

Társadalmi és technológiai innováció az egészségügyi rendszerek fejlesztésében

Social and Technological Innovation in the Development of Health Systems

„Minden komplex problémára van egyszerű megoldás, amely elegáns, kézenfekvő és rossz”

(Henry Louise Mencken: Az isteni sugallat, 1917)

EGÉSZSÉGÜGY A VÁLTOZÓ VILÁGBAN: ELVÁRÁSOK, PROBLÉMÁK ÉS KIHÍVÁSOK

Az egészségügy egyike a társadalom legösszetettebb, legbonyolultabb alrendszerének [1]. Ez a komplexitás részben azokból a sokrétű elvárásokból adódik, amiket az egészségüggyel szemben támasztunk. Bár az Egészségügyi Világszervezet (WHO) meghatározása szerint a rendszer szereplőit egyetlen elsődleges cél, az egészség fejlesztése, mentén határolhatjuk le, maga a WHO is elismeri, hogy más elsődleges célok érvényesülése is fontos az egészségügyben [2,3]. Ide tartozik többek között a háztartások megvédése a nagy terhet jelentő egészségügyi kiadásokkal szemben, azaz az egészségüghöz kapcsolódó anyagi biztonság megteremtése, valamint az ellátást igénybe vevők nem egészségügyi szükségleteinek kielégítése (ezt angolul responsiveness-nek is nevezik), például a betegjogok érvényesítésén keresztül. Ráadásul mindhárom haszontípus esetében többféleképpen is optimalizálhatunk: törekedhetünk arra, hogy az egyes betegek a lehető legjobbat kapják, fókuszálhatunk a társadalmi összhaszon maximalizálására, de lehet az is fő cél, hogy a hasznok, illetve az ehhez kapcsolódó költségteher elosztása igazságos legyen [4].

A többszörös célkitűzések teljesítését ugyanakkor a rendszerhiányosságokon felül további kihívásokkal nehezíti meg a gyorsan változó társadalmi, gazdasági környezet, amelyben az egészségügyi rendszereknek működni kell [5]. Ilyen például a COVID-19 világjárvány okozta sokk [6,7], amely nemcsak a szegényebb, hanem a legtehetősebb országok egészségügyét is próbára tette, és az előrejelzések szerint egyáltalán nem lehetünk biztosak abban, hogy a jövőben nem fognak hasonló, vagy esetleg még súlyosabb betegséget okozó mikroorganizmusok megjelenni, amelyek még nagyobb kihívás elé állítják majd az emberiséget. Nem meglepő tehát, hogy a nemzetközi egészségpolitikai diskurzusban egyre nagyobb hangsúllyal szerepel az egészségügyi rendszerek ellenálló-, és alkalmazkodóképessége (resilience), amely tulajdonképpen az egészségüggyel szembeni elvárásoknak egy új, összetett dimenziója [8-10]. Nem pusztán arról van tehát már csak szó, hogy az ellátás egy adott időpontban, adott körülmények között megfeleljen a több, különböző, egyes esetekben egymással ellentmondásba kerülő rendszerszintű célkitűzésnek, hanem azt is látni szeretnénk, hogy ez a kiváló teljesítmény a környezeti feltételek bármilyen megváltozása esetén stabil maradjon. A rugalmasságból eredő alkalmazkodóképesség ugyanakkor a rövidtávon jelentkező hirtelen traumák mellett, a hosszútávon jelent-

kező, mélyreható változások esetében is kulcsfontosságú. Ilyen például az a tehetősebb országokban megfigyelhető, jól ismert demográfiai trend, amely a népességfogyáson és a lakosság elöregedésén keresztül terheli a rendszerek működését, aláássa azok fenntarthatóságát. A krónikus nem fertőző betegségek halmozott megjelenése olyan kihívás, amelyre a hagyományos, technológiai fejlődés indukálta specializálódásra épülő, széttagolt egészségügyi ellátói struktúra nem képes jó választ adni [11].

EGY ELLENÁLLÓ-, ÉS ALKALMAZKODÓKÉPES EGÉSZSÉGÜGY KIALAKÍTÁSÁNAK ESZKÖZEI: TÖBBLETFORRÁSOK BEVONÁSÁNAK LEHETŐSÉGEI ÉS KORLÁTAI

Világos tehát, hogy olyan egészségügyre van szükség, amely különböző környezeti feltételek között, rugalmasan képes reagálni a kihívásokra, de sokkal kevésbé magától értődő, hogy mitől lesz egy egészségügyi rendszer kiváló teljesítményt nyújtó és egyben ellenálló-, illetve alkalmazkodóképes. A rendelkezésre álló pénz minden bizonnyal alapvetően meghatározza az egészségügy mozgásterét [12]. Irreális azt várni például, hogy a magyar kiadási szintből német, vagy francia szintű egészségügyi ellátást lehet varázsolni. A kiadási szint növelésének pedig határt szab a gazdaság teljesítőképessége, valamint a háztartások anyagi lehetőségei. Bár a teljes közkiadáson belül az egyes szektorok részesedésének meghatározásában a kormánynak mindig van lehetősége arra, hogy az egészségügynek nagyobb prioritást adjon és a 12% alatti részesedés a WHO standard szerint már alacsony részesedésnek számít [13], az állam finanszírozott ellátások nyújtásához szükséges pénzt. A közvetlen lakossági hozzájárulás részesedésének emelése ugyanakkor azért problémás, mert megfelelő kompenzációs mechanizmusok hiányában ez rontja a betegségek költségterhe elleni védelmet, növeli a katasztrofális kiadást elszenvedő háztartások arányát, a kis jövedelmű háztartásokat elszegényíti, az eleve a létminimum alatt élőket pedig tovább nyomja a még mélyebb szegénységbe, és az sem igazán kívánatos, ha a zsebből fizetett egészségügyi kiadás elkerülése érdekében, a rossz anyagi helyzetben lévők nem veszik igénybe az egyébként szükséges, indokolt egészségügyi ellátást sem [14]. Magyarországon, és számos más országban is, emellett tovább bonyolítja a helyzetet a paraszolvencia jelensége, amely tulajdonképpen a közvetlen lakossági hozzájárulás

informális változata, és kezelése önmagában is komoly egészségpolitikai kihívást jelent [15-17]. A paraszolvencia megszüntetésével kapcsolatban egyértelmű sikertörténetről nehéz beszámolni és erősen kétséges, hogy az Egészségügyi Szolgálati jogviszony törvény (Eszjtv) keretében bevezetett tiltás, illetve kriminalizáció valóban alkalmas eszköz a jelenség felszámolására [18]. Bár az egészségügyi rendszer teljesítménye szempontjából benignusnak tekintett hála motíválta pénzádással kapcsolatban felmerülhet az a gondolat, hogy a paraszolvencia ezen formája kívánatos módja lehet az egészségügyi forrásteremtésnek, az empirikus adatok azt mutatják, hogy a hálapénz jóval kisebb arányt képvisel az összes informális tranzakción belül, mint ahogy azt a szakmai és laikus közvélekedés tartja [19]. Ráadásul a hála érzése még ezekben az esetekben is elválaszthatatlanul összefonódik a pénzáadás egyéb motívációival (például a hiányhelyzet indukálta bizonytalansággal és bizalmatlansággal), így nem tűnik működőképes opciónak az, hogy a hálapénzt, megtisztítva a díjtétel típusú tranzakcióktól és a vesztegetéstől, szelektíven fenntartsuk és kiterjesszük, az egészségügybe beáramló források növelése érdekében.

A HATÉKONYSÁG INNOVATÍV JAVÍTÁSA, MINT FORRÁSTEREMTÉSI ESZKÖZ

A finanszírozási mozgástér szabta keretek tudomásul vétele ugyanakkor nem jelenti azt, hogy le kell mondanunk az egészségügyi rendszer teljesítményének javításáról, ellenállóképeségének növeléséről. Akármekkora összegből is gazdálkodik egy ország egészségügye, ezt az összeget el lehet jól és rosszul is költeni, azaz sok pénzt is el lehet pazarolni és kevés pénzt is fel lehet hatékonyan használni. A technikai és termelési hatékonyság célkitűzése azt kívánja meg, hogy akármiből, akármilyen minőségben, akármennyit állítunk elő, azt a lehető legkevesebb erőforrás felhasználásával, a lehető legolcsóbban tegyük meg [20]. Ez a hatékonysági célkitűzés, szemben az alokációs hatékonysággal, amely mindig magában foglalja az előállított termékek fogyasztásából származó egyéni és társadalmi hasznot, minden esetben kívánatos, mert úgy tudjuk növelni bármely végső célunk elérésének mértékét, hogy közben nem kerülünk konfliktusba a többi fontos célunkkal [21,22]. Ennek megfelelően ezeknek a belső hatékonysági tartalékoknak az azonosításával és feltárásával megspórolt pénz tulajdonképpen olyan, mintha többletforrást juttatnánk az egészségügybe. Nem légből kapott tehát a termelési hatékonyság növelését célzó egészségpolitikai beavatkozásokról, mint egy speciális forrásteremtési módszerről beszélni [12,23]. Persze a megspórolt pénz csak akkor válik kézzel fogható többletforrássá, ha a kormányzat nem vonja ki azt az egészségügyből, és nem áldozza fel például a költségvetési egyensúly helyreállításának oltárán [24]. Kiegészítésként érdemes talán megemlíteni azt is, hogy a termelési hatékonyság mellett az alokációs hatékonyság területén is lehetnek (vannak) olyan beavatkozási pontok, amelyek az erőforrások takarékos felhasználásával, lényegében többletforrást képesek teremteni az

egészségügyben. Ilyen például az úgynevezett „csekély hasznosságú beavatkozások” (low value care) alkalmazásának racionalizálása, az egészségügyi technológiák egészségi állapotra gyakorolt hatásának objektív, torzításmentes bemutatásával, valamint a betegek saját ellátásukkal kapcsolatos döntésekre való bevonásával, a tájékozott beleegyezés alapelveinek maradéktalan érvényesítésével [25,26]. Gyógyászati esetekben jellemző például, hogy a kedvező hatásokat eltúlozzák azáltal, hogy annak mértékét relatív kockázatcsökkentésként adják meg, a mellékhatások előfordulási gyakoriságát viszont abszolút kockázatként látjuk [27]. Egyes kutatási eredmények arra utalnak, hogy megfelelő tájékoztatás esetén a betegek jelentős része nem kívánja igénybe venni az ilyen kis haszonnal és kellemetlen mellékhatásokkal rendelkező ellátásokat [28].

HOL TUDUNK BEAVATKOZNI A TERMELÉSI HATÉKONYSÁG JAVÍTÁSÁNAK ÉRDEKÉBEN?

A termelési hatékonyság javításának potenciális területei az egészségügyben szerteágazók és sokrétűek. A teljesség igénye nélkül ide tartozik például a káros, hatástalan, vagy éppen dominált technológiák alkalmazásának megszüntetése, a hatásos, de szükségtelen ellátások (például a feleslegesen megismételt vizsgálatok, vagy a szolgáltató által, pusztán bevételnövelési célból rendelt ellátások) visszaszorítása, a méretgazdaságosság (és méretminőség) kiaknázása a szolgáltatások nyújtása során, valamint az indokolatlanul magas szinten nyújtott ellátások visszaszorítása is. Ez utóbbi terület különösen összetett megközelítést igényel, hiszen itt tulajdonképpen a több, különböző szintű egészségügyi ellátó közötti optimális betegutak kialakítása lenne a feladat annak érdekében, hogy minden beteg azon az ellátási szinten, annál az egészségügyi szolgáltatónál kapjon definitív ellátást, ahol az megfelelő minőségben, a legolcsóbban nyújtható. A krónikus nem fertőző betegségek és halmozott előfordulások esetében éppen ennek az ellátásszervezési funkciónak van kiemelt jelentősége, amelynek kulcsa a különböző szolgáltatók közötti betegátadás zökkenőmentes megvalósítása [29].

ÓCSÍTÁS A HATÉKONYSÁGI TARTALÉKOK FELTÁRÁSÁBAN: TÍPIZÁLÓ-KATEGORIZÁLÓ KÖZELÍTÉS ÉS PIACFETISZMUS

Bár a termelési hatékonyság javításának beavatkozási pontjai többé-kevésbé világosak, jól beazonosíthatók, sokkal nehezebb kérdés az, hogy pontosan mit kellene megváltoztatni ahhoz, hogy a hatékonysági tartalékok kiaknázhatók legyenek. Ebből a szempontból biztos, hogy új ötletekre, megoldási javaslatokra van szükség, mert az egyszerű, kézenfekvőnek tűnő intézkedések alkalmatlanságáról rengeteg tapasztalat halmozódott fel az egészségügyben. Ilyen indokolatlanul leegyszerűsítő, „kőbalta” jellegű eszköz a tipizáló kategorizáló közelítés, amely a XIX-XX. század történeti fejlődése során kialakult klasszikus rendszertípusokban gon-

dolkodik (Beveridge, Bismarck, Szemaskó, skandináv önkormányzati és magánbiztosításra épülő modellek), és a modern kor problémáit ezen rendszertípusok közötti választással kívánja megoldani, azaz a problémakezelést erre a választásra redukálja le [1]. Az egészségpolitikai döntéshozók feladata eszerint semmi más, minthogy a felkínált „étlapból” kiválasztják a számukra legszimpatikusabb „menüt”, és ezt minden jellemzőjében, pontosan megvalósítják. A megközelítés helytelenségét azonban mi sem mutatja jobban, hogy a kategorizáló-tipizáló közelítés által megkülönböztetett rendszertípusok már azokban az országokban sem léteznek eredeti formájukban, ahonnan a nevüket kapták [30]. Hasonlóan nélkülözi a komplex rendszerek fejlesztéséhez szükséges árnyalt gondolkodás legalapvetőbb elemeit is a klasszikus közgazdasági közelítésből eredeztethető piac-fetisizmus, amelynek hívei annak ellenére hisznek mély, szinte már valóságos meggyőződéssel abban, hogy a magánosítás és a piaci szereplők közötti verseny egyfajta csodaszereként minden felmerülő problémára, illetve környezeti kihívásra gyógyírként használható, hogy számtalan meggyőző bizonyíték van ennek ellenkezőjére [31]. A piac az egészségügyben sokkal inkább generálja, mintsem megoldja a teljesítményproblémákat. Bár a decentralizált rendszerek kétségtelen előnye, hogy a szervezeti és környezeti információ rendelkezésre áll, vagy könnyen megszerezhető, és a pénzügyi ösztönző érdekeltiséget teremt az innovációra, de az egészségügyi piac szereplőire ható finanszírozási ösztönzők sokszor a társadalmi célokkal ellentétes innovációra serkentenek. A magánbiztosítók közötti verseny például soha nem a hatékonyságjavító ellátásszervezés területén zajlik, hanem az alacsony kockázatú, fiatal, egészséges ügyfelek lefoglalásáért, a fragmentált kockázatközösségek pedig jelentősen megnövelik a rendszer adminisztrációs költségeit és csökkentik a költségvetési keretek redistribúciós potenciálját [32]. A forrásokumuláció fragmentációja ugyanakkor nemcsak piaci alapú, hanem a túlbürokratizált, rosszul megtervezett állami rendszerekben is megjelenhet. A túlhajtott központosítás és az egy kézben összpontosuló döntéshozói hatalom jól ismert mellékhatása a problémák észlelési idejének lelassulása, a reakcióidő drámai megnyúlása, amely éppen a rendszer alkalmazkodóképességét gyengíti meg. A célratartás kétségtelen előnyét nem tagadva az állapítható meg, hogy a változtatásokhoz szükséges információ megszerzése az ilyen alapon szerveződő rendszerekben nehézkes, az innovációra való ösztönzés pedig gyenge. Miközben tehát a hatékonyságjavító megújulásra való képesség a környezethez rugalmasan adaptálódni képes egészségügy egyik legfontosabb jellemzője, ezt a jellemzőt korántsem automatikusan termelik ki a piaci és állami megoldások sajátos keverékére épülő XXI. századi egészségügyi rendszerek.

AZ ORVOSTECHNOLÓGIAI INNOVÁCIÓ SZEREPE ÉS JELENTŐSÉGE AZ EGÉSZSÉGÜGY MEGÚJÍTÁSÁBAN

Fontos hangsúlyozni ugyanakkor, hogy piaci viszonyok között az innováció nem kizárólagosan a társadalmi célokkal

ellentétes irányú. Az orvostechológiai, szakterületspecifikus innováció végső soron az egészségügyi rendszerek fejlődésének egyik motorja, amennyiben egyre újabb és újabb eszközök, diagnosztikus és kezelési módszerek jelennek meg az emberiséget sújtó megbetegedésekkel való küzdelemben. Ezek a technológiai újítások azonban sok esetben nem javítják a termelési hatékonyságot, mert a kedvezőbb eredményt csak drágábban tudják szállítani. Az ilyen típusú innovációk vezettek végső soron a jelenleg is zajló egészségügyi technológiai forradalomhoz, valamint az egészségügyi költség-robbanás néven ismert környezeti kihíváshoz, amelyek az egyik legfontosabb adaptációs kényszerként jelennek meg a modern kor egészségügyi rendszerei számára [33]. Ez persze nem jelenti azt, hogy az orvostechológiai innovációnak egyáltalán nincs termelési hatékonyságot javító hatása, csak azt, hogy ez utóbbiak problémamegoldó szerepe egyelőre kevésbé jelentős, mint az előbbieket által indukált kihívás, amely ráragad az egyéb környezeti területeken megfigyelhető változások közvetítette behatásokra. A különböző irányú környezeti behatások pedig olyan bonyolult feladvánnyá állnak össze, amelynek megoldása sokrétű ismeretet, árnyalt megközelítéseket, valid információkat és legfőképpen újszerű gondolkodást igényel.

TÁRSADALMI INNOVÁCIÓ AZ EGÉSZSÉGÜGY TERMELÉSI HATÉKONYSÁGÁNAK JAVÍTÁSÁBAN

A termelési hatékonyság növelésére irányuló innováció-típusok közül éppen ezért sokkal nagyobb potenciállal bírnak a rendszerszervezés megújítását célzó, úgynevezett társadalmi innovációk. Ez utóbbiak jelentősége abban van, hogy újszerű működési keretek kialakításával, formabontó szervezeti, vezetési, illetve menedzsment megoldásokkal, technikákkal igyekezzenek választ adni az egészségügyet érintő komplex probléma és kihívás halmazra, rugalmasan bevonva az adott technológiai fejlettségi szint kínálta lehetőségeket. Észre kell ugyanis vennünk, hogy a jelentős környezeti változások nemcsak fenyegetést jelentenek a megszokott szervezeti és működési módozatok és az ahhoz kapcsolódó rendszerszintű teljesítmény fenntarthatóságára, hanem lehetőségeket is kínálnak az egészségügy adaptív megújításához, fejlesztéséhez, tehát eszközöket adhatnak a kezünkbe a problémák és kihívások kezeléséhez. Ilyen például az információ és kommunikáció technológia (ICT) rohamos léptékű fejlődése, amely az adatforradalmon keresztül egyszerre döntőgeti a hagyományos egészségügyi rendszerszervezés alappilléreit és nyújt szinte felbecsülhetetlenül nagy potenciállal rendelkező technológiai háttérrel az egészségügyi ellátás hatékonyságának jelentős mértékű növeléséhez [34].

Magyarországnak egyáltalán nem kell szégyenkeznie amiatt, hogy lemaradt volna az egészségügy hatékonyságjavító társadalmi innovációjában, illetve az innovatív megközelítések, módszerek adaptációjában. A rendszerváltás óta eltelt időszakra visszatekintve számos nagyjelentőségű változtatásban élen járt az egészségpolitika. Magyarország például az elsők között adaptálta az amerikai Diagnosis Related

Groups módszertant az aktív fekvőbetegellátás finanszírozására, Homogén Betegcsoportok néven [35], de élen járt a szintén komoly társadalmi innovációnak tekinthető, az egészségre bizonyítottan káros élelmiszerek, illetve élvezeti cikkek fogyasztásának fiskális eszközökkel történő visszaszorításában is (sin taxes). A népegészségügyi termékadó (NETA) az egészségügyi forrásteremtés olyan eszköze, amely a közvetlen lakossági hozzájárulással ellentétben nem gátolja az egészségügyi ellátás igénybevételét, hanem javítja a lakosság egészségi állapotát, amennyiben akadályozza az egészségkárosító termékek fogyasztását [36]. Sőt olyan problémákra is találtunk világszinten is újszerű és tulajdonképpen zseniális megoldást, amely azóta is az egyik központi kérdése a kurrens egészségpolitikai diskurzusnak. Az Irányított Betegellátási Modellkísérletről, illetve Rendszerről (IBR) van szó, amely az országosan egységes, teljes lakosságot lefedő betegforgalmi adatbázisra építve, a finanszírozási ösztönzők unortodox kombinációjával tette érdekelté a modellkísérletbe önkéntes alapon bejelentkező egészségügyi szolgáltatókat (házi orvosi csoportokat, önálló járóbeteg szakrendelőket, vagy kórházakat) szelektív hatékonyságjavító (esetmenedzsment, betegségszűrés) megoldások kigondolásában és implementálásában [24, 37]. Mindezt úgy, hogy számos beépített tompító mechanizmus csökkentette az ilyen típusú betegút menedzsment megoldásokra korábban jellemző kockázatszelekciót, illetve alulkezelést, és emellett minimális volt a modell adminisztrációs költségigénye is. Az IBR tehát korát megelőzve, világszinten egyedülálló, innovatív megoldást adott a krónikus betegek hatékony ellátáshoz szükséges, különböző ellátási szintek és szolgáltatók közötti integrációra [38]. Sajnálatos módon a döntéshozók nem ismerték fel ennek a társadalmi innovációnak a valódi jelentőségét, értékét és a kezdeményezés az átgondolatlan politikai cselekvés áldozatává vált. Sőt, az IBR megszüntetését követő időszakban Magyarország olyan megoldási javaslatok implementációjával kezdett foglalkozni, amelyek minden tekintetben messze alulmúlják az IBR által elérhető teljesítménynövekedést [32]. Azóta már a versengő több biztosítós modell bevezetése is kudarcba fulladt, és a közmagán libikókája egy erős központosításra épülő állami rendszer irányába billent át, amelynek körvonalait úgy tűnik az Eszjtv. baltájával igyekszik kifaragni a kormányzat. Nem késő még azonban egy pillanatra megállni, és átgondolni, hogy valóban jó irányba halad-e az egészségügy átalakítása.

ÚJ UTAK AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREK FEJLESZTÉSÉBEN: FUNKCIONÁLIS KÖZELÍTÉS ÉS FUNKCIÓFÜGGŐ (DE)CENTRALIZÁCIÓ

Az IBR, mint jó gyakorlat, ugyanakkor nem egyszerűen egy jól sikerült magyar adaptációs hatékonyságjavító innováció. A modellkísérlet tudományos igényességű elemzésének segítségével egy olyan új megközelítésmód alapelveit is sikerült azonosítani, amely túllép a hagyományos kategorizáló-típiológiai és a klasszikus közgazdasági közelítések korlátain, megnyitva ezzel a teret az egészségügyi rendszerek

innovatív átalakítása előtt [1]. A WHO funkcionális közelítését, valamint a fiskális föderalizmus és a szubszidiaritás koncepciójának elemeit alapul véve a funkcionális dekonstrukció elmélete azt mondja ki, hogy minden, az egészségügyi rendszerek működéséhez szükséges elemi alapfunkciót azon a szinten, ahhoz a szereplőhöz érdemes telepíteni, amely azt a lehető legkisebb adminisztrációs költséggel a lehető legeredményesebben tudja ellátni az adott körülmények között [39, 40]. A hagyományos rendszermodellek éppen azért nem tudnak hatékonyan működni, mert különböző kezelést igénylő funkciókat együttesen, vagy centralizáltan, vagy decentralizáltan látnak el, miközben ezeket szét kellene választani: azokat a funkciókat, amelyek centralizáltan láthatók el hatékonyabban, központosítani kellene, azokat pedig, amelyek decentralizáltan lennének hatékonyabban működtethetők, a helyi szintekre kellene telepíteni. A funkcionális dekonstrukció elmélete tehát új perspektívát ad az egészségügyi rendszerek fejlesztéséhez, mert egyszerre lép túl a kategorizáló-típiológiai közelítés által ajánlott, elavult rendszermodelleken és haladja meg a hagyományos „piaci” és „állami” kategóriákat.

A közelítés által ajánlott funkciófüggő centralizáció, illetve decentralizáció ugyanakkor ugyanúgy vonatkozik az adaptációt támogató információszerzésre, valamint az innovációra való ösztönzésre (közvetlen irányítással ez nem működtethető jó hatékonysággal), az innovációs kapacitások kiépítésére is. Ahhoz pedig, hogy az innovációs képességeket ki tudjuk használni, egyaránt szükség van egy rendszerszintű, átfogó stratégiára, valamint a helyi szintű kezdeményezések bátorításra, felkarolására. Bízunk benne, hogy a 2022-es parlamenti választások után felálló ágazatvezetés lehetőséget kap arra, hogy az Eszjtv. bevezetése utáni időszak első tapasztalatainak elemzésére, értékelésére építve új stratégiát alkosson, megtegye a szükségesnek tűnő korrekciókat és lépéseket tegyen a hatékonyságjavító innovációt jobban támogató környezet kialakításához, amely az itt vázlatosan bemutatott érvelés alapján egyben az alkalmazkodó-, és ellenállóképesség egyik legfontosabb hozzávalója.

EGÉSZSÉGÜGYI HACKATON, MINT AZ ALULRÓL JÖVŐ INNOVÁCIÓ EGY LEHETSÉGES TÁRSADALMI ERŐFORRÁSA

A stratégiaalkotás az egyik legfontosabb koordinációs eszköz a felülről jövő kezdeményezések ágazati megvalósításában, de az egészségügyi rendszer fejlesztésében ugyanolyan nagy jelentőségű az alulról kiinduló innováció, a helyi szervezethez kötődő, ugyanolyan fontosak a mindennapi működés tapasztalataiból származó ötletek. Ilyen, magát az innovációt is újszerű megközelítésbe helyező, kezdeményezés az úgynevezett hackaton rendezvény, amely az ICT területéből nőtt ki, és lett egyre népszerűbb, más szektorokat is meghódítva [41]. A hackaton rendezvények lényege, hogy különböző szaktudással, illetve tudományos háttérrel rendelkező fiatal szakemberek (egyetemisták, doktoranduszok, szakképzésben résztvevő friss diplomások) multidiszciplináris csapatokban dolgoznak egy jelentős szektorális probléma vagy kihívás

(általában valamilyen digitális technológia által támogatott) megoldásán, egy relatíve rövid, 24-48 órás időtartam alatt. Az egészségügyi hackatonok jó példái a hatékonyságjavító innovációk intézményes generalálásának, amennyiben az ICT adta lehetőségek felhasználásával igyekeznek megoldási javaslatokat találni például olyan problémákra, hogy hogyan csökkenthető a fiatalok között az ittas állapotban bekövetkező balesetek előfordulási gyakorisága, hogyan lehet digitális eszközökkel csökkenteni a dohánytermékek fogyasztását, vagy hogyan lehet az alapvető egészségügyi ellátást eljuttatni az ország halmozottan hátrányos helyzetben lévő településein élő lakosság számára, akiket a reguláris egészségügyi rendszer nem, vagy csak erősen korlátozottan ér el.

A Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központja, a Magyar Egészségügyi Menedzsment Társasággal karöltve már évek óta lelkes támogatója a hackaton módszertan magyarországi meghonosításának az egészségügy területén. Az elmúlt évtizedben számos alkalommal voltunk szervezői ilyen rendezvényeknek, de erőfeszítéseink csak akkor lesznek hosszútávon is sikeresek, ha a technológia a szakmai és a laikus közönség minél szélesebb körében ismertté válik, a módszertan alkalmazása elterjed, a legjobb ötleteket pedig meg is valósítják a gyakorlatban. Éppen ezért döntöttünk úgy, hogy az IME tudományos folyóirat 2022. évi első számában külön részt szentelünk a 2021 decemberé-

ben, az Innovációs és Technológiai Minisztérium, a Magyar Tudományos Akadémia és WHO Európai Regionális Irodája által támogatott hackaton rendezvényünk részletesebb szakmai bemutatásának, hogy a folyóirat legszélesebb olvasóközönsége is megismerkedhessen az ebben rejlő lehetőségekkel. A rendezvény témáját ezúttal a COVID-19 világjárvány szolgáltatva annak apropóján, hogy az idő előrehaladtával az oltási hajlandóság hiánya vált a populációs átoltottság növelésének legfontosabb akadályává. A COVID-19-cel szembeni küzdelem tanulságos példája annak, hogy a briliáns orvostechológiai innováció, amely ebben az esetben rekordgyorsasággal szállította a populációs szintű immunitás eléréséhez szükséges, biztonságos és hatásos oltóanyagot, önmagában nem volt elég ahhoz, hogy semlegesítsük a pandémia okozta sokkhatást. Olyan társadalmi innovációra volt (van) szükség, amely képes áttörni a tudatlanságból, információhiányból, illetve bizalmatlanságból eredő oltásellenességet. Ebben a lapszámban egyrészt érdekes interjúkat olvashatnak az „Oltási kampány, ahogy Te csinálnád” hackaton rendezvényünk résztvevőivel, illetve támogatóival, másrészt teljes terjedelemben közöljük a résztvevő csapatok által készített megoldási javaslatok absztraktjait. Őszintén reméljük, hogy ezen kezdeményezésünkkel is hozzá tudunk járulni, egy rugalmasabb, ellenállóbb és alkalmazkodóképesebb egészségügy kialakításához Magyarországon!

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Gaál P: Health, Health Care and Health Systems in the 21st Century [Egészség, egészségügy és egészségügyi rendszerek a 21. században], in Gyórfy Z, Szántó Z (eds.): Medical Sociology eBook [Orvosi szociológia e-Tankönyv], 2019, Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió, Budapest, pp.129-153. [Hungarian]
- [2] World Health Organization: The World health report 2000, health systems: improving performance, 2000, Geneva, World Health Organization, p.i-xxvii,206.
- [3] World Health Organization: Everybody's business – strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action, 2007, Geneva, World Health Organization, p.i-viii,44.
- [4] Gaál P: The Potentials and Limitations of the Application of the Economic Approach in Health Policy Making [A közgazdasági szemléletmód egészségpolitikai döntéshozatalban történő alkalmazásának lehetőségeiről és korlátairól], Magyar Belorvosi Archívum, 2013; 66(6): 318-323. [Hungarian]
- [5] Atun R, Aydin S, Chakraborty S et al.: Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity, Lancet, 2013; 382(9886):65-99, DOI: 10.1016/S0140-6736(13)61051-X.
- [6] Szocska M, Pollner P, Schiszler I et al.: Countrywide population movement monitoring using mobile devices generated (big) data during the COVID-19 crisis, Sci Rep, 2021; 11(1):5943, DOI: 10.1038/s41598-021-81873-6.
- [7] Nemeth O, Orsos M, Simon F et al.: An Experience of Public Dental Care during the COVID-19 Pandemic: Reflection and Analysis, Int J Environ Res Public Health, 2021; 18(4), DOI: 10.3390/ijerph18041915.
- [8] Barasa E, Mbau R, Gilson L: What Is Resilience and How Can It Be Nurtured? A Systematic Review of Empirical Literature on Organizational Resilience, Int J Health Policy Manag, 2018; 7(6):491-503, DOI: 10.15171/ijhpm.2018.06.
- [9] Haldane V, Ong SE, Chuah FL et al.: Health systems resilience: meaningful construct or catchphrase?, Lancet, 2017; 389(10078):1513, DOI: 10.1016/S0140-6736(17)30946-7.
- [10] Kutzin J, Sparkes SP: Health systems strengthening, universal health coverage, health security and resilience, Bull World Health Organ, 2016; 94(1):2, DOI: 10.2471/BLT.15.165050.
- [11] Barnett K, Mercer SW, Norbury M et al.: Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study, Lancet, 2012; 380(9836):37-43, DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60240-2.

- [12] Kutzin J: Conceptual framework for analysing health financing systems and the effects of reforms (Chapter 1), in Kutzin J, Cashin C, Jakab M (eds.): Implementing health financing reform: Lessons from countries in transitions, 2010, World Health Organization; European Observatory on Health Systems and Policies (Observatory Studies Series; 21.), Copenhagen, pp.3-24.
- [13] World Health Organization: Spending on health in Europe: entering a new era, 2021, Geneva, World Health Organization, p.i-xx,95.
- [14] Gaál P, Evetovits T, Lindeisz F et al.: The analysis of equity in financing with the help of financial protection indicators [A forrásteremtés igazságosságának vizsgálata a betegségek költségterhe elleni védelem indikátorainak segítségével], Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2012; 50(3):2-12. [Hungarian]
- [15] Gaal P: Benefits and entitlements in the Hungarian health care system, Eur J Health Econ, 2005; Suppl:37-45, DOI: 10.1007/s10198-005-0317-y.
- [16] Gaal P, Jakab M, Shishkin S: Strategies to address informal payments for health care, in Kutzin J, Cashin C, Jakab M (eds.): Implementing health financing reform: Lessons from countries in transitions, 2010, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, pp.327-361.
- [17] Stepurko T, Pavlova M, Gryga I et al.: Patterns of informal patient payments in Bulgaria, Hungary and Ukraine: a comparison across countries, years and type of services, Health Policy Plan, 2017; 32(4):453-466, DOI: 10.1093/heapol/czw147.
- [18] Gaal P, Velkey Z, Szerencses V et al.: The 2020 reform of the employment status of Hungarian health workers: Will it eliminate informal payments and separate the public and private sectors from each other?, Health Policy, 2021; 125(7):833-840, DOI: 10.1016/j.healthpol.2021.04.014.
- [19] Gaál P: Gratitude-payment? Gratitude Coerced [Hálapénz? Hála-kényszer], Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2004; 42(Supplement):22-33. [Hungarian]
- [20] Lipsey RG, Chrystal KA: An Introduction to Positive Economics, 1995, Oxford, Oxford University Press.
- [21] Evetovits T, Gaál P: How efficient is cost-effectiveness? [Mennyire hatékony a költséghatékony?], Egészségügyi Menedzsment, 2003; 5(2):74-81. [Hungarian]
- [22] Evetovits T, Gaál P: Understanding cost-effectiveness in health care. The basics of health economics from Cochrane to Culyer [A költséghatékonyág értelmezése az egészségügyben. Egészség-gazdaságtani alapok Cochrane-tól Culyer-ig], in Gulácsi L (eds.): Egészség-gazdaságtan, 2005, Medicina Könyvkiadó, Budapest, pp.91-113. [Hungarian]
- [23] Kutzin J: Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy, Bull World Health Organ, 2013; 91(8):602-11, DOI: 10.2471/BLT.12.113985.
- [24] Gaal P, Szigeti S, Pantelli D et al.: Major challenges ahead for Hungarian healthcare, British Medical Journal, 2011; 343:d7657, DOI: 10.1136/bmj.d7657.
- [25] Malhotra A: Too much angioplasty, BMJ, 2013; 347:f5741, DOI: 10.1136/bmj.f5741.
- [26] Oakes AH, Radomski TR: Reducing Low-Value Care and Improving Health Care Value, JAMA, 2021; 325(17):1715-1716, DOI: 10.1001/jama.2021.3308.
- [27] Diabetes.co.uk: Dr Aseem Malhotra: Too much Medicine and the Great Statin Con, 2018, Diabetes Digital Media Ltd., <https://www.diabetes.co.uk/in-depth/aseem-malhotra-great-statin-con/>, megtekintés: 3/5/2022.
- [28] Rothberg MB, Scherer L, Kashef MA et al.: The effect of information presentation on beliefs about the benefits of elective percutaneous coronary intervention, JAMA Intern Med, 2014; 174(10):1623-9, DOI: 10.1001/jamainternmed.2014.3331.
- [29] Gaál P: The Potentials and Limitations of Improving Efficiency [A hatékonyságjavítás lehetőségei és korlátai], in Nógrádi Tóth E (eds.): Medicina TOP200, 2013, Media-City Magyarország Kft., Budapest, pp.90-90. [Hungarian]
- [30] Szigeti S, Evetovits T, Kutzin J et al.: Tax-funded social health insurance: an analysis of revenue sources, Hungary, Bull World Health Organ, 2019; 97(5):335-348, DOI: 10.2471/BLT.18.218982.
- [31] Gaál P: Health reform and modern health policy. Reflections on the presentations of the conference entitled "Health Insurance Reform 2007-2009" [Egészségügyi reform és korszerű egészségpolitika. Reflexiók az Egészségbiztosítási Reform 2007-2009 című konferencia előadásai kapcsán], IME, 2007; 6(1):7-12. [Hungarian]
- [32] Gaál P: Health insurance reform: innovation or obsolescing? [Egészségbiztosítási reform: innováció vagy ócskítás?], Orvostovábbképző Szemle, 2008; 15(1):11-22. [Hungarian]
- [33] Neumann PJ, Weinstein MC: The Diffusion of New Technology: Costs and Benefits to Health Care, in Gelijns AC, Halm EA (eds.): The Changing Economics of Medical Technology, 1991, National Academies Press, Washington (DC).
- [34] Szócska M, Gaál P: Digital Health Sciences in Hungary [Digitális egészségtudomány a magyar egészségügyben], in Nógrádi Tóth E (eds.): Medicina évkönyv 2018, 2018, Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaság, Budapest, pp.2-4. [Hungarian]
- [35] Gaál P, Stefka N, Nagy J: Cost accounting methodologies in price setting of acute inpatient services in Hungary, Health Care Management Science, 2006; 9(3):243-250, DOI: 10.1007/s10729-006-9091-3.
- [36] Gaál P, Susánszky A, Szócska M: Empirical evidence, anomalies and paradigm shift in the fighting against obesity and type-2 diabetes: what should be done? [Tudományos bizonyítékok, anomáliák és paradigmaváltás a túltápláltság és 2-es típusú cukorbetegség elleni küzdelemben: mi a teendő?], IME, 2019; 18(6):60-64. [Hungarian]

- [37] Gaal P: Health care systems in transition: Hungary, Health Care Systems in Transition, 2004, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- [38] Gaál P, Evetovits T, Sinkó E: Innovations in health policy. The Care Managing Pilot and the functional deconstructive model of health care systems, in: Entrepreneurial Behavior: Opportunities and Threats to Health, European Health Management Association Annual Conference 2006, 2006, Budapest, Hungary, 28-30/06/2006.
- [39] Gaál P: Innovations in health policy. The Care Coordination Pilot and the functional deconstructive model of health care systems, in: Modern health care delivery systems and the role of hospitals – WHO conference, 2011, Brussels, Belgium, 21-22/11/2011.
- [40] Gaál P, Sinkó E: Health management and stewardship in the reform of the Hungarian health care system [Egészségügyi menedzsment és rendszerirányítás a magyar egészségügy átalakításában], Népegészségügy, 2012; 90(2):111-119. [Hungarian]
- [41] Varga G, Tóth D, Mikesy G et al.: Opportunities for Reaping the Collective Benefits of a Health-themed Hackathon in Hungary [Az egészségügyi hackathonokban rejlt egyéni és társadalmi értékek hazai kiaknázásának módszertana], IME, 2022; 20(4):4-10, DOI: 10.53020/IME-2021-401. [Hungarian]

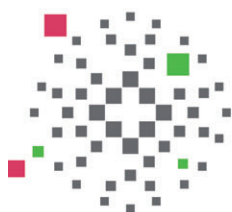
A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Dr. Gaál Péter 2011-től az IME Szerkesztőbizottságának tagja, 2017-től pedig a Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaság elnöke, amely 2021-ben vette át az IME tudományos folyóiratot és a lapkiadás mellett szervezője az IME konferenciáknak. 1993-ban végzett a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karán,

1995-ben szerzett Master of Science fokozatot egészségügyi menedzsmentből a Londoni Egyetemen, 2004-ben pedig

ugyanott sikerrel védte meg PhD értekezését a magyarországi hálapénz jelenségének témakörében. A paraszolvencia újszerű értelmezési keretét bemutató angol nyelvű cikkével 2005-ben elnyerte az Európai Egészségügyi Menedzsment Társaság (EHMA) és a Karolinska Egyetem közös kutatási, publikációs díját. A Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzsment Képző Központ Egészségügyi Rendszerek Menedzsmentje Tanszéki Csoportjának vezetője, oktatója és kutatója. Szakterülete az egészségpolitika, az egészségügy-finanszírozás, az egészségügyi rendszerek teljesítményértékelése és az ellátásszervezés.



MAGYAR
EGÉSZSÉGÜGYI
MENEDZSMENT
TÁRSASÁG

www.memt.hu

■ SZAKMAI ESEMÉNYEK, KONFERENCIÁK, MŰHELYBESZÉLGETÉSEK, KÉPZÉSEK SZERVEZÉSE ÉS MEGVALÓSÍTÁSA

■ DIGITÁLIS EGÉSZSÉGÜGYI TECHNOLÓGIÁK FEJLESZTÉSÉNEK TÁMOGATÁSA

■ KUTATÁS - FEJLESZTÉSI TEVÉKENYSÉGEK TÁMOGATÁSA

■ STRATÉGIAI TANÁCSADÁS

■ SZAKMAI KIADVÁNYOK KÉSZÍTÉSE

■ TARTALOMMENEDZSMENT

■ HÍRLEVÉLSZOLGÁLTATÁSOK