

Magyar Néphadsereg Egészségügyi Szolgálat

Az egészségügyi szolgálat irányítását segítő számítógépes  
információs rendszer

Simon Pál, Németh Károly, Gyenei Mária

A Magyar Néphadsereg egészségügyi szolgálatának, mint minden más egészségügyi szolgálatnak - így az állami egészségügyi szolgálatnak is - alapvető feladata a gyógyító-megelőző ellátás. Az ellátási rendszer tagozatainak, az alapellátás - és a szakellátás - /járó és fekvőbeteg ellátás/ integrált rendszerének középpontjában a személyi állomány, az ember áll. Egészségi állapotának pozitív és negatív jellegű változásairól, illetve az optimális állapot megtartása és helyreállítása érdekében tett beavatkozásokról, azok hatásáról szóló érdemleges információk rendszerezett gyűjtése, elemzése, tárolása, szükség szerinti előhívása épp úgy elengedhetetlen az egyén egészségének megóvása érdekében, mint az ennek érdekében működő ellátási tagozatok irányításában, vezetésében.

I.

A katonaegészségügyi ellátás gyógyító-megelőző tevékenységét - mint a feladat-komplexum egyik lényeges ele-

mét - az alábbi hierarchikusan felépített szervezet biztosítja.

- Alapellátás /más néven: csapategészségügyi szolgálat, az állami egészségügyben megfelelője a körzeti és üzemi orvosi ellátás/ feladata: a személyi állomány speciális üzemi orvosi ellátása, teljeskörű és folyamatos gondozása az általános orvos, perspektivikusan: az általános szakorvos szintjén.

- Szakellátás /területi katonai kórház-rendelőintézeti egységek, az állami egészségügyben megfelelői a megyei, járási kórházak, rendelőintézetek/ feladata: a személyi állomány szakorvosi járó és fekvőbeteg ellátása.

- Szamosított szakellátás /központi katonai gyógyító intézetek, az állami egészségügyben megfelelői az országos vezető intézetek, a módszertani központok/ feladata: a személyi állomány ugynevezett szamosított /szűkebb szakmai profilok szerinti/ járó és fekvőbeteg ellátás, rehabilitáció, valamint az alsóbb tagozatok szakmai felügyelete.

A vázolt terület vezetési-irányítási rendszere két-szintes. Az egészségügyi szolgálat felső vezetése:

- közvetlenül irányítja a szakellátás, szamosított szakellátás intézeteit /az u.n. központi tagozatot/;

- közvetve irányítja az alapellátást; több vezetési

szintet igénybe véve - a tanácsi szakigazgatási rendszerhez hasonlóan /Egészségügyi Minisztérium - Tanácsok irányítási kapcsolata/.

## II.

Az ismertetésre kerülő rendszer az alapellátás gyógyító-megelőző tevékenységét szabályozó vezetésorientált ságu, az azonos betegséggel orvoshoz forduló eseteket gyűjti, speciális demográfiai /állománycsoportok, korcsoportok/, morbiditási, betegforgalmi mutatók, valamint viszonyszámparaméterek szerint rangsorol, az információ-halmazt további elemzésre archiválja.

Az output tömörített és értékelt /rangsorolt/ információi a szolgálat hierarchikus vezetési szintjeinek megfelelően bővített tartalmi és szerkezeti formában kerülnek a felhasználóhoz és az adatszolgáltatókhoz. A rendszer megfigyelési egysége, azaz alapeleme az ugyanazon betegséggel /vagy anélkül/ egy vagy több alkalommal való orvoshoz fordulás esete.

A feldolgozás elsődleges adathordozója az ambuláns napló, amely tartalmazza az orvoshoz fordulás eseteit, a személyi-szolgálati adatokat, a betegséghez kapcsolódó információkat, a felvételi és a záródiagnózist, az ellátás során igénybe vett felsőbb tagozatokat, az eset kimenete-

lét. Másodlagos adathordozó egy lajtstromos bizonylat, amely az ambuláns naplóval egyidőben a választott klasszifikációk szerint kerül kitöltésre.

A gépi adatrögzítés lyukkártyán történik, központilag.

Az ellenőrzési rendszer kétlépcsős: első fokon manuális ellenőrzés keretein belül a kitöltési fegyelmet ellenőrzik, a második - egyben alapvető - fok a gépi ellenőrzés.

A feldolgozás köteget, az input adatszolgáltatás jelenleg havi, az output féléves, mivel a rendszertől elvárt információs igényeket kielégítő mutatók időbeni szignifikáns változása lassu.

Az output két alapvető tábla típust szolgáltat, amelyek vezetési szintenként az információ mennyiségében és minőségében differenciáltak:

Morbidity alaptábla:

Az elsődleges szempont a betegség- illetve betegség főcsoportok gyakorisági rangsora és az ehhez betegségként kapcsolódó speciális demográfiai szerkezet. A speciális demográfiai csoportokhoz felfűzve harmadik dimenzióban a következő adatok jelennek meg:

- a jelentkezések száma, ezen belül összesen és első alkalommal;

- az alapellátásban ellátott járó- és fekvőbeteg esetek száma;

- a szak- illetve a szakosított szakellátásra szoruló esetek száma az ellátó intézetek típusai szerint bontva;

- a maradandó egészségi állapot-károsodás esetei minősítési fokozat szerint bontva;

- a speciális réteg-morbiditás;

- haláleset abszolút számban.

A morbiditási alaptábla vezetési szintenként a következő módon változik:

- alapellátás /az adatszolgáltató/ szintje főbetegség csoportonkénti elkülönítésben fenti alaptáblát saját ellátási körére vonatkozóan kapja;

- vezetési decentrumok szintje és a felső vezetés: az irányítása alá tartozó alapellátási egységekre vonatkozóan összesítve kapja betegségenként és főbetegség csoportonként, abszolút számokkal és megoszlási viszonyszámokkal az alaptábla szerint az adatokat.

#### Betegforgalmi alaptábla:

Az elsődleges szempontok a morbiditási alaptáblával megegyezők. A tábla harmadik dimenziója a következő ada-

tokat tartalmazza:

- a szolgálatmentes /egészségi ok miatt a szolgálatból kiesett/ napok száma és megoszlása ellátási tagozatonként, azon belül az intézet-típusonkénti bontásban;
- az egy esetre jutó szolgálatmentes napok száma;
- a szolgálatmentes napok aránya a kiképzés napjaihoz viszonyítva;
- szolgálatmentes esetek gyakorisága.

A betegforgalmi alaptábla vezetés szintenkénti strukturálódása megegyezik a morbiditási alaptáblánál elmondottakkal.

Az alaptáblákat kiegészíti az ugynevezett elemző tábla csoport. Ezek szerkezetére jellemző, hogy a kiválasztott - a személyi állomány egészségi állapotára karakterisztikus, az egészségügyi szolgálat működését reprezentáló - viszonyszámokat, abszolút értékeket különböző szempontok szerint /alapellátási egység, speciális demográfiai réteg, betegség, stb./ rangsorolják és a paraméterként megadott küszöbértékig jelenítik meg.

Ezek a táblák a vezetés felső szintjét és a középírányító szinteket a beavatkozást igénylő eltérésekről tájékoztatják. A felső vezetés részére készülő elemző táblák a többiekhez képest strukturájukban és tartalmukban egyaránt a leggazdagabbak.

### Fejlesztési tervek

Az előrelépés szüksége a vázolt rendszer hiányosságai-  
gaiból is objektíve adódik. Azért "is", mivel a rendszer  
kidolgozása során nem léptünk fel a teljesség igényével  
objektív és szubjektív okok miatt. Ezek jól ismertek. Ki-  
emelnénk a szubjektív okok közül a minden ujjal szembeni  
ellenállást, a rendet követelő rendszer megszokásának ne-  
hézségeit. Megjegyezzük, hogy ez a "hozzászoktatási" peri-  
ódus, ugymond olcsóbbá teszi a komplex rendszer bevezeté-  
sét.

Visszatérve rendszerünk gyengébb pontjaira, azok a  
következők:

- a bizonylati rendszerünk nem tökéletes /elsősorban  
a kitöltési fegyelem/;
- az archiv anyag feldolgozása jelenleg még hátra van;
- a klasszifikációk, a felvett adatok köre szűk és  
nem elég differenciált;
- jelenleg még a beteg, mint egyén a rendszerből hi-  
ányzik;
- a módszer jelenlegi formájában még nem kapcsolódik  
a magasabb betegellátási szintek rendszeréhez.

Ezket felismerve fejlesztési terveink a következők:

- betegorientált rendszer kialakítása egészségügyi

adatbázisra építve oly módon, hogy a gondozás részét képező szűrések információi is beépüljenek;

- a kapcsolat kiépítése az alap- és a szakellátási rendszerek között;

- az adatáramlási rendszer tökéletesítése;

- a meglévő archiv adatállomány elemzése.

E helyen is szükségesnek itéljük leszögezni, hogy fejlesztéseink során biztosítjuk és egyben magunk is igényeljük az állami egészségügyi szolgálat kiépülő rendszereihez való kapcsolódást.

Összegezve: Ugy itéljük meg, hogy számítógépes feldolgozásunk fogyatékoságai ellenére sem volt eredménytelen, ugyanis:

- ezen rendszer az eddig elhanyagolt-, de ugyanakkor az egészségügy bázisát képező alapellátás területét fogja át;

- a szintenkénti vezetés-orientáltsága megfelelően differenciált;

- a vezetésnek szolgáltatott adatok strukturája előtérbe helyezi a beavatkozást igénylő területeket; /ezért is tekintjük mi ezt vezetési információs rendszernek!/  
/

- az egészségügyi szolgálat ugynevezett számítástechnikai nevelését segíti;

- nem utolsó sorban: a rendszer huzamosabb ideje él, megszüntette a manuális konzervatív statisztikai adatszolgáltatást.