

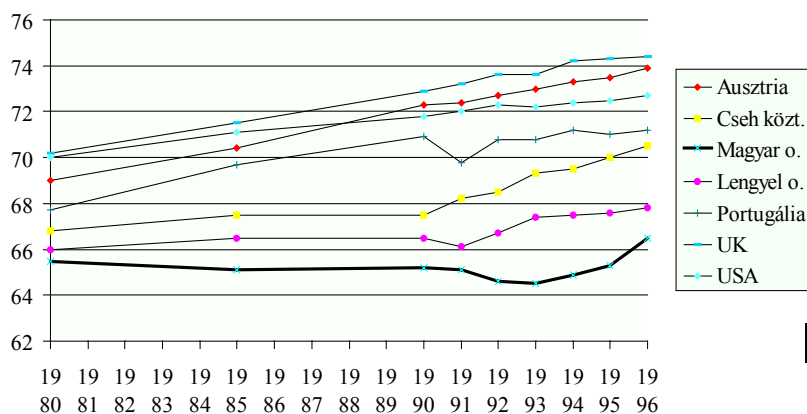
Dr. Kincses Gyula\*

## A problémaorientált egészségpolitika esélyei Magyarországon

### Satus preasens

Az elmúlt évek egészségügyi történései alapvetően az ellátórendszer reformjára, a működőképesség megőrzésére, javítására koncentráltak. Mindez természetes, sőt szükségszerű, hiszen ezek nélkül **a reformlépések nélkül az ellátórendszer – vélhetően – már rég összeomlott volna.** Ugyanakkor azt is tudjuk, hogy a lakosság egészségi állapota az elmúlt évtizedben alapvetően nem javult, sőt egyes mutatók tovább romlottak. Ma már az is elfogadott tény, hogy a lakosság populációs szintű egészségi állapota és az ellátórendszer minősége közötti összefüggés igen laza.

### Születéskor várható átlagos élettartam alakulása a férfiak körében



OECD adatbázis alapján

Kincses Gyula dr.  
NM GYÓGYINFOK

1. ábra

Ha az egészségi állapot kemény, a halálózásból számolt mutatóit elemezzük, akkor meg kell állapítani, hogy a születéskor várható átlagos életkor mind abszolút értelemben, mind nemzetközi összehasonlításban igen alacsony Magyarországon. Ez a tény elsősorban a férfiak esetében jelentkezik markánsan (1. ábra). A magyar mutatók nem csak az angol, vagy amerikai értékektől maradnak le nagyon, hanem ugyanilyen nagy a különbség a szegényebb EU országok (pl.: Portugália) és hazánk között, de a környező országokhoz képest is elkésztő a kép.

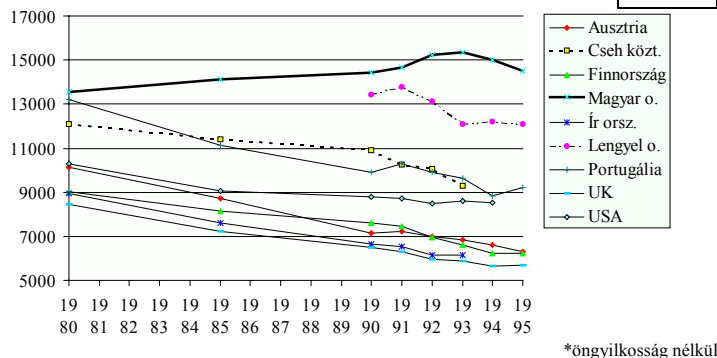
Az elmúlt évek halálózási mutatói hirtelen javultak, de örömünket némi óvatosság kell, hogy kísérje. *A 90-es évek második felének hirtelen javulása vélhetően nem más, mint a rendszerváltás kapcsán az évtized elején a személyes egzisztenciák, élethelyzetek gyors változása, kialakult kapcsolatrendszerek fellazulása miatt megszaporodott, "előrehozott" halálózások korrekciója,* ezért rövid távon akár a helyzet romlásával, közép távon pedig az alaptendenciák ismételt érvényesülésével kell számolnunk.<sup>1</sup>

Hasonló a kép, ha az egészségi állapot másik kemény mutatóját, a potenciálisan elvesztett életéveket vizsgáljuk (2. ábra). Ezek szerint Magyarországon több mint kétszerese az ideje-korán elvesztett életéveknek a száma, mint a fejlett államokban.

\* EM GYÓGYINFOK igazgatóhelyettese, 1051 Budapest, Arany J. u. 6-8.

<sup>1</sup> Ezt a hipotézist a közeljövőben külön publikációban kívánom igazolni.

## A potenciálisan elveszett életévek alakulása\*



A 70 év alatt potenciálisan elveszett életévek, férfiak  
100.000 férfira számítva (PLY)

OECD adatbázis alapján

Kincses Gyula dr.  
NM GYÓGYINFOK

Kertai professzor vezetésével 1993 végén készült, az “**A népegészségügy prioritásai az ezredfordulóig**” program, mely világos célkitűzéseket, egyértelmű prioritásokat, mérhető, és számonkérhető feladatokat fogalmazott meg. A program végrehajtásáról a 1030/1994-es kormányhatározat rendelkezett. A program (bár formálisan 1995 I. 27-én bizonyos kiegészítésekkel életbe lépett) a gyakorlatban a kormányváltás áldozata lett, mert végrehajtása a gyakorlatban nem történt meg, illetve formalizálódott, és a Horn kormány hasonló szemléletű (alternatív) programot sem indított el. A ‘94-98 közötti periódus így deklaráltan is az ellátórendszer körüli tevékenységre koncentrált. Jól jelzi ezt az átalakult szóhasználat is: 1997-re már egészségpolitika helyett egészségügyi-politikáról, szolgálat helyett szolgáltatásról beszéltünk.

Ha elemezzük az elmúlt 10 év történéseit, akkor összefoglalóan azt kell megállapítanunk, hogy ezek elsősorban a finanszírozásra és az ellátórendszer egyes elemeinek az átalakítására koncentráltak. E tekintetben **egy horizontális, struktúraorientált, gondolkodás érvényesült**, hiszen időről időre az ellátórendszer egy-egy elemét kívánták/kívántuk megjavítani. A reform a gyakorlatban a háziorvosi rendszerről, a kórházügyről, egynapos sebészetről, ágyszám-csökkentésről, és nem pedig a daganatos, vagy szív-érrendszeri betegségekről beszélt.

Ahhoz, hogy az ellátórendszer javítása mellett a lakosság egészségi állapota is javuljon, **paradigmaváltásra van szükség: a horizontális, struktúraorientált megközelítés helyett a vertikális, probléma-orientált gondolkodásnak kell érvényesülnie**. Az egészségügyi gazdaságtanban az üzemgazdaság szintjén már kezdjük megérteni a hatásosság és a hatékonyság, az output és az outcome közötti különbséget. Durván leegyszerűsítve: az egészségügyben a gyógyítás jelenti az outputot, a gyógyulás pedig az outcome-ot. A gyógyítás az egészségügyi ellátórendszer produktuma, az egészség (a populáció szintű egészségi állapot javulása) viszont komplex társadalmi, gazdasági és mentális folyamatok eredménye. Makroszinten az egészségügyi igazgatás hatékonyságát (efficiency) a ráfordítások (1 főre jutó eü. kiadás) és az egészségi állapot változásának arányával lehet mérni. Ebből következik, hogy ha az egészségpolitika makro szinten is hatékony akar lenni, akkor olyan eszközrendszereket kell keres-

Ezek az adatok ugyan évek óta ismertek, mindezek ellenére az elmúlt 10 évben egyetlen kormány sem rendelkezett ennek megfelelő stratégiával, illetve a politikai szándékok, deklarációk ellenére *nem ennek a problémának a megoldása adta a cselekvés fő irányát*.

Az Antall kormány politikájának deklarált célkitűzései ugyan ennek a problémának a megoldására irányultak, de az energiák javát ténylegesen az egészségügyi rendszer szükségességének átalakítása kötötte le. A *nemzeti egészség-stratégia tekintetében példaértékűnek* tekinthető a

nie, amely nem kizárólag a gyógyításra, hanem a több egészségnyereség<sup>2</sup> elérésére koncentrálnak.

Nagy kérdés, hogy az új egészségügyi kormányzat tevékenységének súlypontja hova tevődik a következő négy évben. Az első konkrét lépések most is a struktúrához kötődtek, és ez természetes. A valós kérdés az, hogy a kormány ereje kimerül-e a TB igazgatás (egyébként indokolt) átszervezésében, az ügyeleti pótlék rendezésében, egy-két új hivatal létrehozásában, vagy programjának megfelelően tenni is tud a hatékonyabb prevencióért, az egészségi állapot javításáért.

*Az új kormány programjának alapértékei és alapelvei ismét kedveznek, esélyt adnak egy lakosság és érték-központú egészségpolitika megvalósításának. A program központi eleme a polgár, akinek a kormány nem csak a gyógyítását, hanem a betegség-mentes, elvárható hosszúságú élettartamát is biztosítani szeretné.*

Szintén esélyt ad egy ilyen megközelítésnek az is, hogy a FIDESZ nem csak a polgárban gondolkodik, hanem **nemzet-stratégiával** is rendelkezik. A nemzetfogyás, a lakosság egészségi állapota, korösszetétele, jövedelemtermelő és önálló képessége nem csak az egyén szempontjából fontos, hanem a gazdaság egyik meghatározó tényezője. A kormányprogram így jó esélyt ad egy populációs megközelítésű egészségpolitika érvényesítésére.

Ahogy az egészségpolitika természetesen a későbbiekben sem vonulhat ki az ellátórendszer problémáinak megoldásából, de ugyanígy nem hagyhatja figyelmen kívül az egészségközpontú megközelítést sem. Ágyszám-póker helyett/mellett élet évekről, életminőségről kell végre beszélnünk.

## A javasolt megoldás elve

Az egészségpolitika új megközelítése a probléma-orientált, vertikális megközelítésű egészségpolitika lehet. Ennek az alapja a következő:

Meg kell határozni, hogy,

- melyek az egészségi állapot deficiteinek<sup>3</sup> fő okai, csoportjai
- ezek közül melyek a befolyásolható tényezők
- a befolyásolható tényezők közül melyek azok, ahol jól körülhatárolt feladatokkal a befektetett források a legnagyobb egészségnyereséget okozzák.

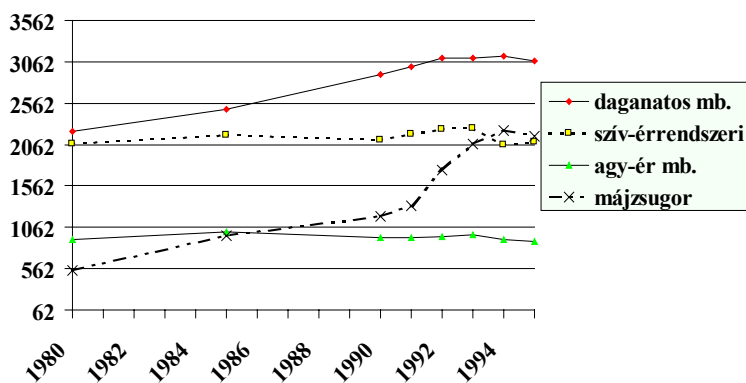
Ehhez persze pontosan (mérhetően és számonkérhetően) definiálni kellene az “egészségnyereség” fogalmát, valamint ki kell dolgozni azokat a metodikákat (elkerülhető és megelőzhető halálozás elemzése, egészségben eltöltött életek, rokkantság nélkül eltöltött életek, életminőség mérése stb.) amelyek ennek objektív mérésére alkalmasak.

Bár ma divatos közhely azt mondani, hogy nincsenek megfelelő pontosságú adatok az egészségpolitika megalapozásához, ez csak részben igaz. Adataink valóban több területen pontatlanok, illetve célhoz kötötten torzítottak, de a rendelkezésre álló információk még mindig részletesebbek és pontosabbak, mint amennyire használjuk őket.

<sup>2</sup> Egészségnyereség: Az egészségügyi rendszer által elérhető és mérhető eredmények összessége. Ilyen pl.: a megbetegedések számának csökkenése, a születéskor várható átlagos élettartam növekedése, az egészségi állapot javulása, az egészségesen, illetve a rokkantság nélkül eltöltött életek számának növekedése, az önálló-képesség javulása, az egészségi állapot önértékelésének javulása.

<sup>3</sup> Az adott populáció egészségi állapota, és a korösszetétel, a gazdasági és földrajzi környezet által elérhető egészségi állapot közötti különbség

## A potenciálisan elveszett életévek alakulása a főbb betegségcsoportokban



A 70 év alatt potenciálisan elvesztett életévek, férfiak  
100.000 férfira számítva (PLY)

OECD adatbázis alapján

Kincses Gyula dr.  
NM GYÓGYINFOK

*Az egészségpolitika stratégiai célkitűzéseinek meghatározásához ma is elegendő információval rendelkezünk.* A halálzási statisztikák Magyarországon hagyományosan jók. Ugyanakkor a halálzások száma vagy aránya önmagában nem értelmezhető, az egészségpolitika számára vagy a standardizált halálzási arányszámok változása, vagy az egyéb, a halálzából számolt mutatók, ezek közül is elsősorban a **potenciálisan elvesztett életévek száma** és az **adott korban elvárható átlagos élettartam** a leginkább re-

leváns mutató. A nemzeti prioritások meghatározásához a potenciálisan elvesztett életévek száma a leginkább kézenfekvő. Mint a 3. ábrán látható, **a legtöbb idő előtti halálzás néhány, jól meghatározható betegséghez kötődik**. Az egészségpolitika feladata, hogy nemzeti prioritások, *komplex projectek segítségével ezen betegségek megelőzésére, jobb gyógyítására helyezze a hangsúlyt.*

E betegségek önmagukban is tetemes elvesztett életév-tömeget okoznak, de a nemzetközi összehasonlítás is igen kedvezőtlen képet mutat. (Lásd a melléklet 5.-7. ábráit.)

## A program javasolt megvalósítása

### A prioritások kijelölése, OGY határozat elfogadása

Miután a populációs szintű egészségi állapot csak komplex és konzekvens intézkedéssorozattal javítható, a nemzeti program indítására, célkitűzéseinek és feltételeinek rögzítésére az **3. ábra Országgyűlési Határozat a legcélszerűbb forma**. Azon túl, hogy egy OGY határozat képes rögzíteni a program céljait és feltételeit, maga a forma is megadja a program rangját, bizonyíthatja a politika elkötelezettségét. Az alapvető prioritások kijelölése az OGY határozat feladata. A prioritások számának kijelölésekor meglepő önmérsékletet célszerű tanúsítani<sup>4</sup>, mert **túl sok prioritás esetén nincs tényleges prioritás megjelölve**, és a program nem számonkérhető.

### A prioritások és célkitűzések pontos megjelölése

Az OGY határozat műfajánál fogva elsősorban szándéknyilatkozat jellegű. Megvalósítható, ellenőrizhető és számonkérhető program sokkal alaposabb előkészítést igényel.

Az OGY határozat általánosabb, elvi megközelítésű célkitűzéseit a programban a "target oriented health policy" eszközeivel a prioritásokból levezetett, **konkrét, különböző időtávokban ellenőrizhető célkitűzésekre kell lefordítani**. A **célkitűzésekhez megfelelő indikátorokat kell kiválasztani**, és a program eredményességét

<sup>4</sup> Finnország pl. az Észak-Karéliai programban egyetlen betegség leküzdésére koncentrált. Az 5. ábra tanulsága szerint komplex programmal, 10-15 év alatt, a halálzási mutatókban is mérhető igen komoly javulást lehet elérni.

ezen indikátorok monitorozásával kell mérni, illetve az egyes célkitűzések eredményességét az indikátorok megadott időtávon belüli változásához kell kötni.

A nemzeti prioritások részletes meghatározásának és érvényesítésének megfelelő, jogszabályi háttérrel rendelkező célszerű formája az egészségügyi törvény 146 §-ban nevesített **Nemzeti Egészségfejlesztési Program**. A Nemzeti Egészségfejlesztési Program lehet ennél komplexebb, de ha konkrét eredményeket szeretnénk elérni, a fő prioritásként ennek a projectnek a megvalósítását célszerű tekinteni. A program részletes szakmai-előkészítő munkájával a létrehozandó **Egészségfejlesztési Kutató Intézetet** kell megbízni.

Miután az egészségi állapot, illetve ennek mérhető mutatói csak hosszú távon befolyásolhatók, a programban több időtáv célkitűzéseit kell meghatározni. A javasolt időtávok: 3 év (a cikluson belüli ellenőrizhetőség érdekében) 5, 10 és 15 vagy 20 év.

Az egyes időtávokhoz eltérő típusú indikátorok rendelhetők. A halálozásból számolt mutatók (standardizált halálozási arányszám, születéskor várható átlagos élettartam, potenciálisan elveszett életéviek stb.) csak hosszútávon változtathatók (15-20 év), igazi eredmények csak generációs váltással érhető el. A morbiditási mutatók már eggyel rövidebb távon is befolyásolhatók, az ellátási viszonyok egészség feltételeit meghatározó tényezők tekintetében pedig már rövidtávon is lehet eredményeket elérni.

**Az alábbi,** –egy szóbjajóhető prioritás, a szív-érrendszeri halálozások csökkentését célzó– **példa illusztratív jellegű,** (sem pontosnak, sem teljesnek még részben sem tekinthető), csupán a lehetséges stuktúrálást szemlélteti. A táblázatban jelölt feladatok így semmilyen szakmai konszenzust nem takarnak, mert nem egy szakmai program-javaslatként, hanem egy logika illusztrációjaként születtek. A konkrét célkitűzések kidolgozásának koordinálása az **Egészségfejlesztési Kutató Intézetet** feladata lehet, a szakmai részletek kimunkálása, a program és a mutatók elfogadása pedig széles szakmai konszenzust igényel.

A példa-táblázat fordított időtávban jelzi az egyes szóbjajóhető feladat-típusokat, mert a metodika lényege: reális időtávban meg kell határozni az elérni kívánt célt, és ehhez kell lebontani az egyes részfeladatok időhorizontját.

Időtáv	célkitűzés
15 év	<ul style="list-style-type: none"> <li>születéskor várható átlagos élettartam lemaradását az EU átlagtól 5%-ra kell csökkenteni a férfiak körében, a nők esetében az elmaradás nem lehet több 2 évnél,</li> <li>a 100.000 70 éven aluli férfira jutó, szív-érrendszeri megbetegedés miatt potenciálisan elveszett életéviek 1000 alá kell csökkenteni,</li> <li>az infarktusos halálozások X<sub>4</sub> %-os csökkentése,</li> <li>kórházi infarktusos halálozások X<sub>4</sub> %-os csökkentése,</li> <li>a hipertóniás betegek 90 %-ának protokoll-szerű gondozása,</li> <li>az infarktusos esetek számának X<sub>4</sub> %-os csökkentése,</li> <li>a túlsúlyos lakosság arányának 50 %-os csökkentése (esetleg korcsoportos bontásban is),</li> <li>dohányzók arányának 60 %-os csökkenése (esetleg korcsoportos bontásban is).</li> </ul>
10 év	<ul style="list-style-type: none"> <li>a 100.000 70 éven aluli férfira jutó, szív-érrendszeri megbetegedés miatt potenciálisan elveszett életéviek 1500 alá csökkentése</li> <li>az infarktusos halálozások X<sub>3</sub> %-os csökkentése</li> <li>kórházi infarktusos halálozások X<sub>3</sub> %-os csökkentése</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• a hipertóniás betegek 85 %-ának protokoll-szerű gondozása</li> <li>• az infarktusos esetek számának X<sub>3</sub> %-os csökkentése</li> <li>• a túlsúlyos lakosság arányának 50 %-os csökkentése (esetleg korcsoportos bontásban is)</li> <li>• dohányzók arányának 50 %-os csökkenése (esetleg korcsoportos bontásban is)</li> </ul>
5 év	<ul style="list-style-type: none"> <li>• a 100.000 70 éven aluli férfira jutó, szív-érrendszeri megbetegedés miatt potenciálisan elvesztett életevek 1750 alá csökkentése</li> <li>• QALYs..... csökkentése</li> <li>• az infarktusos halálozások X<sub>2</sub>%-os csökkentése</li> <li>• szív-centrumok egységes (tárgyi és személyi) feltétel szerinti működtetése, területi egységenként azonos hozzáférési esélyekkel</li> <li>• nyílt és zárt szívűműtétek, szívkatéterezések számának X<sub>1</sub> %-os változása</li> <li>• az infarktusos esetek számának X<sub>2</sub> %-os csökkentése</li> <li>• kórházi infarktusos halálozások X<sub>2</sub> %-os csökkentése</li> <li>• a hipertóniás betegek 75 %-ának protokoll-szerű gondozása</li> <li>• dohányzók arányának 25 %-os csökkenése (esetleg korcsoportos bontásban is)</li> <li>• a túlsúlyos lakosság arányának 20 %-os csökkentése (esetleg korcsoportos bontásban is)</li> </ul>
3 év	<ul style="list-style-type: none"> <li>• az infarktusos esetek számának X<sub>1</sub> %-os csökkentése</li> <li>• kórházi infarktusos halálozások X<sub>1</sub> %-os csökkentése</li> <li>• a hipertóniás betegek 60 %-ának protokoll-szerű gondozása</li> <li>• dohányzók arányának 15 %-os csökkenése (esetleg korcsoportos bontásban is)</li> <li>• a túlsúlyos lakosság arányának 10 %-os* csökkentése (esetleg korcsoportos bontásban is)</li> </ul>
1 év	<ul style="list-style-type: none"> <li>• a részletes program kidolgozása, illesztése a Nemzeti Egészségfejlesztési Programhoz</li> <li>• a program részletes kommunikálása (marketing a lakosság, a szakma és a politika felé)</li> <li>• a célkitűzések méréséhez szükséges “alap-állapot” felmérése, regisztrálása, megfelelő információs-bázis kialakítása</li> <li>• QALYs, DALYs metodika kidolgozása.....</li> <li>• a hipertónia gondozási protokolljának és dokumentációs rendjének elfogadása</li> <li>• a sürgősségi ellátás feltételeinek (15 perces ellátási idő) biztosítása</li> </ul>

\*A százalékos értékek végig az 1999-es évek értékéhez, mint bázisvázhoz viszonyítottak

A fenti metodikával egy cél érdekében mind a prevenciónak, mind a kurációnak, mind az egészség feltételei biztosításának az eredményessége monitorozhatóvá válik. Hasonló elven felépített célkitűzésrendszert kell kidolgozni a többi prioritás elérése érdekében is.

Bár a prioritások meghatározásához ma is elegendő információval rendelkezünk, a komplex programok monitorozásához új típusú indikátorok meghonosítására is szük-

ség van. Az eddigi mérőszámok gyakorlatilag mind a halálozási adatokon alapultak, az életminőséget nem vették

### A megvalósítás technikája

***Az egészségpolitika célkitűzéseinek meghatározása csak egységesen, a szaktárca vezetésével és a fenti logikájú metodikával történhet.*** A megvalósításban viszont összetett eszközöket kell igénybe venni.

A ***szaktárca feladata*** elsősorban a koordinálás, a project eredményességét biztosító szakmai szabályok elfogadása.

Az Egészségügyi Minisztérium a jogszabály-alkotási és szakmai szabályozási munkájával tudja igazán megalapozni a project teljesíthetőségét. A fent jelzett célkitűzések jónéhánya (például a lakossági szűrési és gondozási arány javítása) az alapellátás szakmai szabályainak, a törzskarton-kitöltés és az orvosválasztás újraszabályozásával érhető el. Szintén a szaktárca feladatkörébe tartozik a project megvalósításához esetleg szükséges központi fejlesztések (pl.: sürgősségi ellátás feltételeinek megteremtése, a diagnosztikai eszközök fejlesztése, rekonstrukciója) forrásának megteremtése, koordinálása. Szintén fontos, a szaktárca kompetenciájába tartozó terület a hozzáférési esély-egyenlőség javítása.

A program technikai managementjét, monitorozását az Egészségfejlesztő Kutatóintézetre kell bízni, felügyeletét Nemzeti Egészségfejlesztési Tanács tudja legnagyobb legitimációval ellátni.

A peremfeltételek biztosítása mellett program komplexitásában csak akkor valósítható meg, ha *az egészségügy szereplői mellett az önkormányzati és civil szférát, sőt a termelési és szolgáltatási szféra releváns szegmensét* (pl.: étkezési kultúra megváltoztatásánál) sikerül a program mellé állítani. E tekintetben számítani lehet a VPSI által indított ***modernizációs program kapcsán létrejött regionális szerveződésekre***. Ezek a szervezetek lehetnek a program tényleges implementációs szervezetei, amelyek a helyi szükségleteknek, lehetőségeknek megfelelően, a különböző szereplőket bevonva és motiválva képesek megvalósítani a célkitűzéseket.

A program eredményes megvalósításának lényeges feltétele a rendszeres, ***nagy nyilvánosságot kapó értékelés, általában a jó kommunikáció.***

### Pilot project indítása

A megvalósítás, az egységes nemzeti project kijelölése előtt a fenti megközelítés eredményességének bizonyítására alkalmas lehet egy leszűkített területen, egy betegségcsoport területén elindított kísérleti project. E célra a legalkalmasabb az "EP SZÍV" program, mely megfelelő szakmai megalapozottsággal rendelkezik.

A project javasolt elvei: eltérő időtávban mérhető célkitűzések kijelölése, munkacsoportok szerinti szerveződés.

A project eredményességét az alábbi 4 munkacsoport biztosíthatja:

#### 1. Tervező, elemző és metodikai csoport

***Feladata:*** a project tervezése, monitorozása, értékelése, az egyes szakmai csoportok (2, 3, 4) által kidolgozott indikátorok metodikai definiálása, egységesítése.

#### 2. Primer prevenció, életmód csoport

**Feladata:** az életmód, a primer prevenció területén az elérendő eredmények és az eredmények elérését monitorozó indikátorok meghatározása, valamint az eredmények eléréséhez szükséges metodikák leírása.

### 3. Alapellátási csoport

**Feladata:** az alapellátás területén a háziorvosi rendszer által végzendő és szervezendő szűrések, valamint a kiszűrt esetek gondozási protokolljainak meghatározása, az ehhez szükséges indikátorok, illetve az elérendő eredmények kidolgozása.

### 4. Szakellátási, ellátás-értékelési csoport

**Feladata:** a betegségcsoport terápiás elveinek kidolgozása, az egyes szakmai szintek kapcsolatrendszerének meghatározása, valamint ezek indikátorainak meghatározása.

#### ***A munka javasolt menete:***

1. A project vezetése meghatározza a project alapvető célkitűzéseit, szervezeti felépítését, logikai keretét.
2. A 2-4-ig terjedő munkacsoportok az 1.-es, metodikai munkacsoporttal együttműködve meghatározzák a célkitűzéseket és az indikátorokat.
3. A tervező, elemző és metodikai csoport a fentekből elkészíti a project-tervet, kidolgozza a monitorozás, elemzés, értékelés technikáját.
4. A szakmai csoportok kidolgozzák a kívánt eredmény eléréséhez szükséges metodikákat, eljárás-értékeléseket, szakmai irányelveket.
5. A megvalósításhoz szükséges szakmai támogatottság és pénz megszerzése.
6. A project indul...

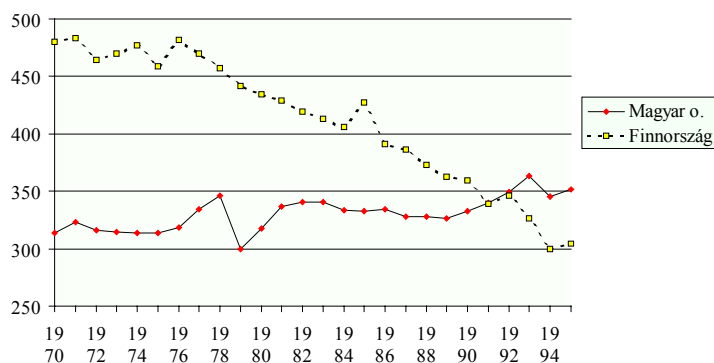
## **Összegzés**

Amennyiben az egészségpolitika az ellátórendszer szükségszerű javítása mellett a populációs szintű egészségi állapot javítását is célul tűzi ki, úgy **paradigmaváltásra és konkrét cselekvési programra van szükség**. Ez csak az egészségpolitika prioritásainak kijelölésével és egy problémaorientált, komplex megközelítéssel valósítható meg.



A cél-orientált programok nemzetközi tapasztalatok szerint igen eredményesek. A 70-

## A szív-érrendszeri halálozások alakulása a férfiak körében



OECD adatbázis alapján

Kincses Gyula dr.  
NM GYÓGYINFOK

4. ábra

es évek elején indított, ma már tankönyvi példának számító finnországi Észak-Karélia programban komplex megközelítéssel, jól meghatározott célkitűzésekkel belátható időn belül meg lehetett fordítani a trendet: az addig példátlanul magas kardio-vaszkuláris halálozások már a program indítása után pár évvel elkezdtek csökkenni, majd folyamatos javulás után a '90-es évekre Finnország már kezdi közelíteni az EU átlagot. A korrekt szakmai program, a komplex

megközelítés, a kormányzati elszántság és a jól kommunikált megvalósítás meghozta az eredményét. Ma-

gyarországon sajnos az ellenkező játszódott le: az eleve magas halálozás az európai tendenciák ellenére nem csökkent, a magyar mutatók mára már Európában a legrosszabbak közé tartoznak

A hasonlóan eredményes angliai projectek mind azt bizonyítják, hogy a problémaorientált programok komoly szakmai eredményeket és politikai sikereket hozhatnak.

### A project előnyei

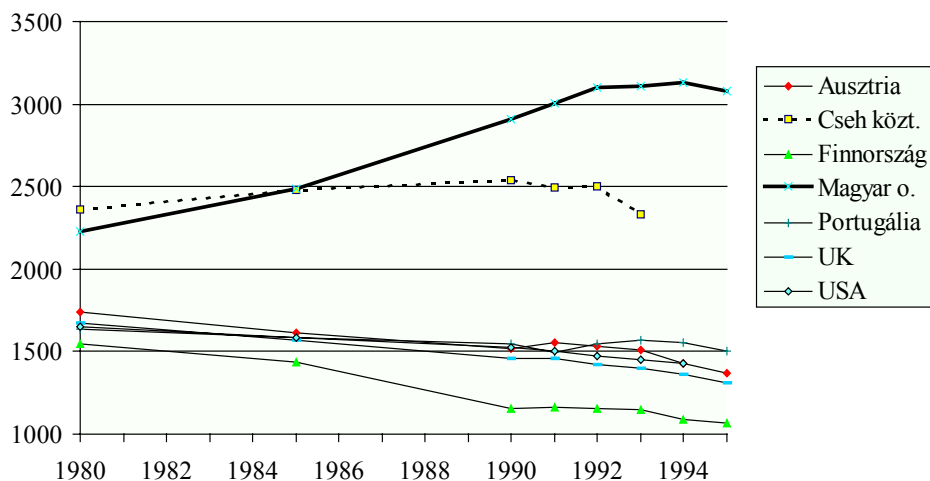
A projectnek gyakorlatilag csak előnyei vannak. A főbb előnyöket az alábbi felsorolás foglalja össze.

- Valós, a nemzet alapkérdésibe tartozó problémák megoldására koncentrálnak.
- A kormánypolitika szintjén hoz nyereséget, mert deklarálja, hogy a kormány a lakosság egészségi állapotát végre komolyan veszi, és ehhez nemzeti programot dolgoz ki.
- Az egészségpolitika számára is nyereséget hoz, mert végre valami kézzelfogható, felmutatható és számonkérhető történik a szakmán belül is.
- A jól meghatározott és megfelelően publikált célok önmagukban is mobilizáló hatásúak, az egészségi állapotot pozitívan befolyásolhatják.
- A project nemzetközi viszonylatban is javítja az ország-image-t, mert mind a WHO, mind az EU által elfogadott, támogatott metodikán alapul.
- Megalapozhatja a Nemzeti Egészségfejlesztési Programot, valós, konkrét funkciót ad a Nemzeti Egészségfejlesztési Tanácsnak.
- A probléma jelentőségéhez képest a program nem igényel jelentős többletforrást, hiszen alapvetően a meglévő források ideális, szükséglet alapú allokációját célozza.

Miután egy ilyen megközelítéssel szemben érdemi ellenérvek, nehézségek nem nagyon ismertek, reménykednünk kell, hogy az egészségpolitika szándékának megfelelően az egészséget tekinti legfőbb célkitűzésének.

Budapest, 1998 június, - július, - október.

### A daganatos betegségek miatt potenciálisan elvesztett életévek alakulása



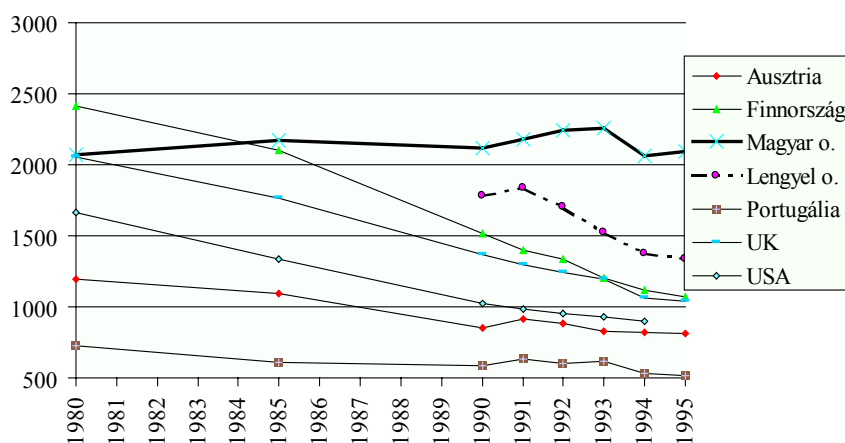
A 70 év alatt potenciálisan elvesztett életévek, férfiak  
100.000 férfira számítva (PLY)

OECD adatbázis alapján

Kincses Gyula dr.  
NM GYÓGYINFOK

5. ábra

### A szív-érrendszeri megbetegedés miatt potenciálisan elvesztett életévek alakulása



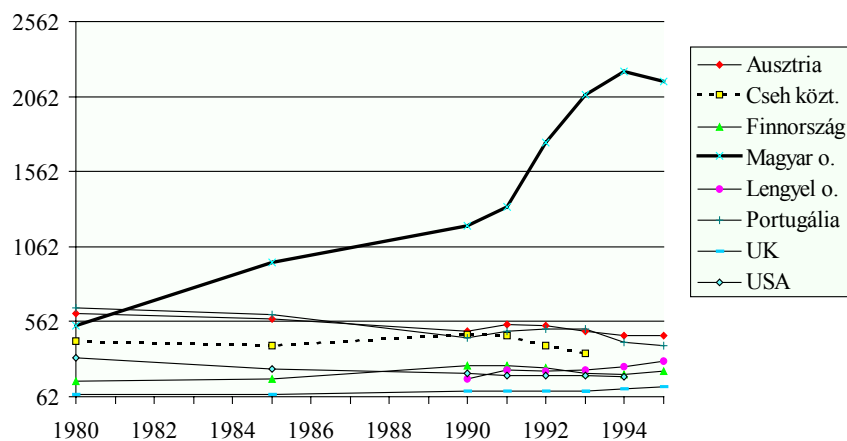
A 70 év alatt potenciálisan elvesztett életévek, férfiak  
100.000 férfira számítva (PLY)

OECD adatbázis alapján

Kincses Gyula dr.  
NM GYÓGYINFOK

6. ábra

## A májzsugor miatt potenciálisan elveszett életévek alakulása



A 70 év alatt potenciálisan elveszett életévek, férfiak  
100.000 férfira számítva (PLY)

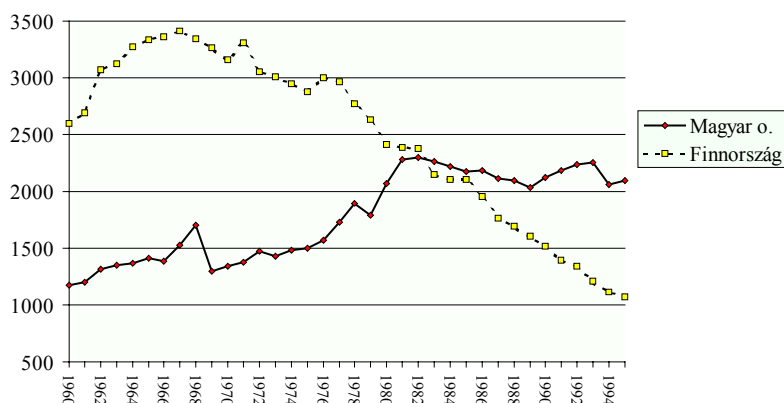
OECD adatbázis alapján

Kincses Gyula dr.  
NM GYÓGYINFOK

7. ábra

Az ábrákon Cseh köztársaság néven feltüntetett értékek alatt 1992 előtt Cseh-Szlovákia értékei értendők.

## A szív-érrendszeri megbetegedések miatt potenciálisan elveszett életévek alakulása



A 70 év alatt potenciálisan elveszett életévek, férfiak  
100.000 férfira számítva (PLY)

OECD adatbázis alapján

Kincses Gyula dr.  
NM GYÓGYINFOK

8. ábra