ellenére az OEP nem írt ki pályázatot, és ezen összeg sorsa máig sem ismert.

A lázas jogszabály alkotási munka ellenére továbbra is nyitott kérdés a bevételi többlet (megtakarítás) felosztása. Az előző (2005-ben még hatályos) szabályozás szerint a szervezők az általuk elért bevételi többlet (megtakarítás) – a teljes éves fejkvóta bevételhez viszonyított – 10%-os mértékig annak 80%-át, a 10% fölötti rész 50%-át kapták meg. A visszatartott – OEP-nél maradó – részből először kiegyenlítették a negatív egyenlegű szervezők veszteségét (annak érdekében, hogy az E-Alapot a veszteséges szervezők miatt kár ne érje, sajnos a veszteséges működés okainak vizsgálata nélkül), majd az ezután fennmaradó összeg 50%-át fejlesztési céltámogatásként elosztották a Szervezők között. A maradvány másik 50%-a szolgált volna kiemelt prevenció tevékenységek finanszírozására, ám erre – a már említett 270 millió OEP pályázat kiírásának elmaradásával – sosem került sor.

A jelenlegi új szabályozás a negatív egyenlegű szervezők veszteségének kiegyenlítése után (és persze továbbra sem vizsgálva a veszteségek okát) fennmaradó összeget teljes mértékben elvonja, így az alultervezett E-Alap hiányát fogja csökkenteni. Ez lényegében – és természetesen nem meglepő, hiszen a korábbi trendeknek megfelelően – az egészségügyből történő újabb néhány száz millió forráskivonást jelent.

Az IBR-ben keletkezett bevételi többlet (megtakarítás) további felosztása az új, de jogszabályokban csak részben definiált, igen bonyolultnak ígérkező módon történik: többek között olyan minőségi indikátorok mentén, amelyek kidolgozása még folyamatban van, és majd a megkötésre váró 2006. évi szerződésben kerülnek (remélhetőleg) rögzítésre. A helyzet érdekessége, hogy a 2006. évre kötendő szerződés hatálya a 2005. október 1. és 2006. szeptember 30. közötti időszakra szól, azaz már a tárgyidőszak derekán járunk, és még mindig nem ismertek, milyen kritériumokat kell, – illetve kellett volna – teljesíteni ahhoz, hogy a szervező hozzájusson az általa elért megtakarításhoz. (Ez persze a szervezők számára nem újdonság: a 2005. évi szerződések megkötésére – részben OEP késedelem okán – csak 2005. júniusában került sor.)

Továbbra is felelősek a szervezők – mégpedig bevételi többletük (megtakarításuk) 25%-a erejéig – a csatlakozott háziorvosok betegforgalmi jelentéseikért, csak hogy ez utóbbiak a szervezőket adatvédelmi okokból telje-

sen elkerülve jutnak el a Megyei Egészségpénztárakhoz. (Csak érdekesség, hogy bár korábban több évig a csornai szervező – az OEP-pel kötött külön szerződés keretében – folyamatosan feldolgozta, hibalistázta, statisztikázta és visszajelentette az IBR-ben keletkezett háziorvosi jelentéseket, ezt a tevékenységet az OEP két éve magához vonta). Az OEP-nek azóta sem sikerült hibátlan beolvasó, elemző programot előállítania: az elmúlt két évben csak néhány, tévedésektől hemzsegő, érdemben nem használható lista született. Az elmúlt időszakban több esetben bizonyítást nyert az is, hogy az OEP által „be nem küldöttként” feltüntetett jelentést a háziorvosok beküldték a Megyei Egészségpénztárakhoz, a jelentések az OEP ügyviteli rendszerében „tűntek” (és tűnnek) el. Mindezt azonban a szervező tartozik anyagi felelősséggel – és ha a tárgyévben csak 1 orvosa 1 jelentést nem küldött be, már elvonható a szervező megtakarításának 25%-a.

KÖVETKEZTETÉSEK

Amint a fentiekből kitűnik, egyre messzebb kerülünk attól a céltól, hogy az IBR révén átlátható, követhető, világos viszonyokat teremthessünk az egészségügyben: a szabályozási dzsungel, az egymásnak ellentmondó, inkoherens, át nem gondolt intézkedések elbizonytalanítják a rendszer valamennyi szereplőjét (az OEP-et is beleértve), és jelentősen hátráltatják azon eredmények, értékek átvételét az egészségügyi rendszer működtetésébe, melyek az IBR eddigi működésének köszönhetőek. Ezek (a teljesség igénye nélkül)

- A betegút követési rendszer, és ennek alapján a megtérítési ügyeket és a TAJ-alapú betegszámla kiadási oldalát előállító informatikai rendszer kialakítása – az IBR kapcsán kapott fejlesztési többletforrás terhére, a szervezők jelentős ingyenes szakértői munkájával.
- Az ellátások minőségét és mennyiségét követő komplex monitoring rendszer kifejlesztése – az IBR kapcsán kapott fejlesztési többletforrás terhére, a szervezők jelentős ingyenes szakértői munkájával.
- Új ellenőrzési metodikák – ezek hasznosítása, beépülése az OEP, MEP-ek gyakorlatába részleges, de ez nem a szervezőknek róható fel.
- Az 51/1997 NM rendelet átdolgozásához szükséges szakmai és gyakorlati alapok (a pilot prevenciók programok nyomán).
- A Népegészségügyi Szűrések módosításának alapjait, új szűrési technikák teszteredményeit – tudományos igényességgel, a pilot prevenciók programok nyomán).
- A „minőségi és hatékony gyógyszerrendelés ösztönzéséről” szóló tervek szakmai és pénzügyi alapjait. (Itt nem a végrehajtás – végrehajthatatlanság? – metodikájára gondolunk, hanem annak az IBR által történt bizonyítására, hogy lehet a jelen nemzetgazdasági, társadal-

mi, jogszabályi stb. körülmények között minőségi, de egyben költséghatékony gyógyszerelési gyakorlatot kialakítani, bevezetni. Az IBR megtakarítások jelentős része – ha nem döntő többsége – ugyanis a gyógyszerkasszán keletkezik.)

- Működő, letesztelt – a fejlesztő szoftverházakkal egyeztetett – alapellátási jelentési rendszert és annak ügyviteli prototípusát.
- Működtethető és elfogadható helyi eljárás-leírási (protokollfejlesztési és -követési) metodikát, melyet ma már a szervezők egységesen használhatnak.
- Egy olyan érdekeltségi rendszert, amely átlátható, egyenrangú felek által kötött szerződéseken alapul, a szakmai tevékenység követhető és ellenőrizhető értékelésén alapul, etikailag védhető (nem az ellátások megvonására, hanem a szakmailag indokolt ellátások nyújtására ösztönöz). Ezzel új, valódi érdekeltséget teremtett az ellátók között – jelentősebb többletforrás igénye nélkül.

Az IBR tehát komoly, az egészségügy ellátás és szervezés legtöbb területén a napi gyakorlatban hasznosítható eredményt ért el – amely persze csak azok számára látható és észrevehető, akik veszik a fáradságot ezen eredmények, metodikák, eljárások (és nem utolsó sorban a jogszabályi háttér) megismerésére.

KONKLÚZIÓK

Összefoglalva elmondható, hogy az IBR szabályozás elmentmondásos, nehezen végrehajtható, több helyen megkérdőjelezhető gyakorlatot ír elő. Jelen jogszabályi környezet fogyatékoságai minden valószínűség szerint a nem egységes jogalkotói szándékból fakadnak: a döntéshozók nem merték felvállalni az IBR minden értékelés és elemzés nélküli megszüntetésének ódiáját (főleg azok után, hogy az ÁSZ-jelentés egyértelműen a döntés-előkészítők és döntéshozók komoly mulasztásait tárta fel, a szervezők esetében ilyen nem említ). Azonban működő rendszer kereteit így nem tudták létrehozni.

Nem ismerve az IBR jövőbeli sorsát, nem látva előre a szereplők feje fölött folyó politikai csatározások végkimenetelét, annyi biztosan elmondható: ha az Irányított Betegellátási Rendszer a jelen kedvezőtlen hatások nyomán előbb-utóbb meg is szűnik, az elmúlt években az IBR-ben kinevelődött egy olyan szakembergárda, mely megfelelő szabályozási környezetben és támogatottsággal képes lehet az egészségügyi ellátást a maga komplexitásában kezelni. Átlátják a gyógyító folyamatokat a prevenciótól a gondozáson, az akut ellátáson át a hospice rendszerig, ismerve az egyes ellátási formák előnyeit és hátrányait – valamint mindezt képesek helyi (megyei, regionális) kontextusban, a szűkebb intézményi, szolgáltatói érdeken felülemelkedve kezelni. S ezt már önmagában is a jövőre nézve biztató eredményként értékeljük.

A szerzők bemutatása a 13. oldalon olvasható.