

A népegészségügyi cselekvési irányjai

Dr. Vokó Zoltán kollégiumi tagozat elnök társadalmi összefogást sürget

Az érdemi előrelépéshez szemléletváltásra van szükség a népegészségügy terén – nyilatkozta lapunknak Dr. Vokó Zoltán, az Egészségügyi Szakmai Kollégium Megelőző orvostan és Népegészségügy, Kórházhigiénia Tagozatának elnöke, az IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja szerkesztőbizottsága tanácsadó testületének tagja. Mint elmondta, elsődleges feladatnak tekinti a népegészségügy feltételrendszerének fejlesztését, amelynek két alapvető kritériuma a szervezeti keretek átalakítása és a fenntartható finanszírozás biztosítása.

– Ha a népegészségügy esik szóba, a laikusnak elsősorban a megelőzéssel kapcsolatos kampányszerű programok – futónapok, szűrések, dohányzásleszoktató akciók –, és esetleg még a védőoltások jutnak az eszébe. Holott mindez csak kis szelete annak a szerteágazó tevékenységnek, amit ez a fogalom takar. Mi minden tartozik még ide?

A népegészségügy sajátos, interdiszciplináris terület, amelynek csak egyik szegmense kampány jellegű programok, illetve a betegségek megelőzésére irányuló egészségügyi tevékenységek. A népegészségügyi beavatkozások az egészségügyön kívül számos egyéb területet érintenek, például az oktatáspolitikát, az adópolitikát, különféle jogalkotási tevékenységet, az egészségügyön kívül majdnem minden ágazatot.

EGÉSZSÉGÜGYÖN INNEN ÉS TÚL

– Hogy kerül a csizma az asztalra? Mi köze lehet az adópolitikának a népegészségüghöz?

Nagyon is sok. Egy adózással kapcsolatos rendeletnek komoly egzisztenciális következményei lehetnek a családokra nézve, ami kihathat a szociális helyzetükre, s így, hosszabb távon az egészségi állapotukra is. Éppen ezért ma már uniós elvárás, hogy a lakosság életét befolyásoló valamennyi jelentősebb döntés előtt egészséghatás-vizsgálatot kell végezni. Az egészséghatás-vizsgálat a WHO meghatározása szerint „azon eljárások, módszerek, eszközök kombinációja, melyek segítségével egyes programok, gazdasági, szakpolitikai döntések, projektek népszerűre gyakorolt várható egészséghatásai, és e hatások populáción belüli megoszlása értékelhető”. Teljesen világos tehát, hogy ágazatközi együttműködésre van szükség, amiben komoly szerep jut az egészségügyi államtitkárságon kívül több társtárcának.

– Hogyan lehet mindezt tervezett módon, összehangoltan végrehajtani?

Olyan népegészségügyi programmal, amelynek a feltételrendszerét is biztosítják, beleértve a megfelelő népegészségügyi intézményrendszert és a fenntartható finanszírozást is. Mindezt deklarálja a Semmelweis Terv, hangsúlyozva, hogy bár az egészségügyi ellátórendszernek szerepe van a lakosság egészségi állapotának javításában, azonban elsődleges

feladata a betegek ellátása. A népegészségügyi tevékenység ugyanis nem egyetlen ágazat kompetenciája, hanem összetársadalmi feladat. A program csak akkor lehet sikeres, ha a társadalom valamennyi alrendszerét és szereplőjét bevonjuk. Gondolok itt a minisztériumi háttérintézményekre, az önkormányzatokra, a munkahelyekre, az iskolákra, a civil és a versenyszférára, a teljes lakosságra. Mindezeknek a szereplőknek önállóan, ugyanakkor koordinált módon, egy irányba mutatón kell tudniuk tevékenykedni. Ez partnerségi hálózat keretei között valósítható meg, aminek kialakításával már nem várhatunk tovább.

– Milyen szerep jut mindebben a szakmai kollégium népegészségügyi tagozatának és tanácsának?

A tagozatok fő feladata a szakmai kollégiumi tanácsok által előkészített anyagok, jogszabály-, és egyéb – például oktatási, finanszírozási – tervezetek véleményezése, valamint koncepcióalkotás az adott szakterület stratégiai kérdéseiről. A tagozatok az egészségügyi államtitkárság tanácsadó testületei, míg a tanácsok a szakma véleményalkotó szervezetei. Ez utóbbiak feladata az irányelvek, protokollok és módszertani levelek összeállítása. Emellett véleményezik az új vizsgálati módszereket, javaslatot tesznek a szakmai vezetői pályázati kiírások követelményeire, állást foglalnak a pályázók szakmai megfeleléséről. A tanácsok a szakterületük tudományos fejlődéséből adódó információk és a napi gyakorlat legfontosabb problémás kérdéseit is továbbítják a szakmai kollégium érintett tagozata felé.

INTERDISZCIPLINÁRIS EGYÜTTMŰKÖDÉS

Az új struktúra előnye, hogy míg korábban a különböző szakmai kollégiumok egymástól elszigetelten működtek, addig a mai szervezetben a tagozatoknak lehetőségük nyílik a különböző szakmákkal való egyeztetésre, szorosabb együttműködésre. Mivel minden egyes tagozat összes rendes tagja részt vesz a kollégium teljes plénumának munkájában, a szakmák között intenzívebb kapcsolat jöhet létre. Ezt nagyon fontosnak tartom, hiszen – mint említettem – a népegészségügy multidiszciplináris terület. Magában foglalja a betegségmegelőzést éppúgy, mint az epidemiológiát, a biostatistikát, az egészségfejlesztést, vagy a foglalkozás-egészségtant – és ez közel sem az összes szakterület. Kórházhigiénés, infektológiai kérdésekkel éppúgy foglalkoznunk kell, mint egészség-gazdaságtani elemzésekkel. Ilyen tekintetben a kollégiumi tanácsunk személyi összetétele szerencsésnek mondható, mert a tagok magas szinten képviselik a legfontosabb szakmákat, elméleti és gyakorlati síkon is. Ezzel együtt a tagok kompetenciája még így sem fedi le a népegészségtan teljes szakmai spektrumát, emiatt – szükség esetén – külső szakértőket kérünk fel egy-egy speciális kérdéskör áttekintéséhez.

– Milyen munkamódszerrel dolgoznak?

Alapvetően, funkcionálisan nem gyakoroljuk a kettébontott tagozat-tanács munkarendet, mert ez nem életszerű a működés szintjén. A jogszabály évi hat ülést ír elő a tagozat, és évi kettőt a tanács számára. Ennek ellenére a tanács elnökeivel egyetértésben mi azt az utat választottuk, hogy a tanács ülésein aktívan részt vesznek a tagozat tagjai is, akiknek – egyébként – amúgy is jelen kell lenniük megfigyelőként. Így ugyanis sokkal egyszerűbb a tanácskozások során felszínre kerülő véleménykülönbségek megvitatása és a közös nevező kialakítása.

– Jelenleg milyen kérdések vannak napirenden?

Egyelőre a tárca részéről aktuálisan érkező megkeresések megválaszolásánál tartunk. Ezért odáig még nem jutottunk el, hogy a saját munkatervünk szerint haladjunk az önállóan vállalt feladatainkban. A szakmai kollégiumi tagozatok többsége nyáron a Gyógyszerészeti, Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) felkérésére a nagytárségi egészségügyi ellátás egyes szintjeinek meghatározásával volt elfoglalva. Értelemszerűen a mi tagozatunk kevésebbé involválódott a progresszivitási szintek megállapításába. Aktuálisan a szakorvos-továbbképzés tartalmi és strukturális áttekintésével, újragondolásával foglalkozunk, együttműködve az egyetemi képzőhelyekkel.

– A Megelőző orvostani és népegészségügyi tagozat, illetve tanács sorai között megtalálható egyetemi tanár, intézetigazgató éppúgy, mint osztályvezető főorvos. Milyen motiváló erő sarkallja a testület – feltételezhetően – teljesen lekötött, túlterhelt tagjait arra, hogy még társadalmi munkát is végezzenek a szakmai kollégium keretein belül?

Azt gondolom, hogy mindannyian örömmel vállaltuk ezt a feladatot, hiszen minden szakma elemi érdeke, hogy a rá vonatkozó szabályozásokról, stratégiai kérdésekről véleményét alkothasson, illetve a szakmapolitikai döntéshozók felé artikulálhassa az általa fontosnak vélt szakmapolitikakérdéseket, hogy ezek kellő súllyal érvényesüljenek a döntéshozatalban. Nem kérdés, hogy szükség van egy olyan szakmai vezető testületre, amely irányítani, koordinálni tudja a saját területének a képzését, módszertanát. Azt hiszem, valamennyiünk nevében elmondhatom: megtiszteltetésnek tekintjük, hogy részt vehetünk ebben a felelősségteljes munkában.

– Tudomásom szerint eddigi pályája során ön elsősorban oktatói, illetve kutatói tevékenységet folytatott. Az ott megszerzett tapasztalatai hogyan integrálhatóak a szakmai kollégiumi munkába?

Valóban: rövid gyakorló orvosi pályámat követően döntően oktatással, és azzal párhuzamosan kutatással foglalkoztam, illetve rövid ideig a népegészségügy területén a közigazgatásban is dolgoztam. A múlt idő a kutatásra, oktatásra vonatkozóan nem teljesen helytálló, hiszen ma is vannak PhD hallgatóim, akiknek a támogatását, felkészítését végzem a Debreceni Egyetem Doktori Iskolájában. Azok a készségek és az a szemléletmód, amelyeket a kutatás során megszereztem, kifejezetten előnyösek, és jól hasznosíthatóak a gyakorlatban. Igen sok tudományos bizonyíték gyűlt össze arra vonatkozóan, hogy egyes országok milyen eredményeket értek el a népegészségügyben. Ezek ismeretében könnyebb megszabni a prioritást a tervezési folyamatok során, és szelektálni, hogy

melyek azok a területek, amelyekre érdemes pénzt költeni. A kutatói munkám során számos olyan problémával, kérdéssel foglalkoztam, mely arra sarkallt, hogy a megfigyelői, elemzői státuszról cselekvő, operatív pozícióba lépjek át. A beavatkozásra alkalmas színtér számomra az Országos Egészségfejlesztési Intézet, amelynek munkatársaként jelenleg dolgozom.

NEURALGIKUS PONTOK

– Ön szerint hogyan tehető hatékonyabbá a népegészségügy? Melyek azok a neuralgikus pontok, amelyek a leginkább igénylik a beavatkozást?

Az elmúlt években számos népegészségügyi program született, amelyekben fellelhető volt a szakmai konzisztencia és kellő koncepcionális keret is biztosítottak a szükséges intézkedésekhez. Ugyanakkor a végrehajtás intenzitása meglehetősen változó, rapszodikus volt. Ennek oka a kiszámítható finanszírozás hiánya, ami tulajdonképpen a népegészségügyi tevékenység „rákfenéje”. Itt van például a népegészségügyi termékadó, amelyből évente 20-30 milliárdos bevételre számíthatunk. Ha ennek egyharmadát a népegészségügyi tevékenységre lehetne fordítani, az már alapszinten biztosíthatná a legfontosabb beavatkozások fedezetét. Egyelőre csak bizakodni merek, hogy az adó nevével összhangban kerül majd a bevétel felhasználásra. Ugyanakkor jó hír, hogy az Új Széchenyi Terv keretében a Társadalmi Megújulás Operatív Program (TÁMOP) tartalmaz egészségfejlesztésre, megelőzésre allokálható forrásokat. Ezeket okosan kellene felhasználni, mégpedig úgy, hogy ne pusztán programokat finanszírozzanak, hanem a népegészségügyi tevékenység feltételrendszerét is javítsák, és ne csak a központi intézmények, hanem a területi szereplők szintjén is. Nagy kérdés azonban, hogy vajon 2013 után, amikor az Új Széchenyi Terv lezárul, lesz-e finanszírozása a népegészségügynek? Ha ugyanis nem kerül ide forrás, újra ciklikussá válnak a népegészségügyi intézkedések, ami menthetetlenül hitelvesztéssel fog járni.

A feltételrendszer fejlesztésének másik sarokköve a népegészségügyi intézményrendszer szervezeti kereteinek az átalakítása. Hiányzik egy olyan intézmény, amely a népegészségügyi tevékenység központi motorjaként koordinálja a részfeladatokat a tervezéstől a megvalósításig. Hiszen ahogy az egészségügyi ellátórendszerben, úgy a népegészségügyben is szükség van szervezeti háttérre, amely összeköti az egészségügyön belüli és kívüli szereplőket. Az állami intézmények jelenlegi struktúrája ugyanis ágazatspecifikus. A különböző területek – például az egészségügy és az oktatás – közötti átjárás, az együttműködés formalizált módja nem igazán alakult még ki. Ennek a sokszereplős, lazább partnerségnek a kultúrája még fejletlen, ezért ezen sokat kell még dolgozunk.

– Hogyan látja a betegségmegelőzés mai helyzetét?

A megelőzés mindig – ha szabad ezt mondani – afféle mostohagyerek volt. Sok téves dogma kapcsolódik ide. Azt gondoljuk például, hogy azért kell több pénzt áldoznunk a megelőzésre, mert akkor kevesebben betegszünk meg, ergo spórolni tudunk az egészségügyi ellátáson. Ez középtávon igaz is, azonban hosszú távon már más a helyzet. Hiszen ha a megelőzést sike-

resen végezzük, akkor egészségesebb lesz az életünk, hosszabb életre számíthatunk. De nemcsak az aktív élethossz nyúlik meg, hanem a passzív is. Összességében növekedni fognak a szociális és egészségügyi kiadások. A megelőzésnek tehát nem argumentuma az, hogy ha többet költünk az egészségmegőrzésre, akkor pénzünk takarítunk meg. Az egészségfejlesztés és betegségmegelőzés befektetés a humán tőkébe, csakúgy, mint a kuratív ellátásnak, a célja egészségnyereség elérése.

Sokáig az a felfogás volt mérvadó, hogy egy ország gazdasági fejlettsége megszabja, hogy mennyire egészségesek a polgárai. Ez azonban megfordítva is igaz. Ma már tudjuk, hogy egy ország versenyképességének, termelékenységének, gazdasági fejlettségének az emberi erőforrás az egyik legfontosabb, meghatározó tényezője. Most kell befektetnünk azért, hogy hosszú távon humán tőkét nyerjünk. A nehézség abból fakad, hogy a kormányok alapvetően tűzoltással foglalkoznak: többnyire csak a napi szintű, égető problémák megoldására költenek. A pénzszűke miatt nehéz elérni, hogy hosszú távú investícióba is forgassanak be forrásokat. Pedig ezek az igazán megtérülő beruházások: viszonylag alacsony költségen vásárolhatunk rajtuk egészséget. Ha például összehasonlítjuk, hogy mennyi pénzt vagyunk hajlandóak kifizetni gyógyszertármogatásra, és azon az összegben hány életévet tudunk megvásárolni, azt láthatjuk, hogy ugyanakkora ráfordítással sokkal több egészséges életévet nyerhetünk, ha megelőzésre költjük. Természetesen ezzel nem azt akarom mondani, hogy a gyógyító ellátásból kellene forrást elvonni, erről szó sincs. Más honnan kell forrást találni a prevencióra.

– Ugyanakkor nem minden pénz kérdése. Ha például az iskolai tananyagba bevezetnék az egészségtant, a gyerekekben sokkal magától értetődőbben rögzülne az egészségtudatos életmód jelentősége.

Ezzel kapcsolatban többféle nézet ütközött a közelmúltban. Nem tartom valószínűnek, hogy az egészségtan önálló

tantárgyként bevezetésre kerül az általános iskolákban. Azt viszont igen, hogy az egészségfejlesztési ismeretek modulszerűen, a többi tantárgyba integrálva jelenjenek meg. Napjainkban az a törekvés látszik felülkerekedni, hogy az egészségügyi szemszövegnek teljes körűen, azaz a matematikától a biológián át a testnevelésig meg kell mutatkoznia a tananyagban. Azt sem szabad elfelejteni, hogy az iskola, mint egészségfejlesztési színtér, nem csak a gyerekek, hanem a szülők számára is fontos. Nem elég ugyanis, ha a tanulók csak az iskolában mozognak és táplálkoznak korszerűen, és hiába jutnak a drog- és alkoholfogyasztás káros hatásairól szóló ismeretekhez, ha otthon mást látnak. Fontos lenne a védőnői szolgálat funkciójának bővítése is. A védőnői hálózat komoly érték, és a csecsemő-, gyermek-, anyavédelmen kívül egyéb feladatok elvégzésére is alkalmas lenne. A védőnők preventív tevékenységét bővíteni lehetne például azzal, ha a családi környezetben észlelt pszichoszociális problémákat jeleznék az illetékes társszolgálatok felé. A pszichológus, mentálhigiénés, szociális szakemberek ilyen úton történő bevonásával sok betegség megelőzhető, illetve felderíthető lenne. Ehhez azonban az alapellátás jelenlegi intézményi környezetét és az érdekeltségi rendszert ez irányban is fejleszteni kellene.

Sok mindenen kellene tehát változtatni, de ennek mikéntje, a módszertan még kiforratlan. Egy sor szervezeti kihívással szemben találjuk magunkat, nem beszélve a többször említett forráshiányról. A népegészségügyi célok elérése érdekében az egész nemzetnek meg kellene mozdulnia, ez azonban szemléletváltás nélkül nem fog menni. A lakosság egészségmagatartása, egészségügyi tudatossága jócskán elmarad a nyugat-európai országokétól. A magyar populáció elvárt egészségállapot javulása csak a lakosság cselekvő részvétele és a társadalom valamennyi szereplőjének bevonása esetén fog bekövetkezni.

Boromisza Piroska

NÉVJEGY



Dr. Vokó Zoltán 1994-ben végzett általános orvosként a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen, majd 1996-ban epidemiológiából Master of Science diplomát kapott a Rotterdami Erasmus Egyetemen, ugyanitt 2000-ben védte meg egyetemi doktori (PhD) értekezését. 2003-ban megelőző orvostan és népegészségtan szakorvosi képesítést szerzett, 2004-ben a klinikai orvostudományok területén habilitált a Debreceni Egyetemen. 1994-től 1998-ig neurológus gyakornokként dolgozott az Agyérbetegségek Országos Központjában. 1998-tól 2001-ig az Országos Egészségmonitorozási Programban vett részt a MEDINFO-ban, az Egészségügyi Minisztériumban, illetve az Egészségfejlesztési Kutatóintézetben. Irányításával került megvalósításra az Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF2000). 2003-ban az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium Ágazati Információs Politikai Főosztályát ve-

zette, irányította az Ágazati Információs Politika kidolgozását, majd 2004-ben a Népegészségügyi Főosztály vezetőjeként a Nemzeti Népegészségügyi Program egyik irányítója volt. 1996 óta tanít epidemiológiát és biostatistikát a Debreceni Egyetemen, 2005-2008 között a Biostatistikai és Epidemiológiai Tanszék tanszékvezető egyetemi docenseként. 2009-2011-ben igazgató-helyettesként, egyetemi docensként dolgozott az ELTE Társadalomtudományi Kar Közgazdaságtudományi Intézet Egészségpolitika és Egészség-gazdaságtani Tanszékén, illetve orvosigazgatóként a Syreon Kutatóintézetben. 2011 óta az Országos Egészségfejlesztési Intézet munkatársa. Klinikai döntésméleletet tanít Rotterdamban, az Erasmus Nyári Egyetemen, valamint epidemiológiát és egészségügyi statisztikát a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjában. Tagja az MTA Megelőző Orvostani Munkabizottságának és a Szakmai Kollégium Megelőző Orvostan és Népegészségügy, Kórházhigiénia Tagozatának vezetője. 2006 óta az IME Szerkesztőbizottság tagja.