

Észrevételek a járási egészségterv-készítés aktuális törvényi kötelezettségével kapcsolatban

Comments related to actual legal obligation of district health planning

Szerző: Lovász István^a ✉, Girán János^b
a: Pécs Megyei Jogú Város Polgármesteri Hivatala,
b: Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Orvosi Népegészségügyi Intézet

Beküldve: 2019. 05. 28.
doi: 10.24365/ef.v60i3.474

Összefoglaló: A járási egészségterv készítésének jogszabályi kötelezettsége a helyi egészségvédelem feladatainak ellátását európai viszonylatban is úttörő módon támogatja. Ugyanakkor e jogszabályi kötelezettségnek való megfelelés problémákkal terhelt. Meghatározó nehézség, hogy az egészségterv kidolgozásának feladata a járásszékhely városra hárul, ám a terv területi érvényessége az egész járásra vonatkozik. További korlát, hogy a járás öngazgatási funkcióval nem rendelkezik, így nincs olyan választott képviselőkből álló testülete, amely az egészségtervben foglalt intézkedéseket jóváhagyná, a végrehajtását felügyelné, továbbá a cselekvéshez szükséges erőforrásokat biztosítaná. Mindemellett hiányzik a stratégiai tervezés alapját jelentő országos népegészségügyi szakmai program is, amelyhez a járási tervek célrendszerükkel és prioritásaikkal igazodhatnának. Emiatt problémás megfelelni a törvényi kötelezettségnek és így az egészségtervezés módszerében rejlő lehetőségek sem használhatók ki a lakosság egészségi állapotának javítása érdekében.

Kulcsszavak: stratégiai tervezés; járási egészségterv törvényi kötelezésének problémái; öngazgatási funkciók hiánya; nemzeti népegészségügyi program hiánya

Summary: At European level, the Hungarian legal obligation to elaborate a district-level health plan is pioneering support for local health protection. However, meeting the requirements of this legal obligation has been problematic. One of the major difficulties is that the obligation related to elaboration of health plan falls to the city, while the scope of the plan should relate to the entire district surrounding the city. A further limitation is that the district does not have any governing function. Therefore, it cannot have any board of elected representatives that would approve and initiate the measures of the health plan, supervise its implementation, and provide the resources needed for action. In addition, the national public health programme is also missing, which should be the basis for any level of strategic planning, and to which the district plans could adapt with own target system and priorities. Consequently, potential methods of health planning cannot be utilized to the improvement of the population health.

Keywords: strategic planning; challenges of legal obligation of health planning; lack of governing functions; lack of a national public health programme

BEVEZETÉS

Az Európai Unió országaiban születéskor várható átlagos élettartam a 2017-ben született férfiak esetén 78,3 év, míg a nők esetén 83,5 év.¹ Az

ugyanezen évben Magyarországon született nők átlagosan 78,9 év, a férfiak pedig 72,4 év élettartamra számíthatnak.² Az országon belüli helyi különbségek ugyancsak figyelemre méltóak: a 2017-ben született férfiak esetében a Budapesten

élők élettartama lehet a leghosszabb 74,3 évvel, miközben a Nógrád megyében élők 69,9 évvel a legrövidebb. A nők esetében szintén a Budapesten élők életkilátásai a leghosszabbak 80,06 évvel, és a Borsod-Abaúj-Zemplén megyében születettek a legrövidebb 77,6 évvel.³ Az adatok láthatóan mutatják, hogy a hazai népesség egészségi állapota az uniós országok átlagától jelentősen elmarad és az életkilátásokat önmagában az a tény, hogy ki melyik régióban születik évekkel rövidítheti meg. Emiatt minden, az egészségi kockázatok csökkentését célzó törekvés szükséges és támogatandó. A járási egészségterv kidolgozásának kötelezettsége egyértelműen e támogatandó kezdeményezések közé sorolható.

A járási egészségterv kidolgozásának kötelezettségét az egészségügyről szóló, 1997. évi CLIV törvény 2016. január első napján hatályba lépett módosítása írja elő: „a járásra, illetve a fővárosban a fővárosi kerületre vonatkozóan – azon járásokban, ahol működik egészségfejlesztési iroda, az egészségfejlesztési irodák bevonásával – a járásszékhely város önkormányzata a területileg érintett települési önkormányzatokkal vagy azok társulásaival egészségtervet [a továbbiakban: járási (fővárosi kerületi) egészségterv] dolgoz ki, illetve gondoskodik az abban foglaltak megvalósításáról, amelynek során együttműködik a fővárosi és megyei kormányhivatal járási (fővárosi kerületi) hivatalával, az alapellátást és a szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatókkal, valamint az egyéb érintett ágazatok szereplőivel”.⁴

Az idézett rendelkezés a tervezetten végzett helyi szintű egészségfejlesztési és egyéb prevenciósi tevékenységek generálását európai viszonylatban is úttörő módon célozza meg, hiszen az egészségterv készítése nagyon kevés országban jelenik meg jogszabályi kötelezettséggént.ⁱ Az, hogy törvényben rögzítették az egészségterv elkészítésének kötelezettségét, kifejezi a jogalkotó és a politikai vezetés probléma-felismerését és egyértelműsíti a jobbítás

szándékát. Azonban a jelenleg érvényes előírások az egészségfejlesztési feladatok tekintetében hathatós előrelépést a területi öngazgatással összefüggő problémák, illetve a stratégiai tervezéshez szükséges szakmai koncepcionális alapok hiánya miatt mindezidáig nem tudtak eredményezni.

A TÖRVÉNYI KÖTELEZÉS TERÜLETI ÖNIGAZGATÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ PROBLÉMÁI

Települési feladat, járási érvényesség: kompetenciák ütközése

A fentebb ismertetett törvényi regula a települési önkormányzatok egyes típusai számára új feladatot állapított meg. E feladatot törvény, mégpedig külön ágazati törvény – összhangban Magyarország helyi önkormányzatairól szóló törvény⁵ szabályozási logikájával – jelöli ki. A feladatra kötelezett települések a járásszékhely városok. Jogi-dogmatikai szempontból az ezzel összefüggő probléma az, hogy jelenleg a járás nem öngazgatási, hanem közigazgatási egység – azon belül is államigazgatási –, feladatellátási fogalom és egy adott járási hivatal illetékességi területét határolja le. Ettől mindössze 1950–1971 között tértek el, amikor a járásokban választott tanácsok is működtek, azaz a járás nem csupán a térségi feladatellátás határait jelölte ki, hanem öngazgatási funkciókkal is rendelkezett. Az öngazgatási, területszervezési egységeket tekintve az Alaptörvény vonatkozó rendelkezése szerint⁶ „Magyarország területe fővárosra, megyékre, városokra és községekre tagozódik.” A járásokról tehát ebben az összefüggésben nem esik szó. A törvényi feladatszabás azonban az egészségterv elkészítését önkormányzati szervhez rendeli, míg annak területi érvényességét tekintve a járást jelöli meg.ⁱⁱ

A jogalkotó a kötelezés tekintetében egy további lehetőséget is megfogalmaz, miszerint az önkor-

ⁱ Szükségesnek tartjuk megjegyezni, hogy számos európai és Európán kívüli ország városa és egyéb területi egysége törvényi kötelezettség nélkül is, önkéntes feladatvállalásként az egészségtervezés módszerét a helyi közösségek tagjainak egészségvédelme és -fejlesztése érdekében hosszú idő óta alkalmazza.

ⁱⁱ Megjegyzendő, hogy a vázolt helyzet a fővárosban készülő egészségtervek esetében nem releváns, hiszen e helyütt a tervek készítés felelősei a kerületek. Márpedig a fővárosi kerületek mind területszervezési, mind államigazgatási feladatellátás szempontjából egyaránt ismert és releváns szereplők, azaz az ország – illetve annak fővárosa – területbeosztása, valamint a fővárosban kerületi hivatal néven futó I. fokú hatósági államigazgatási ügyintéző, végrehajtó szervek (kvázi fővárosi járási hivatalok) működésének fizikai területe egybeesik.

mányzatok az egészségterv-készítési feladatot társulási formában is elláthatják. Jelenleg Magyarországon több mint 3 ezer önkormányzat működik. Az egyes önkormányzatok közötti együttműködés a jobb minőségű szolgáltatás biztosítása, a szakse-rűbb feladatellátás, valamint a hatékonyabb terület-fejlesztés és a források eredményes lehívása érdekében vált szükségessé és az idők során több módon is megvalósulhatott.

A társulási formák első szabályozását a települési önkormányzatok többcélú kistérségi társulásáról szóló, 2011-ig érvényben lévő törvény⁷ tartalmazta. A jogforrás a kistérséget, mint társulási kategóriát pontosan meghatározta: „E törvény alkalmazásában kistérségen a törvény mellékletében megjelölt kistérséget kell érteni”.⁸ A kistérségi társulás tehát területi és alanyi értelemben kötötten volt alapítható, a kistérség önkormányzatainak részvételével, a kistérség területén. Ez a jogszabály a jelenleg érvényes önkormányzati törvény⁵ elfogadását követően hatályát veszítette, így a kistérségek közigazgatási szerepe a járással megjelenésével megszűnt.

Az önkormányzati társulásokra vonatkozó jelenlegi szabályozás⁹ szerint „A helyi önkormányzatok képviselő-testületei megállapodhatnak abban, hogy egy vagy több önkormányzati feladat- és hatáskör, valamint a polgármester és a jegyző államigazgatási feladat- és hatáskörének hatékonyabb, célszerűbb ellátására jogi személyiséggel rendelkező társulást hoznak létre”. A társulás alapját racionális szakmai szempontok határozzák meg, de a törvényi szabályozás a helyi önkormányzat kötelező feladatának társulásban történő ellátását is elrendelheti.¹⁰ Így meghatározott esetekben akkor is lehetséges az együttműködés, ha a helyi önkormányzatok nem kívánják társulni. A társulás fizikai-földrajzi kiterjedéséről azonban nem szól a rendelkezés, így a feladatellátásban érintett önkormányzatok egymással tetszőleges módon hozhatnak létre jogi személyiséggel rendelkező társulást. Így annak sincs akadálya, hogy az egészségterv készítésére vonatkozó rendelkezésnek⁴ történő megfelelés során a társulás a járás határaihoz igazodjék, avagy a jelenleg működő társulások bázisán történjen. Mindazonáltal e lehetőség kihasználása a járást továbbra sem teszi területszervezési vagy önigazgatási egységgé.

A döntéshozatal, a végrehajtás és a kötelezettségvállalás problémái

A területi kompetenciák rendezetlensége mellett a döntéshozatali kompetencia és a döntéshozói testület kérdése is további dilemmákat vet fel. A probléma lényege, hogy egy települési önkormányzati rendelet, avagy egy testületi határozat területi érvényessége csak arra a településre terjed ki, amelynek lakói a helyi képviselőket választották. Tekintettel arra, hogy a járás nem területi önigazgatási egység, nem rendelkezik olyan döntéshozatalai fórummal, amely választott képviselőkből állna és így adott területegységre vonatkozóan érvényes döntéseket hozhatna, valamint a döntések végrehajtására és ellenőrzésére való felhatalmazással is rendelkezne. Nem világos továbbá az sem, hogy a megvalósításhoz szükséges erőforrások miként állhatnak rendelkezésre.

Települési és megyei szinteken ezeket a kérdéseket a helyhatósági választások során mandátumot szerzett képviselőkből álló képviselőtestület tudja megválaszolni. Kistérségi társulások esetén döntési, végrehajtási és forrásbiztosítási kompetenciáival a társulási tanácsok rendelkeznek, melyet a társulásban tagsággal rendelkező települések polgármesterei alkotnak. Ezzel szemben a járás megfelelő testület hiányában nem képes a járási települések összességére vonatkozóan érvényes döntéseket hozni. Ebből következően a járás a települési folyamatokra nem lehet képes olyan hatást gyakorolni, amelyek eredményeként az egészségterv a helyi közösség tagjai számára az egészség védelmét, avagy a kockázatok csökkentését eredményezhetné.

A SZAKMAI KONCEPCIONÁLIS ALAPOK HIÁNYÁVAL ÖSSZEFÜGGŐ PROBLÉMÁK

Egészségfejlesztési tervezés, mint stratégiai tervezési feladat

Az egészségterv jellegéből adódóan ugyan egészségvédelmi céllal fogalmazódik meg, de kidolgozása módszertani szempontból stratégiai tervezési feladatot jelent. Amennyiben az egészségterv a településre, mint szintérré érvényesen fogalma-

zódik meg, úgy a kidolgozás során jellemzően a területi tervezés szakmai alapvetései kellene, hogy érvényesüljenek. A területi tervezés egyik meghatározó alapelve a különböző területi szintekre érvényes tervek hierarchikus kapcsolata.¹¹

A különböző területi szinten megjelenő tervek viszonylatában szükséges, hogy az egyes szintek tervei egymásra épüljenek, továbbá, hogy azok a kapcsolódási pontok is megjelenjenek, amelyek az eltérő szektorok közötti együttműködések alapját jelentik. A kapcsolódási pontok meghatározásánál döntő szerepe van annak a hierarchiának, amelyben a területi tervezés megjelenik. Ez a viszonyrendszer szükségszerűen kétirányú, mivel a „fölről lefelé irányuló hatások, az elvek és a célok érvényesítése az ágazati tervekben és a térségi, valamint a nemzeti terv közvetlen kapcsolatban jelenik meg, ami aztán végigfolyik a funkcionális és a területi rendszeren, eljutva a legkisebb területi tervezési egységig. Az alulról fölfelé irányuló információk a területrendszeren áramlanak felfelé, illetve azzal, hogy a település, a kistérség, a térség egymásra utaltak, azok között célorientált kapcsolatok vannak.”¹² (188. o.) A nemzeti szintű tervek az országos ágazati szakpolitikai, és átfogó fejlesztési irányokat jelölik ki, míg a regionális szintű tervek a régiók és a szubrégiók elképzeléseit jelenítik meg. A városi szakpolitikai tervek – így az egészségterv is – a helyi szintű tervezés körébe tartoznak. A városi szintű tervezés során elsődleges szerepet kap a közszférán belüli stratégiai tervezés, mivel „ez a megközelítés alkalmas arra, hogy a folyamatosan változó környezet impulzusaira válaszolva mindig megújuló megoldásokat kínáljon”.¹³ (125. o.)

A városi egészségfejlesztési tervezéshez szükséges koncepcionális és módszertani alapok hiánya

A hazai területi tervezést tekintve számos ágazat esetén rendelkezésre állnak a különböző területi szintekre érvényes tervek, koncepciók, stratégiák, ezáltal a tervezési hierarchia keretei adottak. A népegészségügy – és így az egészségfejlesztés – területét illetően ez a tervezési keretrendszer hiányzik. Ennek elsődleges oka, hogy hosszú idő óta nincs olyan országos szintű népegészségügyi program, koncepció, stratégia, amely a tervezési hierarchia csúcsán lévő szakpolitikai iránymutatás-ként legalább középtávon egységes koncepcionális

alapot és orientációt jelentene az alacsonyabb területi szinteken készítendő tervek kidolgozásához. A probléma sajnálatos módon nem új keletű. Az elmúlt mintegy négy évtized időszakából mindössze egyetlen olyan népegészségügyi program¹⁴ említhető, amely csaknem egy évtizeden keresztül 2003-2011 között érvényben tudott lenni. Az ezt követő időszakot tekintve a parlament által elfogadott országos népegészségügyi, egészségvédelmi, avagy egészségfejlesztési program hiányzik.

A magyar kormány a népesség egészségi állapotának javítását célzó országos szintű szakpolitikai dokumentumként 2011-ben elfogadta a Semmelweis Tervet.¹⁵ E koncepcionális dokumentum azonosította az egészségügyi ágazat strukturális és funkcionális problémáit, felvázolta a kitörési pontokat, prioritási sorrendet alkotott a fejlesztési irányok között. Az egészségügy ágazati stratégiájaként került elfogadásra 2015-ben az „Egészséges Magyarország 2014-2020”¹⁶ stratégia. Az említett dokumentumok az egészségügyi ellátórendszer tekintetében egyértelműen meghatározóak és hiánypótlók, azonban nem népegészségügyi programok.

A célzottan a népegészségügy feladatrendszerével kapcsolatos nemzeti program kidolgozását illetően is számos hír jelent meg a közelmúltban. A Népegészségügy című szakfolyóirat legutóbbi számában közreadta a Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesületének szakértői által „Nemzeti Népegészségügyi Program 2018-2030” címmel kidolgozott tervezetet.¹⁷ Mégis, jelenleg nincs érvényben olyan országos szintű népegészségügyi szakpolitikai dokumentum, amely a tervezési hierarchia alacsonyabb fokain készülők tervek számára iránymű lenne. Ez a helyzet a járási egészségterv-készítési kötelezettségnek való megfelelést is gátolja.

A tárgyalt törvénynek való megfelelést szintén gátolja, hogy jelenleg nincs érvényben olyan végrehajtási rendelet, amely az egészségterv készítéssel kapcsolatos kötelező vagy opcionális módszertani kereteket meghatározná, valamint a szakmaitársadalmi elvárásokat és egyéb szükséges tudnivalókat a kötelezettek számára egyértelműsítene. Az elmúlt két évtizedben számos hazai és nemzetközi szakirodalmi forrás^{18,19,20,21,22,23,24} jelent meg a különböző helyi szintű egészségtervek módszertanának ismertetését célozva. Ugyanakkor a helyi

tervezést és cselekvést megalapozó hivatalos és legitim szakmai iránymutatás mindezen tudás és ismeret hozzáférhetősége ellenére is hiányzik.

ÖSSZEGRZÉS

A járási egészségterv-készítés törvényi kötelezettségének teljesítésével kapcsolatosan összegzőként megállapítható, hogy mindaddig, amíg a tanulmányban részletezett problémák fennállnak, nem

várható, hogy a járásszékhely önkormányzatok képesek legyenek eleget tenni e kötelezettségüknek. Így az az úttörő szerepvállalás, ami Magyarország esetén a helyi egészségvédelem tekintetében szándék szintjén megjelent, nem lehet képes arra, hogy a lakosság egészségi állapotát befolyásoló társadalmi-gazdasági-környezeti tényezőket az egészségtervezés módszerében rejlő lehetőségeket teljes egészében kihasználva alakítsa, és így a lakosság egészségi állapotának javulását szolgálja.

HIVATKOZÁSOK

¹ Statistical Office of the European Union. Mortality main tables <https://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/data/main-tables> (elérve: 2019. 03. 20.)

² Központi Statisztikai Hivatal. Népeség, népmozgalom (1900–) https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_hosszu/h_wdsd001b.html (elérve: 2019. 03. 20.)

³ Központi Statisztikai Hivatal. Születéskor várható átlagos élettartam, átlagéletkor (2001–) https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_wdsd008.html (elérve: 2019. 06. 12.)

⁴ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 152/B. §-a módosítása. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.TV> (elérve: 2019. 06. 12.)

⁵ 2011. évi CLXXXIX. törvény Magyarország helyi önkormányzatairól. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1100189.TV> (elérve: 2019. 06. 12.)

⁶ Magyarország Alaptörvénye (2011. április 25.) F) cikke <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1100425.ATV> (elérve: 06. 12.)

⁷ 2004. évi CVII. törvény a települési önkormányzatok többcélú kistérségi társulásáról. <https://mkogy.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A0400107.TV> (elérve: 2019. 06. 12.)

⁸ 2004. évi CVII. törvény a települési önkormányzatok többcélú kistérségi társulásáról 1. §. <https://mkogy.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A0400107.TV> (elérve: 2019. 06. 12.)

⁹ 2011. évi CLXXXIX. törvény Magyarország helyi önkormányzatairól 87. §. <https://mkogy.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A0400107.TV> (elérve: 2019. 06. 12.)

¹⁰ Magyarország Alaptörvénye 34. §. (1)-(2) bekezdések <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1100425.ATV> (elérve: 2019. 06. 12.)

¹¹ Rechnitzer J. Lados M. A területi stratégiáktól a monitoringig. Dialóg Campus Kiadó, 2004

¹² Rechnitzer J. Területi stratégiák. Dialóg Campus, Budapest-Pécs, 1998

¹³ Faragó L. A jövőalkotás társadalom-technikája. Dialóg-Campus, Budapest-Pécs, 2005

¹⁴ Országgyűlési határozat az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról 46/2003. (IV. 16.)

¹⁵ Nemzeti Erőforrás Minisztérium. Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére. Budapest, 2011. <https://2010-2014.kormany.hu/download/5/e7/30000/Semmelweis%20Terv%20az%20eg%20C3%A9szs%20C3%A9g%20C3%BCgy%20megment%20C3%A9s%20-%20Szakmai%20konceptci%20C3%B3.pdf> (elérve: 2019. 06. 12.)

¹⁶ Emberi Erőforrások Minisztériuma. „Egészséges Magyarország 2014-2020” Egészségügyi ágazati stratégia. Budapest, 2014. https://www.kormany.hu/download/e/a4/30000/Eg%20C3%A9szs%20C3%A9ges_Magyarorsz%20C3%A1g_e%20C3%BC_strat%20C3%A9gia_.pdf (elérve: 2019. 06.12.)

¹⁷ Nemzeti Népegészségügyi Program 2018-2030. Szakpolitikai stratégiai tervezet.

Népegészségügy 97:(1) pp. 5-109, 2019

¹⁸ City health planning: the framework. WHO Centre for Urban Health WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 1996

¹⁹ A working tool on City health development planning – Concept, process, structure, and content. WHO Centre for Urban Health WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2001

²⁰ Füzési Zs, Tistyán L. Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a színtereken. OEFI. Budapest, 2004
<http://regi.oefi.hu/modszertan4.pdf> (elérve: 2019. 06. 12.)

²¹ De Blasio A, Girán J. Szemléletváltás az egészségfejlesztési tervezésben: A helyi döntéshozatal egészség- és környezettudatos támogatása. Magyar Epidemiológia 2006; 3:(1) pp. 41-46.

²² Szőke K. Fenntartható települési egészségtervek. Egészségfejlesztés 2010; 11:(3) pp. 12-16.

²³ Green G. [Intersectoral Planning for City Health Development](#). Journal of Urban Health. 2012; 89(2) pp. 247–257. doi: [10.1007/s11524-011-9642-x](https://doi.org/10.1007/s11524-011-9642-x)

²⁴ Girán J, Östör A, Varga M. A városi egészségfejlesztési tervezés, mint a „lehetőségek ablakát” megnyitó eszköz – Székesfehérvár város példája; Egészségfejlesztés 2018; 59: 3 pp. 7-16., doi: [10.24365/ef.v59i3.307](https://doi.org/10.24365/ef.v59i3.307)