

A KÖRÜLÖTTÜNK LÉVŐ VILÁG BENNÜNK IS MEGJELNIK

A népegészségtan tárgya foglalkozik mindazokkal a komplex hatásokkal, amelyek az emberi élet minőségét, egészségét, a várható élettartamot, a megbetegedések és a halálozások gyakoriságát befolyásolják. Öt fő területet foglal magába, a környezet-egészségtant, a munkaegészségtant, az élelmezés-egészségtant, a járványtant (fertőző és nem fertőző betegségek esetén), valamint a társadalom-egészségtant.

3. rész

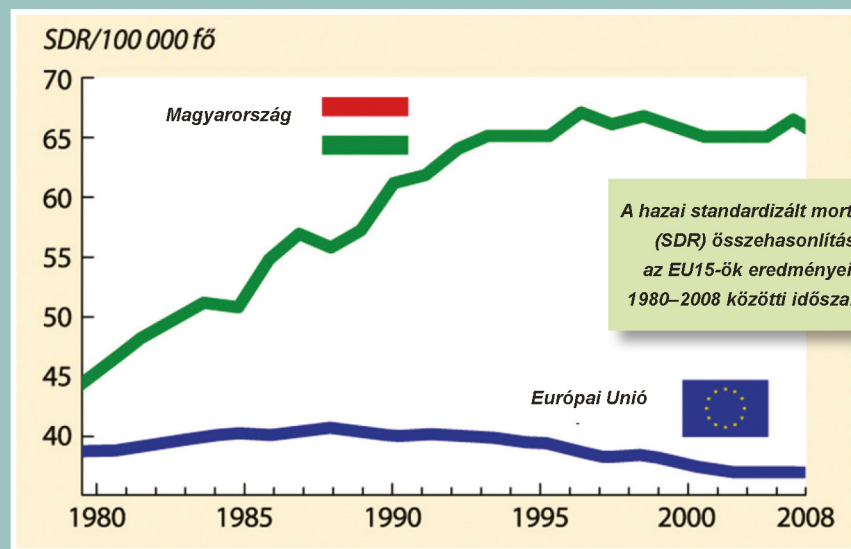
A társadalom cselekvési szintje valamennyi területen (orvosi, gazdasági, társadalmi, valamint politikai) törvények által meghatározott. Így az élelmezés-egészségtan, az élelmezésbiztonság is globalizálódott, amiben az egyéni akarat és tette vágyás csak illúzió maradt. A nemzeti felelősségtudat nélkül nagyképű üres frázis az, hogy „gondolkodj globálisan és cselekedj lokálisan”. Azt az illúziót sugallja ez a mondás, mintha az egyéni cselekedetek képesek lennének befolyásolni a globális változásokat akkor is, ha az egyén nem tartozik valamilyen közösséghez. A kiszolgáltatott, hátrányos helyzetű tömegek szava nehezen ér el a döntéshozókig. Vagy mégis? Lehet hatással az egyén a körülöttünk levő

valóságra? Nem csupán a hatalom birtokosai döntenek el az életesélyeket? Az egyéneknek is van felelőssége a közvetlen környezetével szemben, aminek hatása csak az összehangolt cselekvés kapcsán érvényesül? Az idealisták és az álmodozók szerint talán ezen a ponton lehetne megragadni a világot és kifordítani a „négy sarkából”, hogy végre minden a helyére kerüljön. Ezt az eddigi negatív tapasztalatok alapján nehéz valóságos forgatókönyvként elképzelni, nemzeti érzések nélkül. Nem tudom, de abban biztos vagyok, hogy a „népegészségügy művelése”, szemléletének kiterjesztése az általános emberi gondolkodásra, talán segíthet. A szigorúan tényekre alapozott népegészségtan tudománya matematikai formulákkal jellemzi az

emberi kizsákmányolást, a hátrányos megkülönböztetést, a migráció okozta kirekesztettséget és azokat a katasztrófákat, amelyeket az ember a globalizált világ elanyagiasított fogyasztói társadalmába a természetben okoz. Az emberiség egészségi állapota hű tükrö a gazdasági és társadalmi állapotoknak. Látteleként használhatók a korai halálozási adatok, vagy a gyermekhalandósági mutatók az éhezés, a rossz higiénés viszonyok népek életszínvonalának jellemzésére. A társadalmi béke hiánya, a politikai feszültségek leképeződnek a drog, az alkohol és a dohányzás mutatóiban. A fogyó társadalmak jövőképe korántsem biztató, különösen, ha ismerjük a következményeket és összevetjük a depresszió, elhízás, hipertónia és az infarktus okozta halálozási mutatókkal.

Az orvosok, akik egyéni gyógyításban gondolkodnak, sikeresek lehetnek egy-egy részterület művelésében, de nem fogják előbbre vinni a tudományt, ha nem gondolkodnak a népegészségtan preventív szemlélete szerint. Sőt, az az elméleti kutatás, aminek sohasem lesz népegészségügyi használata, üres játszadozás a technikai adottságokkal. A kutatók minden esetben igyekeznek is valamilyen elszámolható jót belemagyarázni a kutatásaikba, de ez sokszor csak ígéret marad.

Már korábban, az írásbeliség kialakulásával a közvetlen családi tapasztalatok mellett általános emberi ta-



pasztlatok megszerzése is lehetővé vált. Az ipari forradalom óta az érvényesülés legfőbb mozgatóereje a tudás lett. Így az oktatás igénybe vétele és sikeres iskolázottság lerövidítette az utat az érvényesüléshez. A gazdasági hatalom ügyesen használta ki a tudósokat a termelés fokozására, a meggazdagodás esélyének növelésére. A gyors fejlődés számos tévutat is eredményezett és megnövelte a viselkedési anomáliák számát és egyre gyakoribbá vált a hatalommal, vagy a tudomány vívmányaival történő visszaélés, ami az emberiséget háborúba sodorta. Azokban a társadalmakban, ahol az előnyök megszerzése önálló életre kelt, és függetlenedett a túlélés valós igényeitől, megkezdődött a tőke felhalmozása, és sokak számára viszont a megélhetés is kérdésessé vált. A másodlagos igények kielégítése már nem szolgálja ezen alapvető célokat, hanem önmagáért a szerzés örömeért, vagy mások legyőzéséért folyik. Ezek a devianciák megteremtik az agresszív önállósulását és ezzel mérgezik a társadalmi szolidaritást és az önfeláldozás örömét. Mindehhez segítséget nyújt a virtuális világ gyors fejlődése, az információk könnyű megszerzése, azokkal történő visszaélés lehetősége, a gyanútlan és tudatlan emberek kihasználása. Ennek a negatív tendenciának az uralkodóvá válása bármely társadalmi rétegre nézve veszélyes folyamatokat gerjeszthet, ami alássa az egészséget és elnyomhatja a túlélési ösztönt. Az a társadalom, amelyik nem segíti, hanem kihasználja a rászorulókat, az elesetteket, a betegeket és a szegényeket, törvényszerűen készíti elő saját kihalását.

Magyarországon minden ötödik honfitársunk tartósan beteg, vagy fogyatékos. Ezt a helyzetet az ország társadalmi és gazdasági fejlettsége nem indokolja, ezért el kell gondolkodni az egyéb tényezőkön, ami ezt a helyzetet tartósan befolyásolja. Az egészségüggyel kapcsolatos állami feladatokat az egészségügyről szóló 1997. CLIV. törvény tartalmazza. Megalkotásakor – a törvény indoklása szerint – az volt a cél, hogy az

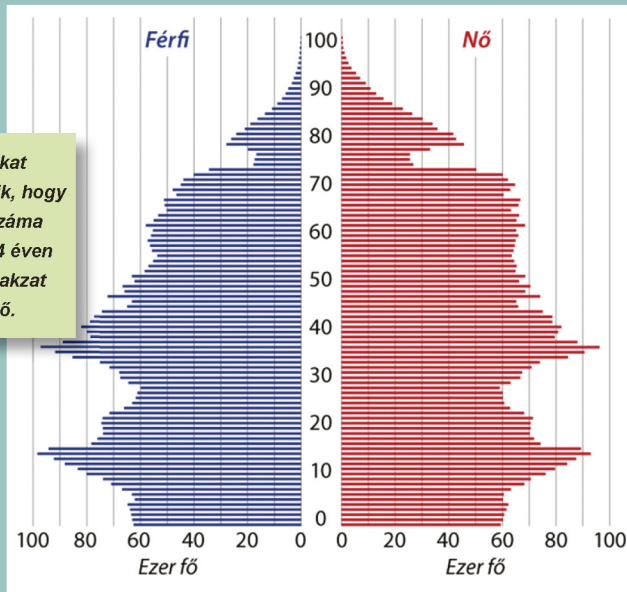


egészségpolitika meghatározó, átfogó kérdéseiben egy következetes, konszenzusra törekvő, átlátható döntéshozatali rendszer alakuljon ki. Minden igyekezet ellenére ez a célkitűzés mind a mai napig nem valósult meg, amiért az egészségügy súlyos szerkezeti és gazdasági problémákkal küzd. A lakosság egészségtudata alacsony, az egészség nem igazán érték, különösen a fiatalok körében nem az, amin hatékonyan tudna segíteni az „Egészségtan” tantárgy bevezetése, amiért az elmúlt 16 évben oly sokat felemelte a szakma a hangját, de a kezdeményezés mindig süket fülekre talált. A káros szenvedélyek fiatal korosztályt érintő megjelenését tovább rontja a mozgásszegény életmód, a túlzásba vitt tévé és videó nézés, valamint a kockázatos és korai szexuális aktivitás vállalása. A fiatalok sem tesztileg, sem lelkiileg nincsenek felkészülve a nem várt terhességek elviselésére, a tizenéves korban elszedett terhességmegszakítás pedig életre szóló pszichés károsodást okozhat. A betegségek megelőzését szolgáló hálózat még mindig nem kellően aktív és – sokszor a szülők hibájából – a gyermekek számára nem mindig érhető el, bár az iskolaorvosi és védőnői hálózat mindent elkövet a felkutatásukra. Az egész-

ség elvesztése, tanulás és munkaképzetlenséget okoz, ami a társadalom számára igen nagy veszteség és ezen a szinten már átlép a gazdaságilag is értékelhető kategóriába. A gyógyításra fordítandó összegek gyors növekedése a kiadások emelkedéséhez és ezáltal a GDP csökkenéséhez vezet. Az egészség elvesztése leginkább a demográfiai mutatókkal, nevezetesen a halálozási adatokkal jellemezhető. Ugyancsak jól alátámasztható az egészségi állapot romlásának tendenciája a kieső munkaerő mértékével, amit a táppénzesek száma jelenít meg. Magyarország demográfiai mutatói közül jellemző az alacsony születési szám (90 269/2012) és a magas halandóság (129 440/2012). A népesség fogyása ennek eredményeként egyre fokozódik. Az utóbbi 20 évben 5%-os volt. Évente kb. 35 ezer terhességmegszakítást végeznek hazánkban, ebből több, mint hatezret 19 év alattiaknál. Itt jegyezném meg, hogy az elveszülések száma is egyre csökken. 1970-ben több, mint 150 ezer volt az elveszülések száma, míg 2004-ben már csak 95 ezer, 2010-ben pedig 90 ezer alá süllyedt, majd némi emelkedést követően 90 ezer körül stabilizálódni látszik. Ez más szóval azt jelenti, hogy az ezer főre jutó halálozás 13, a születés pedig 9 körül mozog, tehát a természetes fo-

gyás már 2012-ben -3,9 volt. A negatív tendencia következtében 2011-re a lakosság létszáma a lélek-

A hazai demográfiai állapotokat jellemző diagramm, amiből kitűnik, hogy 2012-ben a nyugdíjaskorúak száma (60 év felettiek) meghaladta a 14 éven aluliak arányát. Ez az „urna” alakzat a fogyó népességre jellemző.



tani 10 millió alá csökkent. A hazai születéskor várható élettartam a szomszédos országok közül a legalacsonyabb (magyar: 72,43, cseh és szlovák: 74,64, míg az EU15: 78,7 év). Magyarországon a várható élettartam az egészségtelen életmód miatt nem felel meg a gazdaságilag indokolt szintnek, férfiaknál 2012-ben: 69,5 év, nőknél pedig 76,4. Ez 8 évvel kevesebb, mint a fejlett országok többségében. Ennek oka az alacsony születési szám és a középkorú férfi lakosság magas halálzási aránya.

Hasonlítsuk össze a hazai standardizált halálzási arányát az EU-15 országokéval. Ábránkon látható, hogy a fejlett EU-országok halálzási aránya 2008-ig fokozatosan csökkent, addig a hazai mortalitás 1998-ig fokozatosan emelkedik, majd napjainkig tartó lassú csökkenés látható. Látható az a széles szakadék, ami az EU15-ök életkilátásai és a hazai standardizált halálzási arány között kimutatható. Addig, amíg az EU-országokban a korai halálzási arány fokozatosan csökkent, a hazai halálzási arány radikálisan emelkedett, és csak a 2000-es években kezdődött meg némi javulás.

A születésszám csökkenése és a várható élettartam meghosszabbodása azt is jelenti, hogy az eltartottsági ráta egyre emelkedik. Különösen rossz a hazai mutatók, ha a hátrányos helyzetű kisebbségek halálzási adatait vizsgáljuk. Itt is meghatározó tényező az életmód, a tanultság és az egészségtudatos magatartás hiánya. Ha a tanultak és a viszonylag jó anyagi körülmények között levőket hasonlítjuk össze a magukat a roma kisebbséghez tartozónak vallókkal,

akkor a várható élettartam és az egészségben eltöltött várható idő közötti különbség akár duplája is lehet (192%). A munkavállaló korban levők harmada rokkantnyugdíjas ellátásban részesül, melynek költsége 2011-ben a 311 milliárd forint kiadást jelentett, de 2012-re 280 milliárdra csökkent. Az összes nyugdíjra, járadékra költött összeg 2012-ben meghaladta a háromezer milliárd forintot, mivel a nyugellátásban részesülők száma már közelíti a 3 milliót. Mindebből látható, hogy az egészség elvesztése nem magánügy, a szolidaritáson alapuló biztosítási rendszer közügyvé teszi a társadalom egészségi állapotának alakulását. A társadalom gazdasági ereje az egészségi állapot függvénye, ezért a gazdaság teljesítő képességének csökkenését eredményezi a korai halálzási és a magas megbetegedési ráta.

Az egészségügyi ellátás nem eléggé hatékonyan segíti a betegek mielőbbi munkaképességének helyreállítását. Az alapellátás meglehetősen szűkös eszköztára nem teszi lehetővé a gyors gyógyulás elősegítését. Ugyanakkor abban érdekelt, hogy mindenkit távol tartson a szakellátástól, hiszen az ellátás elvileg nála biztosított. A szakrendelők részben megszűntek, részben közhasznú társaságokká alakultak, ezért ezek kapacitása nem elegendő a speciális vizsgálatok elvégzésére. A kórházi

ellátást viszont csak a progresszív betegellátás keretében, beutalóval és nagyon indokolt esetben lehet igénybe venni. A családorvos és az OEP is abban érdekelt, hogy lehetőleg ne kelljen továbbküldeni a beteget, ezért a családorvos többnyire igyekszik ellátni mindent saját hatáskörben, pedig sem a műszerezettség, sem a speciális szaktudása erre nem jogosítja fel. Ezek az ellátási nehézségek területenként változnak, így területi egyenlőtlenségekkel is számolni kell a kiöregedési ráta fokozódása mellett. Az elavult épületek és műszerpark, a kivizsgálásokra szánt

idő mind megdrágítja az ellátást, ami a felülről zárt egészségügyi ellátást finanszírozhatatlanná teszi. A kórházak az OEP-finanszírozás miatt a magasabb pontszerzés taktikájában érdekelt, hogy minél tovább maradjon a páciens az osztályán és a lehető legnagyobb pontszámot érő diagnózist számolják el az OEP felé. Ezért nem tekinthetők jó adatforrásnak az OEP által használt morbiditási statisztikák sem. Tehát a finanszírozási rendszer nem képes dotálni azt, ha valaki hamarabb meggyógyul. A kórházi ellátásra szoruló egyharmada szociális okkal marad kórházban, mert a hozzátartozója nem akarja, vagy nem tudja ellátni (elfekvő). Ez morálisan és anyagilag is jelentős terhet ró az aktív ágyakon ellátandó betegekkel foglalkozó személyzet számára. Krónikusá vált a nővér-, sőt az orvoshiány, ami különösen vidéki kórházak esetében az alapvető tevékenység ellátását veszélyezteti. A hatékony, gyors ellátást biztosító szakrendelők hiánya miatt a házi orvosok a „kapuőri” irányító tevékenységüket nem tudják betölteni. Az ellátás súlyos forráshiánya lassan, de biztosan az egészségügyi ellátás színvonalának romlásához, bizalomvesztéshez és az egészségügyi csodájához vezet.

TOMPA ANNA