

Cikkismertetés: Népegészségügy 3.0

Article review: Public Health 3.0

Ismertető: Vitrai József ✉
Nemzeti Népegészségügyi Központ

Ismertetett cikk: DeSalvo KB, Wang YC, Harris A, et al. Public Health 3.0: A Call to Action for Public Health to Meet the Challenges of the 21st Century. *Prev Chronic Dis* 2017;14:170017. doi: [10.5888/pcd14.170017](https://doi.org/10.5888/pcd14.170017)ⁱ

Beküldve: 2019. 07. 28.
doi: 10.24365/ef.v60i4.500

Kulcsszavak: népegészségügy

Keywords: public health

BEVEZETÉS

Az Amerikai Egyesült Államok (USA) lakosságának egészségi állapotában elért igen jelentős fejlődés ellenére az egészségügynek komoly kihívásokkal kell szembenéznie: megtorpant a születéskor várható élettartam növekedése, nem csökkennek a társadalmi csoportok egészségi állapotában kimutatható különbségek. Kutatások igazolták, hogy az irányítószám erősebb egészségmeghatározó lehet, mint az öröklött tulajdonságok.¹

EGÉSZSÉGET BEFOLYÁSOLÓ LEGFONTOSABB TÁRSADALMI TÉNYEZŐ

Ahhoz, hogy az egészségügy eredményesen javíthassa a lakosság egészségi állapotát, egy sor egészséget befolyásoló tényezőt kell kezelnie. Ilyenek például az oktatás, az egészséges és biztonságos környezet, a lakhatás, a közlekedés, a gazdaság és az egészséges élelmiszerekhez való hozzáférés. Mindezt figyelembe véve készítette el az USA Népegészségügyi Központja (*Centers for*

Disease Control and Prevention, CDC) a megelőzés „3 vödör” modelljét. A modell első eleme a hagyományos orvosi megelőzés, második az orvosi ellátáson kívüli megelőzés, míg a harmadik a populációs vagy közösségi szintű megelőzés. Minden területen szükséges fejlesztés, azonban a Népegészségügy 3.0 az utolsóra fókuszál. [1. ábra]

Az egészségügyi ellátórendszeren kívüli megelőzési tevékenységek, azaz a 2. és 3. „vödör” az egészséget befolyásoló társadalmi tényezők (az a társadalmi, fizikai és gazdasági környezet, amiben az emberek élnek és dolgoznak; angolul összefoglalóan „*upstream*”) közösségi szinten történő, igazoltan 5 éven belüli költséghatékonyságátⁱⁱ mutatja be a 2. ábra.

A NÉPEGÉSZSÉGÜGY FEJLŐDÉSE

Az USA népegészségügyének fejlődését a CDC három szakaszra osztja. Az első szakasz a késői XIX. és a XX. század elejére terjedt ki, tevékenységeit a korszerű biomedikális szemlélet határozta meg.

ⁱ Egy azonos című, de kissé részletesebb, ún. fehér könyv elérhető itt: <https://www.healthypeople.gov/sites/default/files/Public-Health-3.0-White-Paper.pdf>

ⁱⁱ Az 5 éven belül egészségnyereséget biztosító beavatkozások részletesen itt érhetők el: <https://www.cdc.gov/policy/hst/hi5/interventions/index.html>

A beavatkozások főképp a szanitációra, az ivóvízre és az élelmiszerbiztonságra, a védőoltásokra és az antibiotikumokra irányultak. A második szakasz a XX. század második felétől számítható,

és a kapacitások rendszerszintű megerősítése, a professionalizáció, valamint a hagyományos népegészségügyi programokra fókuszálás jellemezte.

1. ábra: Az USA Népegészségügyi Központjának „3 vödör” megelőzési modellje



Forrás: az eredeti ábra magyar változata

2. ábra: Öt éven belül egészségnyerással járó hatékony népegészségügyi beavatkozások



Forrás: az eredeti ábra magyar változata

NÉPEGÉSZSÉGÜGY 3.0: A NÉPEGÉSZSÉGÜGY MEGÚJULÁSA

A Népegészségügy 3.0 elnevezés az új, harmadik szakaszra utal, és a hagyományos funkciók, valamint a programokon túlmutató, összehangolt ágazatközi együttműködésen alapuló, a társadalmi-gazdasági környezetre irányuló népegészségügyi gyakorlatot jelzi. A főszerep ebben a kezdeményezésben a megújuló helyi népegészségügyi szervezeteknek jut, amik a korábbi sikeres tevékenységeik mellé programjukban felveszik az egészség társadalmi meghatározóira irányuló beavatkozásokat is. A kollektív cselekvést előmozdító helyi népegészségügyi vezetőnek a „Vezető Egészségstratéga” (*Chief Health Strategist*) szerepét kell felvállalnia, hogy mozgósítani tudja a közösséget az infrastruktúra megerősítéséhez és a szektorokon, hatáskörön átnyúló, stratégiai partnerség kialakításához. Számos „úttörő” népegészségügyi szervezett elindult már ezen az úton, de a Népegészségügy 3.0 megvalósítását szolgáló átfogó elméleti keretrendszer, módszertan és eszköztár nem jött létre. Ezért 2016 során az USA Egészségügyi Minisztériuma országszerte fórumokat tartott különböző szektorok, érdekképviselői szervezetek, helyi vezetők és az „úttörő” népegészségügyi szervezetek bevonásával az új kezdeményezés ismertetésére és a résztvevők azzal kapcsolatos véleményeinek illetve tapasztalatainak összegyűjtésére.

A NÉPEGÉSZSÉGÜGY 3.0 KULCSELEMEIⁱⁱⁱ

A fórumok résztvevőinek észrevételeit figyelembe véve a szerzők a Népegészségügy 3.0 megvalósításához öt kulcselemet fogalmaztak meg. [3. ábra]

1. Erős vezetés és munkaerő: Nem csak több szakterületen felkészült, szakpolitikát értő munkaerő szükséges, hanem koalíciót építeni, adatokat és bizonyítékokat hasznosítani, valamint a „Vezető Egészségstratéga” szerep sikeres eljátszására képes vezetőkre is. A fórumok résztvevői speciális képzések és továbbképzések bevezetését javasolták a Népegészségügy 3.0-t megvalósítani képes vezetők és a munkaerő számára.
2. Megerősített helyi szervezet: A Népegészségügy 3.0-t megvalósító szervezetet fel kell készíteni a közösségi partnerekkel való együttműködésre. Ehhez a társadalmi-gazdasági környezetet megváltoztatására és az egészség-egyenlőtlenségek csökkentésére felkészített szakemberek munkájához szükséges szervezeti felépítést, működésmódot, infrastruktúrát és eszközparkot szükséges kialakítani. A szervezetek Népegészségügy 3.0-ra való alkalmasságát a Népegészségügyi Akkreditációs Bizottság ellenőrzi. Az akkreditált szervezetek előnyt élveznek a különféle szövetségi támogatások elnyerésében.
3. Stratégiai partnerség: A Népegészségügy 3.0 sikerének kulcsa az együttműködésre alapozott közös finanszírozású, irányítású és összehangolt cselekvés. A helyi érdekhordozók meggyőzéséhez és bevonásához megfelelő stratégia, az érintettekéről információ, továbbá eltökéltség és jó kommunikációs képességek szükségesek. A helyi népegészségügyi szervezetnek felkészültnek kell lennie: olyan innovatív és fenntartható együttműködést kell az érdekhordozókkal kialakítani, melynek jövőt illető elképzelései egyetértésen alapulnak, és alkalmas különféle források bevonására, kombinálására. [4. ábra]
4. Adatgyűjtés, -elemzés, -értékelés: A Népegészségügy 3.0 hatékony megvalósításához aktuális, megyei szint alatti részletezettségű, beavatkozások megvalósulására és eredményességére vonatkozó adatok gyűjtése és elemzése szükséges. A nyilvánossá tett, de anonimizált adatoknak le kell fedniük az orvosi ellátást, a népegészségügyi szolgáltatásokat, az egészség társadalmi meghatározóit, a lakó- és munkahelyi környezeti változásokat, valamint az egyenlőtlenségeket is.
5. Rugalmas és fenntartható finanszírozás: A Népegészségügy 3.0 megvalósításához nélkülözhetetlen a népegészségügy finanszírozási modelljének megújítása. Mivel a megelőzés csökkenti az orvosi költségeket, célszerű lenne az egészségügyi források egy részét a megelőzés eredményességével arányosan

ⁱⁱⁱ Ez a rész az azonos címet viselő fehér könyv alapján készült

átcsoportosítani a népegészségügy számára. Alternatív, nem állami források felkutatása és bevonása ugyancsak nélkülözhetetlen. Meg kell találni azokat a potenciális finanszírozókat,

akik hajlandók a közösség javára áldozni, vagy akiknek törekvései a közösségi érdekekkel összhangba hozhatók.

3. ábra: A Népegészségügy 3.0 kulcselemei



Forrás: az eredeti ábra magyar változata

AJÁNLÁSOK A NÉPEGÉSZSÉGÜGY 3.0 MEGVALÓSÍTÁSÁHOZ

Az országos fórumok, valamint az „úttörő” szervezetek tapasztalatai alapján a szerzők öt olyan ajánlást fogalmaztak meg, amelyek a népegészségügyi rendszernek a Népegészségügy 3.0-vá való átalakításához szükségesek:

1. A népegészségügyi vezetőknek fel kell vállalniuk a „Vezető Egészségstratéga” szerepet közösségük érdekében — együttműködve minden partnerrel, hogy megvalósíthassanak az egészség társadalmi meghatározóira irányuló beavatkozásokat. A Népegészségügy 3.0-specifikus képzéseket elérhetővé kell tenni a népegészségügyi szakemberek, illetve a hallgatók számára. Képesé kell tenni őket arra, hogy stratégiai partnerség építsenek ki, hasznosítsák az új típusú adatokat és alkalmazzák a rendszerszemléletet munkájukban.
2. A népegészségügyi szervezeteknek be kell vonniuk a közösségi érdekhordozókat mind a

köz-, mind a magánszférából, hogy aktív, strukturált ágazatközi partnerségben, közös finanszírozással, szolgáltatással és irányítással Népegészségügy 3.0 stílusú kezdeményezéseket valósítsanak meg az egészséges, egyenlő és támogató közösségért.

3. Törekedni kell arra, hogy valamennyi népegészségügyi szervezet megfeleljen a Népegészségügyi Akkreditációs Bizottság kritériumainak azért, hogy valamennyi amerikai állampolgárt akkreditált szervezetek szolgáljanak. E mellett folyamatosan értékelni kell működésük egészséghatását, az akkreditációhoz szükséges fejlesztések költségeinek megtérülését.
4. Aktuális, megbízható, megyei szint alatti részletezettségű és a beavatkozások tervezéséhez, értékeléséhez hasznosítható adatok, továbbá egyszerű indikátorok közreadása szükséges a megelőzés sikerességének értékeléséhez. Olyan indikátorkészlet kialakítása és alkalmazása szükséges, amely a személyes adatok védelmének biztosítása mellett információt

szolgáltatást az orvosi ellátásról, a népegészségügyi szolgáltatásokról, különösen az egészség társadalmi meghatározóiról, a lakó- és munkahelyi környezet változásairól, valamint az egyenlőtlenségekről.

5. Javítani és alapvetően változtatni kell a népegészségügy finanszírozását, újszerű támogatási modell kidolgozása szükséges a Népegészségügy 3.0 stílusú irányítás és a megelőzés érdekében. Bátorítani kell a többféle forrásból kombinált, újrabefektetéssel megnövelt finanszírozási megoldásokat, amelyeket mind az infrastruktúra fejlesztésére, mind a terepmunka javítására fordítanak. Nélkülözhetetlen továbbá, hogy a népegészségügyi szervezetek maguk számára meghatározzák, mekkora forrás szükséges a minimális kapacitások biztosításához és szolgáltatások nyújtásához.

A NÉPEGÉSZSÉGÜGY 3.0 MEGVALÓSÍTÁSÁNAK AKADÁLYAI

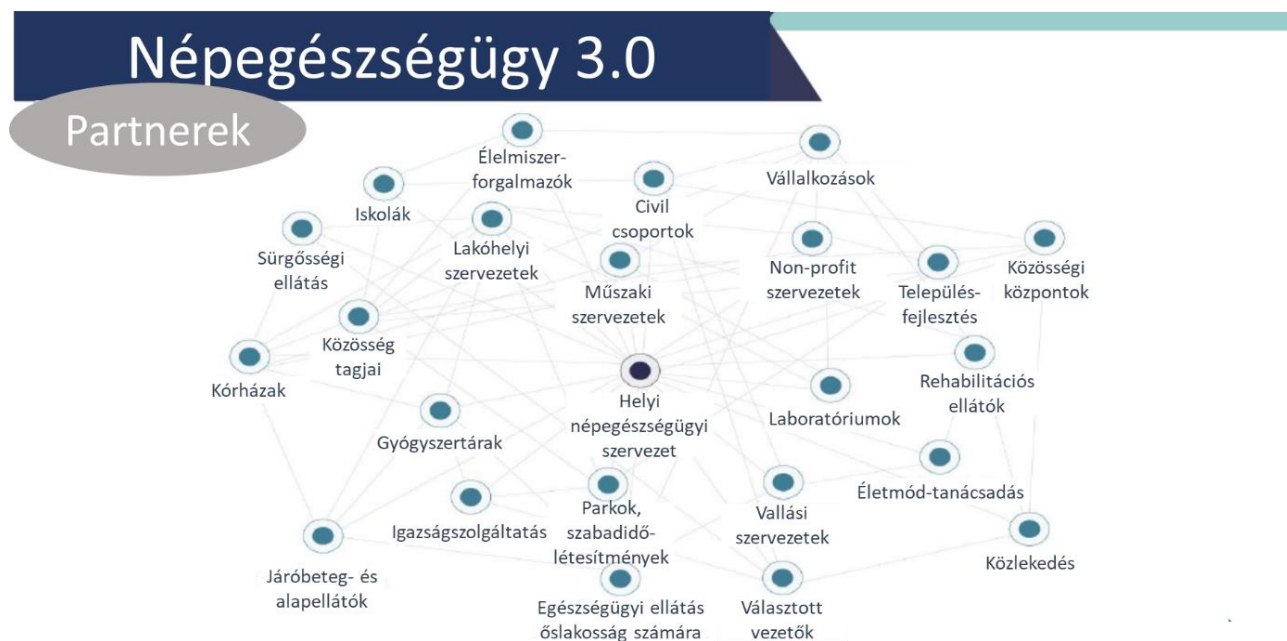
Sok közösség számára a Népegészségügy 3.0 megvalósítása nehézségekbe ütközik majd az elérhető központi források szűkössé válása miatt. További problémát jelent a szükséges adatok és

információk hiánya, a napi kötelezettségek ellátása, a tapasztalatok és készségek hiánya, mely akadályozza a legtöbb népegészségügyi szakembert abban, hogy „Vezető Egészségstratégia”-ként a különböző ágazatokat együttműködésre bírja. Végül, a helyi szervezetek infrastruktúrája sokszor elégtelen az eredményes és költséghatékony beavatkozásokhoz.

KÖVETKEZTETÉSEK

A Népegészségügy 3.0 a helyi népegészségügyi szervezetek megerősödéséhez vezető izgalmas és innovatív időszak, amelyben a „Vezető Egészségstratégia” irányításával a különféle szektorok bevonásával az egészség társadalmi meghatározóira irányuló beavatkozások valósulnak majd meg. Az egyenlőségre és a társadalmi meghatározókra figyelemmel minden egyén és szervezet közös felelősséget vállalva—fajra, etnikumra, nemre, szexuális orientációra, földrajzi és jövedelemre tekintett nélkül—biztosítja az egészséges élet feltételeit. A Népegészségügy 3.0 intézményesítése ország-szerte valamennyi közösség számára megteremti ezt a lehetőséget.

4. ábra: Stratégiai partnerség szereplőinek hálózata



Forrás: az eredeti ábra magyar változata

TANULSÁGOK HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Azért, hogy áttörést érhessünk el a hazai lakosság egészségi állapotának javításában — azaz az egészségmutatók ranglistáin az utolsó helyekről legalább a középmezőnybe emelkedhessünk —, a helyi népegészségügyi szervezetek Népegészségügy 3.0 stílusú megerősítésére van szükség. Ehhez — felismerve az egyéni életmódváltást erőltető beavatkozások alacsony hatékonyságát —, a hazai népegészségügyben honosítani kellene az egészség társadalmi meghatározóit fókuszba állító rendszerszemléletet. Az ilyen szemléletű képzés, továbbképzés megfelelő tudást, készséget adna a hazai népegészségügyi szakemberek számára az egészséget támogató életkörülmények kialakítását célzó, több ágazat összehangolt cselekvésén alapuló beavatkozások kezdeményezéséhez.

HIVATKOZÁSOK

¹ Chetty R, Stepner M, Abraham S, et al. The association between income and life expectancy in the United States, 2001–2014. JAMA 2016;315(16):1750–66. doi: [10.1001/jama.2016.4226](https://doi.org/10.1001/jama.2016.4226)