

Kritikai észrevételek a „Simmelweis Terv az egészségügy megmentésére” stratégiai dokumentummal kapcsolatban

Szócska Miklós és szakértői csapata elvülhetetlen érdemeket szerzett a Simmelweis Terv¹ közreadásával, hiszen a szakértők többségének már korábban megfogalmazott álláspontja szerint az egészségügy krónikus betegségének egyik fő oka az volt, hogy az irányítás évtizedek óta nélkülözött egy, a szakpolitika keretként szolgáló, átfogó, hosszútávú elképzelést. A Terv olvasóit meglepheti a dokumentum külső jegyeiben is tükröződő módszertani gondosság, amely a hazánkban oly annyira hiányzó stratégiai gondolkodás eredményét formába öntötte. A Tervben szakszerűen érintett területek széles skálája, az okok és következmények körültekintő elemzései, a tudományos evidenciákra alapozott, de mégis kellő óvatossággal körvonalazott javaslatok meggyőzően bizonyítják, szakmailag felkészült szerzők jegyzik a stratégiai dokumentumot. A vitairatnak szánt Terv műfajából következően több ponton pontosításra, kiegészítésre, kisebb módosításra szorulhat, azonban néhány kérdésben olyan jelentősebb, az egész stratégiát érintő problémák is megfogalmazhatók, amelyek a részletekre vonatkozó észrevételek kereteit is érinthetik. A következőkben a Terv néhány, általunk legfontosabbnak vélt problémájára kívánjuk felhívni a szakmai konzultációban részt vállalók figyelmét.

1. Az egészségügy fogalmának szűkítő értelmezése

Már az első mondatok olvasásakor feltűnhet az olvasónak, hogy a szerzők az egészségügy és az egészségügyi rendszer kifejezések alatt igazából egészségügyi ellátórendszert értenek.² A címen és az alternatív szóhasználaton túl erre utal az a tény, hogy a stratégiai dokumentum szerzői az egészségügyi rendszer más elemeire, mint pl. az irányítás, finanszírozás, vagy a humán erőforrás területére vonatkozó javaslatai kizárólag az ellátórendszer „jobb” működtetését célozzák: „Magyarország társadalmi és gazdasági felzárkózása elképzelhetetlen egy hatékonyan működő egészségügyi ellátórendszer nélkül, amelynek szolgáltatásai jó minőségűek, tükrözik a kor technikai fejlettségi színvonalát és amelynek szolgáltatásaihoz közel egyenlő eséllyel fér hozzá az ország valamennyi lakója.” (4.o.) Informatívabb lenne az Egészségügyi Világszervezet megfogalmazása: „Az egészséges népesség a társadalmi célok elérésének kulcstényezője. Az egyenlőtlenség, a társadalmi lejtő meredekségének csökkentése mindenki egészségét és jóllétét javítja. A jó egészség jobb életminőséggel jár együtt, javítja a munkaerő termelékenységét, növeli a tanulási kapacitást, megerősíti a családokat és a közösségeket, támogatja a fenntartható lakóhelyi és a természeti környezetet, hozzájárul a biztonsághoz, a szegénység és a kirekesztés csökkenéséhez.”³

A szűkítő értelmezés következményeként olyan terv fogalmazódik meg, amelynek végrehajtásával javulhat ugyan az ellátórendszer hatékonysága, azaz az ellátási szükséglet várhatóan nagyobb arányban lesz kielégítve Magyarországon, de az ellátási szükséglet mértéke az egészséget

¹ Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárság, 2010. október; http://elitmed.hu/upload/pdf/simmelweis_terv_az_egeszsegugy_megmentesere-6370.pdf; letöltve: 2010.11.08.

² Egészségügyi Világszervezet dokumentumai alapján az egészségügy, vagy szabatosabban az egészségügyi rendszer az ellátórendszeren túl magába foglalja az irányítás/szervezés, az egészséginformáció, a humán erőforrás, a képzés/kutatás, a finanszírozás, a gyógyszer- és orvoseszköz-ellátás és nem utolsósorban a közösségi egészségügy vagy másképpen a népegészségügy alrendszereket is. Lásd pl.: Systems thinking for health systems strengthening. (Szerk.) Don de Savigny and Taghreed Adam, Egészségügyi Világszervezet, Genf, 2010

³ The Adelaide Statement on Health in All Policies, WHO, Genf, 2010

meghatározó más tényezők hatásának köszönhetően akár növekedhet is. Egy távoli hasonlattal élve: mintha egyre hatékonyabb kazánnal fűtenénk, de nem törődünk azzal, hogy a ház ablakai és ajtóí zárva vannak-e, és a szigetelés javításával nem lehetne-e a fűtési szükségletet csökkenteni.

Az egészségügyi rendszer szélesebb értelmezése esetén a Tervnek az Egészségügyi Világszervezet (EVSZ) konszenzusra alapozott dokumentumainak megfelelően hármast kellene volna szolgálni: a lakosság egészségének javítása, az egészségproblémák terheinek megosztása, az elégedettség növelése – a társadalom valamennyi csoportjára egyenlő mértékben. A lakosság egészségének javítása pedig, természetesen, az egészség megőrzésével is javítható, nemcsak a gyógyítás hatékonyságának növelésével.

Sokan egyetértettek volna olyan általános stratégiai céllal, amely a magyar népesség egészségének az EU vagy a Visegrádi Országok „átlaghoz” való közelítését tűzte volna ki. A Tervben most szereplő általános cél (ti. az ellátórendszer hatékonyságának javítása) pedig a lakosság egészségének javításához szükséges egyik eszköz, alcél lehetett volna. A szűkítő értelmezés miatt a Terv így csupán „arról szól”, hogyan lehet minél jobban szolgálatni, a felmerülő szükségleteket minél jobban kielégíteni. De arról csak érintőlegesen, hogyan lehet a szükségleteket csökkenteni – ami pedig várhatóan sokkal költség-hatékonyabb megoldás lenne.

A szerzőknek figyelembe kellene venniük azt a tényt, hogy az egészséget – az egyén örökölt biológiai tulajdonságain túl – jórészt az egészségügyön kívüli, fizikai, pszicho-szociális és társadalmi-gazdasági-politikai környezeti határozza meg. Ebből következően az egészségügyi rendszer elsődleges feladata – más szektorok működését kedvező irányba befolyásolva – minél egészségesebb életkörülmények biztosítani, akkor a Tervben olyan javaslatok is megjelentek volna, melyek az egészség megőrzésén, fejlesztésén keresztül az ellátási szükségletek jelentős csökkentését eredményezhették volna. Jelentékenyen mérsékelnék ugyanis az ellátási szükségletet, és ezzel az ellátórendszer erőforrásigényét is az olyan intézkedések, amelyek például könnyítenék az egészséges élelmiszerek, a sportolási lehetőségek elérhetőségét, vagy fejlesztenék a lelki krízisek idején támaszként szolgáló kisebb-nagyobb közösségeket, vagy csökkentenék a jövedelmi egyenlőtlenségeket, vagy tovább korlátoznák a dohányzást és az alkoholfogyasztást.

Feltétlenül javasoljuk tehát a Terv kiegészítését olyan, a lakosság egészségének javítását célzó javaslatokkal, amelyek az egészséget meghatározó környezeti tényezők kedvező irányú változtatására irányulnak. Ehhez a célhoz az „egészséges” közpolitikák elindítása vezet, ezért javasoljuk a Tervet kiegészíteni más szektorokkal történő együttműködés formáinak felvázolásával, összhangban az EVSZ ajánlásaival: „A közpolitikák egymástól való függése új kormányzati megközelítést igényel. A közpolitikák összehangolásához a kormány közös célokat, integrált beavatkozásokat meghatározó, megnövelt összkormányzati felelősségre építő stratégiai tervet készíthet. ... Mivel a jó egészség lehetővé teszi, az egészség megromlása akadályozza a politikai célok elérését, az egészségügyi szektornak rendszeresen foglalkoznia kell a kormányzat illetve más szektoroknak az egészséget és a jóllétet érintő tevékenységeivel. Az egészségügy aktívan támogathatja más kormányzati ágak szakpolitikájának kidolgozását és teljesítését.”

2. A célrendszer és a helyzetértékelés hiányosságai

A Tervben felvázolt célrendszer valójában alapértékek felsorolásából és nem konkrétan meghatározott célokból áll. Pedig, ha a Terv, amint azt az elején deklarálják, egy jövő-vezérelt

stratégia, akkor az elérni kívánt jövőt konkrét, akár számszerűleg is megadott célokkal kellett volna felvázolni. Egy-egy cél eléréséhez vezető lehetőségeket és várható hatásokat mérlegelve kijelölni a legmegfelelőbb útvonalat, felsorolni a szükségesnek vélt lépéseket. Ezzel az eljárással minden bizonnyal kiderült volna, hogy az ellátási szükségletek csökkentése (azaz a lakosság egészségének javítása) legalább olyan fontos feladat, mint a szükséglet kielégítése.

A megfelelő célrendszer kialakítását szolgálná a kialakult kritikus helyzet okainak átfogó, rendszerszerű elemzése (pl. egy probléma-fa készítése). Az egészségügy átalakítását ugyanis nemcsak az ellátórendszer működtetésének ismert nehézségei, mint a hatalmasan felduzzadt adósságállomány vagy a szakemberhiány, hanem a lakosság kirívóan rossz egészsége is indokolja.⁴ E szempont figyelmen kívül hagyása, mely a szigorúan az ellátórendszerre fókuszáló megközelítés következménye lehet, súlyos hiányossága a Tervnek. A kritikus helyzet valamennyi lényeges okának feltárása nélkül ugyanis lehetetlen költség-hatékonyan javítani a lakosság nemzetközi tekintetben kirívóan rossz egészségén. (Gondoljunk csak az említett fűtési hasonlatra!)

A részletesebb helyzetértékelés továbbá felhívta volna a tervezők figyelmét például a megvalósításra komoly kockázatot jelentő átalakítás-ellenes érdekcsoportokra és érdekeik érvényre jutását biztosító mechanizmusokra is. E gátló tényezők felismerése olyan javaslatok megfogalmazásához vezetett volna, amelyek ezen kockázatok csökkentését eredményezhetnék. Jól tudjuk ugyanis, és a közelmúlt tapasztalatai is erre figyelmeztetnek, hogy az egészségügy átalakításának végrehajtása – még a lehető legjobb elképzelések esetén is – hallatlanul nehéz feladat.

A mai helyzethez vezető ok-okozati kapcsolatok hálójának elemzése alapján érdemesnek látszik a célrendszer átdolgozása, a célokhoz vezető utak átgondolása, továbbá a Terv sikeres végrehajtásához az egészségügyi rendszer átalakításának lebonyolítását veszélyeztető tényezők feltérképezése, a kockázatok kezelési lehetőségeinek számbavétele. A Terv szerzői az átmeneti időszak kihívásaira adandó válaszok megtervezése nélkül a sikert kockáztatják.

3. Az egészséginformációs rendszer hiánya

Az egészséginformáció fogalma alatt valamennyi lényeges, az egészséget befolyásoló tényezőre vonatkozó információt értenek. Az egészséget befolyásoló lényeges tényezők nagy száma miatt, az egészséginformáció igen sokféle területen gyűjtött adat felhasználásával állítható elő. Ide tartoznak például az egészségi állapotra, az egészségmagatartásra, de az ellátás igénybevételére, a gyógyszerhasználatra, az ellátórendszer kapacitásainak földrajzi eloszlására, a politikák, intézkedések várt vagy már bekövetkezett hatásának értékelésére vonatkozó ismeretek is. Ilyen ismeretek birtokában készítene a fejlett országokban az egészségfejlesztésre, a kapacitások elosztására, vagy az ellátás finanszírozási igényekre vonatkozóan terveket, előrejelzéseket, technológiai értékelést, egészséghatás elemzéseket.

A Terv egyik központi gondolata az erőforrások felhasználásának a szükségletekhez igazítása, vagyis a szükséglet alapú tervezés. A kapacitásokhoz való hozzáférés esélyegyenlősége ugyancsak a stratégiai dokumentum kiemelt célkitűzése. Mindkettő feltételez egy folyamatosan működő adatgyűjtési, -elemző és értékelési rendszert, nevezetesen egy egészséginformációs rendszert. Ennek

⁴Vitrai J, Bakacs M, Juhász A, Kaposvári Cs, Nagy Cs: Jelentés egy egészségben elmaradott országból... Egészségjelentés – 2010 – összefoglaló. *Lege Artis Med* 2010;20:217–221

feladata lenne az ellátási szükségletek és az ellátási kapacitások valamint az azokhoz való hozzáférés térbeli és időbeli változásának nyomon követése, előrejelzése. „A morbiditási mutatók folyamatos monitorozására alapozva újjászervezzük a fekvőbeteg ellátás progresszív, hierarchikus rendszerét...” olvashatjuk például a progresszív betegellátás újjászervezéséről. (21.o. 32.bek.) A Terv azonban nem tartalmaz konkrét elképzelést a kialakítandó egészséginformációs rendszerről. A szövegben csupán két helyen azonosíthatunk a monitorozásra vonatkozóan általános utalást: a szerzők először az ágazati informatikával, másodsor a Nemzeti Népegészségügyi Programmal összefüggésben említik. Ezek után felmerül a kérdés, hogyan biztosítja a Terv a szükséglet alapú tervezést és a hozzáférés esélyegyenlőségét?

E probléma kapcsán ugyancsak fogalmi tisztázás és szemléletváltás látszik szükségesnek. A tervezőknek fel kellene ismerniük, hogy a Terv végrehajtásához egészséginformációra és az azt előállító egészséginformációs rendszerre van szükség – az ágazati informatika helyett. (Az utóbbi, azaz az egészségügy működése során keletkező adatok gyűjtését végző rendszer ugyanis az előző része.) Az ellátási szükséglet megállapításához ugyanis ismernünk kell a betegként nem nyilvántartottak egészségét is, amelyre az ellátásban megjelenő betegekről gyűjtött adatok nem adnak felvilágosítást. Erre vonatkozó információt a rendszeres egészségfelmérések során a lakosokat otthonukban felkereső kérdezők gyűjthetnek. Az egészségi állapoton túlmenően a kérdezés még számos egyéb területre vonatkozóan is adatokkal szolgál, mint például a kérdezett anyagi helyzete, iskolázottsága, dohányzási és alkoholfogyasztási szokásai, ellátás igénybevétele vagy gyógyszerhasználata. A hozzáférés esélyegyenlőségének biztosításához adatokat szükséges gyűjteni a betegek közlekedési lehetőségeire, az ellátás igénybevitelét akadályozó egyéb tényezőkre is, mint például anyagi helyzet, egészségtudatosság, korábbi ellátási tapasztalatok, diszkrimináció is.

A Terv készítőinek javasoljuk, hogy dolgozzák ki, és illesszék be az egészséginformációs rendszerre vonatkozó elképzelést. Határozzák meg a tervezett tevékenységek monitorozásához, a célok eléréséhez szükséges adatok körét, továbbá, hogy milyen szervezet irányítja és melyek vesznek részt az adatgyűjtésben, hol végzik az elemzéseket, kik állítanak elő a különböző területekről származó adatokból ismereteket, a döntéshozatalt támogató információt. Az egészség megőrzését, fejlesztését és megromlása esetén a betegség gyógyítását befolyásoló tényezők összetett hatásrendszere komplex megközelítést, sokféle szakismeret együttes alkalmazását követeli meg. Ezért fontos lenne megtervezni, milyen intézményi forma biztosítja az ehhez szükséges speciális szakismerettel (mint pl. epidemiológia, egészség-gazdaságtan, szakpolitika-, program-értékelés) rendelkező elemzők összehangolt munkáját. Végül pedig tegyenek javaslatot olyan eljárásokra, melyek az előállított egészséginformáció döntéshozatalban történő hasznosítását biztosítják, hiszen mindenki számára világos, hogy szakmai evidencia által informált döntéseket csak az időben rendelkezésre bocsátott, hiteles ismeretek birtokában lehet hozni.

Budapest, 2010. november 19.

Dr. Vitrai József és Kaposvári Csilla