

## Innovatív működési és finanszírozási javaslat az egészségfejlesztési irodák számára. Interjú Horváth Krisztiánnal

Innovative operational and funding proposal for Health Promotion Offices.  
Interview with Krisztián Horváth

**Készítette:** Vitrai József  
**Kulcsszavak:** egészségfejlesztési irodák; EFI; finanszírozás  
**Keywords:** Health Promotion Offices; HPO; financing

Beküldve: 2021. 06. 04., doi: [10.24365/ef.v62i3.6550](https://doi.org/10.24365/ef.v62i3.6550)

*Horváth Krisztián politológus (Pázmány Péter Katolikus Egyetem, BSc), egészségügyi közgazdász (Eötvös Loránd Tudományegyetem, MSc) és közgazdász (Budapesti Corvinus Egyetem, MSc). 2014 óta számos egészségügyi-népegészségügyi módszertanfejlesztés-fókuszú, EU által társfinanszírozott projektben dolgozott szakértői, szakmai irányítói pozíciókban. Részt vett az ELTE-MSD közös, egy éves HEOR kutatási programjában, mely a hazai tüdőrák-epidemiológia, -túlélés, -betegút, valamint -ellátási költségeket térképezte fel NEAK adatbázis alapján. Tanácsadói tapasztalatokat szerzett a Stratis, Ideas and Solutions és MedEcon cégeknél.*

### **Vitrai József: Kezdjük azzal, hogyan kapcsolódik szakmai karriered az egészségfejlesztési irodák (továbbiakban: EFI-k) világához?**

**Horváth Krisztián:** Az EFI-k „születése” idején még egyetemre jártam, így a legelső idők tapasztalataiból kimaradtam, és talán ezért is kicsit más irányból közelítettem meg aztán a területet. Az ELTE utolsó féléve alatt, 2014 nyarán lehetőségem adódott bekapcsolódni az akkor induló, az egészségügyi módszertanfejlesztést zászlójára tűző TÁMOP-6.2.5-B/13/1 projektbe, ahol számos olyan innovatív gondolattal és módszertannal ismerkedhettem meg pályakezdőként, mely mondhatni, meghatározó élménnyé vált számomra. A személyes szálnál jóval fontosabb, hogy ezek a fejlesztési koncepciók idővel az egészségügyi ágazati gondolkodásban, stratégiai anyagokban is egyre több helyen megjelentek, jelezve a hajlandóságot a változásra.

Egyik ilyen „felismerés” az egészséget meghatározó tényezők összetettsége, ezek kölcsönhatása, valamint az a népegészségügyi szakirodalomban mára elfogadott tény, hogy a lakossági

egészségkultúra pozitív irányba való befolyásol-

lására csak több szereplő összehangolt és egymást támogató munkájával van esély. Az EFOP-1.8.0 projekt „A” pilléréhez tartozó munkacsoportban dolgoztam 2016 és 2019 között, melynek feladata az EFI-k működési keretrendszerének, szolgáltatási palettájának és finanszírozásának értékelése és továbbfejlesztése volt, a kapcsolódó ágazati szereplők és természetesen az EFI-k bevonásával. A témához illeszkedik még, hogy a projekt alatt végeztem a Budapesti Corvinus Egyetem esti MSc képzését, és az itt tanultakat, valamint a projekt munkatapasztalatokat igyekeztem ötvözni a szakdolgozatomban, melyben javaslatot tettem az EFI-k jövőbeli működésére.

### **VJ: Szerinted mi indokolja, hogy az EFI-k fejlesztésre szorulnak?**

**HK:** Nem árulok el nagy titkot azzal, hogy a magyar lakosság egészségi állapotát jellemző mutatók tekintetében hazánk kimondottan

rosszul teljesít nemzetközi összehasonlításban: a 2019-ben mért adatok szerint a férfiak esetében a születéskor várható átlagos élettartam 72,9 év, míg nőknél magasabb: 79,3 év, mely értékek jelentősen elmaradnak az Európai Unió fejlettebb országainak átlagától, de a hasonló történelmi és gazdasági mintákat mutató Visegrádi országok számaitól is. Bár a várható élettartam növekedett Magyarországon az elmúlt évtizedben, aggasztó, hogy a területi és az iskolai végzettségben megfigyelhető egyenlőtlenségek nem csökkentek: akár 14 év várható élettartamkülönbséget is láthatunk az ország fejlettebb, nyugati és fejletlenebb, észak-keleti régiói között. Magyarországon a legnagyobb egészségvesztéseket a népegészségügyi beavatkozásokkal megelőzhető halálozások száma jelenti, ami 2019-ben 100 ezer főre vetítve 252 volt, ami a legmagasabb arány az EU-ban, míg az orvosi beavatkozásokkal elkerülhető halálozás 136 volt 100 ezer főre számítva, ezzel csupán Lettországot sikerült megelőzni. Számos kutatás megállapította, hogy e kedvezőtlen helyzetért felelős betegségek előfordulásának mérséklésére leghatékonyabban a kockázati tényezők visszaszorításával (dohányzás, alkoholfogyasztás csökkentése, mozgásszegény életmód és egészségtelen étrend pozitív irányú változtatása) lehet hatni. Ehhez átfogó, több szintűen megvalósuló, az egészségmagatartás megváltoztatására és egészséges életkörülmények kialakítását támogatni képes, komplex egészségfejlesztési szolgáltatásokra van szükség.

A borús képet mutató lakossági állapot mellett az EFI-k jelenlegi működési környezete sem ideális: hiányzik a támogató és kiszámítható egészségpolitikai „léggör”, mely a hosszú távon megvalósuló, komplex egészségfejlesztési szolgáltatások sikerességének a feltétele. További javítandó területként azonosítottam a dolgozatomban a jelenlegi „on size fits all” finanszírozási módszert, mely nem veszi figyelembe a járási népességszámában és gazdasági fejlettségében mutatkozó különbségeket (minden EFI egységesen évi 25 millió Ft keretből gazdálkodhat), valamint az erős módszertani háttér és minőségbiztosítás is hiányzik, mely az EFI-kben dolgozók munkáját segítené. Az utolsó pont azért is fontos, mert az EFI-ket létrehozó pályázati felhívásokban igen tág keretek közt határozták meg a jelentkezők végzettségét, mely egyrészt pozitív, hisz az egészségfejlesztés interdiszciplinárisnak tekint-

hető, így különböző nézőpontok bevonása előnyös, másrészt viszont heterogén kompetenciájú EFI-khez vezetett.

### **VJ: Kérlek, röviden foglald össze, milyen előzmények vezettek a jelenlegi helyzethez!**

**HK:** A magyar kormányzat felismerte a hazai egészségügyi és népegészségügyi rendszer hiányosságait, és a lakosság egészségi állapotának javítása érdekében számos kísérleti jellegű kezdeményezés kidolgozását és tesztelését támogatta a 2010-es években, melyek eredményeként körvonalazódott az ún. lakóhelyközeli egészségszolgáltatások (LESZ) modellje. E modell célja a fekvőbetegcentrikus, a betegségeket kialakulásuk után diagnosztizáló és kezelő ellátói struktúra felől való elmozdulás a prevenciót és egészségfejlesztést központba helyező, proaktív, széleskörű szolgáltatásokat nyújtó, megerősített alapellátási szereplők köré szerveződő rendszer irányába. Így az alapellátás megújítását célzó praxisközösségi modell mellett az EFI-k –mint dedikáltan közösségi egészségfejlesztésre, hálózatépítésre fókuszáló, frissen megjelenő szereplők– jól illeszkednek a modell keretrendszerébe.

Az első kezdeményezések Kaposvárhoz és Hódmezővásárhelyhez kötődnek, ezek mint „proto-EFI-k” úttörő szerepet játszottak a később országos szintre bővülő EFI-hálózat feladatrendszerének kialakításában. Jelenleg az országban 111 egészségfejlesztési iroda működik járási szinten, melyek célja a lakosság egészségi állapotának javítása, felhasználva a rendelkezésre álló nemzetközi és hazai jó gyakorlatokat, széleskörű partnerségi hálózatok létesítésével, a járási egészségtervezési feladatokban aktív részvétellel, valamint egyéni és közösségi egészségfejlesztési szolgáltatások biztosításával.

Hasonlóan az egészségügyi és a népegészségügyi területet érintő módszertani/koncepcionális fejlesztésekhez az EFI-k létrehozása is az Európai Unió társfinanszírozásával megvalósult pályázatokhoz kötődik. A pályázatokon sikeresen szereplő szervezetek (melyek közt találunk önkormányzatot, fekvő- vagy járóbetegintézményt) meghatározott ideig vállalták, hogy az EFI-ket üzemeltetik (az úgynevezett fenntartási kötelezettség 3–5 évre szól), de a jelenlegi gyakorlat azt mutatja, hogy ez nem jelent

garanciát a hosszú távú működésre. A heterogén fenntartói háttér (a fekvőbetegintézményekhez kapcsolódó EFI-k esetében az Országos Kórházi Főigazgatóság, OKFŐ a fenntartó) tovább árnyalja a képet, hisz az eltérő pénzügyi mozgástér mellett egy nagy, megyei fekvőbetegintézményben könnyen „eltűnik” az EFI, továbbá potenciálisan a medikalizáció irányába tolódik el a működése. Az EFI-k jogállását tisztázni szükséges, tekintve, hogy a jelenlegi bizonytalan helyzet senkinek sem kedvez, de az egészségügyi szolgáltató jogi státuszba sorolás túlságosan megkötne az EFI-k kezét.

Különösen aggasztó, hogy a fenntartási kötelezettség bizonytalanságával éppen a hosszú távú kiszámíthatóság kerül veszélybe, mely az egészségfejlesztési szolgáltatások kritikus eleme.

#### ***VJ: Szakdolgozatban több javaslatot is megfogalmaztál az EFI-kre vonatkozóan.***

**HK:** Több jelentős, az EFI-k működését érintő változást is javaslok annak érdekében, hogy az EFI-k hatékonyan és a helyi szükségletekhez igazodva legyenek képesek ellátni feladataikat. Az ajánlások a nemzetközi kitekintésben azonosított jó gyakorlatok, valamint a kurrens egészségfejlesztési kutatások és módszertanok figyelembevételével készültek, melyek kimondják, hogy egy adott személy egészségét befolyásoló egyéni és társas-fizikai környezeti tényezők összetett, sokelemű rendszert alkotnak, és megváltoztatásukra is csak komplex, hosszú távú beavatkozások alkalmazásával van esély.

Elsőként a jelenleg minőségében és tartalmában heterogén szolgáltatási palettát szükséges felülvizsgálni és egységesíteni, másodszor létre kell hozni egy központi irányító szervezetet, amely az egészségfejlesztési szolgáltatások minőségbiztosítását és koordinációját képes ellátni, harmadszor a bürokratikus és lokális különbségekre érzéketlen finanszírozási módszertant rugalmasabbá kell tenni.

#### ***VJ: Kérlek, foglald össze, hogyan lenne célszerű az EFI-ket bekötni a hazai népegészségügyi rendszerbe!***

**HK:** Meglátásom szerint a jelenleg „szigetszerűen” működő EFI-ket egy egészségfejlesztési

hálózatba (továbbiakban: EH) célszerű szervezni, mely többszintű (országos/térségi/járási) feladatmegosztáson alapuló szervezeti struktúra kialakítását jelenti. Fontos, hogy egyértelmű felelősséggel rendelkezzen az egyes szintek vezetője, és tartozzon beszámolási kötelezettséggel az országos/járási/önkormányzati döntéshozó testület felé. Ahhoz, hogy az EH csomópontjai egyáltalán működőképesek legyenek, és szakmailag megalapozott módszertan szerint működhessenek, megfelelő erőforrásokkal kell rendelkezniük, melyeket közösségi forrásokból célszerű allokálni. (Nem kizárva ezzel a személyes, vállalati felajánlásokat, de a hazai gyakorlat nem azt mutatja, hogy csak ezekre lehetne alapozni kiszámítható és biztonságos működést egy ekkora intézményrendszer esetén.)

Az EH különböző működési szintjei eltérő feladatokat látnának el: a központi (kormányzati) szint célja az iránymutatás, országos célok kijelölése, a helyi kezdeményezések összehangolásának támogatása, a finanszírozási koncepció által megfogalmazott allokációs formulák karbantartása, az EFI-k teljesítményének transzparens értékelése, működésük széleskörű módszertani támogatása. A térségi szint feladata a lokális egészségtervek szakmai és finanszírozási szempontok szerinti összehangolása, míg a járási szinten (EFI-k) valósulnak meg a komplex egészségfejlesztési szolgáltatások. Ez a működési modell nem korlátozza az EFI-ket abban, hogy egy adott szolgáltatást — vagy annak egy elemét — saját maguk valósítsák meg, vagy vásárolják meg a piacról. Értelemszerűen ezt a döntést jobb az eltérő földrajzi és gazdasági környezetben működő EFI-k szintjén meghozni. A megfelelő minőségbiztosítás igénye itt jelenik meg.

#### ***VJ: Elképzelésed szerint milyen tevékenységeket kellene az EFI-knek végezniük?***

**HK:** Jelenleg nem áll rendelkezésre az EFI-k munkatársai számára olyan módszertan, amelynek segítségével egységes szempontok és elvek szerint tervezhetik a közösségi egészségfejlesztési szolgáltatásokat. A jelenleg megvalósított szolgáltatások színvonala az összehangolt módszertani útmutatások hiányában igen heterogén,

ezért szükséges szolgáltatáskatalógus kialakítása, amelyben azonos szempontok szerint olyan szolgáltatások szerepelnek, amelyek a rendelkezésre álló bizonyítékok szerint hatásosak, valamint megvalósításukra érdemes a közösségi erőforrások egy részét felhasználni. Az EFI-k feladatai eszerint négy fő kategóriába sorolhatók: 1. Komplex egészségfejlesztési szolgáltatáscsomagok megvalósítása; 2. Részvétel az egészségtervezésben; 3. Hálózatépítés és együttműködés; 4. EFI működtetése. [1. táblázat] Az 1. ponthoz a szolgáltatáskatalógus nyújt útmutatót, melyből az EFI-k a helyi jellemzők szerint „válogathatnak, testre szabhatják”, míg a 2-3-4. pontok horizontális, minden EFI által végzendő feladatokat takarnak.

A hasonló élethelyzetűeket célzó, komplex egészségfejlesztési szolgáltatáscsomagok a meghatározott célcsoport szükségleteit, igényeit kielégítő, különböző szintereken, számos közösségi szereplő együttműködésével megvalósítható szolgáltatások együttese. Az egészség-

fejlesztési szolgáltatáscsomagokat a legnagyobb egészségnyereség elérését ígérő nyolc területre fókuszálva alakítottuk ki. [2. táblázat] Az egészségfejlesztési szolgáltatáscsomagok tartalmaznak egészségfejlesztési szolgáltatásokat, melyek meghatározott célcsoport szükségletein alapuló és igényeit figyelembe vevő, a célcsoport tudását, készségeit, motivációit fejlesztő beavatkozások, valamint az egészséges életmódot támogató környezet kialakításának előmozdítását szolgálják. Az egészségfejlesztési szolgáltatáscsomagok másrészt az egészségfejlesztést támogató cselekvéseket is magukba foglalják, úgymint a szükséglet- és igényfelmérést, a tervezést, a szervezést, a koordinációt, a kommunikációt, a mozgósítást, a meggyőzést, a hálózatépítést és - működtetést, a monitorozást és az értékelést.

A megfogalmazott egészségfejlesztési szolgáltatáscsomagok azért is tekinthetők komplexnek, mert egy szolgáltatáscsomag egyszerre több, egészségveszteséget okozó betegcsoportra és kockázati tényezőre is fókuszál.

1. táblázat: EFI-k javasolt feladatrendszere

<b>1. Komplex egészségfejlesztési szolgáltatáscsomagok megvalósítása</b>
Kisgyerekek egészségfejlesztése
Fiatalok egészségfejlesztése
Felnőttek egészségfejlesztése
Idősek egészségfejlesztése
<b>2. Részvétel az egészségtervezésben</b>
Járásai egészségterv kidolgozása és megvalósítása
Helyi egészségfejlesztési tevékenységek monitorozása
Komplex közösségi szolgáltatáscsomagok eredményességnek monitorozása
<b>3. Hálózatépítés és együttműködés</b>
Partnerségek kialakítása az egészségfejlesztésben érintett szervezetekkel
Partnerségi munkacsoport működtetése a járásban érintett intézmények, szervezetek, szolgáltatók, döntéshozók bevonásával
Gyakorló közösségek kialakítása, és működésük támogatása
<b>4. EFI működtetése</b>
Éves egészségfejlesztési programterv készítése
Éves, negyedéves beszámolók készítése
EFI működtetése

Forrás: saját szerkesztés, EFOP-1.8.0 projekt alapján

2. táblázat: Szolgáltatáscsomagok felépítése és fókuszja

	<b>Hasonló élethelyzetűek csoportját célzó, komplex egészségfejlesztési szolgáltatáscsomagok</b>			
	Kisgyerekeket (0–6) célzó komplex csomag	Fiatalokat (7–19) célzó komplex csomag	Felnőtteket (20–64) célzó komplex csomag	Időseket (65+) célzó komplex csomag
<b>Szolgáltatáscsomagok a legnagyobb egészségnyereség elérését ígérő területeken</b>				
Egészséges táplálkozás	x	x	x	x
Fizikai aktivitás	x	x	x	x
Dohányfüstmentes élet	x	x	x	x
Kábítószerfogyasztás és túlzott alkoholfogyasztás megelőzése	x	x	x	x
Mentálisan kiegyensúlyozott életmód	x	x	x	x
Szülői szerepre való felkészülés és szexuális egészség		x	x	
Sérülésektől és erőszaktól mentes élet	x	x	x	x
Egészséges környezet kialakítása	x	x	x	x
<b>Szintér</b>				
Iskolai	x	x	x	
Munkahelyi			x	
Otthoni	x	x	x	x
Lakóhelykörnyezeti	x	x	x	x

Forrás: saját szerkesztés, EFOP-1.8.0 projekt alapján

### **VJ: Térjünk át az EFI-k finanszírozásával kapcsolatos javaslataidra!**

**HK:** A jelenlegi modell legproblémásabb pontja a finanszírozás, és annak rugalmatlansága. Először is probléma, hogy az EFI-k nagyon lassan, tapasztalatok szerint majdnem egy éves késéssel kapják meg az adott évi keretösszeget, ezért sokan hitelfelvételre kényszerülnek. Pontosabban a fenntartóik, hisz az EFI-k nem vehetnek fel hitelt közvetlenül. Másodszer a finanszírozás most egyáltalán nem veszi figyelembe a járási különbségeket. Tehát a finanszírozást igyekeztem a javasolt jövőbeli működési modellhez és feladatokhoz igazítani, és két fő részre bontottam. A javasolt finanszírozási modell a jelenlegi egységes, évi 25 millió forintos keret felől egy „hibrid” rendszer felé mozdulna el, mely jobban illeszkedik az EFI-k újragondolt jövőbeli feladataihoz: a minden EFI által egységesen végzendő horizontális tevékenységeket —

állandó költségeket — bázisfinanszírozás fe-

dezné, míg az egyes egészségfejlesztési szolgáltatásokat programfinanszírozás. (A fentebb látható 1. táblázatban mutattuk be a javasolt feladatokat.)

Az egyes EFI-k által elkölthető programfinanszírozási keretet — melyre pályázhatnak — egy központi forráselosztási algoritmus határozná meg, rögzített paraméterek figyelembevételével. Így megmaradna az éves tervezés, de az alapfeladatok elvégzése biztosított lenne a bázisfinanszírozás által, a programfinanszírozás pedig a megpályázott és elnyert szolgáltatásokkal arányos lenne, ezzel ösztönözve a minél több szolgáltatás megvalósítását. A bázisfinanszírozás finomhangolható különböző „szorzók” alapján, például járási lakosság, gazdasági fejlettség, a jelenlegi háziiorvosi finanszírozási rendszerhez hasonlóan. Természetesen a rendelkezésre

álló pénzügyi keret nem végtelen, így egyfajta, a kórházi finanszírozáshoz hasonló TVK (teljes volumenkorlát) által felülről zárt lenne a programfinanszírozási keret.

**VJ: Mit gondolsz, mennyire lenne könnyű bevezetni a javaslataidat? Milyen lépések lennének szükségesek a bemutatott fejlesztési koncepció megvalósításához?**

**HK:** A koncepció papíron jól mutat, de tudjuk, hogy a puding próbája az evés. Szerintem a koncepció előmutató, mivel igyekeztem keretbe helyezni a működést és finanszírozást, mindazt a tudást ötvözni, ami eddig „felgyülemlett”. Ezzel

együtt nem gondolom, hogy ez alapján holnap át lehet térni a javasolt modellre, mindenképp tesztelni kellene kicsiben, néhány EFI szintjén. Következő lépés egy workshop lehetne az EFI-k és egészségügyi háttérintézmények részvételével. A finanszírozási paraméterek, szolgáltatások költségének felmérése mindenképp további fejlesztési munkát jelent. Reményeim szerint e munka hozzájárul az EFI-k és tágabb értelemben a hazai népegészségügyi rendszer fejlődéséhez, valamint további gondolkodásra sarkallja a téma iránt érdeklődő kutatókat, népegészségügyi szakembereket és talán a döntéshozókat egyaránt.

Az interjút készítette:

Vitrai József, független népegészségügyi szakértő, [vitrai.jozsef@gmail.com](mailto:vitrai.jozsef@gmail.com)