

prof. Ádány Róza:
**A prevenció helyzete Magyarországon és viszonya a lakosság
egészségi állapotából adódó prioritásokhoz**

Tartalomjegyzék

A hazai népegészségügyi helyzet globális jellemzése	2
A magyar lakosság egészségi állapotának jellemzése	8
▪ A korai halálozási viszonyok alakulása 1970-1996	8
▪ Magyarországon rendelkezésre álló morbiditási adatok és azok használhatósága	34
▪ A lakosság egészségi állapotát meghatározó kockázati tényezők alakulása Magyarországon	48
A népegészségügyi oktatás helyzete hazánkban	68
.....	
A prevenció helyzete Magyarországon	
77	
A magyar lakosság egészségi állapotából adódó népegészségügyi, ill. prevenció prioritások	86

A HAZAI NÉPEGÉSZSÉGÜGYI HELYZET GLOBÁLIS JELLEMZÉSE

Jelen tanulmány, melyet a Debreceni Orvostudományi Egyetem Népegészségügyi Iskolájának munkatársai készítettek, az Országos Műszaki Fejlesztési Bizottság Technológiai Előrettekintési Programjának háttéranyagaként a következő **célkitűzések** jegyében készült:

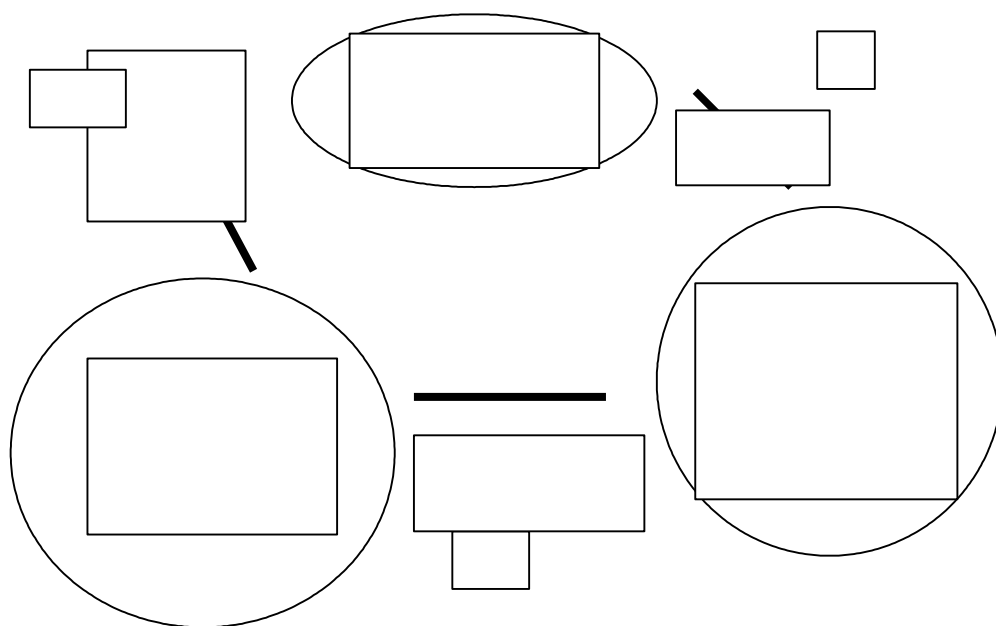
- I. A magyar lakosság egészségi állapotának bemutatása
 - a mortalitási és
 - morbiditási adatok alapján, ahol lehetséges nemzetközi összehasonlításban.
- II. Az egészségmagatartás főbb specifikumainak jellemzése.
- III. Az objektív helyzetelemzés és priorálás korlátainak identifikálása.
- IV. Az egészségvédelem és betegségmegelőzés jelenlegi hazai gyakorlatának jellemzése, e téren a legsürgősebb feladatok specifikálása.
- V. A népegészségügy működési ciklusaihoz rendelhető feladatok bemutatása.

A munka annak jegyében készült el, hogy az egészségi állapot javítása és a betegségmegelőzés hatékony javítása csak az alábbi szintekkel jellemezhető mechanizmus működtetése révén valósulhat meg:

- I. A lakosság egészségi állapotának mortalitási és morbiditási viszonyainak korrekt jellemzése, és monitorozása, kiegészítve az egészségi állapotot befolyásoló, megbetegedést előidéző, ill. azok kialakulását felgyorsító környezeti, természeti és társadalmi tényezők identifikálásával és az egyes tényezők súlyának megítélésével, mely egzakt helyzetelemzést (A) tesz lehetővé.
- II. Ezek alapján a népegészségügyi szükségletek meghatározása, lehetőség (szakmailag, gazdaságilag és társadalmilag biztosított optimális kondíciók) szerinti priorálása (B).
- III. A szükségletek teljesítéséhez program alkotása, ezen belül a preventív, kuratív és rehabilitációs intézkedések és szolgáltatások rendszerének racionalizálása és működtetése.

Az intervenciók hatékonyságának elemzése, a stratégia és taktika szükségszerű módosítása. (C)

I. ábra: A népegészségügyi működési ciklusai



Az I. ábra szemlélteti, hogy a népegészségügy mechanizmusainak működtetése folyamatos, s egyben ciklikus; elválaszthatatlanul összefonódik a kontinuos elemzés rendszerével.

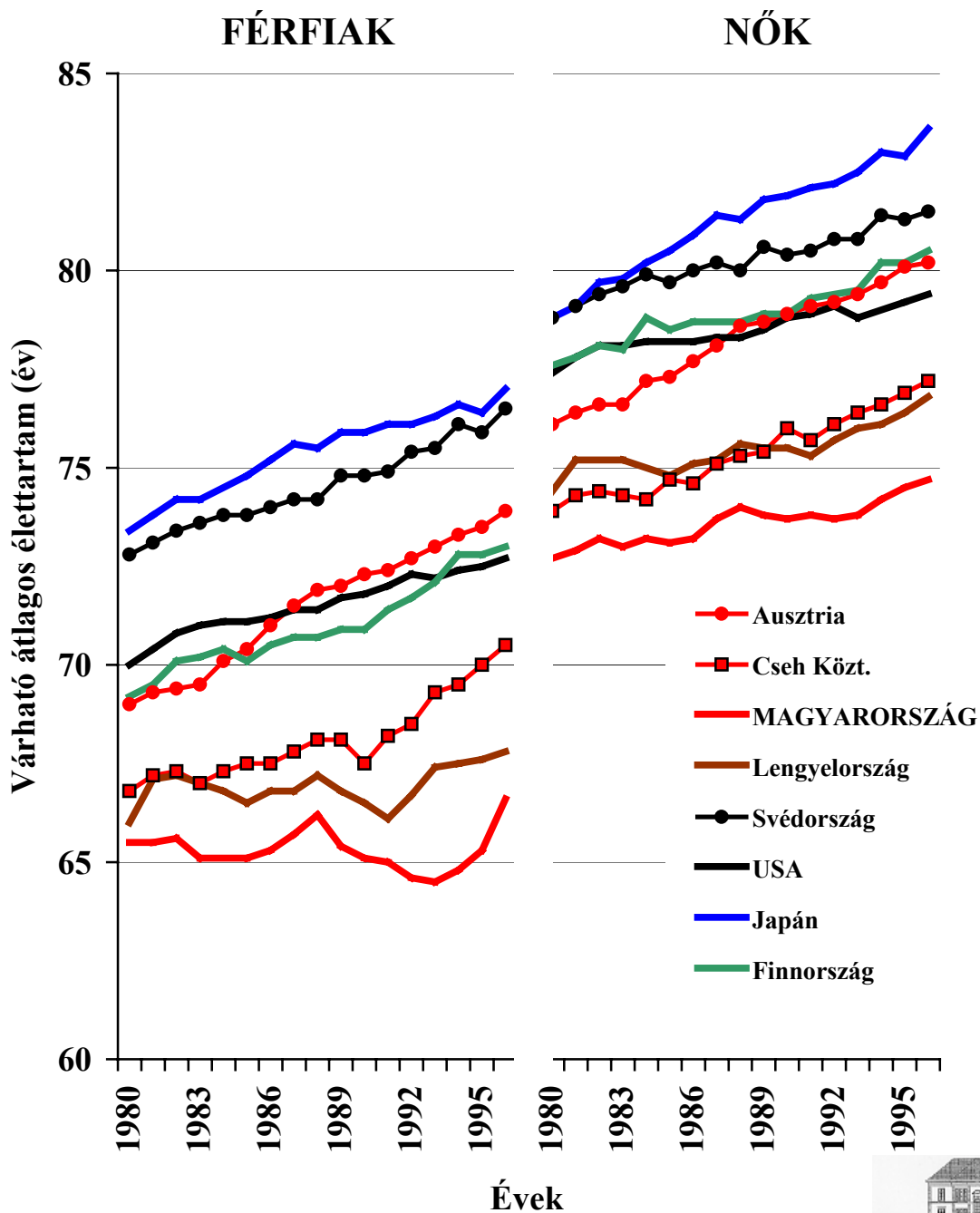
Adott ország lakossága egészségi állapotának és a következményes társadalmi tehernek a jellemzésére, a nemzetközi összehasonlítás igényével, a szakirodalom leggyakrabban a várható átlagos élettartam mutatókat és a korai halálozás (65. éves életkor előtt) következtében elveszített potenciális életévek bemutatását használja.

Magyarország lakossága vonatkozásában az utóbbi tizennyolc esztendőben (1979-1996) az OECD adatbázis alapján a születéskor várható átlagos élettartam alakulását a 2. ábra mutatja be, nemzetközi összehasonlításban. Az összehasonlítás érdekében a közelmúlt történelmében hasonló társadalmi/politikai útra kényszerült Lengyelország és a Cseh Köztársaság, a földrajzilag határos, de gazdasági/társadalmi berendezkedésében ellenpontot jelentő Ausztria, a legkedvezőbb mutatókkal jellemezhető európai (Svédország) és ázsiai (Japán) országok, a néhány évtizede még hazánkhoz hasonló egészségügyi terhekkel küzdő Finnország és az Észak-Amerikát reprezentáló USA releváns adatait is feltüntettük, az ábrán. Férfiak esetében túl azon, hogy hazánk férfi lakosságának életkilátásai a legkedvezőtlenebbek, kiemелendő, hogy a születéskor várható átlagos élettartam a vizsgált periódusban – szemben az összes elemzésbe vont ország (Lengyelországtól eltekintve) mutatóival – egyértelműen stagnál.

2. ábra

A SZÜLETÉSKOR

várható átlagos élettartam alakulása nem szerint,
Magyarországon és néhány kiemelt országban
(1980-1996)



Forrás: OECD adatbázis



A vizsgálati periódus utolsó két esztendejében – sokak által túlzó optimizmussal fordulatként interpretált – várható élettartam növekedés az 1986-89 közötti értékekhez viszonyítva nem jelent eltérést.

Hasonló stagnálás – kissé magasabb átlagérték körül – csak Lengyelország esetében észlelhető. Nők esetében valamelyest megalapozottabb kismérvű de egyértelmű élettartam növekedésről beszélni a vizsgálati periódus utolsó öt esztendejére vonatkozóan.

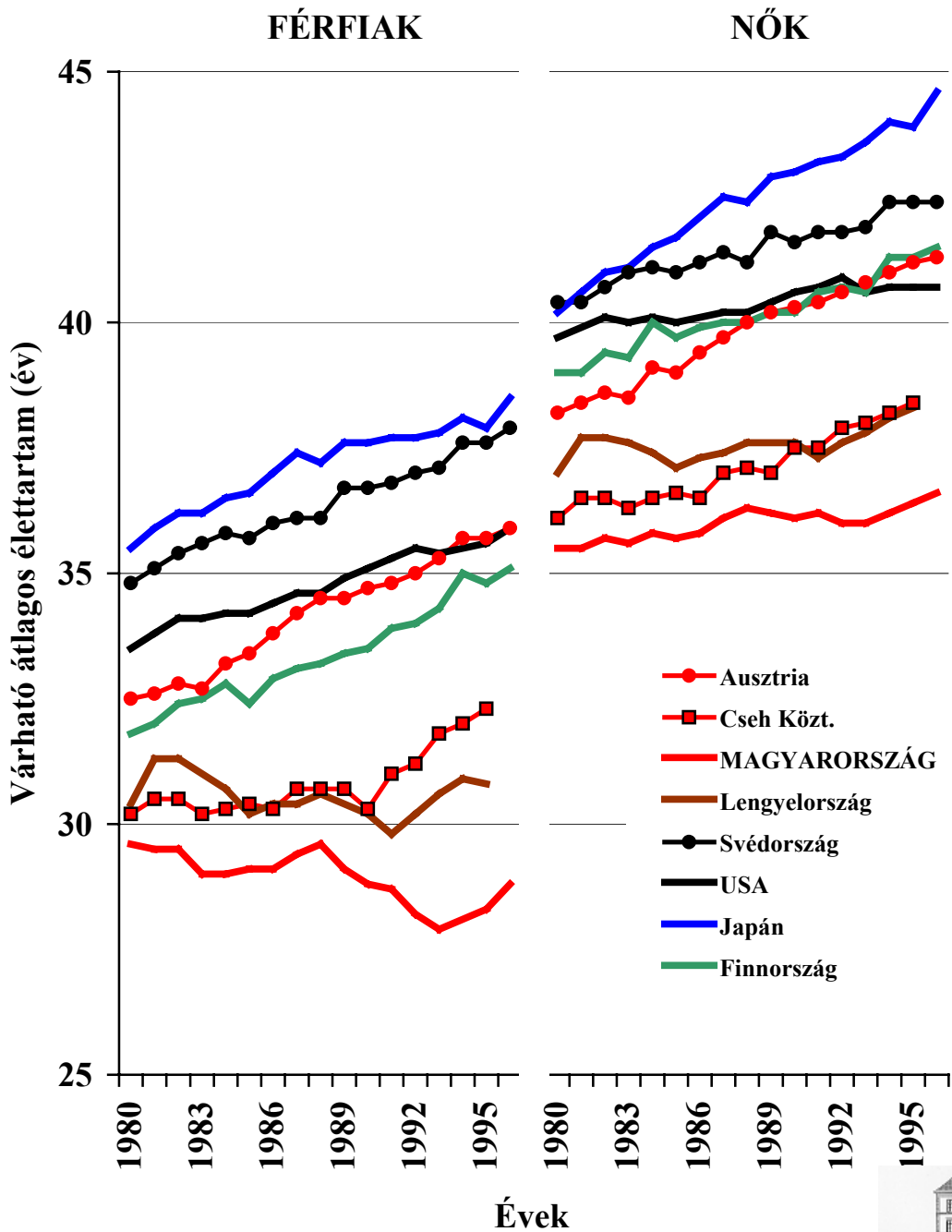
A 40 éves korban várható átlagos élettartam nem szerinti, időbeni alakulását bemutató 3. ábra valószínűsíti, hogy a születéskor várható élettartam stagnálása a vizsgált periódusban konzekvens javulást mutató csecsemő-halálozásnak tudható be, hisz a felnőtt férfi lakosság életkilátásai a vizsgált periódusban egyre kedvezőtlenebbé váltak. Az 2. és 3. ábrák értelmezését árnyaltabbá teszik az 1. és 2. táblázat adatai, időrendben számszerűsítvén a születéskor és a 40. évben várható átlagos élettartam különbségeket a japán és az osztrák férfiak hasonló mutatóihoz viszonyítva.

Az elveszített potenciális életévek – melyek az 0-69 éves életszakaszon elhalálozás miatt meg nem élt évek számát jelentik 100.000 lakosra vonatkoztatva – a korai halálozás okozta társadalmi veszteséget jellemzik. Nők esetében csekély meredekségű, de egyértelműen csökkenő trend észlelhető, míg férfiak vonatkozásában, hullámzó növekedésről beszélhetünk. Svédországhoz viszonyítva a 100.000 férfira jutó életév veszteség 1996-ban meghaladja a 10.000 év/100.000 főt (4. ábra).

3. ábra

A 40 ÉVES KORBAN

várható átlagos élettartam alakulása nem szerint,
Magyarországon és néhány kiemelt országban
(1980-1996)

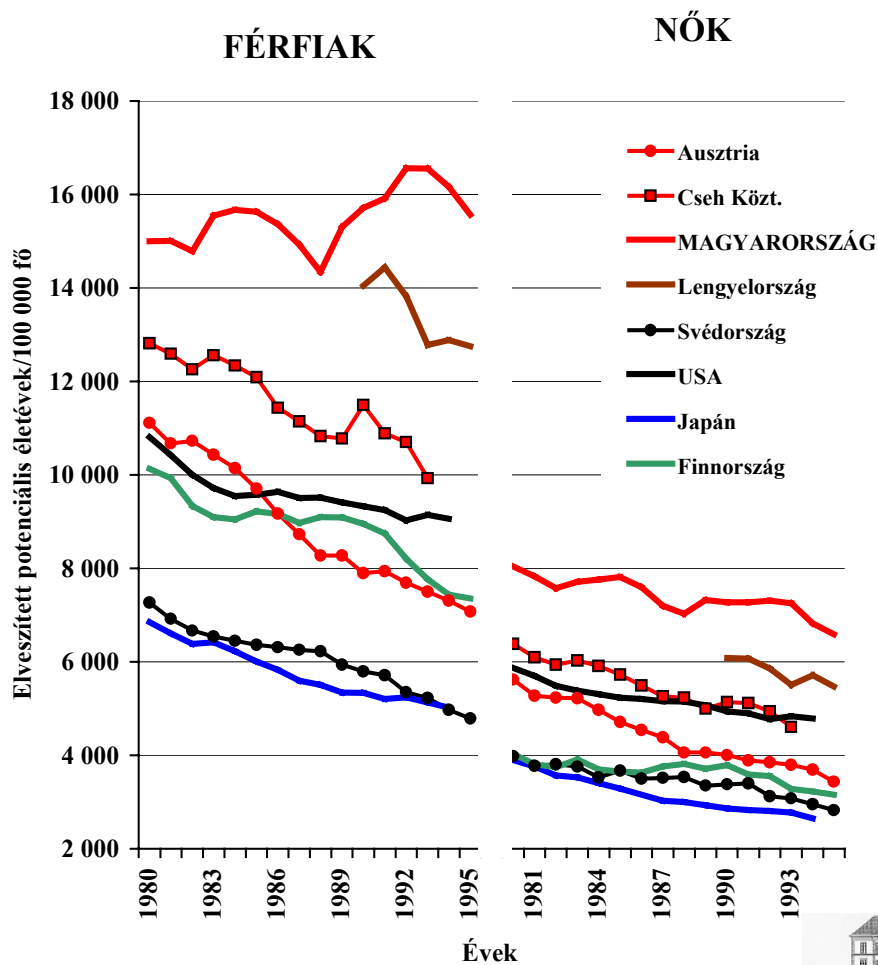


Forrás: OECD adatbázis



4. ábra

ELVESZÍTETT POTENCIÁLIS ÉLETÉVEK alakulása a 0-69 éves férfiak és nők halálózása következtében Magyarországon és néhány kiemelt országban (1980-1995)



Forrás : OECD adatbázis



1. táblázat

A magyar férfiak SZÜLETÉSKOR és 40 ÉVES KORBAN
VÁRHATÓ ÁTLAGOS ÉLETTARTAMÁNAK elmaradása
a japán és az osztrák férfiakétól, (1980-1996)

Év	A magyar férfiak			
	születéskor	40 éves korbán	születéskor	40 éves korbán
	<i>várható átlagos élettartamának különbsége</i>			
	<i>a JAPÁN</i>		<i>az OSZTRÁK</i>	
	<i>férfiakkal szemben</i>			
1980	7,9	5,9	3,5	2,9
1985	9,7	7,5	5,3	4,3
1990	10,8	8,8	7,2	5,9
1991	11,1	9,0	7,4	6,1
1992	11,5	9,5	8,1	6,8
1993	11,8	9,9	8,5	7,4
1994	11,8	10,0	8,5	7,6
1995	11,1	9,6	8,2	7,4
1996	10,4	9,7	7,3	7,1

2. táblázat

A magyar nők SZÜLETÉSKOR ÉS 40 ÉVES KORBAN
VÁRHATÓ ÁTLAGOS ÉLETTARTAMÁNAK elmaradása
a japán és az osztrák nőketől, (1980-1996)

Év	A magyar nők			
	születéskor	40 éves korbán	születéskor	40 éves korbán
	<i>várható átlagos élettartamának különbsége</i>			
	<i>a JAPÁN</i>		<i>az OSZTRÁK</i>	
	<i>nőkkel szemben</i>			
1980	6,1	4,7	3,4	2,7
1985	7,4	6,0	4,2	3,3
1990	8,2	6,9	5,2	4,2
1991	8,3	7,0	5,3	4,2
1992	8,5	7,3	5,5	4,6
1993	8,7	7,6	5,6	4,8
1994	8,8	7,8	5,5	4,8
1995	8,4	7,5	5,6	4,8
1996	8,9	8,0	5,5	4,7

A MAGYAR LAKOSSÁG EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTÁNAK JELLEMZÉSE

A korai halálozási viszonyok alakulása Magyarországon 1970-1996

Tanulmányunkban az 1970-1996 időszakra vonatkoztatva elemeztük a korai halálozás tendenciáit és elsősorban a következő kérdésekre keressük a választ:

- 1.) mely halálokok és felnőtt korosztályok körében észlelhetők preventív beavatkozást sürgető tendenciák;
- 2.) ezek alapján milyen prioritások származtathatók a prevenciós kötelezettségek megállapításához;
- 3.) milyen mértékben adott a lehetőség a preventív intervencióra;
- 4.) észlelhetők-e korábban bevezetett preventív beavatkozások eredményességére utaló jelek.

Nemzetközi összehasonlítás

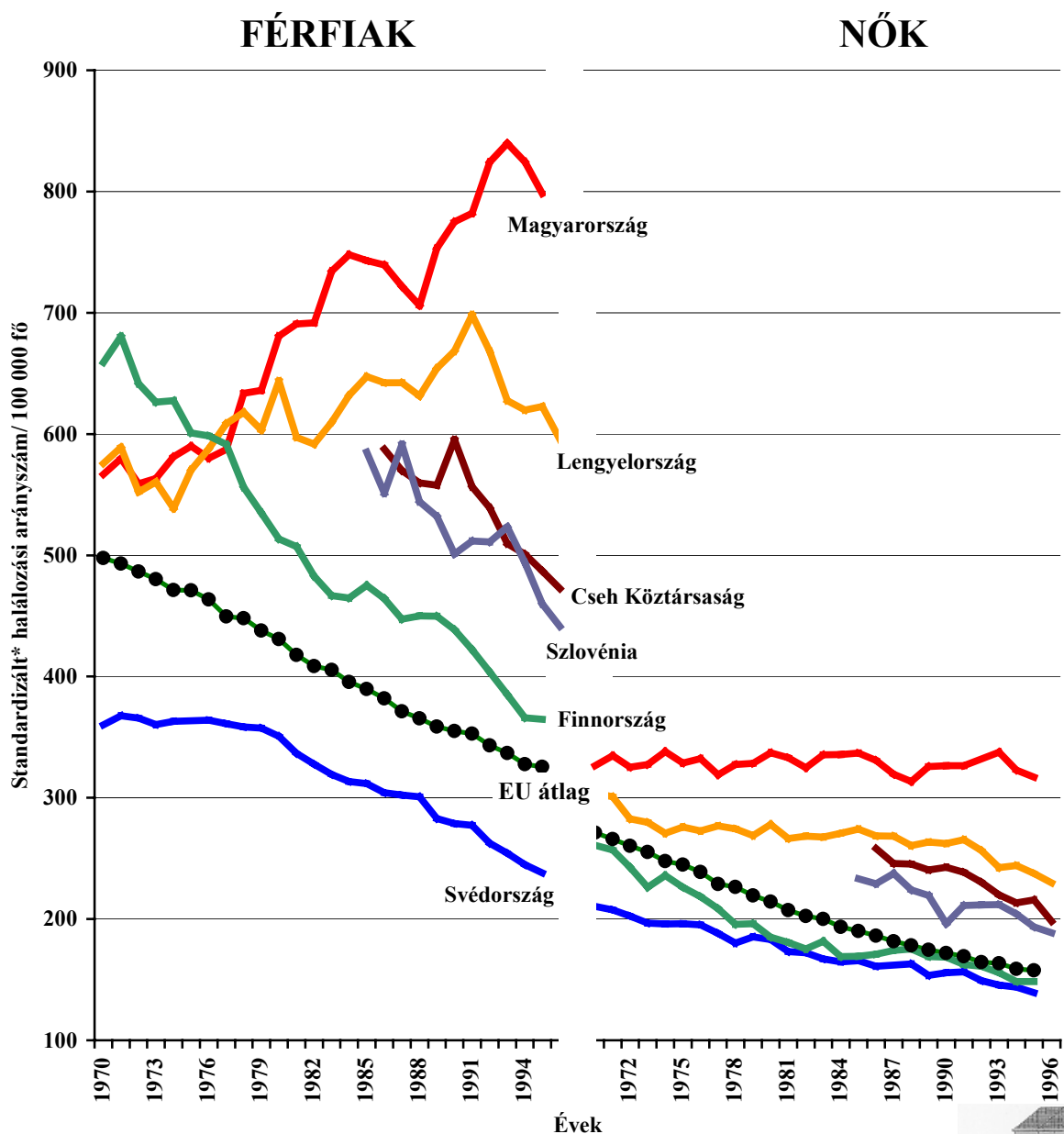
Vizsgálatunknak ebben a részében a magyar lakosság korai halálozásának – azaz a 0-64 éves korban bekövetkezett halálozásnak – az alakulását az Európai Közösség (a továbbiakban: EU) országainak átlagos szintjével hasonlítottuk össze. Az összehasonlító elemzésben vizsgáltuk azon három országban – a Cseh Köztársaságban, Lengyelországban és Szlovéniában – is a korai halálozás tendenciáit, amelyek várhatóan az első lépésben csatlakozhatnak az EU-hoz. Az 1990-es években Európában elért legalacsonyabb mértékű korai halálozás – mint egy számunkra távoli, ideális cél – érzékeltetésére az összehasonlításban Svédországot választottuk.

Tanulmányunknak ez a része az 1970-től 1995-ig terjedő időszakot tárja fel a HFA adatbázis adataira támaszkodva [1]. Az összehasonlítás lehetőségét az biztosította, hogy a HFA adatbázis eleve kor szerint standardizált halálozási adatokat tartalmaz. Az általunk felhasznált standardizált halálozási arányszámok (SDR) esetében a standard populációt a 0-64 éves, európai standard populáció képezi.

A vizsgált időszakban a magyar férfiak korai halálozása – rövid átmeneti szakaszoktól eltekintve – emelkedett (5. ábra). Az utolsó két évben észlelhető némi javulás jövőbeni alakulása egyelőre bizonytalanak minősíthető, hiszen korábban – az 1980-as évek második felében – is volt egy csökkenéssel járó átmeneti időszak, amelyet azonban újabb emelkedési tendencia követett.

5. ábra

A HALÁLOZÁS alakulása 0-64 éves korban, nem szerint, Magyarországon és Európa régióiban (1970-1995)



*Standard: A 0-64 éves, európai standard populáció

Forrás: HFA adatbázis, 1998.



DOTÉ
Népegészségügyi Iskola

A növekvő magyar halálozási tendenciával szemben, a vizsgált 25 év alatt az EU tagállamok átlagos halálozási szintje folyamatosan csökkent. Így a két ellentétes tendencia következményeként óriási mértékben nőtt a szakadék – különösen a férfiak korai halálozásában – az EU országok átlagos halálozási szintje és Magyarország között, amelyet a magyar lakosság esetében a korai halálozás relatív kockázatának mutatói jól jellemeznek (3. táblázat). 1995-re hazánkban a korai halálozás több mint kétszerese volt az EU átlagnak. A másik három országban is magasabb ugyan a korai halálozás az EU átlagnál, de a Cseh Köztársaságban és Szlovéniában a relatív halálozási kockázat 1,5 illetve az alatt van, s még Lengyelországban sem éri el a kettőt (férfiak: 1,91; nők: 1,51).

3. táblázat

A korai HALÁLOZÁS relatív kockázata Magyarországon az Európai Közösség népességével és Svédországgal szemben, nem szerint (1970-1995)

	Férfiak	Nők
	relatív halálozási arány*	
	EU átlag = 1,0	
1970	1,14	1,20
1985	1,91	1,77
1990	2,18	1,90
1995	2,45	2,01
	Svédország = 1,0	
1970	1,57	1,55
1985	2,38	2,03
1990	2,78	2,10
1995	3,35	2,28

*

SDR (Magyarország, 0 - 64 évesek)

SDR (Viszonyítási ország/átlag, 0 - 64 évesek)

Forrás: HFA adatbázis, 1998.

Hasonló megközelítésben vizsgáltuk a korai halálozást azon – általában krónikus, nem fertőző – betegségek következtében, amelyek együttvéve a halálozások több mint 70%-át okozzák a 65 évnél fiatalabb lakosság körében. Így elsősorban:

- a keringési rendszer betegségei;
- a daganatok;
- a krónikus májbetegségek és májzsugor valamint
- az idült légzőrendszeri betegségek

okozta halálozás alakulását vizsgáltuk. Ugyanakkor célszerűnek tartottuk figyelemmel kísérni a fertőző betegségek okozta halálozás szerepét is a korai halálozásban, különösen az EU országok viszonylatában.

A *keringési rendszer betegségei* okozta korai halálozás első maximumát a magyar férfiak körében 1984-ben érte el (272,8 haláleset 100 000 főre), majd néhány évi csökkenés után, 1993-ban ezt is túllépte a mutató értéke (275,2/100 000 fő; 6. ábra). A 0-64 éves nők esetében szintén az 1980-as évek elején – 1981-ben – volt a legmagasabb a keringési rendszer betegségei okozta halálozás (109,2 haláleset 100 000 főre), körükben azonban újabb emelkedés nem következett be: 1995-ben alacsonyabb volt a mutató értéke (90,5) mint 1970-ben (99,2).

A mintegy negyedszázadnyi időszak minden évében Magyarországon volt a legmagasabb a keringésrendszeri betegségek okozta korai halálozás a vizsgált országok között.

A *daganatos halálozás* emelkedő tendenciáját még átmenetileg sem szakítják meg csökkenő szakaszok (7. ábra). Ez annál is inkább beavatkozást sürget, mivel a többi vizsgált ország mindegyikében felfedezhető a csökkenő irányváltás, legalábbis az 1990-es években.

Kiugróan emelkedő trend jellemzi a *krónikus májbetegségek és májzsugor* okozta korai halálozás alakulását hazánkban a vizsgált országok között (8. ábra). Az 1980-as évek második felében Szlovéniában még hazánkhoz hasonló volt az ezen okok miatti korai halálozás mértéke, úgy tűnik azonban, hogy azóta ott is csökkenés következett be.

Az *idült hörghurut, tüdőtágulat és asthma* szerepe a korai halálozásban elmarad ugyan az eddig vizsgált haláloki csoportokétól, tendenciái azonban többirányú beavatkozást sürgetnek (9. ábra). Az eredményes prevenció lehetőségét nemcsak a többi országban észlelhető – számottevően alacsonyabb és csökkenő irányzatú – korai halálozás bizonyítja, hanem az is, hogy a fejlett országokban azon *elkerülhető halálokok* körébe sorolják, melyek esetében a korai halálozás – az 5-64 éves életszakaszon – a gyógyító-megelőző ellátás eredményes tevékenysége révén befolyásolható.

Az eddigiekben kiemelt haláloki csoportok mellett, célszerűnek tartottuk nemzetközi összehasonlításban vizsgálni a *fertőző és élősdiék okozta betegségek* szerepének alakulását is a korai halálozásban (10. ábra). Ez az egyetlen az általunk vizsgált haláloki csoportok közül, amelynek következtében a korai halálozás az 1990-es évekig nem hazánkban volt a legmagasabb a vizsgált országok között. 1993 óta azonban a magyar, 0-64 éves férfiak fertőző betegségek okozta halálozása meghaladja a lengyel férfiak halálozási szintjét: a magyar férfiak halálozása – egyelőre enyhén – emelkedő tendenciát jelez, miközben a lengyel férfiak halálozása tovább csökken.

A vizsgált haláloki csoportok közül a halálozás relatív kockázata a *krónikus májbetegségek és májzsugor* halálozás következtében bizonyult kiugróan a legnagyobbnak Magyarországon (4. táblázat). A 0-64 éves férfi és női lakosság halálozása hat-hétszerese az EU átlagnak és több mint tízszerese, illetve húszszorosa a holland nők, illetve férfiak halálozásának.

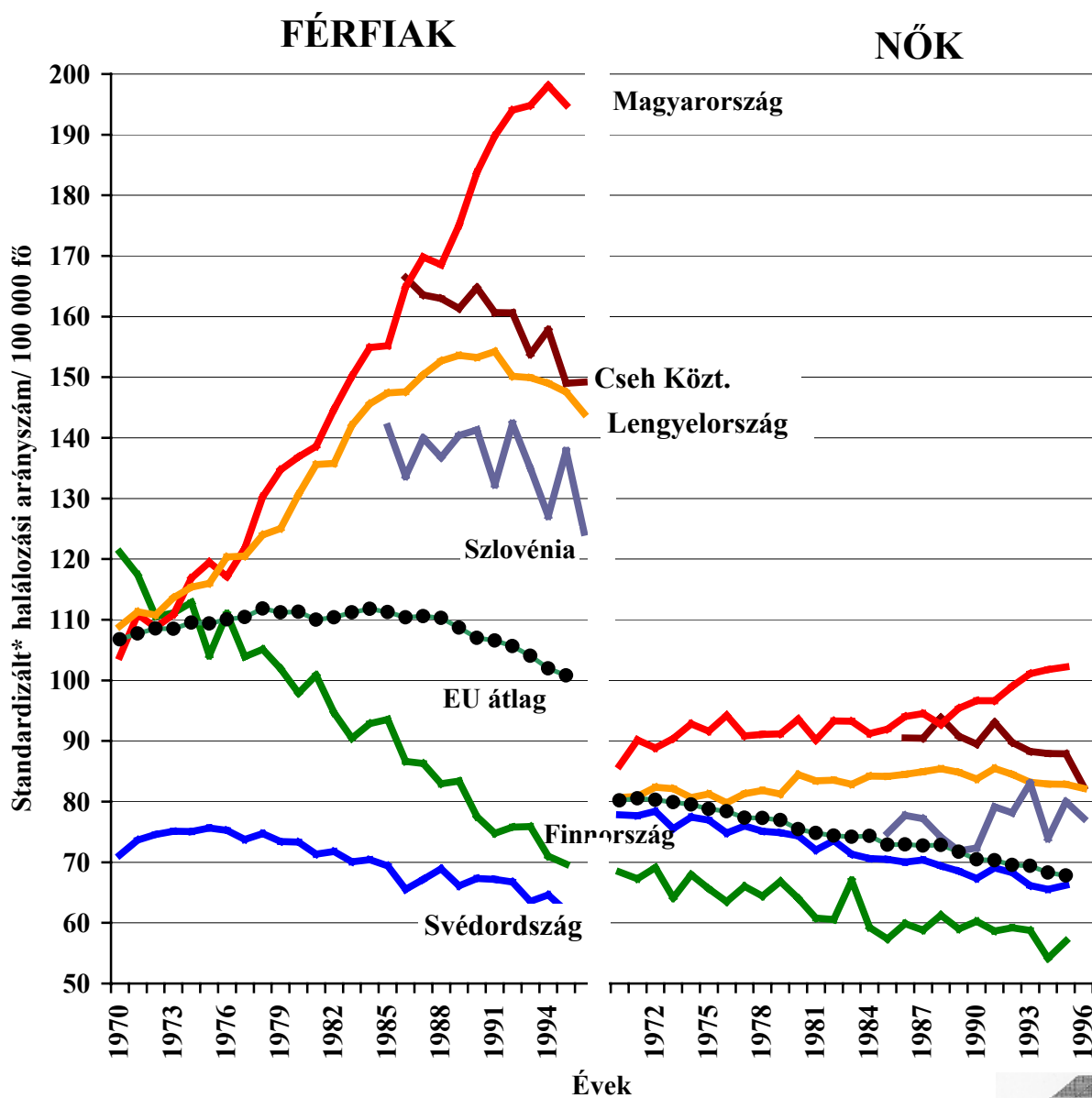
Az EU országok átlagos szintjével szembeni szakadékot tekintve, a második helyen szerepelnek az *idült légzőrendszeri betegségek*. Ismételten hangsúlyoznunk kell azonban, hogy a fokozandó figyelmet nem elsősorban haláloki súlyuk, hanem elkerülhetőségük követeli meg a korai halálozásban a férfiak és a nők esetében egyaránt.

A közhiedelemmel – de még szakmai körökben is elterjedt felfogással miszerint a keringési rendszer betegségei a magyar férfiak esetében okoznak jelentős korai többlethalálózást – ellentétes jelenség észlelhető a korai halálózásban vezető súllyal szereplő *keringésrendszeri betegségek* relatív halálózási kockázatának elemzése során. A 0-64 éves magyar nők halálózási veszélyeztetettsége – akár az EU átlaggal, akár az európai minimumot képviselő francia halálózási szinttel szemben – nemcsak eléri a magyar férfiakét, hanem meg is haladja azt: a férfiak relatív halálózási kockázata 3,0, illetve 4,6; a nőké pedig 3,1, illetve 5,3 volt 1995-ben.

Ez a jelenség nem csupán az utóbbi években észlelhető, de kimutatható a vizsgált, több mint két évtizedes időszak egészére, egyre válságosabb helyzetet tükröző mutatókkal (5. táblázat).

7. ábra

A DAGANATOS HALÁLOZÁS alakulása 0-64 éves korban, nem szerint, Magyarországon és Európa régióiban (1970-1995)



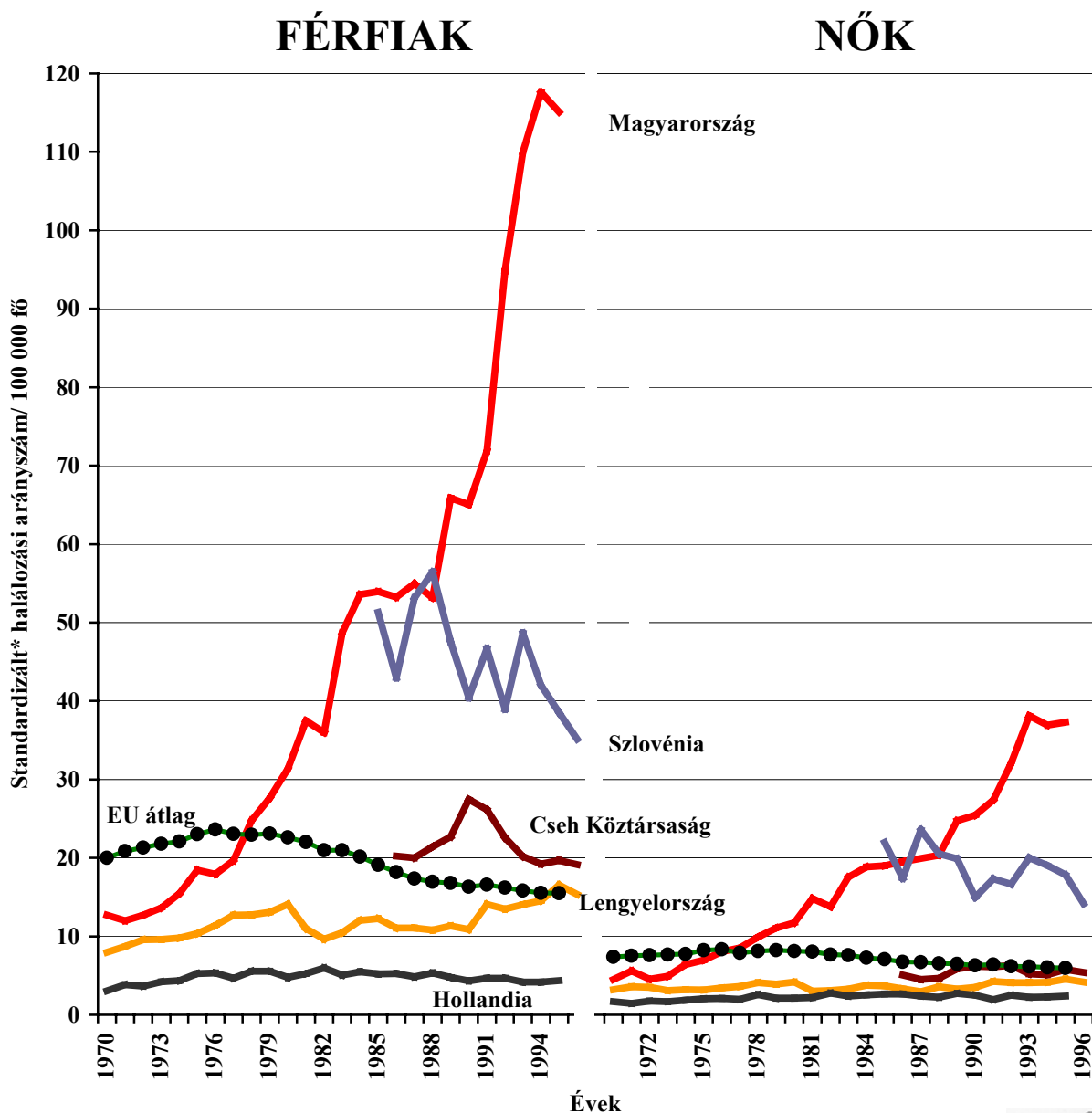
*Standard: A 0-64 éves, európai standard populáció

Forrás: HFA adatbázis, 1998.



8. ábra

A KRÓNIKUS MÁJBETEGSÉG ÉS MÁJZSUGOR halálozás alakulása 0-64 éves korban, nem szerint, Magyarországon és Európa régióiban (1970-1995)



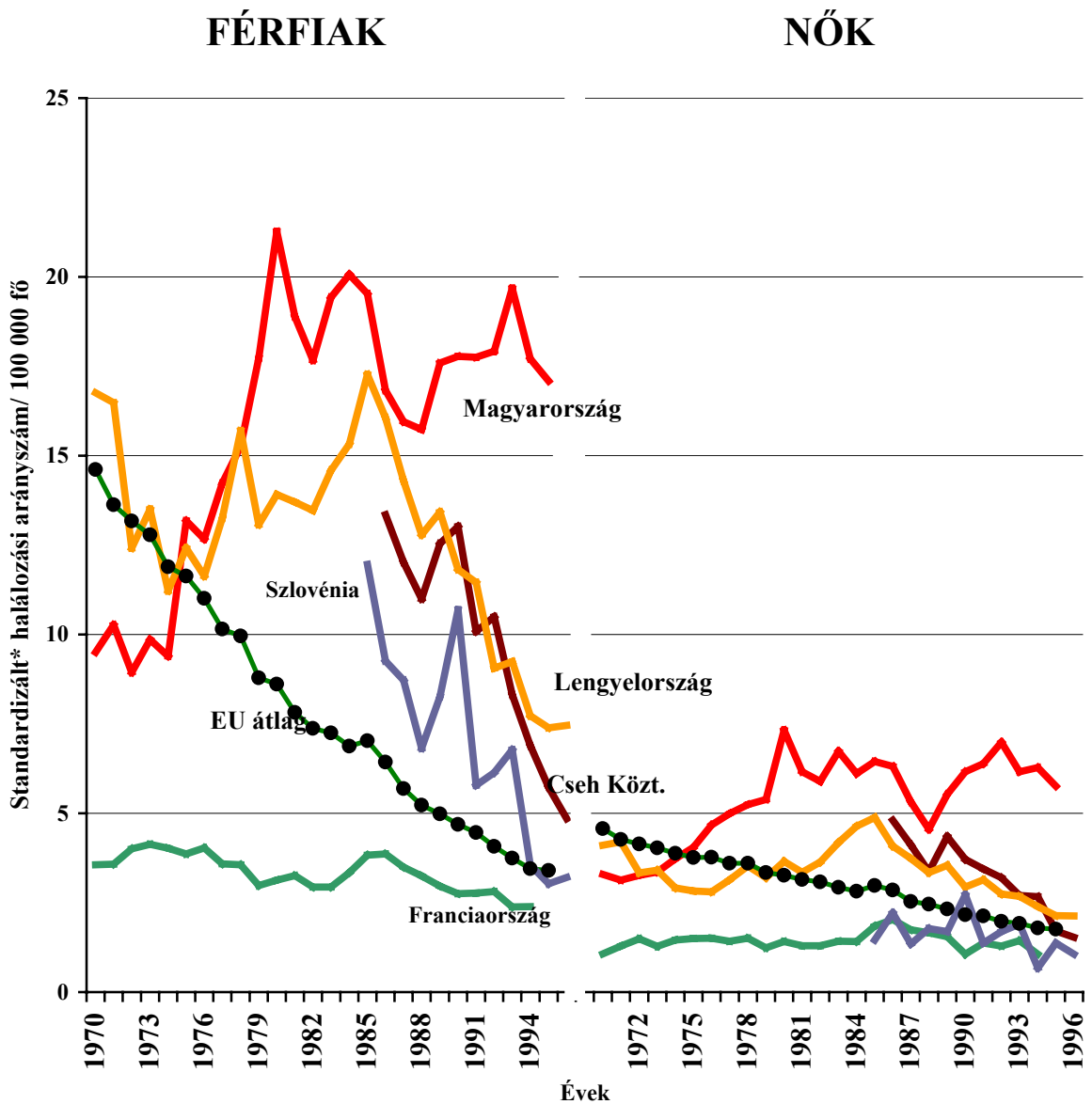
*Standard: A 0-64 éves, európai standard populáció

Forrás: HFA adatbázis, 1998.



9. ábra

Az IDÜLT HÖRGHURUT, TÜDŐTÁGULAT ÉS ASTHMA miatti halálozás alakulása 0-64 éves korban, nem szerint, Magyarországon és Európa régióiban (1970-1995)



Standard: A 0-64 éves, európai standard populáció

Forrás: HFA adatbázis, 1998.

4. táblázat

A 0-64 éves férfiak és nők relatív halálozási kockázatának alakulása kiemelt haláloki csoportok szerint Magyarországon az Európai Unió népességének átlagos halálozási szintjével és az európai minimális halálozási szinttel szemben, 1995-ben

<i>Haláloki csoport</i>	<i>Relatív halálozási arány*</i> <i>EU átlag = 1,0</i>		<i>Ország a legalacsonyabb halálozással Európában</i>	<i>Relatív halálozási arány*</i> <i>európai minimum = 1,0</i>	
	<i>férfiak</i>	<i>nők</i>		<i>férfiak</i>	<i>nők</i>
KERINGÉSI RENDSZER BETEGSÉGEI	3,0	3,1	Franciaország	4,6	5,3
DAGANATOK	1,9	1,5	Svédország	3,1	1,5
<i>Krónikus májbetegségek és májzsugor</i>	7,4	6,2	Hollandia	26,4	15,7
<i>Idült hörghurut, tüdőtágulat és asthma</i>	5,0	3,3	Franciaország	7,4	5,9
FERTŐZŐ ÉS ÉLŐSDIEK OKOZTA BETEGSÉGEK	2,7	1,1	Svédország	4,5	1,3
HALÁLOZÁS ÖSSZESEN	2,4	2,0	Svédország	3,3	2,3

*

SDR (Magyarország, 0 - 64 évesek)

SDR (EU átlag, illetve minimum ország, 0 - 64 évesek)

Forrás: HFA adatbázis, 1998.

5. táblázat

**A KERINGÉSI RENDSZER BETEGSÉGEI
okozta korai halálozás relatív kockázata Magyarországon az
Európai Közösség népességével és Franciaországgal
szemben, nem szerint (1970-1995)**

	<i>Férfiak</i>	<i>Nők</i>
	<i>relatív halálozási arány*</i>	
	<i>EU átlag = 1,0</i>	
<i>1970</i>	1,27	1,51
<i>1985</i>	2,25	2,58
<i>1990</i>	2,79	2,95
<i>1995</i>	3,03	3,13
	<i>Franciaország = 1,0</i>	
<i>1970</i>	1,74	2,16
<i>1985</i>	3,21	4,27
<i>1990</i>	4,22	5,10
<i>1994</i>	4,61	5,33

*

SDR (Magyarország, 0 - 64 évesek)

SDR (Viszonyítási ország/átlag, 0 - 64 évesek)

Forrás: HFA adatbázis, 1998.

Észlelhető továbbá ez a jelenség – bár jóval alacsonyabb szinten – a Cseh Köztársaságban és Lengyelországban is, ami arra figyelmeztet, hogy térségünkben a nők keringési rendszer betegségei okozta korai halálása legalább oly mértékben elszakadt az EU országok átlagos szintjétől mint a férfiaké. Nem célszerű tehát a megelőzést a férfiak körére megkülönböztetetten súlypontosítani.

A *rosszindulatú daganatok* halálhálói súlya a korai halálozásban is rögtön a keringési rendszer betegségei után következik. Daganatos betegségek következtében a férfiak relatív halálozási kockázata – mind az EU átlaggal, mind az európai minimumot képviselő svéd halálozással szemben – jóval magasabb hazánkban (1,9, illetve 3,1) mint a nőké (1,5; 1,5).

A *fertőző és élősdiék okozta betegségek* viszonylatában ugyancsak a férfiak relatív halálozási kockázata (2,7 az EU átlaggal, 4,5 Svédországgal szemben) jelöl ki a megelőzésben nem szerinti prioritást, hiszen a magyar nők halálozási szintje megközelíti az EU átlagot (relatív halálozási kockázatuk 1,1).

Átrendeződések a korai halálozásban Magyarországon

A korai halálozásban, azaz a 0-64 évesek halálozásában az elmúlt évtizedekben észlelhető tragikus trendek valójában ellentétes tendenciák eredői (11. ábra). A csecsemők és a

gyermekkorúak – 1-14 évesek – halálózása a kritikus évtizedekben is csökkent hazánkban. Ezek a csökkenések a korai halálozás egészében – azaz a 0-64 évesek eddigiekben vizsgált halálozásában – tompítják a felnőtt lakosság korai halálozásában valószínűleg bekövetkezett drasztikus trendeket. Hasonlóan tompíthatják az egyes halálteki csoportok szerepében bekövetkezett változásokat, elfedhetik – vagy bármelyik irányban torzíthatják – a megelőző tevékenység esetleges eredményességére utaló jeleket a felnőtt lakosság korai halálozásában. Ezért a továbbiakban vizsgálatunk a 15-64 éves lakosság halálozásának elemzésére összpontosít az 1979-1996 időszakban. Az elemzés kezdő évét az indokolta, hogy a halálteki besorolásban a BNO IX. ettől az évtől volt érvényben hazánkban.

A hazai halálozás időbeni változásának részletes elemzéséhez a KSH korszecifikus adatait használtuk fel [2]. A mutatók összehasonlíthatóságát ebben a fejezetben is standardizálással biztosítottuk. Standardként a vizsgált populáció 1979. évi kormegoszlását alkalmaztuk, ha ettől eltértünk, a standard populációt az ábrákon és táblázatokon feltüntettük.

A 15-64 éves férfiak és nők halálozásának alakulását döntő mértékben három halálteki főcsoport

- a keringési rendszer betegségei;
- a daganatok;
- az erőszak;

továbbá az emésztőrendszeri betegségi főcsoportozhoz tartozó

- krónikus májbetegségek és májzsugor

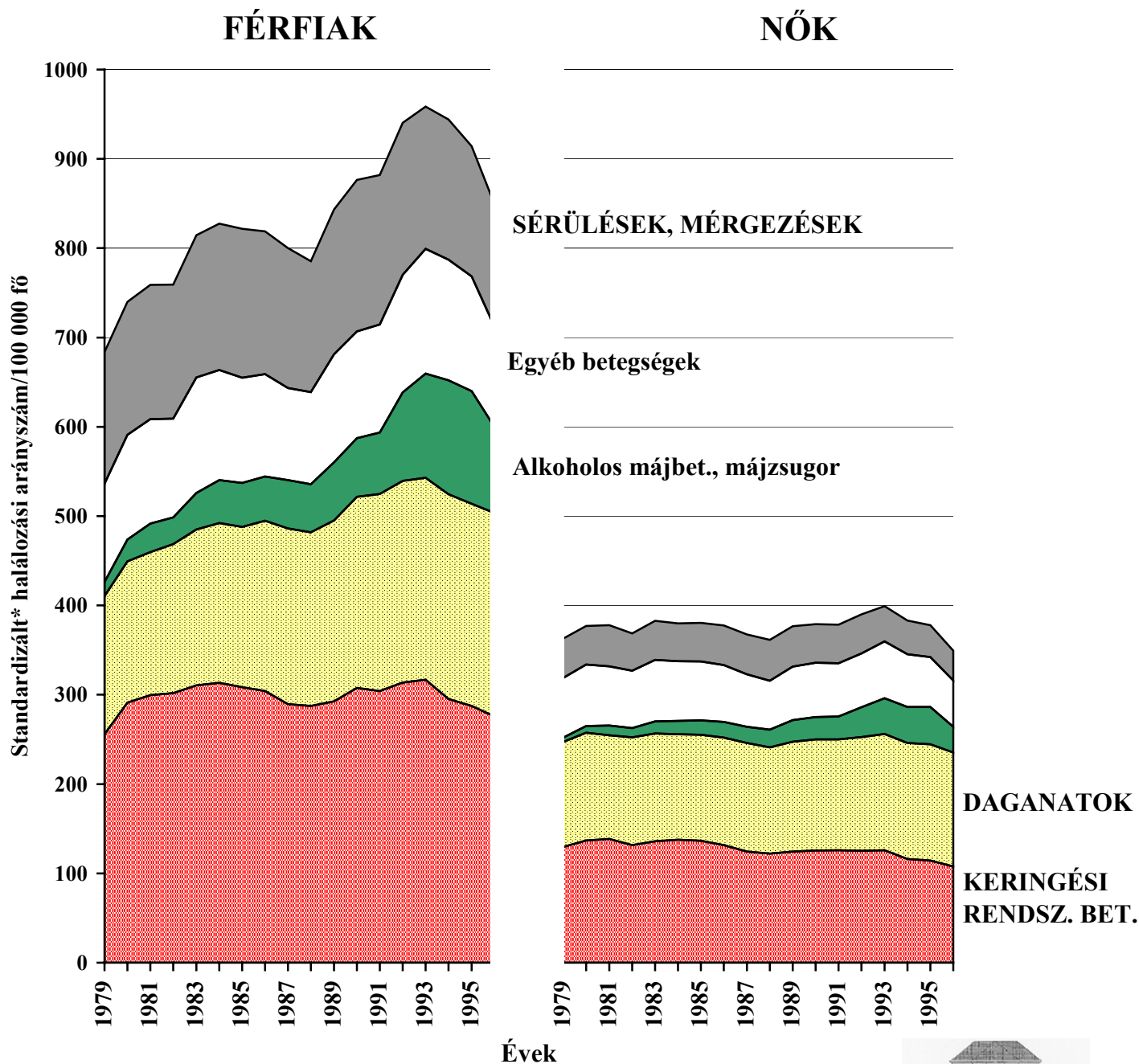
halálteki csoportozhoz sorolt halálesetek determinálják (12. ábra). Megállapítható, hogy a felnőtt lakosság korai halálozásának emelkedése elsősorban a betegségek miatti halálozások emelkedéséből származik. Az erőszakos okok kapcsán bekövetkezett halálozás 1995-1996-ban a férfiak esetében már alacsonyabb volt (145,6, illetve 137,0 haláleset 100 000 főre) mint 1979-ben (147,5). Ezzel szemben a betegségek – természetes okok – miatti halálozásuk még az utolsó két évben is 43-33%-kal haladta meg az 1979. évit, holott ezekben az években már fokozatos csökkenés volt észlelhető.

A **15-64 éves férfiak** korai halálozásának emelkedése az 1980-as évek második feléig elsősorban a *keringési rendszer betegségei* okozta halálozásra vezethető vissza (6. táblázat).

1984-ig a másik két betegségi csoport – a daganatok és az alkoholos eredetű krónikus májbetegségek és májzsugor – együttesen sem okozott annyi halálozási többletet, mint a keringési rendszer betegségei önmagukban. Az 1980-as évek második felétől azonban átvették a vezető helyet az emelkedés meghatározásában a daganatok. A váltásban – legalábbis kezdetben – része volt a keringési rendszer betegségei okozta halálozás csökkenésének is.

12. ábra

A 15-64 éves férfiak és nők halálozásának alakulása főbb haláloki csoportok szerint Magyarország, 1979-1996



*Standard: a 15-64 éves férfiak illetve nők 1979. évi lakosságának kormegoszlása



A halálokok szerepének alakulása a 15-64 éves FÉRFIAK halálozásának változásában

(Magyarország, 1979-1996)

	<i>KERINGÉSI RENDSZ. BETEGSÉGEI</i>	<i>DAGANATOK</i>	Alkoholos eredetű krónikus MÁJBET., MÁJZSUG.	<i>SÉRÜLÉSEK, MÉRGEZÉSEK (Külső ok szerint)</i>
Halálozás 100 000 főre 1979	255,81	154,74	15,69	147,47
Halálozási különbség 1979-hez képest 100 000 főre				
<i>1980</i>	35,41	3,40	8,64	<i>1,41</i>
<i>1981</i>	43,63	5,40	16,40	<i>2,97</i>
<i>1982</i>	46,13	11,99	14,09	<i>2,58</i>
<i>1983</i>	54,77	19,64	25,14	<i>11,95</i>
<i>1984</i>	57,48	24,24	32,42	<i>16,25</i>
<i>1985</i>	52,72	24,65	33,67	<i>19,23</i>
<i>1986</i>	48,35	36,01	33,75	<i>12,38</i>
<i>1987</i>	33,75	41,76	38,47	<i>9,28</i>
<i>1988</i>	32,01	39,69	38,16	<i>-0,82</i>
<i>1989</i>	36,68	47,91	49,42	<i>14,79</i>
<i>1990</i>	51,92	59,07	50,12	<i>22,24</i>
<i>1991</i>	48,43	65,72	53,17	<i>19,84</i>
<i>1992</i>	57,91	71,07	83,38	<i>22,70</i>
<i>1993</i>	60,90	71,45	101,11	<i>11,97</i>
<i>1994</i>	39,29	74,62	111,80	<i>9,62</i>
<i>1995</i>	31,51	71,83	110,31	<i>-1,87</i>
<i>1996</i>	19,73	73,04	80,53	<i>-10,49</i>

*Standard: a 15-64 éves férfiak 1979. évi kormegoszlása, DOTE

Ma már bizonyosnak tekinthető, hogy az 1980-as évek elejétől hazánkban is szervezettebbé vált cardiovascularis gyógyító-megelőző programoknak szerepe volt a keringési rendszer

betegségei okozta korai halálozás csökkenésében. Kérdés azonban, hogy az 1990-es évek elején észlelhető emelkedés mögött a preventív programok esetleges fellazulása, a gyógyító-megelőző ellátás lehetőségeinek szűkülése és/vagy az életkörülmények romlása húzódik-e meg. A legutóbbi években tapasztalható, újabb csökkenés – emlékezve a nemzetközi összehasonlításban észleltekre – semmiképpen sem jogosít fel ma sem a cardiovascularis gyógyító-megelőző programok prioritásának háttérbe szorítására.

A *daganatos halálozás* jelentőségét – azon túlmenően, hogy 1987-től 1992-ig a daganatos halálozás első helyen volt felelős a korai halálozás emelkedéséért (ld. 6. táblázat) – önmagában is kiemeli az a tény, hogy hazánkban eddig nem sikerült az emelkedő tendenciát tartósan megállítani sem, nemhogy csökkenőre fordítani, ahogyan az az EU országokban és a középkelet európai országok egy részében tapasztalható (ld. 7. ábra).

Egyedi problémát és beavatkozási kötelezettséget jelent hazánkban az a kihívás, amelyet az *alkoholos májbetegségek és májsugor* okozta korai halálozás mutat. Ezen halálok miatt a 0-64 életszakaszban is kritikus mértékű magyar korai halálozás (ld. 8. ábra) a 15-64 éves férfiak körében 1992-től átvette a daganatoktól az első helyet a korai halálozás növekedésének determinációjában. 1995-ben és 1996-ban némi reményt keltő csökkenés megindult ugyan, de visszazorításról még nem beszélhetünk (ld. 6. táblázat).

A 15-64 éves férfiak *erőszakos halálózása* éveken át hozzájárult ugyan a korai halálozás növekedéséhez, de a vizsgált betegségeknél jóval kisebb mértékben (ld. 6. táblázat). 1995-től a korai halálozást csökkentő alakulása – negatív különbségek – mögött az öngyilkosságok számának következetes csökkenése húzódik meg (100 000 adott korú férfira 70,4 öngyilkosság jutott 1979-ben – a maximum 1984-ben volt 77,7-del –, míg 1996-ban 55,8 volt a mutató értéke).

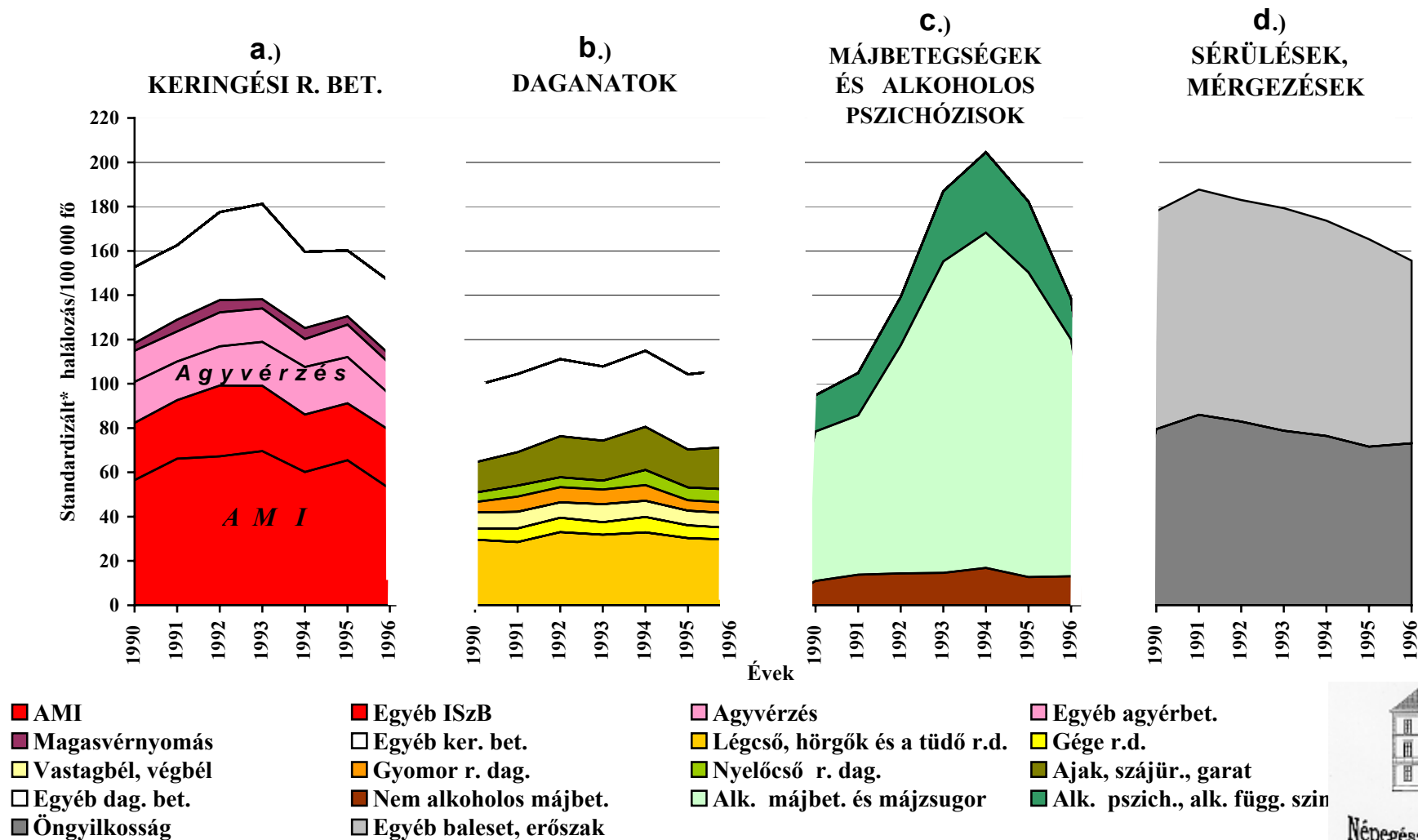
A felnőtt férfiak korai halálozásán belül eltérő jellegzetességek jellemezték a 35-44 és 45-64 éves férfiak halálozását az 1990-1996 közötti időszakban.

A **35-44 éves férfiak** körében a keringési rendszer betegségei okozta halálozás csökkenése nem tekinthető egyértelműnek az 1990-es években (13/a ábra). Halálozásuk több mint felének oka (54%-a) *ISzB* volt még 1996-ban is – jórészt heveny szívizom infarktus (*AMI*). Úgy tűnik, hogy ezen igen fiatal férfi korosztály esetében az *AMI* megelőzés és sürgősségi ellátás még távolról sem tekinthető megoldottnak. A hipertónia és agyérbetegségek okozta halálozásuk inkább növekedett mint csökkent az 1990-es években. Ez a jelenség nemcsak azért érdemel különleges figyelmet, mert nagyon fiatal korosztályról van szó, hanem azért is, mert a hipertónia és az agyérbetegségek a gyógyító-megelőző ellátás keretében elkerülhető halálokok és az általuk okozott korai halálozás a fejlett országokban az alapellátás minőségének elfogadott indikátorai [3,4].

A *daganatos* halálozásukban némi csökkenés észlelhető a legutóbbi két évben (13/b. ábra), elsősorban a gyomor, vastagbél és végbél rosszindulatú daganatai körében; tendenciális fordulatról azonban nem beszélhetünk.

Az alkoholfogyasztással – annak mennyiségével és minőségével – összefüggésbe hozható halálokok körében sem fedezhető fel az utóbbi hét évben érdemleges fordulat, bár már az

A 35-44 éves FÉRFIAK halálozásának alakulása kiemelt halálok szerint Magyarország, 1990-1996



*Standard: a magyar 35-44 éves férfiak 1990. évi kor megoszlása



erőteljes növekedés leállása is eredménynek tűnhet hazai viszonylatban (13/c. ábra). Egyelőre – különösen 1996-ra vonatkozóan – nem feledkezhetünk meg arról sem, hogy ebben az évben került bevezetésre a BNO új revíziója (BNO 10). Az a tény, hogy hazánkban 35-44 éves korban csupán alkoholos májbetegség és májsugor következtében mintegy kétszer annyian halnak meg mint AMI következtében – holott ez utóbbi ok miatt sem észlelhető érdemleges csökkenés – az egész korai halálozás egyik súlyponti kérdése; nem is beszélve az alkoholizálás szerteágazó és feltehetően más halálokokban is megjelenő következményeiről.

Az *erőszakos* okok körében ebben a korosztályban nem csökkent számottevően az öngyilkosság az 1990-es években (13/d. ábra).

A **45-64 éves férfiak** esetében 1994-től csökkent a *keringési rendszer betegségei* okozta halálozás és a csökkenésben szerepe volt mindegyik halálóki csoportnak a keringési rendszer keretein belül (14/a. ábra). Úgy tűnik, hogy ebben az életkorban már jobban a figyelem körébe kerül ma már a hipertónia és következményeinek megelőzése. Az észlelhető tendencia megfordulására azonban már láthattunk sajnálatos példát az 1980-as évek második felében.

A *daganatos* halálozás kifejezetten emelkedett körökben szinte minden kiemelt, daganatos halálóki csoportban – a gyomorrákot kivéve (14/b. ábra). Ebben a férfi korosztályban már célszerű figyelemmel kísérni a prosztatata rosszindulatú daganata okozta halálozás alakulását annál is inkább, mert az elmúlt évtizedekben, nemzetközi viszonylatban, hazánk e tekintetben sem tartozott az alacsony halálozású országok közé [5]. Bár kifejezett emelkedés a legutóbbi években nem tapasztalható, a relatíve magas szinten ingadozó halálozás megelőzése szervezett kereteket igényel.

Ebben a férfi korosztályban 1996-ig egyértelműen emelkedett az *alkoholos májbetegségek és májsugor* okozta halálozás (14/c. ábra). Halálóki súlya az *alkoholos pszichózisok és alkohol függőségi szindrómákkal* együttvéve a legutóbbi években már meghaladta a légcső, a hörgők és a tüdő rosszindulatú daganata okozta korai halálozást.

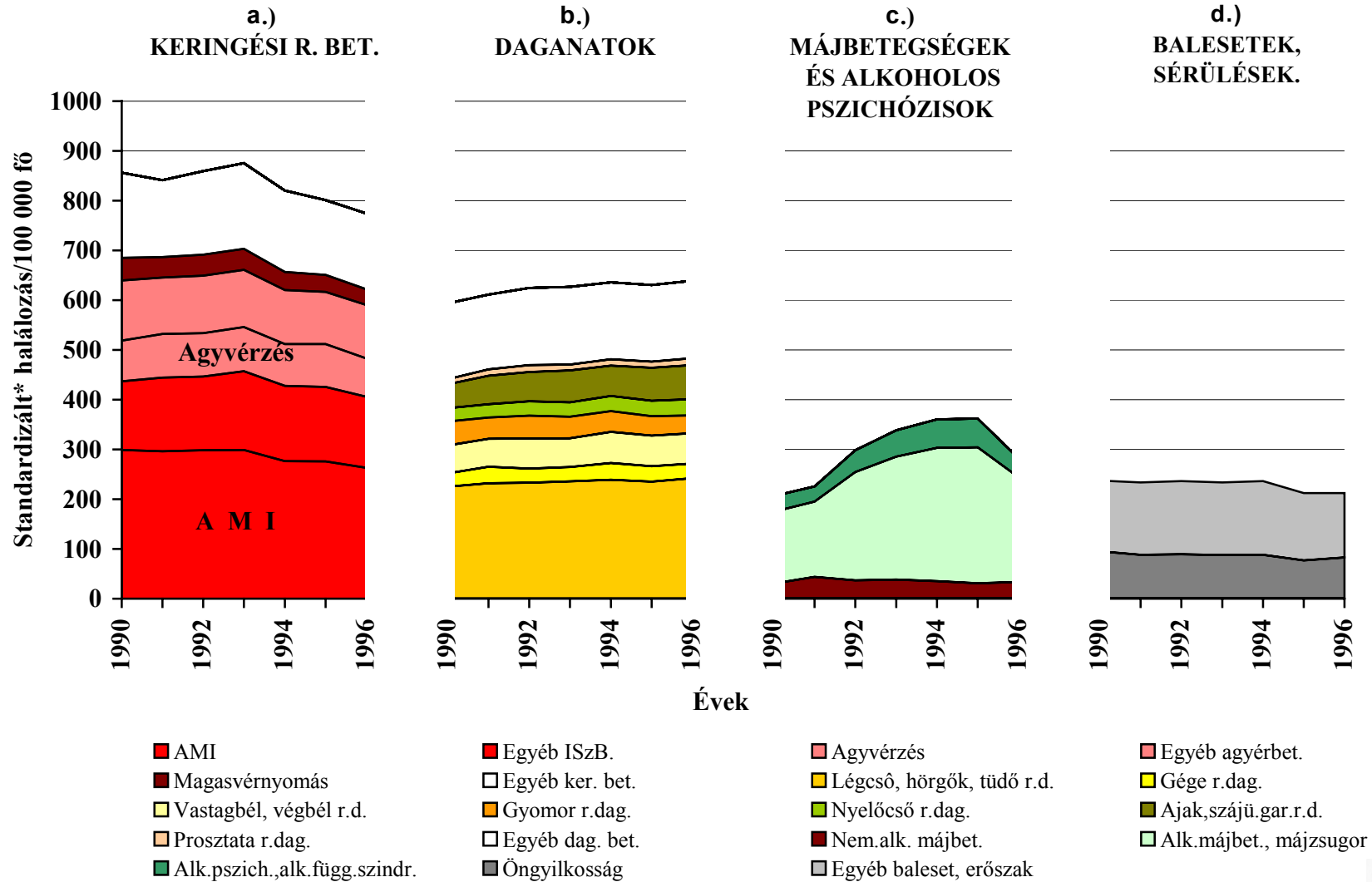
Figyelemre méltó, hogy a vizsgált 1990-es években némileg csökkent a 45-64 éves férfiak erőszakos halálozása összességében és azon belül az öngyilkosság is (14/d. ábra).

A **15-64 éves nők** korai halálozásának alakulása a férfiakétól kissé eltérő megközelítést igényel. Összességében viszonylag kisebb mértékben nőtt a halálozásuk mint a férfiaké (ld. 12. ábra). Feltűnik továbbá, hogy a vezető halálóki csoportok – keringési rendszer betegségei és daganatok – szerepe nemcsak felcserélődött az 1990-es évekre körökben, hanem a keringési rendszer betegségei okozta halálozásuk tendenciálisan csökkent. A nemzetközi összehasonlítások azonban erőteljesen figyelmeztetnek arra, hogy az EU országok viszonylatában, a magyar nők fokozott veszélyeztetettsége a korai halálozásban vetekszik a férfiakéval, sőt éppen a keringési rendszer betegségei következtében meg is haladja a férfiakét (ld. 4. táblázat).

Az 1980-as évek elején még a 15-64 éves magyar nők körében is – a férfiakhoz hasonlóan – a keringési rendszer betegségei okoztak első helyen emelkedést a korai halálozásban (7. táblázat). 1982 óta azonban oly mértékben emelkedett az alkoholos májbetegségek és májsugor halálozásuk, hogy többszörösen túlhaladta a daganatos halálozásuk növekedését is. E két halálóki csoportban bekövetkezett növekedést nem tudta ellensúlyozni a keringési rendszer betegségei és az erőszakos okok miatti halálozásuk csökkenése együttvéve sem.

14. ábra

A 45-64 éves FÉRFIAK halálozásának alakulása kiemelt halálokok szerint Magyarország, 1990-1996



*Standard : a 45-64 éves férfiak 1990. évi kormegoszlása

A halálokok szerepének alakulása a 15-64 éves NŐK halálozásának változásában

(Magyarország, 1979-1996)

Halálozás 100 000főre 1979	<i>KERINGÉSI RENDSZ. BETEGSÉGEI</i>	<i>DAGANATOK</i>	<i>Alkoholos eredetű krónikus MÁJBET., MÁJZUG.</i>	<i>SÉRÜLSEK, MÉRGEZÉSEK (Külső ok szerint)</i>
	129,59	117,44	5,00	44,04
Halálozási különbség 1979-hez képest 100 000 főre				
<i>1980</i>	7,26	3,09	2,66	-1,02
<i>1981</i>	9,00	-1,41	6,03	1,92
<i>1982</i>	2,15	3,23	5,26	-2,29
<i>1983</i>	6,47	3,25	8,34	-,027
<i>1984</i>	8,15	0,72	9,92	-1,82
<i>1985</i>	6,86	1,22	11,06	-0,62
<i>1986</i>	1,92	3,16	12,38	0,19
<i>1987</i>	-5,12	4,01	13,18	0,72
<i>1988</i>	-7,46	1,53	14,88	1,61
<i>1989</i>	-5,25	5,77	19,12	1,05
<i>1990</i>	-4,10	7,18	20,05	-0,67
<i>1991</i>	-3,74	6,81	20,44	-0,90
<i>1992</i>	-4,24	9,87	28,32	-0,23
<i>1993</i>	-3,64	12,64	35,04	-4,57
<i>1994</i>	-13,66	12,52	35,29	-6,41
<i>1995</i>	-15,23	12,75	36,78	-8,35
<i>1996</i>	-21,87	10,26	23,67	-10,81

*Standard: a 15-64 éves nők 1979. évi kormegoszlása



A felnőtt nők korai halálozásán belül a betegségi csoportok közül első helyen szükséges foglalkozni a daganatos halálozással – haláluki súlyánál fogva és alakulását tekintve is – a 35-44 és a 45-64 éves nők viszonylatában egyaránt.

A **35-44 éves nők daganatos halálozásában** jelentős szerepet játszanak az emlő, valamint a méhnyak és méhtest rosszindulatú daganatai (15/b. ábra). Az 1990-es években a *méhnyak és méhtest rosszindulatú daganata* okozta halálozásuk kifejezetten nőtt, amely annál is inkább elfogadhatatlan, mert ezt a daganatcsoportot az elkerülhető halálokok közé sorolják a fejlett országokban és az általa okozott halálozást a gyógyító-megelőző ellátás egyik minőségi mutatójának tekintik.

Az *emlőrák* halálozás is inkább emelkedett ebben a nagyon fiatal női korosztályban. Az 1995-ben és 1996-ban mutatkozó – az 1990. évinél némileg alacsonyabb – halálozási szint tartóssága egyelőre bizonytalan. Tekintélyes mértékben emelkedett körükben a *légcső-, a hörgők és a tüdő* rosszindulatú daganata okozta halálozás, amellyel szemben egyelőre csupán az elsődleges prevenció szintjén remélhető eredményes beavatkozás.

A *keringési rendszer betegségein* belül szintén az elkerülhető haláluki csoportok körében alakult a legkedvezőtlenebbul a 35-44 éves nők halálozása (15/a. ábra). Úgy tűnik, hogy ebben a fiatal életkorban még nincs kellő, rendszeres figyelem fordítva sem a hipertónia, sem az agyérbetegségek megelőzésére. Mindkét elkerülhető haláluki csoportban nőtt vagy stagnál a halálozás, amely a prevenció szervezettebbé tételét sürgeti, kiváltképpen az alapellátás szintjén.

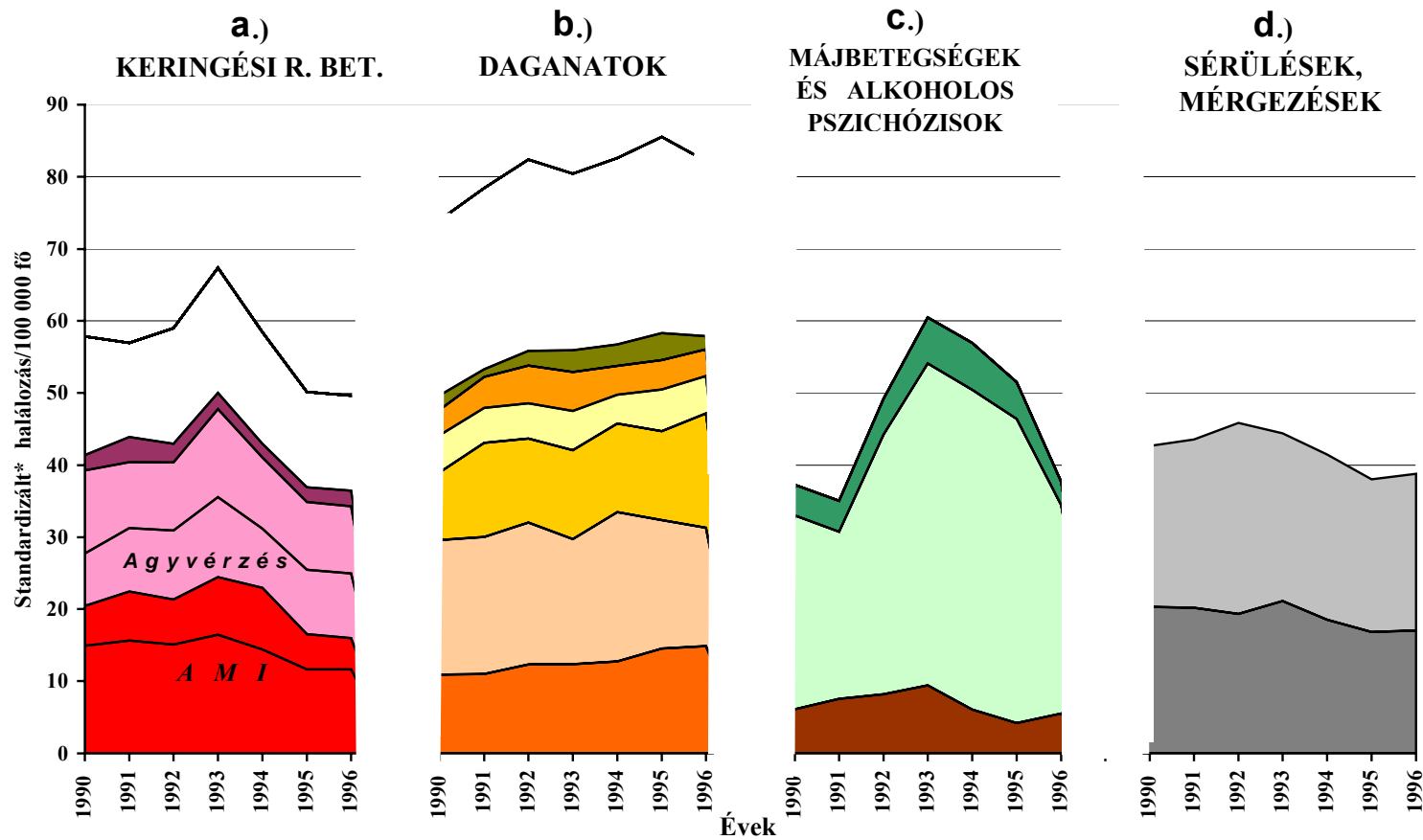
A *krónikus májbetegségek* okozta halálozás emelkedése ebben a női korosztályban is az alkoholizálással összefüggésben jelzett a vizsgált években elsősorban gondot (15/c. ábra). Az alkoholos májbetegségek és májzsugor halálozásuk szintje az 1990-es években jóval meghaladta ISzB halálozásukat. Egyértelmű növekedést mutatott – az utolsó két év kivételével – az *alkoholos pszichózisok, alkoholfüggőségi szindrómák* miatt bekövetkezett halálozás is körükben. A két alkoholos haláluki csoport miatt bekövetkezett halálozásuk együttvéve meghaladta a leggyakoribb női daganatok – az emlő, méhnyak és méhtest rosszindulatú daganata – okozta halálozásukat.

Az *erőszakos halálozás* szerepe még igen jelentős a 35-44 éves nők körében – haláluki súlya a daganatok és a keringési rendszer betegségei után a harmadik helyen következik – és mintegy fele öngyilkosság. Ebben a körben a halálozás csökkenése nem volt egyértelmű az 1990-es években (15/d. ábra).

A **45-64 éves nők** körében az 1990-es évek közepére szintén a *daganatok* képezték az első számú vezető halálokokot. Ebben szerepe volt nemcsak a daganatos halálozás növekedésének, hanem a keringési rendszer betegségei okozta halálozásuk tendenciális csökkenésének is (16/a-b. ábra).

A fiatalabb női korosztályhoz hasonlóan, az *emlőrák* volt a leggyakoribb daganatos halálokok körükben. A vezető szerepet azonban, úgy tűnik, előbb-utóbb átveszik – az egyelőre töretlenül növekvő halálozási gyakoriságuk következtében – a *légcső-, a hörgők és a tüdő rosszindulatú daganatai*, holott emlőrák halálozásuk sem csökkent a vizsgált években. Nem csökkent a halálozásuk a *méhnyak és méhtest daganatok* miatt sem, melyek elkerülhetőségére a fiatalabb női korosztály esetében már kitértünk.

A 35-44 éves NŐK halálozásának alakulása kiemelt halálok szerint Magyarország, 1990-1996



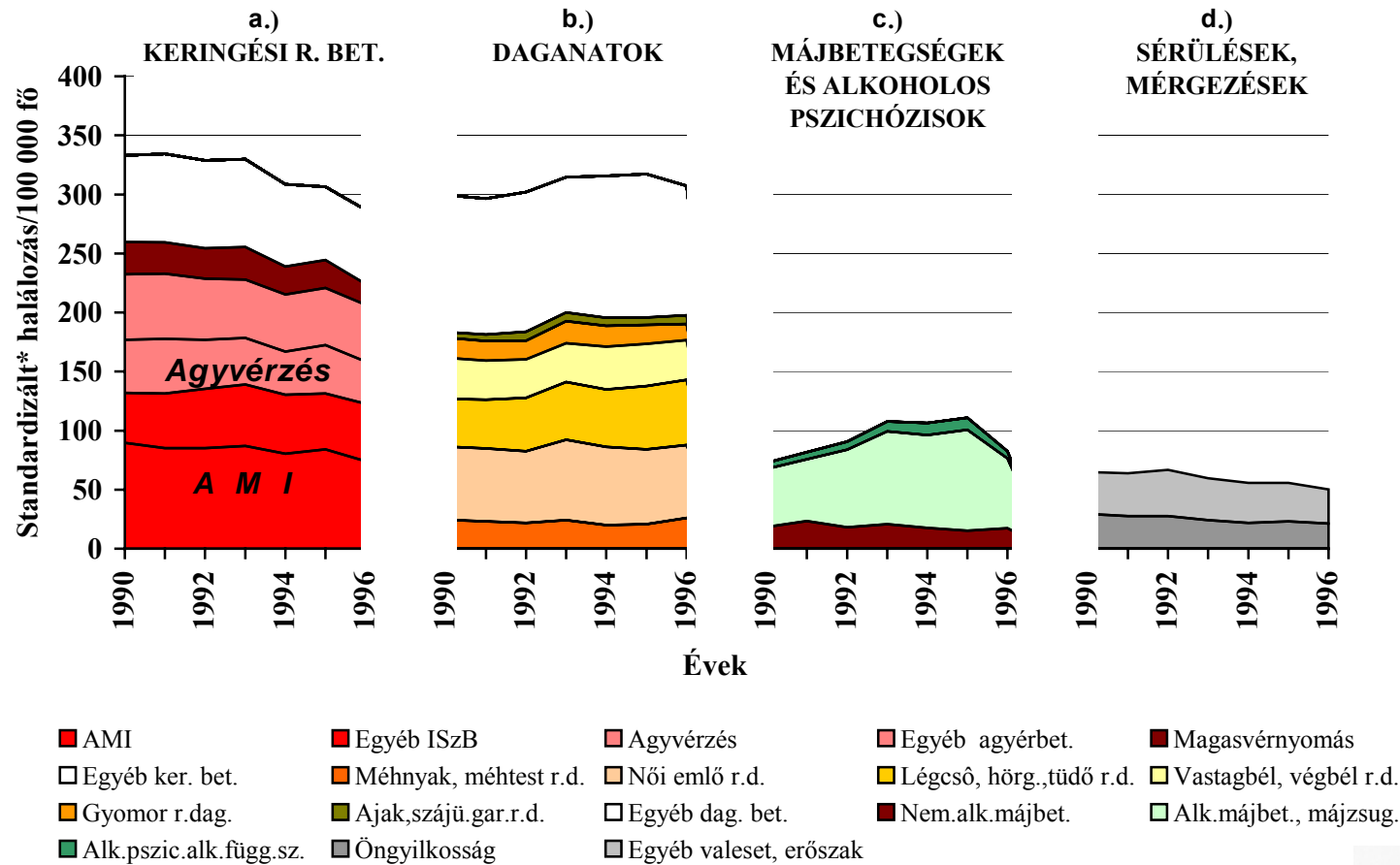
- | | | |
|--|---|---|
| ■ AMI | ■ Egyéb ISzB | ■ Agyvérzés |
| ■ Egyéb agyérbet. | ■ Magasvérnyomás | ■ Egyéb ker. bet. |
| ■ Méhnyak, méhtest | ■ Emlő | ■ Légcső, hörgők és a tüdő r.d. |
| ■ Vastagbél, végbél | ■ Gyomor r. dag. | ■ Ajak, szájür., garat |
| ■ Egyéb dag. bet. | ■ Alk. pszich., alk. függ. szindr. | ■ Alk. májbet. és májzsugor |
| ■ Nem alkoholos májbet. | ■ Öngyilkosság | ■ Egyéb baleset, erőszak |

*Standard: a magyar 35-44 éves nők 1990. évi kormegoszlása



16. ábra

A 45-64 éves NŐK halálzásának alakulása kiemelt halálokok szerint Magyarország, 1990-1996



*Standard : a 45-64 éves nők 1990. évi kormegoszlása



Itt célszerű bemutatni a magyar nők halálozási helyzetét nemzetközi viszonylatban, ezen női daganatok vonatkozásában (17. ábra és 8. táblázat). Bár nemzetközi összehasonlításra csak a 0-64 éves nők körére volt lehetőségünk, a feladatok – kiváltképpen az elkerülhető méhnyakrák esetében – egyértelműen észlelhetők: hiszen 1996-ban relatív halálozási kockázatuk az EU átlag háromszorosa.

8. táblázat

**Az EMLŐ és a MÉHNYAK
rosszindulatú daganata okozta korai halálozás
relatív kockázata Magyarországon az Európai Közösség
népességével és Finnországgal szemben, nem szerint
(1970-1995)**

	<i>Emlő</i>	<i>Méhnyak</i>
	<i>rosszindulatú daganata miatti relatív halálozási arány*</i>	
	EU átlag = 1,0	
<i>1970</i>	0,81	1,59
<i>1985</i>	1,02	2,71
<i>1990</i>	1,02	2,85
<i>1995</i>	1,06	3,00
	Finnország = 1,0	
<i>1970</i>	1,01	1,46
<i>1985</i>	1,42	4,75
<i>1990</i>	1,25	9,08
<i>1995</i>	1,24	10,08

*

SDR (Magyarország, 0 - 64 évesek)

SDR (Viszonyítási ország/átlag, 0 - 64 évesek)

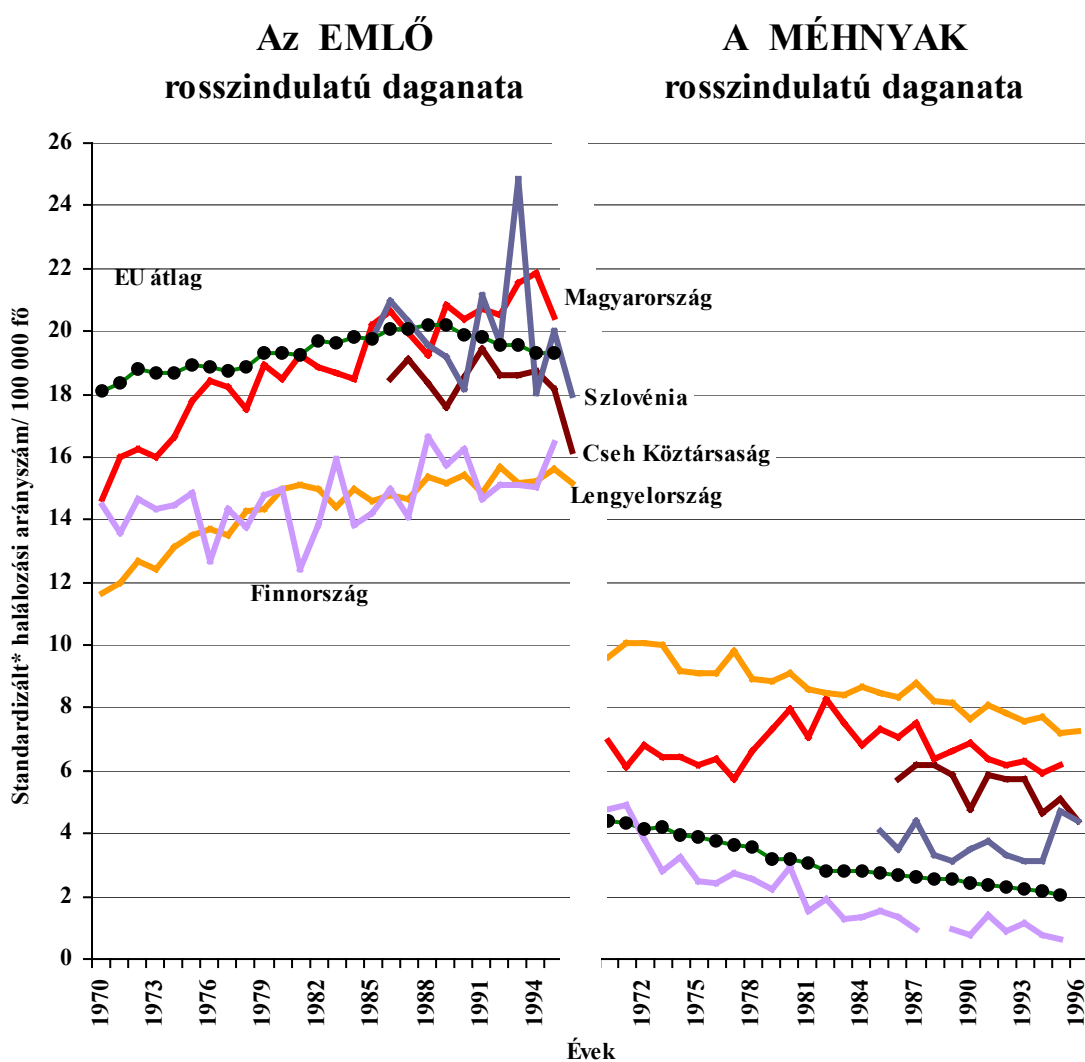
Forrás: HFA adatbázis, 1998.

Kedvezőbbnek tűnik a halálozás alakulása a *hipertónia* és az *agyérbetegségek* következtében ebben a női korosztályban. Kérdés viszont, hogy vajon az észlelhető csökkenések a gyógyító-megelőző ellátás fokozódó koncentrációjára utalnak-e, vagy az adott női korosztály aktivizálódott jobban egészsége védelmére. A szervezett prevenció eredményességének jelei az ISzB halálozás összességében egyelőre nem mutatkoztak az 1990-es években.

Az életmóddal kapcsolatos negatív jelenségek elterjedtségére utal ugyanakkor a 45-64 éves nők körében is a halálozás a túlzott alkoholfogyasztáshoz kötődő halálokok következtében (16/c. ábra). Az *alkoholos májbetegségek* és *májzsugor* révén már az 1980-as években kialakult tekintélyes halandósági többletük a vizsgált időszakban is növekedett, és a tüdőrák halálozásukkal együtt ellensúlyozta a keringési rendszer betegségei, valamint az erőszakos okok vonatkozásában észlelhető kedvező tendenciákat (16/d. ábra).

17. ábra

**Az EMLŐ és a MÉHNYAK rosszindulatú daganata
miatti halálozás alakulása 0-64 éves korban, nem szerint,
Magyarországon és Európa régióiban
(1970-1995)**



*Standard: A 0-64 éves, európai standard populáció

Forrás: HFA adatbázis, 1998.



Haláluki súlyukat tekintve, nem tartoznak a vezető halálokok közé a korai halálozásban az idült légzőrendszeri betegségek körébe sorolt *idült hörghurut, tüdőtágulat és asthma*, azonban elkerülhető halálokok az 5-64 éves életszakaszon, ezért – különösen a gyógyító-megelőző ellátás eredményességének megítélésében – az általuk okozott korai halálozás fokozott figyelmet igényel. Hazánk esetében tovább fokozza jelentőségüket, hogy az általuk okozott korai halálozás relatív kockázata az EU országokkal szemben – a 0-64 éves életszakaszon – a krónikus májbetegségek és májzsugor után, a legmagasabb volt 1996-ban (ld. 4. táblázat).

Az 1990-es években a 35-44, a 45-64 éves korosztályokban sem a férfiak, sem a nők esetében nem észlelhető egyértelmű csökkenés az *idült légzőrendszeri betegségek* okozta halálozásban.

Egybevetve az idült légzőrendszeri betegségek okozta korai halálozás alakulását a hipertónia halálozással (9. táblázat), célszerű lenne a probléma jelentőségét a gyógyító-megelőző ellátás területén, de különösen az alapellátásban tudatosítani és a prevenció folyamatosságáról szervezeten gondoskodni.

9. táblázat

Az IDÜLT LÉGZŐRENDSZERI BETEGSÉGEK és a HIPERTÓNIA
okozta halálozás* alakulása a 34-44 és a 45-64 éves lakosság
halálozásában (Magyarország, 1990-1996)

Év	Férfiak		Nők	
	<i>idült hörghurut, tüdőtágulat és asthma</i>	<i>magas- vérnyomás</i>	<i>idült hörghurut, tüdőtágulat és asthma</i>	<i>magas- vérnyomás</i>
	<i>okozta halálozása 100 000 főre</i>			
	35-44 éves korban			
1990	7,6	3,4	3,5	2,1
1991	5,1	5,3	4,0	3,5
1992	6,3	5,6	4,8	2,6
1993	9,6	4,2	3,7	2,3
1994	8,0	4,9	3,1	1,9
1995	7,5	3,8	2,7	2,0
1996	5,6	4,2	3,2	2,1
	45-64 éves korban			
1990	58,8	45,4	19,6	27,3
1991	59,2	41,2	20,5	26,6
1992	60,5	42,3	22,0	25,9
1993	64,7	42,3	19,5	27,5
1994	58,5	35,9	21,0	23,5
1995	57,2	34,6	19,2	23,5
1996	54,7	31,7	18,9	17,6

*Standard: a magyar megfelelő korú férfiak, illetve nők 1990. évi kormegoszlása

Irodalomjegyzék:

1. Health for All Data Base, version January 1998.
WHO Regional Office For Europe, Copenhagen, 1998.
2. Demográfiai Évkönyv kötetei,
KSH, Budapest
3. Holland W. W. (ed.): European Community atlas of “avoidable death”. 2nd ed.
Oxford University Press, Oxford, 1991.
4. Holland W. W.: Avoidable death as a measure of quality
Quality Assurance in Health Care, 1990, 2:227-33
5. World Health Statistics Annual kötetei.
WHO, Geneva

MAGYARORSZÁGON RENDELKEZÉSRE ÁLLÓ MORBIDITÁSI ADATOK ÉS AZOK HASZNÁLHATÓSÁGA.

Morbidity adatok hazánkban csak nagyon korlátozott mértékben, s kétséges validitással állnak rendelkezésre. A rendelkezésre álló adatok feldolgozását és interpretálását is tovább nehezíti, hogy az adatokat közlő évkönyvek az elmúlt mintegy 20 év alatt nemcsak nevükben, hanem szerkezetükben, tartalmukban is megváltoztak [1,2,3]. Így sajnálatos módon ez a fejezet nem a hazai morbiditási viszonyokat mutatja be, hanem azt fogja demonstrálni, hogy hatékony prevenciók tevékenység gátját jelentő invalid morbiditási adatbázisok léteznek csak, melyek alapján objektív priorálás nem lehetséges.

A Népjóléti Minisztérium Gyógyító Ellátás Információs Központ (GYÓGYINFOK) Interneten elérhető kórházi betegforgalmi adatai morbiditási adatelemzésre alkalmatlanok. A betegforgalmi adatok három egymást követő évre vonatkozóan (1995, 1996, 1997) érhetők el. Az adott év adatai (kórházi ágyak száma, az azokból működő ágyak száma, az elbocsátott/kiírt betegek száma) intézeti bontásban és egy adott intézetben belül osztályos bontásban állnak rendelkezésre. Az adatok megtalálhatók esetszámok formájában, valamint 10 000 lakosra vetítve országos összesítésben, illetve megyei bontásban is. Semmilyen adat nem található betegségek szerinti bontásban, így lehetetlen megmondani, hogy egy osztályon milyen betegséggel álltak kezelés alatt a betegek.

Megbetegedésekre vonatkozó adatok elérhetők a Népjóléti Minisztérium Egészségügyi Minőségfejlesztési Konzultációs Központja (EMIKK) által megjelentetett füzetekben [4, 5]. Az itt közölt adatok a GYÓGYINFOK részére a kórházak által HBCs besorolás szerint megküldött havi jelentéseken alapulnak. Az adatok az 1994.07.01 – 1995.06.30 és 1996.01.01 – 1996.12.31 közötti időszakokra terjednek ki és *esetszámokat* közölnek HBCs kódok szerinti csoportosításban (lásd 10. táblázat).

10. táblázat

Egyes kiemelt betegségekre vagy betegségcsoportokra vonatkozó kórházi esetszámok Magyarországon, a megjelölt időszakokban*

Időszak	HBCs kód	Esetszám
1994.07.01. – 1995.06.30.	014M Haemorrhagiás agyi érbetegségek	19077
1996.01.01. – 1996.12.31.		18013
1994.07.01. – 1995.06.30.	082M Légúti daganatok	16592
1996.01.01. – 1996.12.31.		16205
1994.07.01. – 1995.06.30.	088M Krónikus obstruktív tüdőbetegség	10726
1996.01.01. – 1996.12.31.		33185
1994.07.01. – 1995.06.30.	121M Keringési betegség+AMI +szív-érrendszeri komplikációk	4710
1996.01.01. – 1996.12.31.		6500
1994.07.01. – 1995.06.30.	122M Keringési betegség +AMI	7780
1996.01.01. – 1996.12.31.		5706
1994.07.01. – 1995.06.30.	123M Halálhoz vezető AMI	2915
1996.01.01. – 1996.12.31.		3522
1994.07.01. – 1995.06.30.	134M Hypertónia	38980
1996.01.01. – 1996.12.31.		32816
1994.07.01. – 1995.06.30.	202M Májcirrhosis és alkoholos májgyulladás	20565
1996.01.01. – 1996.12.31.		14644

1994.07.01. – 1995.06.30.	274M Rosszindulatú emlődaganat 70 év felett	2371
1996.01.01. – 1996.12.31.		2994
1994.07.01. – 1995.06.30.	275M Rosszindulatú emlődaganat 70 év alatt	1616
1996.01.01. – 1996.12.31.		1350

* Forrás: EMIKK füzetek 8. és 16. szám

A könnyebb áttekinthetőség kedvéért az akut myocardialis infarktust reprezentáló két kódot (121M és 122M), a halálozást jelentő kód kivételével (123M), összevontuk, és ugyanezt tettük a rosszindulatú emlődaganat esetében is (274M és 275M). Az összevont esetszámok a 11. táblázatban láthatók.

11. táblázat

Akut myocardialis infarktus és rosszindulatú emlődaganat miatt kórházi ellátásban részesült esetek száma Magyarországon a megjelölt időszakokban

Időszak	HBCs kód	Esetszám
1994.07.01. – 1995.06.30.	121M + 122M	12490
1996.01.01. – 1996.12.31.		12206
1994.07.01. – 1995.06.30.	274M + 275M	3987
1996.01.01. – 1996.12.31.		4344

Az adatbázis morbiditási elemzésekre használhatatlan, hiszen:

1. az esetszámok – per definitionem – egy adott betegség fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásának előfordulását mutatják be, függetlenül attól, hogy új vagy ugyanazon betegséggel a vizsgált periódusban ismételten ellátásra kerülő beteg hospitalizációjára került sor;
2. így sem prevalencia, sem incidencia mutató nem számolható, vagyis nem tudjuk meghatározni az egy adott időtartam alatt fellépő új esetek gyakoriságát, éppúgy mint egy adott időpontban az összes létező eset előfordulását az adott betegség vonatkozásában;
3. a HBCs a népegészségügyi szempontból kiemelkedő fontossággal bíró betegségeket nem jeleníti meg külön kategóriaként (pl. cervix, gyomor, vastag és végbéldaganat, ischaemiás szívbetegségek);

4. a jelentések hiányosak, ugyanis nem minden kórház szerepel a statisztikában;
5. további probléma a kórházi jelentések finanszírozási okokra visszavezethető megbízhatatlansága.

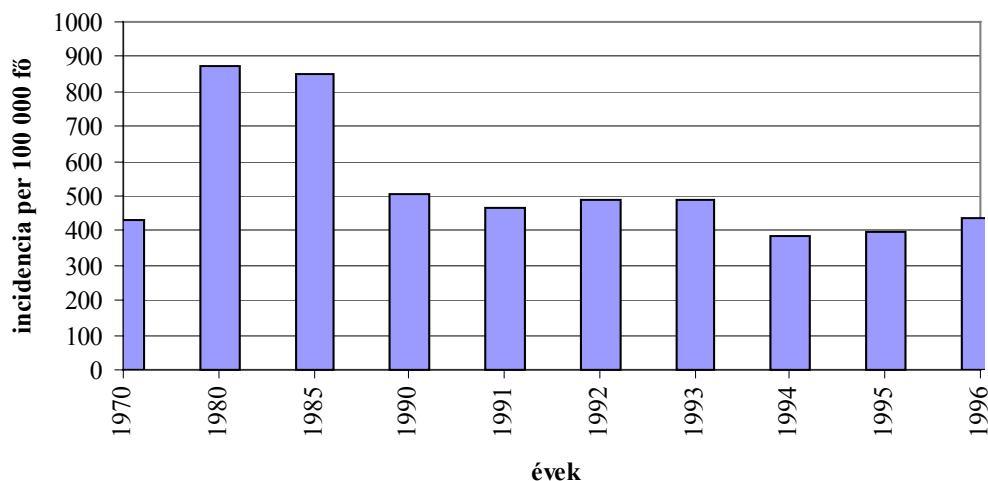
Megállapítható, hogy a fekvőbeteg gyógyintézmények esetszámai alapján a vizsgálatba vont megbetegedések közül a szív-érrendszeri betegségek jelentik a legnagyobb terhet, majd ezt követik a daganatos betegségek, a májcirrhosis és az alkoholos májgyulladás.

A tanulmányunk további részében áttekintett morbiditási adatok nagyobb részben a Statisztikai Évkönyvekben [1,2,3], kisebb részben a HFA [6], illetve a HSI-HUN project adatbázisában [7] található adatokon nyugszanak.

Heveny fertőző betegségek és tuberculosiss

A heveny fertőző betegségek és a tuberculosiss incidenciájának alakulását 1970 és 1996 között a 18. ábra mutatja. Az 1970-től 1996-ig terjedő periódusban a bejelentett fertőző betegségek incidenciája – a tuberculosissal együtt – 1994-ben érte el minimumát. Az 1994-es érték az 1980-as és 1985-ös értékeknek mintegy fele. Érdemes kiemelni a vírushepatitis és a védőoltással megelőzhető fertőző betegségek incidenciájának jelentős csökkenését a vizsgált időszakban (12. táblázat). Az utóbbi néhány évben a fertőző betegségek incidenciájának emelkedéséért elsősorban a salmonellosiss emelkedő gyakorisága tehető felelőssé (1970-ben 27,8, míg 1996-ban 274,6/100 000). Aggasztó tény, hogy az AIDS incidenciája 1996-ra több mint kétszeresére emelkedett (0,5/100 000) az 1990-es értékhez (0,2/100 000) viszonyítva.

18. ábra Heveny fertőző betegségek incidenciájának alakulása Magyarországon 1970 - 1996 között (tbc-vel együtt)



12. táblázat

Néhány kiemelt heveny fertőző betegség incidenciájának* alakulása
1970-1996 között Magyarországon

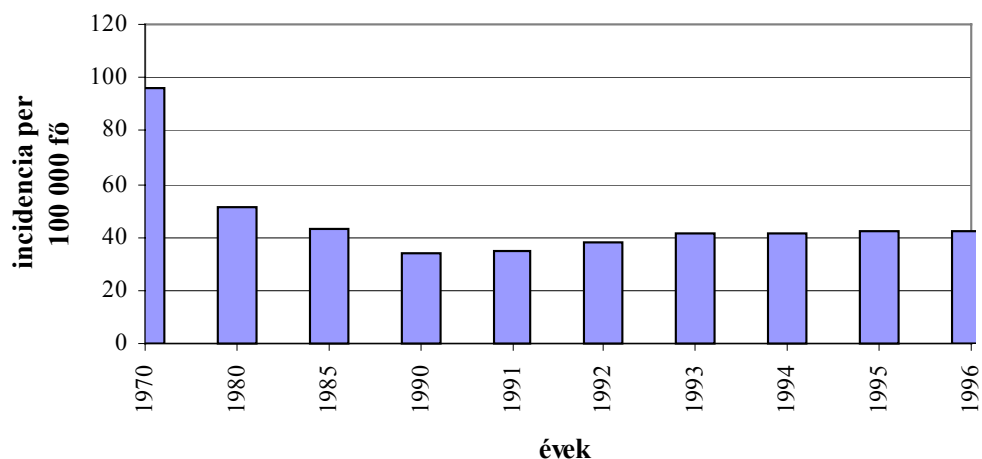
	1970	1980	1990	1995	1996
Vírushepatitis	83.9	37.3	23.3	16.2	13.7
Kanyaró	72.3	11.2	0.3	0.0	0.1
Rózsahimlő	-	57.2	46.9	2.8	7.0
Mumpsz	-	429.3	201.5	5.4	2.7

* incidencia 100 000 főre vonatkoztatva

TBC

A nyilvántartott új tbc-s megbetegedések incidenciájának alakulását mutatja a 19. ábra.

**19. ábra A tuberculosis incidencia alakulása Magyarországon
1970 - 1995 között**



Az 1970-es évektől kezdődően a tuberculosis incidenciája egyenes csökkenést mutatott az 1990-es évek elejéig, ezt követően egy kismértékű, de határozott emelkedés figyelhető meg napjainkig.

Nozokomiális betegségek

A nozokomiális betegségekre vonatkozóan az Évkönyvek nem közölnek adatokat. Az egyetlen forrás a Népegészségügy folyóirat 1996. évi decemberi számában [8] közölt összegző táblázat a bejelentett nozokomiális járványok számának alakulásáról 1991-1995 között (13. táblázat).

13. táblázat

Nozokomiális járványok számának alakulása Magyarországon 1991-1995 között

	1991	1992	1993	1994	1995
Összes járvány	49	35	26	28	42

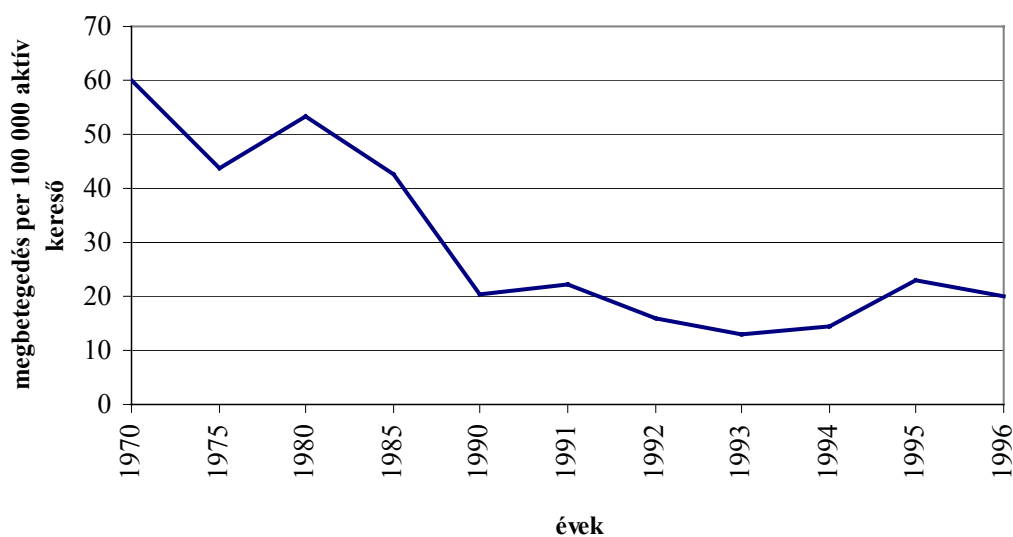
Ebből enterális	30	24	16	11	32
-----------------	----	----	----	----	----

Fontos megemlíteni, hogy a nozokomiális járványok bejelentésre nem kötelezettek, a táblázatban közölt szám adatok információ értéke csekély.

Foglalkozási betegségek

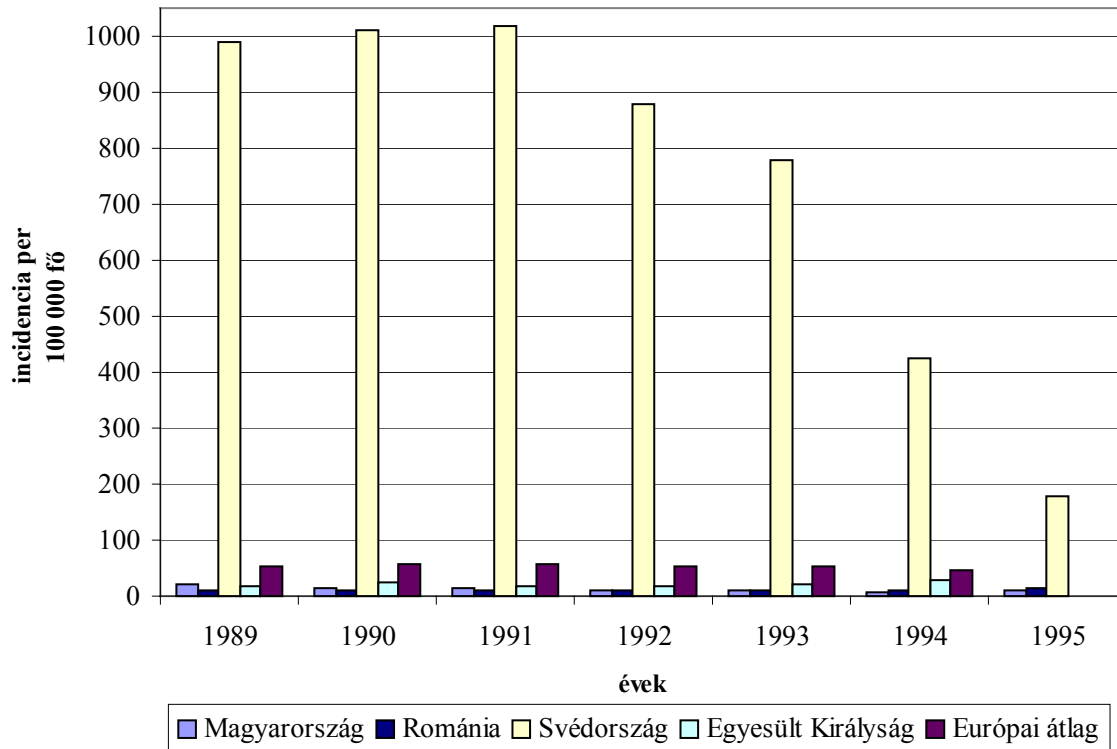
A foglalkozási megbetegedésekről adatok minden statisztikai Évkönyvben fellelhetők betegségek szerinti és nemzetgazdasági szakágazatonkénti bontásban [1,2,3]. Az összesített adatokat 100.000 aktív keresőre vonatkoztatják a hazai statisztikák, ellentétben a nemzetköziekkel, amelyek 100.000 lakosra vetítik a megbetegedéseket. Ilyen módon a hazai statisztikákban közölt adatokat a nemzetközi adatokkal nem lehet összehasonlítani. A hazai adatforrásra támaszkodva, a bejelentett foglalkozási megbetegedések incidenciájának az alakulását mutatja be a 20. ábra.

20. ábra A bejelentett foglalkozási betegségek incidenciájának alakulása Magyarországon 1970 - 1996 között



Első megközelítésben a diagramm azt sugallja, hogy 1970-től 1993-ig kisebb-nagyobb megtörésekkel, de folyamatosan csökkent a foglalkozási betegségek incidenciája. Nemzetközi adatokkal történő összehasonlítás érdekében a HFA adatbázist használtuk fel, amely 1989-től 1995-ig közli a foglalkozási betegségek incidenciájának alakulását Európa országaiban [6]. A kiválasztott országok között a volt szocialista országok közül hazánk és Románia, míg a fejlett ipari országok közül az Egyesült Királyság és Svédország szerepel a kiemelésben. Viszonyításhoz az európai átlagot tüntetjük fel (21. ábra).

21. ábra Foglalkozási betegségek incidenciájának alakulása Európa egyes országaiban 1989 - 1995 között



Az adatok tanúsága szerint Svédországban – 1992-től erőteljes csökkenést mutatva – a bejelentett foglalkozási betegségek incidenciája rendkívül magas (még az 1995-ös legalacsonyabb érték esetében is), ugyanakkor Magyarország és Románia esetében ez a mutató az Európai átlag felét sem éri el. Nem kétséges, hogy az adatok háttérében nem a svéd foglalkozás-egészségügy elmaradottsága, illetve a magyar (s román) munkahelyi egészségvédelem effektivitása, hanem sokkal inkább az inadekvát monitorozás, a jelentési kötelezettség elmulasztása áll.

Feltételezésünk alátámasztására álljon itt a bejelentett foglalkozási daganatos megbetegedések (légutak rosszindulatú daganatos betegségei) és az összes új (regisztrált) rosszindulatú daganatos megbetegedés éves számának alakulása Magyarországon 1989 és 1995 között (14. táblázat).

A bejelentett foglalkozási és az összes új rosszindulatú daganatos megbetegedések esetszámai Magyarországon 1989-1995 között

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
1. Bejelentett foglalkozási daganatos megbetegedések	4	18	12	5	17	25	15
2. Bejelentett új rosszindulatú daganatos megbetegedések	22973	28105	27296	27957	27888	27969	25399
(1÷2) x 100	0.02	0.06	0.04	0.02	0.06	0.09	0.06

Általánosan elfogadott, hogy az újonnan diagnosztizált rosszindulatú daganatos megbetegedések mintegy 4-7%-át a foglalkozási eredetű rosszindulatú daganatos megbetegedések teszik ki [9]. A 14. táblázatból egyértelmű, hogy hazánkban a bejelentett foglalkozási eredetű rosszindulatú daganatos megbetegedések csak elenyésző részét képezik a bejelentett új rosszindulatú daganatos megbetegedésnek, ami az adatszolgáltatás, illetve a nyilvántartás súlyos hiányosságára utal.

Daganatos betegségek

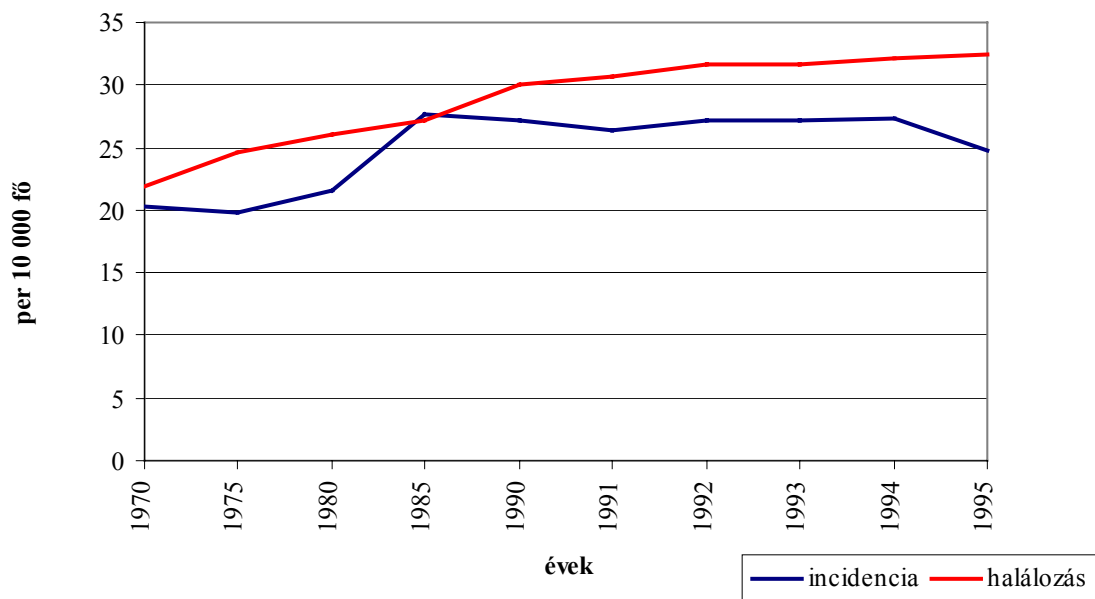
A daganatos betegségekkel kapcsolatos morbiditási adatokat két forrásból, nevezetesen a Statisztikai Évkönyvekből [1,2,3], illetve a GYÓGYINFOK által közölt HSI-HUN adatbázisból [7] nyertük. Az összes új rosszindulatú daganatos megbetegedésre vonatkozó adatot mindkét forrásból kigyűjtöttük és elemeztük. A GYÓGYINFOK HSI-HUN adatbázisában található incidenciadatok csak 1986-tól 1995-ig érhetők el, míg a Statisztikai Évkönyvekben található mutatók korábbról is. A Statisztikai Évkönyvekben található adatok az Országos Onkológiai Intézet adatbázisából származnak, melynek validitása kétséges: "Az Országos Onkológiai Intézet egyetlen morbiditási vizsgálata a lakosság körében a Nemzeti Rákregiszter, mint országos rákbeteg nyilvántartás. Ennek működése fennállása (1952) óta mindenkor inszufficiens volt, a betegeket diagnosztizáló klinikus orvosok bejelentési morálja következtében. Jobb években elérte a halálozás esetszámát. 1993 óta (adatvédelmi valamint statisztikai törvény hatására) további teljes bizonytalanság alakult ki" [10].

A Statisztikai Évkönyvek adatait mutatja a 22. ábra.

A 22. ábrán a szemléletesség kedvéért ábrázoltuk a daganatos halálozás nyers mutatóit is a nyers incidenciadatok mellett a vizsgált időtartam alatt. Az ábrán jól látható, hogy egyetlen év (1985) kivételével a halálozás mindvégig az incidenciadatok mutató fölé volt a vizsgált negyed század alatt. Túl azon, hogy a jelenség a morbiditási adatbázis erősen hiányos, invalid voltára hívhatja fel a figyelmet, a jelenség komplex értelmezésekor több összetevőre is gondolhatunk:

1. a daganatos betegek nem fordulnak időben orvoshoz, csak a halálozási statisztikákban szerepelnek;
2. a daganatos betegek orvoshoz fordulnak, de az alkalmazott diagnosztikai módszerekkel a daganat nem kerül felfedezésre;
3. a beteg orvoshoz fordul és a diagnózis is megfelelő, de a bejelentési fegyelem elégtelensége miatt az orvosok nem jelentik az újonnan diagnosztizált daganatos megbetegedéseket.

22. ábra A bejelentett rosszindulatú daganatos betegségek incidenciájának és a daganatos halálozásnak az alakulása Magyarországon 1970 - 1995 között



A Statisztikai Évkönyvek és a GYÓGYINFOK HSI-HUN adatai az egyes évekre vonatkozóan is eltérőek (15. táblázat).

15. táblázat

Rosszindulatú daganatos betegségek incidenciájának alakulása Magyarországon 1990-1995 között

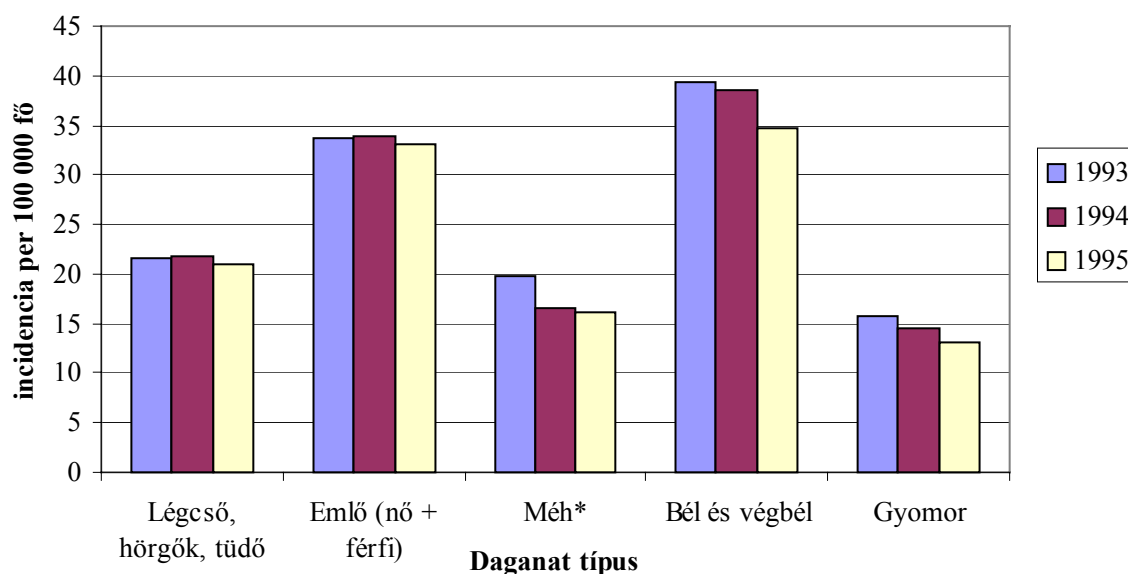
Év	Új rosszindulatú daganatos megbetegedések száma 10 000 főre	
	a Statisztikai Évkönyv	a HSI-HUN adatbázis
	szerint	
1990	27.1	22.9
1991	26.4	22.6
1992	27.1	22.6
1993	27.1	27.1
1994	27.3	27.3
1995	24.8	24.9

A 15. táblázatból jól látható, hogy az első három év adatai jelentősen eltérnek a két adatbázis esetében. Ez a tény felveti azt a kérdést, vajon mennyire megbízható akár az egyik, akár a másik statisztika, illetve elgondolkodtató, hogy két országos adatbázis tekintetében, hogyan lehetséges ekkora eltérés.

A továbbiakban a népegészségügyi szempontból legjelentősebb daganatos megbetegedésekre vonatkozó adatokat elemeztük az 1993, 1994 és 1995-ös év adatait összegző 'Népjóléti Statisztikai Évkönyvekben' lokalizáció szerinti bontásban található incidenciák értékei alapján. Az ezen évek előtti 'Statisztikai Évkönyvek' csak összesített adatokat közölnek és sajnálatos módon az 1996-os év adatait közlő 'Egészségügyi és Szociális Statisztikai Évkönyv' sem adja meg lokalizáció szerint a daganatos megbetegedések adatait.

A 23. ábrán öt népegészségügyi szempontból kiemelten fontos daganatos betegség incidenciájának az alakulása látható a három év során. Az ábra tanúsága szerint mindegyik daganat incidenciája csökkent a vizsgált időszak alatt.

23. ábra Néhány népegészségügyi szempontból kiemelt fontosságú daganatos betegség incidenciájának alakulása Magyarországon 1993 - 1995 között



*A méhnyak, a méhlepény, a méhtest és a méh k.m.n. részének rosszindulatú daganatai.

Ha korcsoportos bontásban kívánjuk elemezni a daganatos megbetegedések népegészségügyi súlyát, az alapvető problémát – a validitás kérdésén túl – az okozza, hogy a morbiditási adatokra alkalmazott korcsoportok nem azonosak a mortalitásban használt korcsoportos bontással, így a mortalitási és morbiditási trendek közötti párhuzam vizsgálata megoldhatatlan.

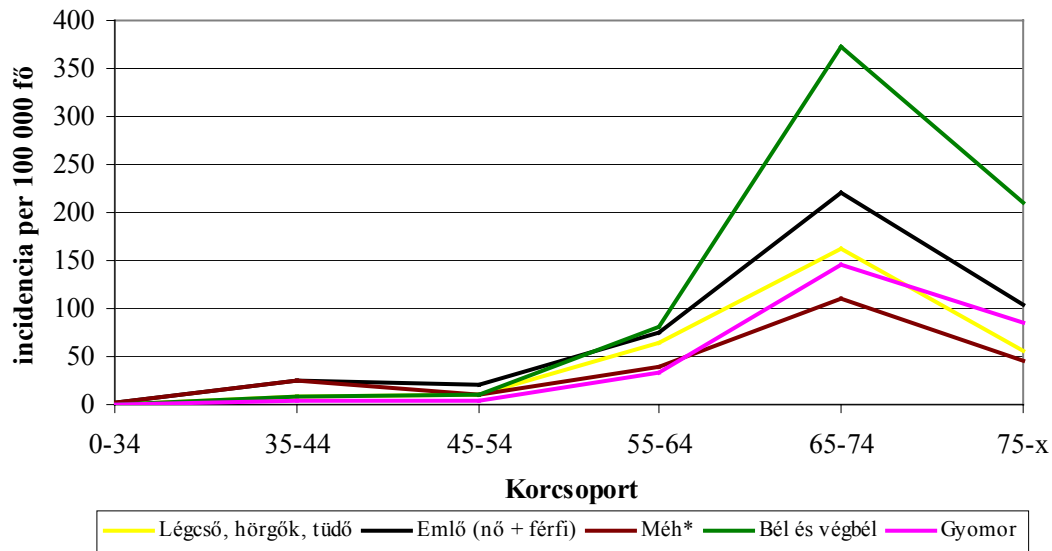
A népegészségügyi szempontból legfontosabb daganatok korszpecifikus incidenciája a 24. ábrán látható módon alakult Magyarországon 1993-ban.

Az ábrán feltüntetett mindegyik daganat incidenciája emelkedett a kor előrehaladtával a 65-74 éves korcsoportig. A legnagyobb mértékű emelkedés a bél és végbél daganatok esetében volt megfigyelhető 1993-ban. A korcsoportokat tekintve, a legmagasabb incidenciát a 65-75 évesek esetében látható. 75 éves kortól lényegesen alacsonyabbak az incidenciák mutatók.

1994- és 1995-ben hasonlóan alakult a daganatok korszpecifikus incidenciája, azonban a legidősebb korosztályban 1993-ban megfigyelhető általános incidenciák csökkenésének csak a légcső, hörgők, tüdő és a méh daganatai esetében figyelhető meg, de még ezekben az esetekben is jóval elmarad a csökkenés mértéke az előző évben megfigyelt csökkenéstől (25. és 26. ábra). Ezt a jelentős mértékű eltérést helytelen lenne magyarázni az egyik évről másikra bekövetkező incidenciák változással. Sokkal inkább felmerül a jelentési fegyelem kérdése, amelyet egyébként a Statisztikai Évkönyvekben található bevezető rész is megemlíti; sőt rámutat arra, hogy az új rosszindulatú daganatos megbetegedések gyakorisága a valóságban mintegy kétszerese lehet a bejelentett adatoknak. Mindkét év esetében nagyon szembeeső a

45 éves kortól meredeken emelkedő bél és végbél daganat incidencia, amely 65 éves kortól a vezető helyet foglalja el a vizsgált daganatok között mind a három évben.

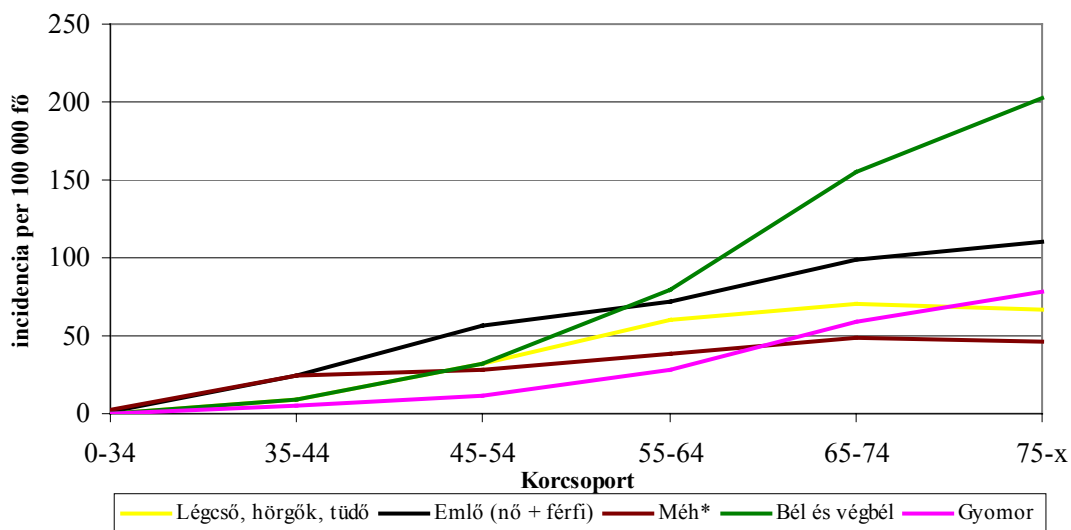
24. ábra Néhány kiemelt rosszindulatú daganat korszpecifikus incidenciája Magyarországon 1993-ban



*A méhnyak, a méhlepény, a méhtest és a méh k.m.n. részének rosszindulatú daganatai.

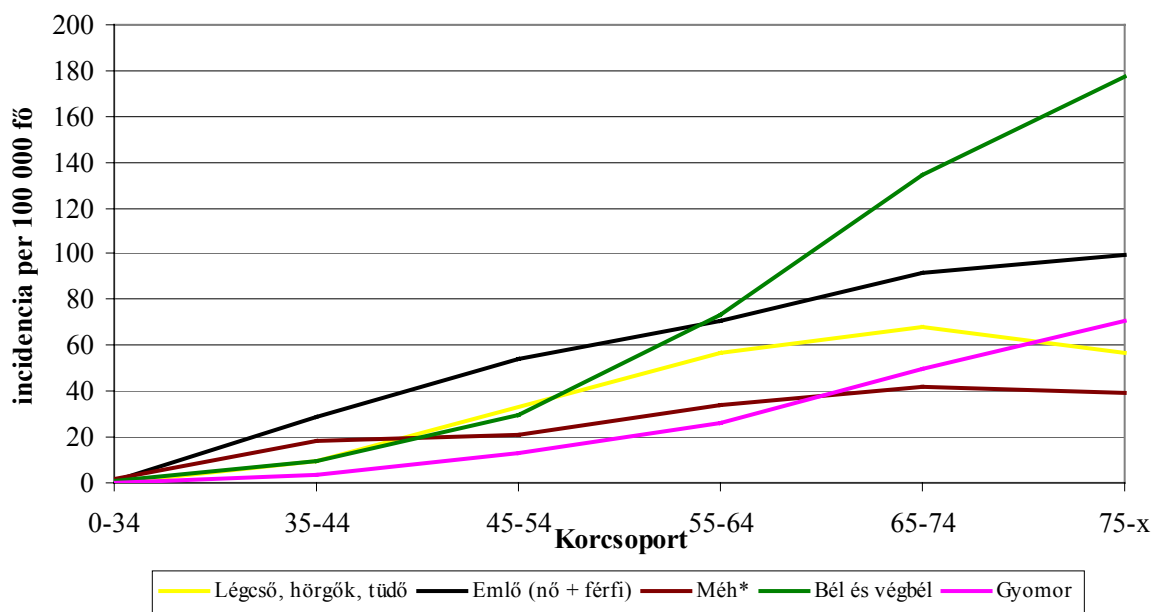
A nyilvántartásba került daganatos betegségek morbiditási adatait közlő adatbázisok egyik legnagyobb hiányossága, a már fent említetteken túl, hogy nem közlik az adatokat nemek szerinti bontásban, holott bizonyos daganatok férfiakban, míg mások nőkben dominálnak. Ezen adatok birtokában sokkal célzottabb és hatékonyabb prevenciós stratégiák lennének alkalmazhatók.

25. ábra Néhány kiemelt rosszindulatú daganat korszpecifikus incidenciája Magyarországon 1994-ben



*A méhnyak, a méhlepény, a méhtest és a méh k.m.n. részének rosszindulatú daganatai.

26. ábra Néhány kiemelt rosszindulatú daganat korszpecifikus incidenciája Magyarországon 1995-ben



*A méhnyak, a méhlepény, a méhtest és a méh k.m.n. részének rosszindulatú daganatai.

Irodalomjegyzék:

1. Évkönyv, 1990, 1991.
Népjóléti Minisztérium, Budapest
2. Népjóléti Statisztikai Évkönyv, 1992, 1993, 1994, 1995.
KSH, Budapest
3. Egészségügyi és Szociális Statisztikai Évkönyv, 1996.
KSH, Budapest
4. A hazai fekvőbeteg gyógyintézetek teljesítmény mutatói az 1994. július 1 – 1995. június 30. között elbocsátott betegek adatai alapján.
EMIKK füzetek, 8.szám, Debreceni Orvostudományi Egyetem Társadalomorvostani Intézete, Népjóléti Minisztérium Egészségügyi Minőségfejlesztési Konzultációs Központja (EMIKK) 1995.
5. A kórházi ellátás minőségének indikátorai IV. Az 1996-os betegforgalmi adatokra vonatkozó elemzések.
EMIKK füzetek, 16.szám, Debreceni Orvostudományi Egyetem Társadalomorvostani Intézete, Népjóléti Minisztérium Egészségügyi Minőségfejlesztési Konzultációs Központja (EMIKK) 1998.
6. Health for All Data Base.
WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1998.
7. HSI-HUN adatbázis.
Népjóléti Minisztérium Gyógyító Ellátás Információs Központja (GYÓGYINFOK).
8. Statisztikai adatok Magyarország 1995. évi egészségügyi és szociális helyzetéről.
Népegészségügy 77:4-79, 1996.
9. David B. Thomas.: Cancer. In: John M. Last, Robert B. Wallace (eds): Public Health & Preventive Medicine. 13th edition
Appleton & Lange, Connecticut, 1992.
10. Ottó Szabolcs (Országos Onkológiai Intézet) személyes közlés.
MEDINFO megkeresésére, 1998.

A LAKOSSÁG EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTÁT MEGHATÁROZÓ KOZKÁZATI TÉNYEZŐK ALAKULÁSA MAGYARORSZÁGON

Az egészségi állapotot meghatározó tényezőket leíró modell

Az adott közösség egészségi állapotát meghatározó tényezőket az epidemiológiai szakirodalom determinánsoknak nevezi. A determinánsok hatásmechanizmusának értelmezésére, s e szerinti csoportosítására számos elméleti modell született (pl. Last modell, Lalonde modell stb.). A legfrissebben kifejlesztett modellek egyike az Evans és Stoddart modell [1], melynek előnye a többivel szemben az, hogy ötvözi az utóbbi évek epidemiológiai és társadalomtudományi kutatásainak eredményeit. A modellt a szerzők a multiszektorális egészségpolitika elméleti megalapozásához ajánlják. A modell koncepcionális lényege, hogy az egészség és betegség megítélésének objektív és szubjektív elemei vannak, melyeket a fizikai és biológiai környezet, a társadalmi környezet, a genetikai tulajdonságok és az egészségügyi ellátás rendszere határoz meg. Az összes olyan tényező, amely a lakosság egészségi állapotát meghatározza e fő determináns csoportok valamelyikébe besorolható. A determinánsok hatásukat az egyedeken keresztül fejtik ki, az egyed viselkedésében és biológiai működésében változásokat idézve elő. E tényezők hatása azonban populációs szinten is jól jellemezhető (például a dohányzás hatása a légúti, valamint szív és érrendszeri megbetegedésekre, az elhízás hatása a cukorbetegség kockázata szempontjából stb.). Más tényezők sokkal összetettebb és kevésbé direkt módon befolyásolják a közösség egészségi állapotát (pl. szociális helyzet, társadalmi státusz, iskolai végzettség stb.).

Az Evans & Stoddart modell az egészségpolitikai döntéshozatal számára új megközelítést tesz lehetővé (pl. az egészségpolitikai prevenciók stratégiák nagy része a dohányzást vagy alkoholfogyasztást a rossz egészségi állapot magyarázataként fogta ill. fogja fel, így az egészségi állapot javításának elérésére a dohányzás prevalenciáját célozták csökkenteni. Ezek a stratégiák nem veszik figyelembe azt, hogy a dohányzás már az egyén biológiai tulajdonságainak függvényében adott válasz a szociális, biológiai és fizikai környezet hatásaira). Az Evans & Stoddart modell értelmében nem a prevenciók stratégiák célját, hanem azok tartalmát kell, hogy módosítsuk.

A lakosság egészségi állapotát meghatározó kockázati tényezők alakulása Magyarországon

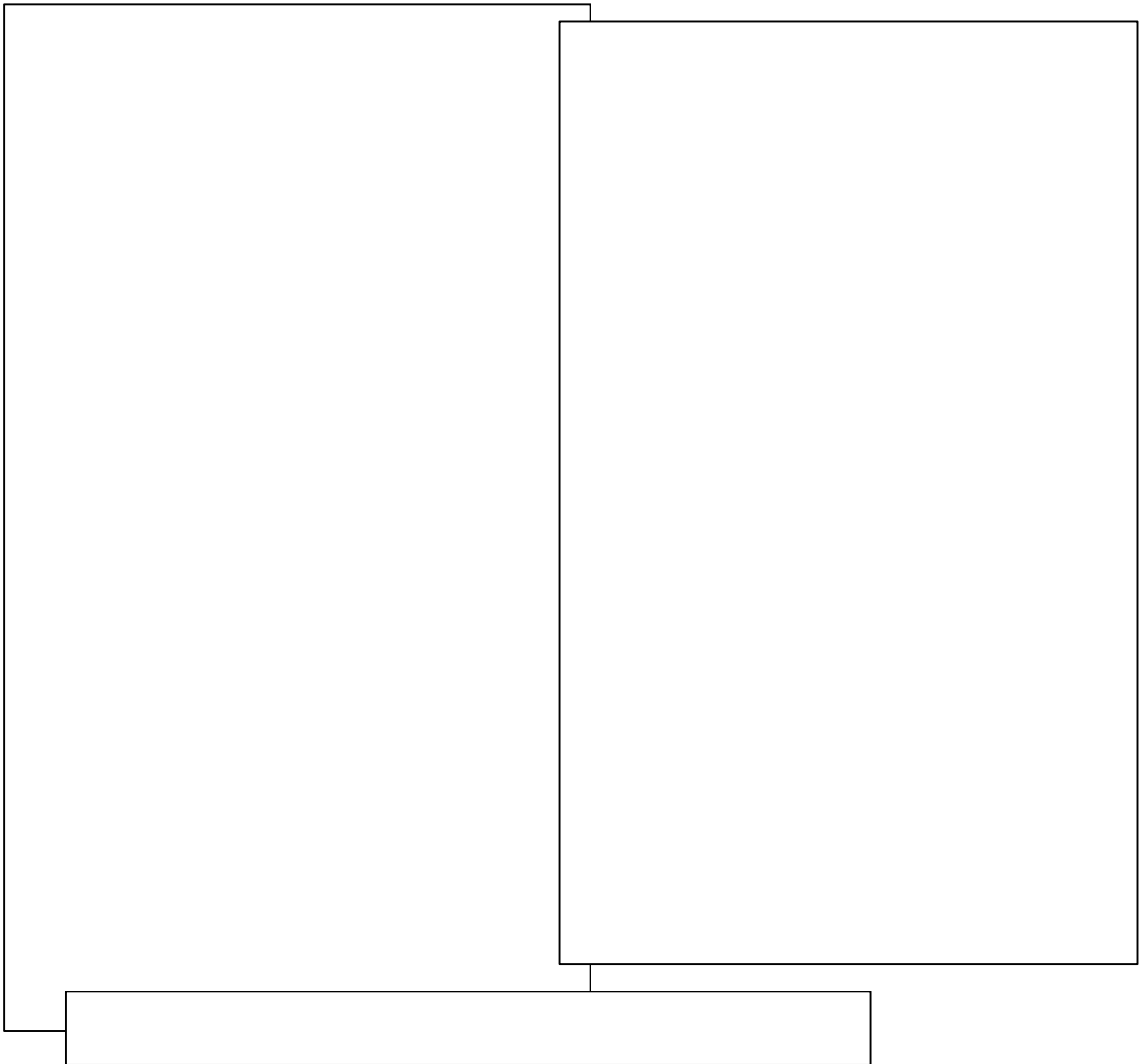
A magyar lakosság egészségi állapotát meghatározó determinánsok közül csak a legnagyobb súllyal jelen levő és a prevenciós intézkedések számára leginkább specifikálható kockázati tényezőket elemezzük.

1. Dohányzás

A dohányzás az egyik legfontosabb rizikófaktorok közé tartozik. Számos, népbetegségnek számító, nagy betegségcsoport (pl. krónikus légzőszervi megbetegedések, szív-érrendszeri megbetegedések, légúti daganatok stb.) első számú rizikófaktora. Egyes becslések szerint az összes halálozás 27%-áért a dohányzás a felelős.

A magyar cigarettafogyasztás és a légúti daganatos halálozás alakulását nemzetközi összehasonlításban [4] mutatja be a 27. ábra, miszerint a hivatalos magyar dohányfogyasztás jóval az Európai Unió (EU) országainak fogyasztásából számolt átlagérték felett van és a közép-kelet európai (CEE) országok átlagértékét is meghaladja (a “fogyasztás” mértéke fenntartásokkal kezelendő, mivel csak a hivatalos eladási statisztikákon alapuló mennyiséget tartalmazza). A dohányfogyasztás Magyarországon és a közép-kelet európai országokban is növekedett, míg a nyugat-európai országokban és a referencia-országgént szerepeltetett Svédországban csökkent. A hazai dohányzási szokásokat tükrözi a dohányzásra specifikus halálozás kedvezőtlen alakulása is. Magyarországon a vizsgált időszak alatt a légúti daganatos megbetegedések miatti halálozás meredeken nőtt. Hasonló tendencia figyelhető meg a közép-kelet európai országok halálozását leíró átlagérték alakulásában is. Az EU országokra jellemző a halálozás enyhe növekedése, majd csökkenése, míg Svédország esetében enyhe emelkedést követően, az utóbbi tíz esztendőben stagnálás figyelhető meg.

**27. Ábra. A cigarettafogyasztás és a 0-64 éves lakosság légcső, hörgő és tüdőrák okozta halálozásának alakulása Magyarországon és Európában
(1970-1995)**



Magyarországon két országos szintű felmérés történt az egészségmagatartással kapcsolatban, melyek során a dohányzási szokásokra nézve is részletes adatgyűjtésre került sor. Az elsőt, 1984-ben, az akkori mikrocenzus részeként végezte el a Központi Statisztikai Hivatal (KSH)[2]. A 14 éves és idősebb lakosság 2%-a került az országosan reprezentatív mintába (a válaszadási arányra vonatkozóan információt nem sikerült beszerezniük). A második, országos reprezentativitású, keresztmetszeti vizsgálatot 1994-ben végezte el ismét a KSH[3]. Randomizált, rétegzett mintavétellel 6411 háztartás került kiválasztásra. Minden háztartásból egy emberrel készítettek interjút a kérdezőbiztosok. A minta reprezentálja a 15-64 év közötti magyar lakosságot. A válaszadók száma 5476 (85%) volt.

A két vizsgálat eredményeinek összehasonlíthatóságát nehezíti, hogy a két felmérés során eltérő tartalmú változókat vizsgáltak és az 1984-es vizsgálat során a referencia populáció életkor intervalluma tágabb, mint az 1994-es vizsgálatban (14-X év; 15-64 év).

A két felmérés adatait összevetve valószínűsíthető, hogy 10 év múltán férfiak esetében a dohányosok százalékos aránya általánosságban csökkent, míg a nők körében növekedett (16. táblázat).

16. táblázat.

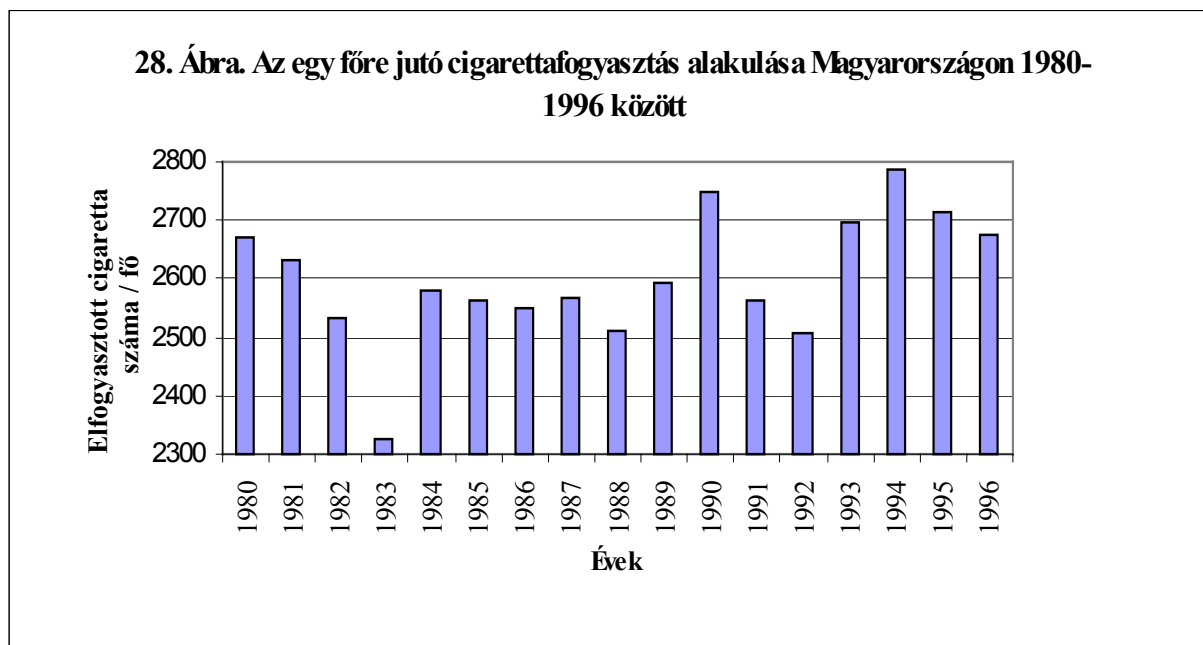
A dohányzók arányának alakulása kor és nem szerint az 1984-es mikrocenzus és az 1994-es egészségmagatartás vizsgálat alapján.

Életkor	A dohányzók %-os aránya			
	az 1984-es mikrocenzus adatai alapján		az 1994-es egészségmagatartás vizsgálat adatai alapján	
	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők
15-19	33,8	20,8	21,7	13,9
20-29	56,5	37,9	44,4	29,6
30-39	59,0	35,8	51,1	37,2
40-49	51,8	22,0	54,3	36,0
50-59	47,4	13,2	42,1	17,8
60-64	39,0	8,5	33,3	8,0
15-64	50,6	24,7	43,7	26,6

A férfiak között csak a 40-49 éves korcsoportban növekedett a dohányosok százalékos aránya, míg az összes többi korcsoportban csökkenést észlelünk. A nők esetében kedvezőtlenebb a változás, hiszen a 30-59 éves korban minden női korosztályban nőtt a dohányzók aránya.

Bár a fenti adatok nem nyújtanak információt az exponáltak dohányzási szokásairól, a nyilvántartott cigaretta fogyasztás növekedése az 1990-es években (28. ábra) arra utal, hogy bár a dohányzók aránya csökkent, körükben nőtt a fogyasztás mértéke.

Forrás: Health for All Data Base, version January 1998, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1998



Ha a feketén vásárolt és elfogyasztott dohány mennyiségét állandónak tekintjük, akkor azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a dohányzással összefüggő megbetegedések rizikója szempontjából magas kockázatú csoport számbeli növekedésével kell számolnunk, ami a dohányzással összefüggő megbetegedések incidenciáját kedvezőtlenül befolyásolhatja.

17. táblázat.

A dohányzók százalékos arányának alakulása nem és családi állapot szerint az 1984-es mikrocenzus és az 1994-es egészségmagatartás felmérés adatai alapján

Családi állapot	Férfiak		Nők	
	1984	1994	1984	1994
	Dohányzás %-os aránya			
Nőtlen / Hajadon	41,31	34,3	20,4	19,1
Házias / Férjezett	48,29	46,3	22,7	26,6
Özvegy	40,4	42,4	8,0	21,0
Elvált	63,8	65,2	34,5	42,6
Összesen	47,0	43,7	20,7	26,5

A dohányzási szokások és a családi állapot összefüggését vizsgálva (17. Táblázat) megállapítható, hogy a dohányzás aránya a férfiak és a nők esetében is az elvált csoportban volt a legmagasabb mind a két időpontban. Mindamellet, hogy az elvált csoportban

tapasztalható magas értékek figyelemfelhívóak, ki kell emelni, hogy mindkét nemből a második legmagasabb értéket a házások mutatták. Tekintettel arra, hogy abszolút számban ez a legnagyobb csoport, abszolút értelemben a legtöbb dohányzó is ebben a csoportban fordul elő és dohányzási szokásaikkal mások (különösen a háztartásukban élő gyermekek) egészségét is ők veszélyeztetik leginkább.

Az iskolai végzettség és dohányzás összefüggését a 18. táblázatban mutatjuk be.

18.táblázat. A dohányzók százalékos aránya iskolai végzettség szerint az 1984-es mikrocenzus és az 1994-es egészségmagatartás felmérés adatai alapján

Iskolai végzettség	1984	1994
	Dohányzás %-os aránya	
Általános iskolai végzettség nélkül vagy általános iskolai végzettség	28,3	35,7
Szaktanárképző vagy szakiskola	53,0	49,5
Középiskola	36,5	32,8
Felsőfokú végzettség	32,3	26,4
Összesen	33,3	37,8

A dohányzók aránya a szaktanár vagy szakiskolai végzettséggel rendelkezők körében volt a legmagasabb mind a két időpontban. Ez a sorrend akkor is megmarad, ha nemenkénti bontásban vizsgáljuk meg a dohányzók arányát. A nők esetében a szaktanások mellett, az általános iskolai végzettséggel rendelkező nők között magas a dohányzók aránya. A felsőfokú végzettséggel rendelkezők körében mindkét vizsgálat szerint az átlagérték alatt volt a dohányzók aránya.

Az 1994-es egészségmagatartás felmérés vizsgálta a szociális státusz és dohányzók arányának, valamint az elfogyasztott dohány mennyiségének összefüggéseit is. Azt találták, hogy minél alacsonyabb a szociális státusz, annál nagyobb a dohányzók aránya és az elfogyasztott dohány mennyisége.

Megállapították továbbá, hogy a dohányzók minél fiatalabb korban kezdik el a dohányzást, annál nagyobb mennyiségű dohánnyt fogyasztanak.

Az 1994-es felmérés eredményei szerint a dohányzásról való leszokás motivációjaként a férfiak esetében valamilyen betegség megjelenése, a nők esetében elsősorban a terhesség szolgál. Ez alól kivételek az általános iskolai végzettséggel rendelkező nők, akik elsősorban betegség miatt szoknak le a dohányzásról. Míg a felsőfokú végzettséggel rendelkező férfiak jellemző módon orvosi tanácsra hagyják abba a dohányzást. Fontos megemlíteni, hogy az orvosi tanács és a családi nyomás szinte minden csoportban tekintélyes számban vezet a dohányzás abbahagyásához. Ugyanakkor gazdasági okok miatt és/vagy a média hatására csak nagyon kevesek hagynak fel ezzel az egészségre káros szenvedéllyel.

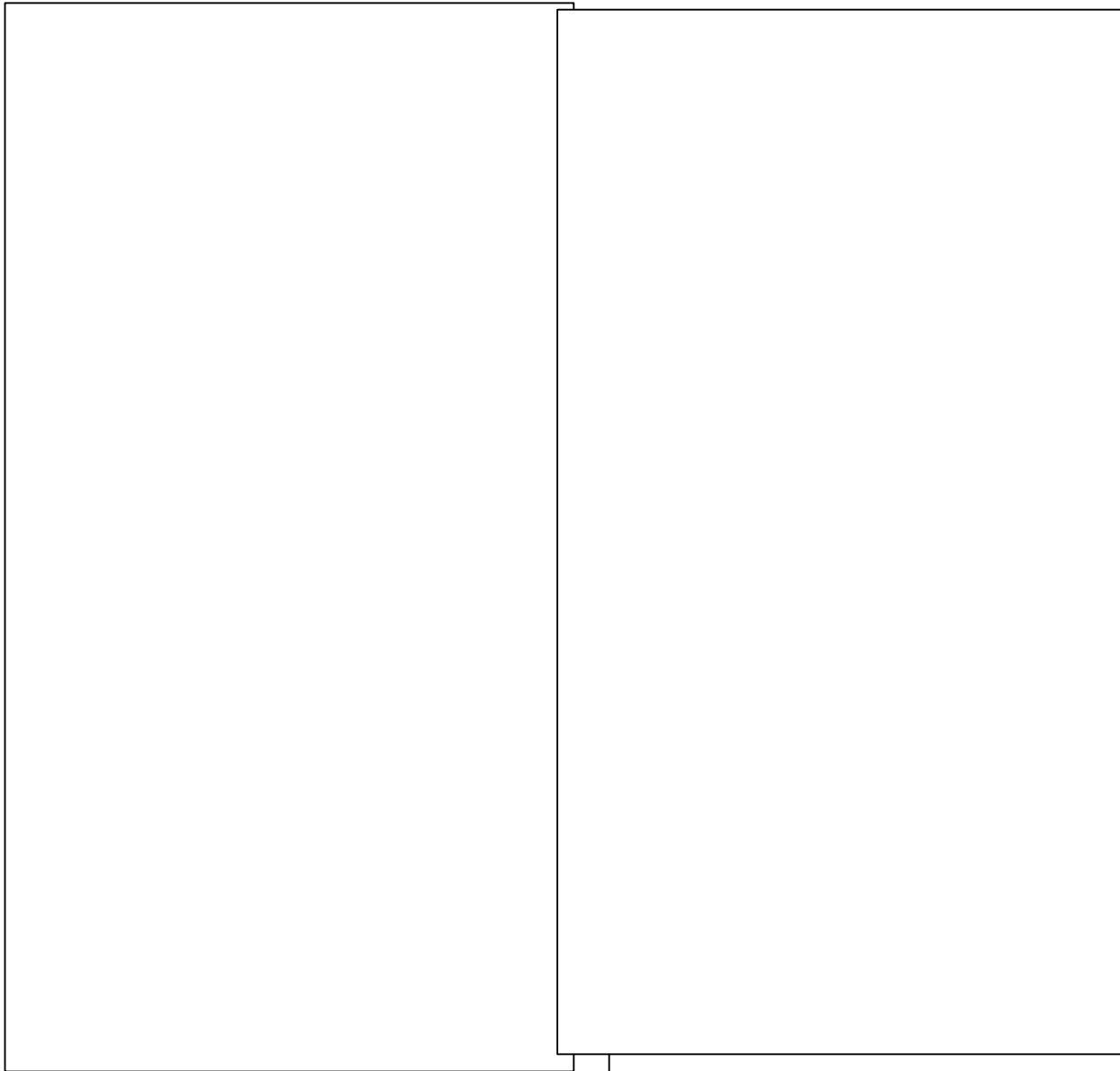
2. Alkoholfogyasztás

Hazánkban az alkoholfogyasztás mértéke – hivatalos statisztikák alapján – nemzetközi összehasonlításban [4] nem mutat túlságosan kedvezőtlen képet (29. ábra). A nyilvántartott adatok szerint Magyarországon az 1970-es évektől kezdődően az alkoholfogyasztás a nyugat-európai országok átlagértékéhez hasonlóan alakult. A vizsgált periódus kezdetén az elfogyasztott alkohol mennyisége folyamatosan növekedett és az 1970-es évek végére meghaladta az Európai Unió (EU) országainak fogyasztásából számított átlagot. Az 1980-as évek elejétől a fogyasztás Magyarországon és az EU országaiban is csökkenő tendenciát mutat. A referencia-országgént választott Hollandiában a fogyasztás tendenciája az EU átlaghoz hasonlóan, de jóval alacsonyabb szinten alakult. Feltűnően alacsony a közép-kelet európai (CEE) országokban a hivatalos adatokból származtatott fogyasztási szint, melynek hitelessége erősen kétségbe vonható. A magyar és a CEE országok adatainak megbízhatóságával kapcsolatos kételyek a halálozási adatok elemzésekor tovább erősödnek.

Az alkoholfogyasztási szokások egyik specifikus indikátora a krónikus májbetegségek és májzsugor okozta mortalitás alakulása (29. ábra). E halálteki csoportban a magyar lakosság korai halálozása nemzetközi összehasonlításban drámai képet mutat, miszerint a halálozás az 1970-es évek elejétől meredeken nőtt, ezzel szemben az EU országokban enyhén emelkedett, majd folyamatosan csökkent. A CEE országokban bár szintén folyamatosan növekvő tendenciát tapasztalunk, a krónikus májbetegségek és májzsugor miatti halálozás jóval alacsonyabb, mint hazánkban. Nagy valószínűséggel állítható, hogy a hivatalos fogyasztási statisztikák megbízhatatlanok, s a halálozási adatok alakulása alapján egyértelmű, hogy a magyar lakosság körében az alkoholfogyasztással kapcsolatos igen jelentős problémák súlyával kell számolni.

A magyar alkoholfogyasztási szokásokról a dohányzással kapcsolatban már hivatkozott két felmérésből - mikrocenzus (1984) [2] és az Egészségmagatartás tanulmány (1994) [3] - valamelyest hitelesebb képet kaphatunk.

29. Ábra. Az alkoholfogyasztás és a 0-64 éves lakosság krónikus májbetegségek és májsugor okozta halálozásának alakulása Magyarországon és Európában (1970-1995)



[Empty rectangular box]

Ezen tanulmányok eredményeiből megállapítható, hogy az alkoholt fogyasztók százalékos aránya 1984 és 1994 között erősen növekedett Magyarországon a nők és a férfiak valamennyi vizsgált korcsoportjában (19. táblázat).

19. táblázat.

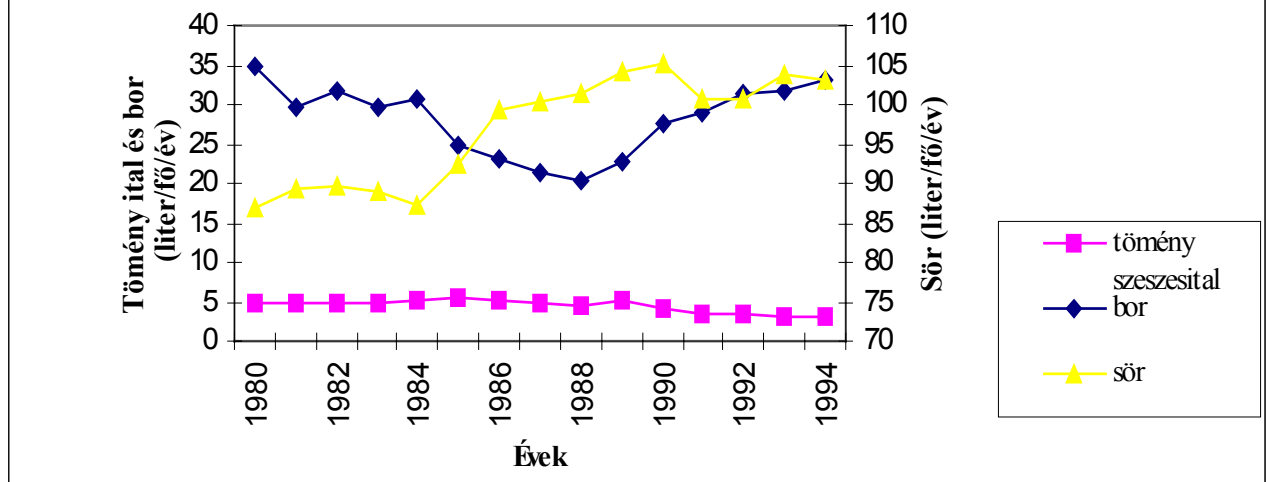
Az alkoholt fogyasztók arányának alakulása kor és nem szerint az 1984-es mikrocenzus és az 1994-es egészségmagatartás felmérés adatai alapján

Korcsoport	Alkoholt fogyasztók aránya %-os aránya					
	az 1984-es mikrocenzus adatai alapján			az 1994-es Egészségmagatartás vizsgálat adatai alapján		
	Férfi	Nő	Összes	Férfi	Nő	Összes
15-19	25,52	12,77	19,35	43,83	23	44,57
20-64	76,16	33,46	54,29	89	64	76
15-64	70,74	31,53	50,81	83	59	72

A hivatalos alkohol-fogyasztási statisztikák azt mutatják, hogy az egy személyre jutó tiszta alkohol fogyasztás csak a nyolcvanas évek közepéig növekedett, majd hosszú távon stagnáló trendet mutat. Ezek az adatok azonban nem tartalmazzák az illegális forrásokból beszerzett és elfogyasztott alkohol mennyiségét, ami becslések szerint elérheti a hivatalos fogyasztás 30-40%-át, s az utóbbi években valószínűleg ez az arány növekedett.

A statisztikák szerint az alkohol-fogyasztási szokások is változásokon mentek keresztül. A bor fogyasztása helyett a sör és tömény italok fogyasztása került előtérbe (30. ábra). 1980 óta, amíg a tömény italok és a bor fogyasztása közel állandó maradt, addig a sör fogyasztása rohamosan nőtt. Kérdés, hogy ez a tendencia a fogyasztói igények változását tükrözi-e vagy azt a tényt, hogy a sörfogyasztás mértéke – a beszerzési források jobb követhetősége miatt – a hivatalos statisztikákban megbízhatóbban tükröződik, mint a tényleges fogyasztás más alkohol-típusoknál. Célzott vizsgálatok hiányában ez a feltételezés csak valószínűsíthető.

30. Ábra. Egy főre jutó éves alkoholfogyasztás literben a különböző alkoholtípusoknak megfelelően Magyarországon, 1980-1994 között



Forrás: Health for All Data Base, version January 1998, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1998

Az alkoholfogyasztás rendszerességét 1994-ben nemeként is vizsgálta az egészségmagatartási felmérés és kimutatta, hogy minden ötödik férfi naponta fogyaszt alkoholt (20. táblázat).

20. táblázat.

Az alkoholfogyasztás gyakorisága nemeként az 1994-es egészségmagatartás felmérés adatai alapján.

Nem	Naponta fogyaszt alkoholt	Hetente két, három alkalommal fogyaszt alkoholt
Férfiak	21,7%	9,5%
Nők	2,9%	1,3%

Megállapítást nyert továbbá, hogy ha a az alkoholbetegség kritériumaként elfogadjuk, hogy a naponta elfogyasztott alkoholmennyiség, több mint 30ml tiszta szesz, akkor a rendszeresen alkoholt fogyasztó férfiak 81,2% és a rendszeresen alkoholt fogyasztó nők 46,5%-a alkoholbetegnek számít. A vizsgálat eredményei szerint a férfiak között legnagyobb az alkoholbetegek aránya a 40-49 éves korcsoportban, míg nőknél a 20-29 évesek körében. Az alkoholfogyasztás az iskolai végzettséggel szoros összefüggést mutat. A férfiak esetében minél alacsonyabb az iskolai végzettség, annál magasabb az alkoholbetegség prevalenciája. A férfiak körében a falvakban a legmagasabb az alkoholbetegség aránya, míg nőknél a nagyvárosokban és Budapesten.

3. Táplálkozási szokások

A magyar lakosság táplálkozási szokásairól kevés információ áll rendelkezésre, pedig táplálkozási szokásaink számos eleme döntő szerepet játszhat az egészségi állapotot jelző indikátorok megváltozásában. Ezt támasztják alá annak a vizsgálatnak az eredményei, amely a Közép-Kelet Európa politikai és gazdasági átalakulásokon átmenő országai lakosságának egészségi állapotában bekövetkező tendenciákat, s azok okait elemezte [5,6]. E szerint egyes országokban az egészségi állapot utóbbi években észlelhető javulásának fő oka a táplálkozási szokások megváltozásában – elsősorban a friss zöldség és gyümölcs növekvő fogyasztásában – keresendő.

A magyar lakosság táplálkozási szokásaival kapcsolatban nemzeti szinten eddig két keresztmetszeti vizsgálatot végeztek [3,7,8]; (1985-88 között az első reprezentatív táplálkozás-egészségügyi vizsgálat és az 1994-es Egészségmagatartás vizsgálat).

A táplálkozás-egészségügyi vizsgálatban a vizsgálatba vont egyének száma: 16742, a válaszadók száma 16641 (99%) volt. A minta a 14 éves és annál idősebb magyar lakosságot reprezentálta.

Ezen vizsgálat eredményei alapján, a lakosság többségének táplálkozása a legtöbb elemzett tényező szempontjából kedvezőtlen képet mutat. A férfiak 58%-a, míg a nők 62%-a enyhén, közepesen vagy súlyosan elhízott. A napi energia-bevitel az ideális érték felett van, s a táplálék összetétele is kedvezőtlen. Magas az állati eredetű fehérjebevitel és a telített zsírsavak fogyasztása, ugyanakkor alacsony a többszörösen telítetlen zsírsavak felvétele. Mindezek következtében is a yér-koleszterinszint a vizsgált egyének nagy részében (47%) a normál tartomány felső határa felett volt. Alacsony rostbevitel jellemző, annak ellenére, hogy a lakosság jelentős százaléka (70%) gyakran fogyaszt főzelékféléket. A nyers zöldségfélék, gyümölcsök fogyasztása alacsony, különösen télen (a lakosság közel 40%-a csak ritkán fogyaszt nyers zöldségféléket és friss gyümölcsöt).

A mikroelemek és vitaminok felvétele szintén előnytelen képet mutat; a Na bevitel magas, míg a K, Fe, Ca, Mg, aszkorbinsav, folsav bevitel alacsony.

Az 1994-es vizsgálat a táplálkozási szokások felmérésére más adatgyűjtési módszert követett, ami a két vizsgálat eredményeinek összehasonlíthatóságát korlátozza. Az 1994-es vizsgálat eredményei ugyanakkor arra utalnak, hogy táplálkozásunk számos elemében pozitív változás figyelhető meg (21. táblázat).

21. táblázat.

Az egyes ételek fogyasztásában bekövetkezett változás az 1994-et megelőző egy-két évben a megkérdezettek körében.

Ételtípus	Többet fogyaszt (%)	Kevesebbet fogyaszt (%)
Fehérkenyér	6,7	26,1
Barna kenyér	12,7	9,7
Gyümölcs	26,2	11
Vaj	5,9	32,7
Zsír, szalonna	4,3	39
Zöldség	26,1	6,8
Alacsony zsírtartalmú, sovány húsok	16,2	19,4
Szalámi	5,8	36,4
Hal	14,6	28,8
Szárnyas	26,2	11,7
Hal-konzerv	5,1	27,5
Disznóhús	7,2	32,9
Marhahús	5,1	41,6

Forrás: Egészségmagatartás vizsgálat eredményeit összegző tanulmányból (Központi Statisztikai Hivatal. Egészségmagatartás vizsgálat. 1996. Budapest) átvett táblázat.

A megkérdezettek körében magasabb a több zöldséget és gyümölcsöt fogyasztók aránya, és hasonlóan magasabb a kevesebb disznóhúst, zsírt és szalonnát fogyasztók aránya.

A válaszadókat három csoportba lehetett beosztani: egészséges táplálkozást preferálók, hagyományos táplálkozást előnyben részesítők és egy változó csoport (az utóbbiak esetében táplálkozási preferenciák nincsenek, az egészséges és kevésbé egészséges elemek keverednek). A hagyományos táplálkozás hívei legnagyobb arányban a falusi lakosság körében, míg az egészséges táplálkozás követői legnagyobb arányban a városi lakosság körében találhatók meg.

Annak ellenére, hogy a zöldség és gyümölcsfogyasztás összességében növekedett, télen változatlanul alacsony a fogyasztás. A megkérdezett férfiak 58%-a, a nők 53,4%-a csak ritkán fogyaszt zöldséget a téli időszakban. Hasonlóan változatlan a téli gyümölcsfogyasztás alakulása is.

Az elhízottak arányának alakulását a 22.sz. táblázat mutatja be.

22. táblázat.

Az elhízottak arányának alakulása az 1985-88-as táplálkozás-egészségügyi vizsgálat és az 1994-es Egészségmagatartás vizsgálat eredményei alapján.

Nem	1985-88	1994
Férfiak	58%	52,2%
Nők	62%	43,6%

Az enyhén, közepesen vagy súlyosan elhízottak aránya a populációban csökkent, különösen a nők körében.

Az iskolai végzettség összefüggést mutat a testtömeeggel. A felsőfokú végzettséggel rendelkezők között a legnagyobb a normális testtömeeggel rendelkezők aránya. A társadalmi státusz és elhízás kapcsolatának alakulásában is az előbbi összefüggés figyelhető meg.

4. Szabadidős aktivitás

A lakosság szabadidős aktivitásáról is a már eddigiekben tárgyalt két forrás szolgáltat adatokat [2,3]. Az 1984-ben végzett mikrocenzus során korlátozott mértékben ugyan, de gyűjtöttek információt a lakosság testedzési szokásairól. Ebből az állapítható meg, hogy a lakosság 84%-a szabadidejében rendszeres testedzést egyáltalán nem végez.

Az 1994-es Egészségmagatartás vizsgálat adatai azt mutatják, hogy a rendszeres testedzők aránya nem növekedett szignifikánsan a teljes lakosság körében. A teljes lakosságra vonatkozó érték 17,3% volt. A férfiak között magasabb a rendszeresen mozgók aránya (21,4%), mint a nők körében (13,4%).

Az életkor előrehaladtával a férfiak és a nők körében is csökken a rendszeres mozgást végzők aránya (23. táblázat). A legnagyobb arányban húszas éveik közepén és végén hagynak fel az emberek a rendszeres sportolással. A rendszeres sportot nem végzők gyakran hivatkoznak az idő hiányára, mint a rendszeres mozgás mellőzésének okára, valamint arra a szemléleti tényezőre, hogy a sportolást nem tartják fontosnak.

23. táblázat.

A rendszeresen sportolók aránya nemenkénti és korcsoportos bontásban Magyarországon az 1994-es Egészségmagatartás felmérés adatai alapján.

Nem	Korcsoportok									
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
Férfiak	52,9	30,7	26,8	17,2	20,7	10,8	8,4	9,6	9,7	9
Nők	29,4	31,1	16,5	13	7,3	10,2	7	9	5,7	2,7
Összesen	41,5	30,9	21,9	15,1	14,2	10,5	7,6	9,3	7,3	5,5

Forrás: Egészségmagatartás vizsgálat eredményeit összegző tanulmányból (Központi Statisztikai Hivatal. Egészségmagatartás vizsgálat. 1996. Budapest) átvett táblázat.

A szabadidős aktivitásra közvetlenül következtetni nem tudunk a versenyszerűen sportolók számának alakulásából, mégis figyelemfelkeltő lehet, hogy alig több mint tíz év alatt a versenyszerűen (rendszeresen) sportolók száma közel 40%-al csökkent Magyarországon (24. táblázat).

24. táblázat.

A minősítés céljából megvizsgált és megfelelt sportolók számának alakulása Magyarországon 1975 és 1992 között

Év	Minősítés céljából megvizsgált sportolók	“Versenyezhet” minősítést nyert sportolók
1975	482507	473160
1980	545081	541272
1985	472595	469065
1990	374206	371872
1991	341439	338458
1992	293583	291458

Forrás: Népjóléti Statisztikai Évkönyv, 1994. Népjóléti Minisztérium

5. Társadalmi egyenlőtlenségek

A társadalmi depriváció és a morbiditás ill. mortalitás alakulása közötti összefüggést számos nemzetközi tanulmány kimutatta [10,11]. Magyarországon a társadalmi különbségek egészségi állapotra gyakorolt hatásával kapcsolatban csak korlátozott információ áll a rendelkezésünkre, amit főként az okoz, hogy a szociális-gazdasági adatgyűjtések ritkán vannak összekapcsolva az egészségi állapotot jelző indikátorokkal. Ökológiai tanulmányok felhívják a figyelmet arra, hogy a társadalmi rétegek közötti egyenlőtlenségek a mortalitási és morbiditási adatokban is tükröződnek. A társadalmi tényezők egészségi állapotra gyakorolt hatásának számos összetevője és nagyon sok aspektusa van, éppen ezért ezeket a problémákat több szektor együttműködésével lehetne érdemben vizsgálni és a válaszadás módját megtalálni. Az interszektorális munkához a népegészségügyi szakirodalom számos elméleti és gyakorlati modellt ajánl a lakosság egészségi állapotával kapcsolatos problémák megoldásához. Jelen tanulmány keretei nem teszik lehetővé a probléma több szempontból való elemzését. Itt elsősorban csak annak becslésére vállalkoztunk, hogy a szociális problémákkal összefüggő egészségi állapot romlása, hogyan változott a magyar lakosság körében.

A magyar társadalomban a rendszerváltozás óta növekedtek a gazdasági különbségek. Egy 1993-ban készült tanulmány [12] a horizontális és vertikális egyenlőtlenségek alakulását vizsgálta a magyar társadalomban a 90-es évek során. A tanulmány főbb megállapításai a következők voltak:

- a 90-es évek során a gazdasági egyenlőtlenségek a magyar társadalmon belül növekedtek;
- különböző szociális támogatási rendszerek léteznek a gazdasági egyenlőtlenségek csökkentésére, de ezen programok hatásossága és hatékonysága ismeretlen;
- ilyen információk hiánya miatt megvan a veszélye annak, hogy az egyenlőtlenségek csökkentésére irányuló intézkedések nem hatékonyak.

A rossz szociális és gazdasági státusz nem közvetlen okozója a rosszabb egészségi állapotnak, hanem közvetett módon befolyásolja azt. Erre szolgálhat példaként a csecsemőhalálozás alakulása az anya iskolai végzettségének függvényében [13] (24/a. táblázat).

24/a. táblázat. A csecsemőhalálozási arányszám alakulása az anya iskolai végzettségének megfelelően Magyarországon, ezrelékben, 1970-ben, 1985-ben és 1995-ben.

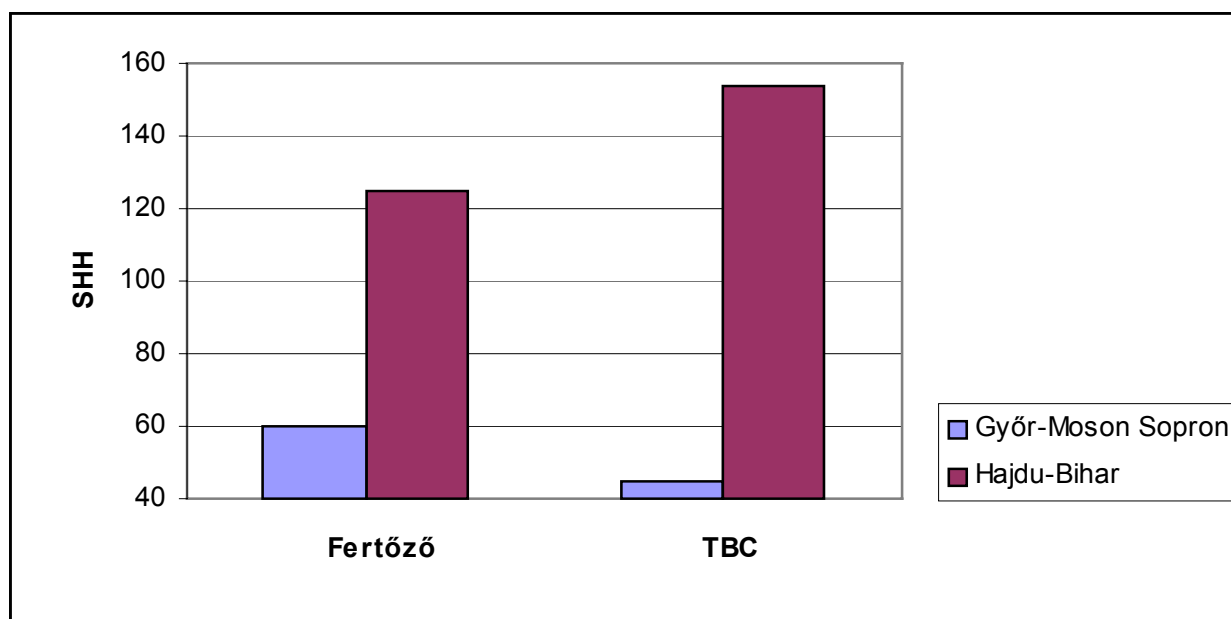
Iskolai végzettség	1970	1985	1995
0-7 osztály	46.3	38.2	27,5
8 osztály	35.6	21.7	11,8
Középiskolai	28.8	17.9	7,4
Felsőfokú	24.0	12.9	7,3
Összesen	35.7	20.4	10,7

Forrás: Demográfiai Évkönyv 1970,1985,1995.KSH,Budapest.

Látható, hogy minél alacsonyabb az anya iskolai végzettsége, annál nagyobb mértékű a csecsemőhalálozás. Különösen veszélyeztetettek a 8 általánost végzett vagy ennél is alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező anyák elveszülöttei az első életévükben. A problémára már többször felhívták a figyelmet [13].

A Debreceni Orvostudományi Egyetem Társadalomorvostani Intézetének munkacsoportja egy részletes elemzést készített két megye (Hajdu-Bihar és Győr-Moson-Sopron) lakossága egészségi állapotának összehasonlítására az 1980-as évek végén. Eredményeiket könyv és közlemény formájában is publikálták [14,15,16]. A tanulmányok rámutatnak, hogy a két megye lakosságának egészségi állapot mutatói között olyan különbségek vannak, amelyek nagy része a két megye eltérő társadalmi-gazdasági adottságaival van kapcsolatban. Erre példát a két megye lakossága esetében a fertőző betegségek és a TBC mortalitás adatai szolgáltatnak (31.ábra).

31. ábra.



A fertőző betegségek és TBC okozta halálozási különbségek (Standardizált Halálozási Hányados – SHH –) Győr- Moson-Sopron és Hajdu-Bihar megyében 1985-1990.

A TBC-s megbetegedés egyik legfontosabb determinánsa a társadalmi depriváció. Hajdu-Bihar megyében a szociális depriváció mértéke lényegesen nagyobb, mint Győr-Moson-Sopron megyében.

A Központi Statisztikai Hivatal vizsgálta a Budapesti kerületekben az 1993-1996 között tapasztalt halandóság alapján a kerületenkénti születéskor várható átlagos élettartamot nőkre és férfiakra vonatkozóan külön-külön. A 25. táblázat a négy legmagasabb és a négy legalacsonyabb értékkel rendelkező kerületek adatait mutatja.

25.táblázat.

A férfiak és nők születéskor várható átlagos élettartamának alakulása a négy négy legalacsonyabb és négy legmagasabb értéket mutató Budapesti kerületben, 1993-1996 között.

Kerület	Férfiak	Kerület	Nők
---------	---------	---------	-----

VIII.	62,39	VIII.	71,70
VII.	64,02	VII.	72,07
IX.	64,40	IX.	72,10
XX.	64,76	IV.	72,92
Budapest	67,53	Budapest	74,66
XI.	69,65	XIV.	76,00
I.	70,04	II.	76,22
XII.	70,31	III.	76,24
II.	71,85	V.	76,43

A táblázatból leolvasható, hogy a legalacsonyabb és legmagasabb értékkel rendelkező kerületek között a különbség a férfiak esetében csaknem kilenc és fél (9,46) év, a nők esetében csaknem öt év (4,73) volt. Ezek mögött a különbségek mögött elsősorban az eltérő társadalmi és gazdasági környezet hatásai húzódnak meg.

A fenti példák is azt érzékeltetik, hogy a társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek és az egészségi állapot indikátorai korrelációt mutatnak. Hazánkban az utóbbi években a társadalmi-gazdasági különbségek tovább növekedtek, amely a lakosság egészségi állapotát kedvezőtlenül befolyásolja. A különbségek növekedését befolyásoló tényezők feltárása további vizsgálatokat tesz szükségessé, és a komplex egészségpolitikai stratégia számára ezek számbavétele elkerülhetetlenül szükséges. Részletes nyomon követésük megkívánja a statisztikai adatok kezelésének (gyűjtés, rögzítés) egységesítését, beleértve az adatok összekapcsolhatóságát. A jelenlegi rutin statisztikák – megfelelő hozzáférés esetén – alapfokú deskriptív és ökológiai vizsgálatok elvégzésére már most is számos lehetőséget kínálnának. Alapvetően szükség lenne Magyarországon olyan folyamatos elemző munkára, ami a halálozási viszonyok alakulását gazdasági és szociális indikátorokkal összekapcsolva vizsgálná, továbbá kis térségekre lebontva elemezné az egészségi állapot és társadalmi tényezők összefüggését.

6. Környezeti tényezők

A környezeti tényezők monitorozását Magyarországon számos intézmény végzi. A gyűjtés jellege azonban számos adat-felhasználási és értelmezési problémát okoz:

1. a rendelkezésre álló adatok esetenként ismeretlenek maradnak a potenciális felhasználók számára, és általában jellemző, hogy a gyűjtött adatokat csak az adott ágazaton belül próbálják hasznosítani;
2. az adatok egymással való összekapcsolása a gyűjtés eltérő módszerei miatt gyakran nehézségekbe ütközik és a tudományos analízis így lehetetlen.

A jelenlegi környezet-egészségügyi adatbázisok fő hiányossága, hogy az érintett lakosság egészségi állapotával kapcsolatos indikátorokat nem tartalmazznak. Utólag ilyen adatokkal csak nehezen kapcsolhatók össze, ill. az adatok legtöbbje csak ökológiai jellegű

összehasonlítást tesz lehetővé. A környezeti tényezőkkel kapcsolatos vizsgálatokban egyéni expozícióra és válaszra vonatkozó adatgyűjtést rendszerint nem végeznek, ami lehetetlenné teszi ok-okozati összefüggések megállapítását. A környezet-egészségügyi vizsgálatokhoz kapcsolódóan országos és helyi szinten is egy megfelelően működő morbiditási adatbázis kialakítására lenne szükség.

A magyarországi környezeti tényezőkre vonatkozó információk összefoglalásra kerültek a magyarországi Környezet-egészségügyi Akcióprogram keretében [17].

Az anyagban a környezeti determinánsok következő elemei kerülnek leírásra:

1. Levegő-minőség
2. Víz-minőség
3. Zaj
4. Munkahelyi tényezők

Levegő minőség

A levegőszennyezettség nagy része Magyarországon a közlekedésből származik. Az ország területének kb. 13%-a számít szennyezettnek, ahol a lakosság 43%-a él. A legszennyezettebb városok: Budapest, Kecskemét, Békéscsaba, Gyula, Hódmezővásárhely, Zalaegerszeg. A fő szennyező-anyagok: CO₂, NO₂, CO és ülepedő por. A relatíve kis koncentrációban előforduló szennyező-anyagok (pl. ólom, kadmium, nikkkel, benzén, PAH stb.) koncentrációja és az érintett közösségek egészségére kifejtett hatása ismeretlen.

Vízminőség

A lakosság 97%-a vezetékes vízzel ellátott. A nagyvárosokban a vízminőség jónak mondható. Magyarországon a lakosság nagy része a közegészségügyi normáknak megfelelő minőségű vizet fogyaszt. Problémák csak helyi szinten (elsősorban elmaradott aprófalvas övezetekben), jelentkeznek ezek a következők:

1. az arzén koncentrációja a megengedett határérték felett van;
2. a magas ammónium és nitrát koncentráció okoz;
3. a kalcium/magnézium hányados magas;
4. a víz fluorid koncentrációja alacsony;
5. alacsony jód koncentráció mérhető.

Zaj

A zaj expozíció mértéke és az egészségre gyakorolt hatása többnyire ismeretlen Magyarországon. Egyes becslések szerint a közutakon történő közlekedés zaja a lakosság mintegy 50%-át zavarja.

Munkahelyi környezet

A munkahelyi környezet okozta expozíció a rendszerváltást megelőző években viszonylag jól ismert volt. A rendszerváltást követően a munkahelyek számának dramatikus növekedése kapcsán a munkahelyek okozta egészségkárosító hatások monitorozása lehetetlenné vált, így ezek hatása nem is becsülhető.

Irodalomjegyzék

1. Evans RG., Stoddart GL.: Producing health, consuming health care. Social Science and Medicine 31(12), 1347-1363. 1990.

2. Kepecs J., Dallos Ö.-né, Pálházy L., Korom Gy.: Egészségi állapot, egészségkárosító szokások az 1984. évi mikrocenzus alapján. 1987. Budapest, KSH.
3. Health Behaviour Survey. Central Statistical Office. 1996. Budapest.
4. Health for All Data Base, version January 1998 WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1998.
5. European Centre on Health of Societies in Transition (ECOHOST) in collaboration with the WHO European Centre on Environment and Health: Childhood Injuries. A Priority area for the Transition countries of Central and Eastern Europe and the Newly Independent States. 1998. London.
6. Bobak M., Skodova Z., Pisa Z., Poledne R., Marmot M.: Political Changes and trends in cardiovascular risk factors in the Czech Republic, 1985-92. *Journal of Epidemiology and Community Health* 51, 272-277. 1997.
7. Bíró Gy.: Kockázati tényezők a lakosság táplálkozásában Magyarországon. *Egészségtudomány* 1992;**36**:6-15.
8. Bíró Gy.: Az első Magyarországi reprezentatív táplálkozási vizsgálat: az eredmények áttekintése. *Népegészségügy* 1994;**75**:129-133.
9. Népjóléti Statisztikai Évkönyv. Népjóléti Minisztérium. 1997. Budapest.
10. Smith GD., Egger M.: Socioeconomic differences in Britain and the United States. *American Journal of Public Health* 82, 1079-1081. 1992.
11. Wilkenson RG.: National mortality rates: the impacts of inequality. *American Journal of Public Health* 90, 1082-1084. 1998.
12. Szívos P.: Vertikális és horizontális egyenlőtlenségek Magyarországon az 1990-es évek elején. *Demográfia* 36(2-3), 224-237. 1993.
13. Orosz É.: Regional inequalities in the Hungarian health system. *Geoforum* 21(2), 245-259. 1990.
14. Vargáné-Hajdu P., Belicza É., Boján F.: A lakosság halandósági helyzetének elemzése Hajdu-Bihar megyében és Debrecenben. *Népegészségügy* 72, 88-117. 1991.
15. Vargáné-Hajdu P., Belicza É., Józán P., Boján F.: A halandóság területi sajátosságainak elemzése Győr-Moson-Sopron megyében. *Népegészségügy* 73, 196-226. 1992.
16. Vargáné-Hajdu P., Józán P., Boján F.: Társadalmi, gazdasági és halandósági különbségek Győr-Moson-Sopron és Hajdu-Bihar megye térségében. *Népegészségügy* 74, 157-170. 1993.
17. Pintér A. (szerk.): Hungarian Environmental Health Action Programme. Veszprém: 1997.

A NÉPEGÉSZSÉGÜGYI OKTATÁS HELYZETE HAZÁNKBAN

Vitathatatlan tény, hogy a hatékony prevenciós tevékenység “sine qua non”-ja a magasszinten képzett humán erőforrás, a népegészségügy iránt nemcsak elkötelezett, de a problémák identifikálására, kezelésére, az alkalmazott intervenciós tevékenységek hatékonyságának mérésére képes szakember-gárda, biztosítása.

Tekintettel arra, hogy a népegészségügyi tevékenység csak multidiszciplináris elméleti megalapozottságú interszektoriális gyakorlatként lehet igazán hatékony, a specializált képzés nem szűkíthető le a közegészségügyi-járványügyi szakorvosok képzésére.

Bár a népegészségügyi gyakorlat megalapozó és meghatározó elméleti diszciplinája a megelőző orvostan, ez amennyiben nem multidiszciplináris matrixba ágyazott- pusztán steril tudomány.

Hazánkban napjainkban van születőben az a képzési struktúra, mely a hatékony európai népegészségügyi szakképzés és szakirányú továbbképzés kritikus leképezéseként hatékony szakember gárda életrehívását és működtetését teszi lehetővé.

A népegészségügyi szakorvosképzés helyzete

Jelenleg áll kidolgozás alatt hazánkban a szakorvosképzés eurokonform rendszere, azaz a szakképzés struktúrájának és tartalmának megfeleltetése az UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes) által 1993. októberében elfogadott 93/16 (1993. ápr. 13) EEC okiratnak, melynek 4 cikkelye kimondja, hogy az EU-tagállamok kölcsönösen elfogadják az egymás által, azonos minősítési eljárást követően, szakképzettségről kiállított diplomákat, ha azok az okiratban specifikált követelményeknek megfelelnek (1, 2).

Az EU tagállamokon belül az UEMS által regisztrált és elfogadott alapszakmák között, variabilis név alatt ugyan, a *népegészségtan* (public health, public health medicine, community medicine) az egyetlen szakképesítés; melyre különböző – a szakmai szubspecialitásoknak megfeleltetett, ún. ráépített szakképzési formák, ill. szakképesítések léteznek. Örvendetes, hogy az EU csatlakozás kritériumainak való megfeleltetés kikényszeríti hazánkban is azt a változást, hogy egy alapszakvizsga letétele képezzen egységes szakmai bázist a szakterületen való orvosi ténykedéshez, s ne csak különböző szubspecialitásokat reprezentáló alapszakképzések (közegészség-járványtan, társadalomorvostan, közegészségügyi laboratóriumi vizsgálatok) vitassák egymás között – inefficienciájuk ismeretében -, hogy melyik öleli fel leginkább a népegészségtan egészét. Remélhető, hogy elfogadásra kerül a négy magyar orvostudományi egyetem releváns intézeteinek vezetői által kimunkált konszenzusos javaslat, miszerint alapszakképesítésként

“megelőző orvostan és népegészségtan”

még ráépített szakképesítésként

“társadalomorvostan”

“közegészségügyi laboratóriumi vizsgálatok”

“epidemiológia”

“környezetegészségtan”

“élelmezés- és táplálkozásegészségtan”

szerepelnek.

Minden egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzés kötelező törzsképzési anyagával kapcsolatban – elismerve a kötelező törzsanyag elemeinek jogosságát – szükségesnek látszik a

törzsanyagba egy, a népegészségügyi szempontból legjelentősebb betegségek epidemiológiáját és prevencióját taglaló tanfolyam beiktatása, tekintettel arra, hogy egyetlen orvossal szemben a művelője sem nélkülözheti ezeket az ismereteket, s kötelező oktatásukkal nyilvánulhat meg az egészségügyi kormányzatok azon aktuálpolitikai szempontoktól független akarata is, hogy végre a szlogen szintjéről a mindennapos egészségügyi tevékenység szemléleti elemévé emelkedjen a prevenció. A négy orvosegyetem releváns tanszékeinek vezetője javasolta a törzsanyag tematikájában azt a változtatást, hogy az “egészség és környezet (ökológia)” kötelező törzsanyag elem környezetegészségtan néven jelenjen meg, s ne az “egészségügyi-gazdasági ismeretek” alegységeként, hanem önálló törzsképzési egységként, úgy mint *népegészségügyi alapismeretek*

- környezetegészségtan
- népbetegségek epidemiológiája és megelőzése.

“Megelőző orvostan és közegészségtan” alapszakképzés esetében 4 év szakképzési idő, s az alábbi szakképzési elemek teljesítése javasolt:

6 hónap betegellátási gyakorlat

(2 hónap belgyógyászat,

2 hónap fertőző,

2 hónap sürgősségi ellátás)

12 hónap népegészségügyi törzsképzés

(prediktív medicina, epidemiológia, környezetegészségtan,

táplálkozás-egészségtan, fertőző- és nem fertőző betegségek epidemiológiája és

kontrollja, egészségvédelem és egészségpromóció, egészségügyi rendszerek és

szabályozások, népegészségügyi jogi ismeretek)

6 hónap megelőző orvostani/népegészségtani tudományos képzési program

6 hónap közegészségügyi laboratóriumi gyakorlat

18 hónap népegészségügyi tevékenység, gyakorlat

Posztgraduális népegészségügyi képzés

1999-ben éppen száz esztendeje annak, hogy Európa népegészségügyi iskoláinak prototípusa, a London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) megkezdte működését, azzal az igénnyel, hogy a népesség egészségi állapotának védelmére, fejlesztésére és a betegségek megelőzésére speciális posztgraduális képzést nyújtson. Az Iskola életrehívását az a felismerés alapozta meg, hogy hatékony népegészségügyi tevékenység célzottan képzett szakembergárda nélkül nem lehetséges. Az elmúlt század alatt az angol példát számos nemzet követte létrehozván népegészségügyi iskoláit, így mára Európa harminc országában ötvennyolc népegészségügyi iskola működik, tevékenységi spektrumait flexibilisen alakítva a népegészségügy változó kihívásaihoz.

Magyarországon először az Egészségügyi Szolgáltatások és Menedzsment világbanki program keretében 1996-ban nyílt lehetőség **Népegészségügyi Iskola** létrehozására. A Debreceni Orvostudományi Egyetem szervezeti keretei között létrehozott és működő Népegészségügyi Iskola fő feladatai jelenleg:

- szakoklevelet (másoddiplomát) nyújtó szakirányú képzés és továbbképzés a népegészségügy, környezet-egészségügy és egészségügyi minőségbiztosítás szakirányban, egyetemi vagy főiskolai diplomával már rendelkezők számára teljes vagy részidejű (800-850 órás) képzés formájában,
- rövid továbbképző tanfolyamok a népegészségügy területén,
- tudományos kutatómunka a népegészségügy területén,
- szakértői tevékenység a népegészségügy területén.

A Népegészségügyi Iskola projekt ez idő szerint implementációs fázisban van, az Iskola képzési tevékenysége folyamatosan bővül.

A népegészségügyi, környezet-egészségügyi vagy minőségügyi szak elvégzése, vagy valamely rövid továbbképző tanfolyamon való részvétel azoknak az egyetemi vagy főiskolai diplomával rendelkező szakembereknek ajánlott, akik

- az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat központi és területi intézetei
- egészségpolitikai intézmények (Egészségügyi és más minisztériumok, szerveződő regionális egészségügyi tanácsok)
- önkormányzatok egészségügyi és szociális osztályai
- egészségbiztosítás központi és területi intézményei
- környezetvédelmi intézmények
- egészségügyi intézmények (kórház, járóbeteg-szakellátás, stb.)
- ipari és agrárágazatok különböző szférái
- foglalkozás-egészségügyi intézmények,
- egyetemi és főiskolai tanszékek, intézetek, kutatóhelyek,
- az egészségügyi ellátás technikai feltételeit biztosító intézmények (gyógyszergyárak, ipari vállalatok, stb.), vagy
- civil szervezetek

valamelyikében dolgoznak, illetve a szak vagy tanfolyam elvégzését követően dolgozni kívánnak.

A népegészségügyi és környezet-egészségügyi szakok alapítását és indítását a Magyar Akkreditációs Bizottság és a Felsőoktatási Tudományos Tanács elfogadta; a minőségügyi szak akkreditációja folyamatban van. Az előbbi két szak tantervét az Association of Schools of Public Health (ASPHER) is véleményezete, s az európai képzési normákhoz viszonyítva is kiemelkedőnek találta.

Az egyes szakok oktatási programja moduláris szerkezetű. Ez azt jelenti, hogy a tantárgyak egy-egy tömbben, rendszerint egy-három hetes blokkokban kerülnek oktatásra.

A modulok négy csoportba sorolhatók: ismereteket kiegyenlítő (K), alapozó (A), szakirányú (N) és specializációt elősegítő (S) modulokra. Mivel a Népegészségügyi Iskolába különböző (természettudományi, társadalomtudományi, közgazdasági, jogi) diplomával lehet jelentkezni, ezért szükség van az eltérő irányú előképzettségből eredő egyenlőtlenségek csökkentésére, ezt szolgálják az ismereteket kiegyenlítő 'K' modulok. Az 'A' jelzésű modulok a szakirányú képzés módszertani megalapozását szolgálják, az

'N' jelű modulok szakirányú ismereteket nyújtanak. Az 'S' modulok célja a szakirányú képzés kiegészítése az egyéni érdeklődés és specializációs szándék alapján.

A hallgatóknak időközi dolgozatot (projektet) kell írniuk, amelynek célja elsősorban a szakirodalomra és másodlagos adatokra támaszkodva a szakterületi problémák elemzésének elsajátítása. A záróvizsga előtt szakdolgozatot (diplomamunkát) kell benyújtani, amelynek tárgya elsősorban primer adatokra támaszkodva egy, lehetőleg a jelölt munkaköre szempontjából releváns szakterületi probléma elemzése és a probléma kezelésére javasolt program kidolgozása.

Továbbképzési jelleggel valamennyi felajánlott modul önállóan is felvehető azok számára, akik a szakokra nem kívánnak jelentkezni, de élni szeretnének adott területen a továbbképzés lehetőségével.

A **népegészségügyi szak** az 1996/97-es tanévtől kezdődően évente indul. Államvizsga előtt álló hallgatók száma jelenleg 10; másodéven 18, első éven 12 hallgatója van. Oktatási programját az 26. számú táblázat mutatja be.

A népegészségügyi szak célja, hogy a szakot elvégzett szakemberek olyan megfelelő tudományos, módszertani felkészültséggel és szemlélettel rendelkezzenek, amelynek birtokában a lakosság egészségi állapotának monitorozását, az egészségi állapotot befolyásoló tényezők elemzését, a népegészségügyi problémák, szükségletek és igények feltárását és azok rangsorolását, a népegészségügyi problémák megoldását célzó helyi, regionális és országos egészségpolitika kidolgozását, a népegészségügyi szükségleteket kielégítő egészségmegőrző, preventív és gyógyító szolgáltatások tervezését, szervezését, a preventív intervenciók megvalósítását, és végül az egészségmegőrző, betegségmegelőző és gyógyító szolgáltatások hatékonyságának elemzését és értékelését sikerrel végezhetik.

A **környezet-egészségügyi szak** az 1997/98-es tanévtől kezdődően indul évente. Másodéven 5, első éven 10 hallgatója van. Oktatási programját a 27. számú táblázat mutatja be.

Az egészségkárosító környezeti tényezők feltárása, e hatások csökkentése, ill. optimális esetben ezek kiküszöbölése az egészségügy területén messze túlmutató össztársadalmi aktivitást igényel, különböző szakmai és társadalmi szervezetekben működő, felkészült szakemberek együttműködésével. A környezetorientált döntéshozásban elsősorban érintett környezetvédelmi, egészségügyi, önkormányzati vezető beosztású és közvetlen feladatokat ellátó diplomás szakembereknek egyaránt komplex tudással kell rendelkezniük, hogy ismerjék a környezet megváltozásának minden lehetséges aspektusát, így az összefüggéseket a környezeti állapot és a népesség egészségi mutatói között. Jelenleg ez az egyetlen képzési forma Magyarországon, amely kellő szintű posztgraduális felkészítést nyújt a szakterületen.

A **minőségügyi szak** 1998/99-es tanévben indult első ízben, jelenleg 23 hallgatója van. Oktatási anyagát a 28. számú táblázat mutatja be.

A képzés célja olyan szakemberek képzése, akik az egészségügyi ellátás minden szintjén képesek az egészségügyi szolgáltatások jellemzésére és fejlesztésére, minőségi indikátorok és szolgáltatási standardok kidolgozására. Képesek minőségügyi rendszert tervezni, bevezetni, működtetni, valamint a működés hatásait mérni és értékelni. Ezek alapján képesek a szükséges változtatások meghatározására, tervezésére és megvalósítására, alkalmasak tervező, szervező, irányító és ellenőrző tevékenységre.

2000. szeptemberére tervezett az epidemiológia és egészségnevelési szakok indítása.

TOVÁBBKÉPZŐ TANFOLYAMOK

A Népegészségügyi Iskola képzési formája moduláris szerkezetű, vagyis a tantárgyak egy-egy tömbben, rendszerint egy-két hetes blokkokban kerülnek oktatásra.

Ez a rendszer lehetővé teszi a képzésbe egy-egy modul erejéig való bekapcsolódást, rövid tanfolyam résztvevőjeként. A jelentkezők korlátozás nélkül válogathatnak az Iskola által felkínált tanfolyamok között.

A tanfolyami jelentkezések száma az 1997/98-as tanévben 91, az 1998/99-es tanévben 71.

A 29. és a 30. számú táblázatok a Népegészségügyi Iskola hallgatóinak összetételét munkahely és végzettség szerint mutatják be.

Az egészségtan és egészségnevelés oktatása az általános és középiskolákban

A 130/1995 (X.26) kormányrendelet értelmében kiadásra került a kötelező oktatás tartalmi szabályozását rögzítő Nemzeti alaptanterv (NAT), mely a magyarországi közoktatás tizenkét iskolai évfolyamán belül a tankötelezettség tíz évfolyamára állapítja meg a nevelő és oktatómunka minden hazai iskola számára előírt közös követelményeit. A NAT un. műveltségi területei között az egészségtan, ill. egészségvédelem az "5. Ember és természet: természetismeret, fizika, kémia, biológia és egészségtan" c. részterület elemeként szerepel. "A műveltségi területek oktatásának közös követelményei" részben "Testi és lelki egészség" alcím alatt a képzési célkitűzés vázolására is sor kerül. Ugyanakkor az egészségtan és egészségvédelem a "Biológia és egészségtan" tárgy keretében csak minimális reprezentációval bír. A "Részletes követelmények a 10. évfolyam végén" rész mindössze két mondatban rögzíti az elvárt minimális teljesítményt; nevezetesen "A betegségmegelőzés lehetőségei, az egészségkárosító hatások következményei. Az orvosi ellátás (védőoltások, szűrővizsgálatok, szakvizsgálatok, terhesgondozás, gyermekgyógyászat) igénybevétele ismeretét"

Az Oktatási Minisztérium 1999 első félévére ütemezte a NAT revízióját. Az egészségtan és egészségvédelem önálló tantárgyként, megfelelő tanrendi reprezentációval való szerepeltetése sürgető szükségszerűség.

Irodalomjegyzék

1. Bodosi, M.: A szakorvosképzés elvei az Európai Közösségben és teendők a harmonizáció érdekében. Orvosképzés, 6, 320-331, 1997.
2. UEMS Policy Proposals for Classification and Training Durations of Specialties registered in Doctor's Directives 1996. European Union of Medical Specialists, Secretariat, Brussels.

26. SZÁMÚ TÁBLÁZAT A népegészségügyi szak oktatási programja

Modul címe	ÓRASZÁM	KREDIT
Ismereteket kiegészítő (K) modulok		
Egészség és betegség biológiája	50	6 pont

Bevezetés a szociológiába	25	3 pont
Közgazdasági alapismeretek	25	3 pont
Biostatisztika matematikai alapjai	15	2 pont
Alkalmazott számítástechnika alapjai	25	3 pont
Ökológiai alapismeretek	15	2 pont
Angol szaknyelv	25	3 pont
Alapozó (A) modulok		
Egészségügyi informatika alapjai	50	7 pont
A biostatisztika alapjai	50	7 pont
Az epidemiológia alapjai	50	7 pont
A magatartástudomány alapjai és vizsgálómódszerei	50	7 pont
Egészségügyi rendszerek alapjai	50	7 pont
Egészségügyi gazdaságtan alapjai	50	7 pont
Szakirányú (N) modulok		
Epidemiológia a népegészségügyben	75	11 pont
Környezet-egészségtan és –epidemiológia	75	11 pont
Nem fertőző betegségek epidemiológiája	75	11 pont
A fertőző betegségek epidemiológiája	75	11 pont
Egészségügyi menedzsment	75	11 pont
Egészségpolitika	75	11 pont
Egészségmegőrzés	75	11 pont
Orvosi demográfia	50	7 pont
Népegészségügyi problémák a hátrányos helyzetűek körében	50	7 pont
Egyéni specializációt elősegítő (S) modulok		
		3-11 pont / modul
Időközi dolgozat		2 pont
Diplomamunka (szakdolgozat)		8 pont
KÖTELEZŐEN MEGSZERZENDŐ		130 PONT

27. SZÁMÚ TÁBLÁZAT A környezet-egészségügyi szak oktatási programja

Modul címe	ÓRASZÁM	KREDIT
Ismereteket kiegyenlítő (K) modulok		
Egészség és betegség biológiája	50	6 pont
Bevezetés a szociológiába	25	3 pont
Közgazdasági alapismeretek	25	3 pont
Biostatisztika matematikai alapjai	15	2 pont
Alkalmazott számítástechnika alapjai	25	3 pont
Ökológiai alapismeretek	15	2 pont
Angol szaknyelv	25	3 pont
Alapozó (A) modulok		
Az egészségügyi informatika alapjai	50	7 pont
A biostatisztika alapjai	50	7 pont
Az epidemiológia alapjai	50	7 pont
A magatartástudomány alapjai és vizsgálómódszerei	50	7 pont
Epidemiológia a népegészségügyben	75	11 pont
Ökológia	75	11 pont
Szakirányú (N) modulok		
Környezet-egészségtan és epidemiológia	75	11 pont
Sugáregészségtan	25	3 pont
Környezeti toxikológia	50	7 pont
Foglalkozás-egészségtan	50	7 pont
Kockázatbecslés, - kezelés és kommunikáció	25	3 pont
Környezet-egészségügyi rendszerek és szabályozások	50	7 pont
Táplálkozás-egészségtan és –epidemiológia	50	7 pont
A környezetvédelem alapjai	25	3 pont
Környezet-egészségügyi terep- és laboratóriumi gyakorlatok	50	7 pont
"Journal Club"	25	3 pont
Egyéni specializációt elősegítő (S) modulok		
		3-11 pont / modul
Időközi dolgozat		2 pont
Diplomamunka (szakdolgozat)		8 pont
KÖTELEZŐEN MEGSZERZENDŐ		130 PONT

28. SZÁMÚ TÁBLÁZAT A minőségügyi szak oktatási programja

Modul címe	ÓRASZÁM	KREDIT
Ismereteket kiegyenlítő (K) modulok		
Egészség és betegség biológiája	50	6 pont
Bevezetés a szociológiába	25	3 pont
Közgazdasági alapismeretek	25	3 pont
Biostatisztika matematikai alapjai	15	2 pont
Alkalmazott számítástechnika alapjai	25	3 pont
Angol szaknyelv	25	3 pont
Alapozó (A) modulok		
Egészségügyi informatika alapjai	50	7 pont
A biostatisztika alapjai	50	7 pont
Az epidemiológia alapjai	50	7 pont
A magatartástudomány alapjai és vizsgálómódszerei	50	7 pont
Egészségügyi gazdaságtan alapjai	50	7 pont
Epidemiológia a népegészségügyben	75	11 pont
Bioetika a népegészségügyben	25	3 pont
Egészségpolitika	75	11 pont
Többváltozós vizsgálatok az epidemiológiában	25	3 pont
Szakirányú (N) modulok		
Menedzseri alapismeretek	75	11 pont
Minőségügyi alapismeretek	50	7 pont
Minőségügyi rendszerek	50	11 pont
Minőségfejlesztési módszerek	50	7 pont
Indikátorok az egészségügyben	50	11 pont
Az egészségügyi szolgáltatások értékelése	25	11 pont
Projekt menedzsment	25	3 pont
Fertőzések ellenőrzése	25	3 pont
Egyéni specializációt elősegítő (S) modulok		
		3-11 pont / modul
Időközi dolgozat		2 pont
Diplomamunka (szakdolgozat)		8 pont
KÖTELEZŐEN MEGSZERZENDŐ		125 PONT

A NÉPEGÉSZSÉGÜGYI ISKOLA HALLGATÓINAK ÖSSZETÉTELE AZ 1998/99-ES TANÉVBEN

a/ munkahely szerint

Munkahely	HALLGATÓK SZÁMA	
	szakon	tanfolyamon
ÁLLAMI NÉPEGÉSZSÉGÜGYI ÉS TISZTIORVOSI SZOLGÁLAT	31	61
Kórházak	18	3
Debreceni Orvostudományi Egyetem	16	-
Privát szektor	3	6
Munkanélküli	1	-
Egyéb	9	1
ÖSSZESEN	78	71

29. számú táblázat

b/ végzettség szerint

VÉGZETTSÉG	HALLGATÓK SZÁMA	
	szakon	tanfolyamon
orvos	40	13
közegészségügyi - járványügyi felügyelő	9	27
diplomás ápoló	5	-
intézetvezető	5	2
tanár	3	2
vegyész (mérnök)	3	-
védőnő	2	9
szociológus	2	-
egyéb	9	18
Összesen	78	71

30. számú táblázat

A PREVENCIÓ HELYZETE MAGYARORSZÁGON

A prevenció tevékenység jellemzői napjainkban

A Magyarországon futó prevenció programok áttekintése a teljesség igényével lehetetlen. Ez a tény önmagában kórjelző értékű. Az 1991. évi XI. törvény az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról, mely a korszerű népegészségügyi szolgálat létrehozását célozta, s az ÁNTSZ felelősségi körébe utalta a racionalizált prevenció stratégia kimunkálását, gyakorlati megszervezését, irányítását és hatékonyságának mérését* létrejött ugyan, de a törvényhozói szándék teljesüléséről, elemzése szoruló ok-okozati összefüggések miatt, sajnos nem beszélhetünk.

Az 1997. évi CLIV. törvény III. fejezetének 35.§ (1) pontja kimondja: “A népegészségügy a társadalom egészségének szervezett tevékenysége, amelynek célja a lakosság egészségi állapotának javítása, az egészség megőrzése, a betegségek megelőzése révén”, de a rendeletalkotások szintjén a gyakorlati megvalósítás szabályozása nem történt meg.

Általánosan elfogadott, hogy ma hazánkban a nem fertőző krónikus betegségek jelentik a legnagyobb népegészségügyi problémát. Néhány, főleg a szív-, és érbetegségek területén végzett megelőzési és gondozási programon kívül kevés kezdeményezés történt, mely ne klinikai

problémaként kezelte volna a krónikus nem fertőző betegségek elleni küzdelmet. Következésképp, jelentős forrásokat a szofisztikált diagnosztikai és terápiás technológia kialakítására, fejlesztésére és fenntartására használtak csak fel. Ez a stratégia csak nagyon korlátozott sikereket eredményezett, mivel a beavatkozást a betegség meglehetősen késői, manifeszt állapotában alkalmazzák; ezeknek a betegségeknek legnagyobb része az élet végéig tartó kezelést igényel, melynek költsége nagyon magas (különösen igaz ez, amikor a fejlett, költséges technológiát a betegség végső szakaszában használják). Ennek a stratégiának a népesség egészségi állapotára csak igen korlátozott hatása van. Specializált szolgáltatások fenntartását igényli, melyek rendkívül költségesek, így fenntartásuk hazánknál sokkal gazdagabb országokban is nagy nehézségekbe ütközik.

Az elmúlt harminc év vizsgálatai meggyőző módon mutattak rá arra, hogy a nem fertőző krónikus betegségek nagy része megelőzhető, ill. bekövetkezési időpontja későbbre halasztható. Finnországban a megelőző intézkedések a szív-, és érbetegség halálozást kevesebb, mint felére, a rosszindulatú daganatokét pedig egyharmadával csökkentették (1). Ebből adódóan nemcsak az emberi szenvedést sikerült csökkenteni, hanem az egészségügyi szolgáltatás kiadásai is jelentősen

*- 3.§. “A Szolgálat népegészségügyi tevékenysége körében a) folyamatosan figyelemmel kíséri, értékeli és nyilvánosságra hozza a lakosság egészségi állapotának alakulását, az egészségi állapotot veszélyeztető környezeti, életmódbeli, valamint egyéb tényezőket és javaslatot tesz ezek megszüntetésére...”

- 5.§. “(1) A Szolgálat az egészségvédelmi tevékenysége keretében irányítja és szervezi a népbetegségek megelőzését szolgáló feladatok végrehajtását, az egészségügyi ismeretek terjesztését.”

mérséklődtek. Ez és egyéb vizsgálatok fektették le az alapját annak a tudományos egyetértésnek, mely preventív akciók indítását illetve folytatását szorgalmazza.

Világbanki hitelből támogatott népegészségügyi programok hazánkban

1993-ban a Népjóléti Minisztérium a lakosság egészségi állapotának az EU országokban jellemző szintre való felzárkóztatása érdekében világbanki hitelből elindította az **Egészségügyi Szolgáltatások és Menedzsment Projekt (ESZMP)-et** az alábbi célkitűzések megvalósítására:

- A lakosság egészségi állapotának javítása a Magyarország és a nyugat-európai országok közötti szakadék felszámolásának megkezdésével és az egészségügy átalakítására elfogadott kormányprogram támogatásával, különös tekintettel a hatékonyabb beavatkozásokra;
- Hatékonyabb és színvonalasabb egészségügyi ellátás biztosítása, ennek érdekében az egészségügy döntési mechanizmusainak, irányító és elemző kapacitásának továbbfejlesztése.

E célok elérése érdekében három komponenst alakítottak ki az ESZMP-ben:

- a népegészségügyit
- az intézményi ellátást
- és az informatikafejlesztést

Az ESZMP népegészségügyi komponensének alkomponensei a következők:

1/ az elsők közé számított volna egy részletes **felmérés a lakosság egészségi állapotáról**, beleértve azokat a meghatározó tényezőket, melyek a krónikus nem fertőző betegségek kialakításáért felelősek. A programból csak az 1994-es egészségmagatartás vizsgálat valósult meg.

2/ A finn program alapján indult a **Krónikus nem fertőző betegségek elsődleges megelőzése** alkomponens azzal a fő célkitűzéssel, hogy a közösséget mobilizálja egészsége megőrzésének érdekében, különös tekintettel az ésszerű táplálkozásra, a fizikai aktivitás fokozására, a dohányzás és a túlzott alkohol fogyasztás csökkentésére, valamint a háziorvosi prevenció szemlélet kialakítására.

A Kalocsa programként ismertté vált projekt feladatának tekintette:

- * a lakosság rizikószintjének, egészségismeretének, -magatartásának, viselkedésének és a helyi társadalmi háló kiindulási helyzetének felmérését;
- * az életmód változtatási programok bevezetését és megszilárdítását a közösségben (demonstrációs konyha- és farm, egészséges ételkészítés sarkok kialakítása a kiskereskedelemben, egészséges táplálkozást propagáló szakácskönyvek és brosúrák kiadása, futás és egyéb sportesemények rendszeres szervezése, kerékpárút építés, egyéb mozgási lehetőségek kialakítása, dohányzás elleni akciók szervezése);
- * a háziorvosi gondozási feladatok tréning programokkal való erősítését, különös tekintettel a betegek utánkövetésére

3/ A szívbarát táplálkozási program

célul tűzte ki:

- * az egészséges táplálkozással kapcsolatos ismeretek bővítését, a lakosság táplálkozási szokásainak megváltoztatását;
- * az egészséges élelmiszerek előállításának és értékesítésének támogatását;

* az egészséges táplálkozás pozitív társadalmi megítélésének erősítését.

4/ Az országos dohányzás és alkohol politika kifejlesztés program

- * a dohányzás és a túlzott alkoholfogyasztás prevalenciájának csökkentésére;
- * a dohányzás és alkoholfogyasztás következtében emelkedett halálozási és megbetegedési arányok csökkentésére;
- * a dohányzás és alkoholpolitika szervezeti hálózatának kiépítésére;
- * és a megfelelő dohányzás és alkohol ellenőrzési politika kiépítése indíttatott.

5/ A szívbetegségek megelőzési stratégiájának kifejlesztése program

- * a szívbetegségek következtében beálló idő előtti halálozás és rokkantság csökkentésére;
- * tényeken alapuló, átfogó egészségpolitika kialakítására tervezett.

A világbanki projekt népegészségügyi komponense a készségek kialakítására és az egészségügyi szolgálat átszervezésére több alkotmenst indított ezek közé tartozik az

6/ Iskola egészségügyi program

- * Oktatási eszközök, egészségügyi oktatási tananyagok elkészítése egy gondosan megtervezett oktatási kísérlethez;
- * alapos értékelési technikák felhasználása az egészségmegőrző iskolák hálózatának megerősítésére;
- * és a kifejlesztett technikák országos elterjesztésére.

7/ A Népegészségügyi Iskola alkotmenens

- * Posztgraduális oktatási intézmény létrehozása egyetemi struktúrában belül, mely akkreditált népegészségtani képzést nyújt.

8/ Az Állami Népegészségügyi Tisztiorvosi Szolgálat megújítása program

- * Az ÁNTSZ definíciójának, szemléletének, feladatának megújítására és
- * hatékonyságának, eredményességének megjavítása érdekében.

9/ Néhány rosszindulatú daganat másodlagos megelőzése program

- * Országos szűrési politika kialakításának érdekében hatékony módszerek és eredményesen működő szervezet kiépítése;
- * és az OEP-finanszírozott szolgáltatásként igénybe vehető rákszűrés megalapozása.

A világbanki programok folyamatban vannak, eredményességük megállapítására csak az értékelési folyamat lezárultával kerülhet sor.

A prevenció programok pályázati támogatása

1994-96-ban az **egészségi kockázat kezelő pályázati rendszer** az Egészség Biztosítási Önkormányzat önálló biztosításpolitikai törekvésének eredményeként, a közgyűlés által elfogadott középtávú egészségbiztosítási stratégia jegyében jött létre, a következő alapelvek alapján: az egészségügyi kockázatok valószínűsége mérhető és előre jelezhető, a kockázatok csökkenthetők, a következmények enyhíthetők, vagy elkerülhetők. Az egészségmegőrzésben és betegség-megelőzésben az Egészségbiztosítási Önkormányzat aktív részvételét indokolta a hatályos 1030/1994 (IV. 29.) kormányhatározat, amely a hosszú távú egészségfejlesztés alapelveit, a népegészségügyi prioritásokat az ezredfordulóig meghatározta.

1994 és 1996 között három alkalommal hirdettek pályázatot a biztosítottak egészségvédelme, az egészségromlást előidéző kockázatok felismerése és megelőzése, a tömegesen előforduló megbetegedések korai észlelése, a veszélyeztetettek és betegek gondozása és rehabilitálása, valamint az egészséges életmódot népszerűsítő és elősegítő programok megvalósítására.

A pályázatok meghirdetésével a célkitűzések a következők voltak:

- a lakosság egészségi állapotának javítása révén a biztosítási rendszer terhelésének csökkentése
- az életmód formálása, a rizikó-faktorok csökkentése
- a primer prevenció elősegítése
- a szűrési gondozási tevékenység megjavítása
- a civil társadalom mozgósítása az egészség védelme érdekében

A következő témakörökben lehetett pályázatot benyújtani:

- Életmód program: a krónikus betegségek megelőzését és rehabilitációját célzó és mentálhigiénés programok
- Szűrés-gondozás program: betegségek korai felismerése és gondozása, különös tekintettel a veszélyeztetett csoportok és személyek védelmére a szív- és érbetegségek, valamint a rosszindulatú daganatok területén
- Szükséglet kommunikáció: igények, szükségletek és kapacitások vizsgálata, települési egészségtervek készítése
- Ápolási modellkísérlet

A benyújtott pályázatok elbírálását az Önkormányzat Közgyűlése a kuratóriumok hatáskörébe utalta. Összesen 7793 pályázat érkezett, amelyek közül a kuratóriumok 4383-ra javasoltak támogatást.

Az életmód programok témakörben benyújtott pályázatok száma 5247 volt, ebből a kedvezően elbíráltak száma 3278, 74% volt. Az odaítélt támogatás összege: 2 329 867 400 Ft

Az életmód programok közül a mentál-higiénés programok kapták a legtöbb támogatást (31. táblázat). Ide tartoztak az alkoholfogyasztás és dohányzás befolyásolásával kapcsolatos programok is. Az ifjúsági és szabadidő sport támogatásának mértéke szintén jelentős volt, majd a támogatottság mértéke szempontjából ezt követték a krónikus nem fertőző betegségek prevencióját célzó és az egészséges táplálkozást elősegítő programok.

31. táblázat
Támogatott életmód programok megoszlása témakörök szerint

Témakör	Program gyakoriság	Relatív gyakoriság
Egészséges táplálkozás	176	5, 4
Krónikus betegségek megelőzése.	680	20, 9
Fogyatékosok rehabilitációja	222	6, 8
Mentálhigiénés program	1017	31, 3
Ifjúsági és szabadidő sport	849	26, 1
A szexuális kultúra terjeszt.	82	2, 5
Baleset megelőzés	39	1, 2
Hátrányos helyzetűek programja.	50	1, 5
Anyá-, és magzatvédelem	15	0, 5
Higiénét javító programok	23	0, 7
Egyéb	94	2, 9
Összes	3247	100

A szűrés-gondozás program témakörben benyújtott pályázatok száma 1740 volt, ebből a kedvezően elbíráltak száma 878, 50% volt. Az odaítélt támogatás összege: 1 412 820 000 Ft.

A szűrési-gondozási rendszer támogatása keretében a legnagyobb arányú támogatást az onkológiai szűrési-gondozási program kapta, ezt követték a pszichiátriai, kardiológiai, és komplex szűrések (32. táblázat).

A szükségletkommunikáció program témakörben benyújtott pályázatok száma 524 volt, ebből a kedvezően elbíráltak száma 162,31% volt. Az odaítélt támogatás összege: 234 543 000 Ft

Ápolási modellkísérletre 282 pályázat érkezett, ebben a kategóriában 77 esetben javasoltak támogatást.

32. táblázat
Támogatott szűrés és gondozási programok témakörök szerint

Témakör	Program gyakoriság	Relatív gyakoriság
Onkológia	220	25, 4
Fertőző betegségek	70	8, 1
Pulmonológia	41	4, 7
Kardiológia	83	9, 6
Komplex szűrések	82	9, 5
Pszichiátria	95	10, 9
Anyagcsere betegségek	51	5, 9
Immunológia	5	0, 6
Audiológia	6	0, 7
Foglalkozási betegségek	10	1, 2
Gyermekgyógyászat	24	2, 8
Szemészet	12	1, 4
Bőrgyógyászat	4	4, 6
Szülészet-nőgyógyászat	18	2, 1
Fogászat	15	1, 7
Nephrológia	6	0, 7
Reumatológia	8	0, 9
Ortopédia	24	2, 8
T-24 szerológiai analiz.	6	0, 7
Egyéb	85	9, 8
Összesen	865	100

- Az Egészségbiztosítási Önkormányzat és az OEP a pályázati rendszer elindításával jelentős pénzügyi forrást biztosított az egészség-megőrzés és betegség-megelőzés ügyének. A támogatás aktivizálta a civil szervezeteket és egészségügyi intézményeket az egészség-megőrzés és betegség-megelőzés területén.
- A programok legnagyobb része, bár megfelelő célt szolgált, azt elérni nem tudta.
- Abban, hogy a mindennapos hasznosíthatóságig nem jutottak el a programok szerepet játszhatott az egyéves futamidő is. Eldöntendő kérdés az is, hogy a kockázat kezelő pályázati rendszer nagyszámú programnak u.n. “megtermékenyítő” támogatást nyújt-e vagy kevesebbet, de racionális igény szerint támogat, annak érdekében, hogy elkerülhetők legyenek azok a kifogások, melyekre hivatkoztak a pályázók, hogy mivel nem kapták meg a teljes összeget a program egy részét, például az értékelést elhagyták.

WHO prevenciók projektek

A WHO összekötők által jelzett prevenciók projektek száma 1998. I. 31-én 514 volt. Forrásaik: WHO-, központi-, helyi önkormányzati-, OEP-, civilszervezetek-, Soros-, PHARE- és Világbanki hitel. Közel 40%-uk finanszírozása központi forrásból származik, a programok

egynegyedét az Egészségügyi Világszervezet (WHO) támogatja. Ezek közé tartozik az “Egészségesebb munkahelyekért” (21 munkahely), az “Egészséges városok”(18 város), az “Egészségesebb iskolákért” (173 iskola), és az “Egészségmegőrző kórház” (27 kórház) programok. WHO koordinációban működik a cukorbeteg-gondozás minőségellenőrzését végző program, az ápolási oktatási központ, az egészséges óvodák hálózat és az országos, integrált a CINDI program nem fertőző krónikus betegségek befolyásolására.

- Az “**Egészségesebb Iskolákért**” WHO program célja hazánkban, hogy elősegítse az egészségmegőrzést és egészségvédelmet az általános iskolákban. A megfelelő környezet, az egészséges életmód kialakításával a lakosság egészségi állapotának javulását biztosítsa hosszú távon. A program politikai elkötelezettséget feltételez az egészségmegőrző szociális és fizikai környezet megteremtéséhez. 1993-ban létrehozták az Egészségesebb Iskolákért Hálózat Magyarországi Egyesületét, annak érdekében, hogy az iskola minél inkább egészségbarát környezetként tudjon működni. A tananyagban figyelemmel kísérik az egészségmegőrzés szempontjainak megjelenését. Az Egészségesebb Iskolák Európai Hálózata alkalmas a tapasztalatok cseréjére, a helyes gyakorlat elterjesztésére. Tevékenységi területük: együttműködés egyéb civil szervezetekkel, szövetség, hálózat alakítás, tréning, kiadványok, akciók: életmód tábor, egészséges játszótér, szociometriai felmérések, Téka információs bázis létrehozása, tagiskolák tevékenységének értékelése.
- Az “**Egészséges Városok**” program ugyancsak közösségi megközelítésű program, melynek első fázisa a város egészségi állapotának felmérése, az ún. egészségkép megalkotása; tartalmazza az indikátorokat, melyek az egészség mértékét és az egészséget befolyásoló tényezőket jelzik és az egészség terv alapját képezik, mely az egészség javítását szolgáló stratégiákat és programokat határozza meg. A városi egészségkép elkészítéséhez szükséges együttműködés megerősítheti az egészség érdekében kialakított helyi szövetséget. Az egészségkép bemutatása felkeltheti a lakosság és a média érdeklődését segítheti, az egészséggel kapcsolatos problémák közösségi megértését.
- Az “**Egészségesebb Munkahelyekért**” program, a munkahelyi egészségvédelem és egészségmegőrzés, túlmutat a hagyományos munkahelyi egészség- és biztonságvédelem fogalmán. Az egészség megőrzését a munkakörülmények és a munkaszervezés fontos részének kell tekinteni. A munka jellegének megváltozása, a munkavédelem új értelmezése és a megfelelő jogi háttér kialakítása egyaránt hozzájárult az elmúlt évtizedben a munkahelyi egészségvédelem fejlődéséhez. Jelentősebb programok: DUNAFERR szűrés-gondozás program, TVK megelőzési program: egészséges életmód; szabadidő központ, Paksi Atomerőmű Rt: káros alkohol- és kábítószer-fogyasztás megelőzés. E programhoz csatlakozott a MOL Rt, MATÁV Rt., Gardénia Rt., stb.

Elsődleges és másodlagos megelőzési programok

- Az elsődleges megelőzés területén az **Országos Kardiológiai Intézet** már a 70-es években a délpesti területen **lakossági megelőzési programot** indított a szív-betegségek gyakoriságának csökkentésére. A közösségi program a szívbetegségek emelkedő trendjét a rizikófaktorok befolyásolásával kívánta először nivellálni, majd megfordítani. Ez volt az első multiszektoriális, multidiszciplináris projekt, mely a teljes lakosság életmódját igyekezett befolyásolni a gyermekektől, az idősekig; az iskolai-, a családi programokon keresztül a munkahelyi programokig, a dohányzási szokások befolyásolásától a

táplálkozási szokások ésszerű megváltoztatásáig. A program átfogó jellegű volt az elsődleges megelőzési megközelítésen kívül tartalmazott másodlagos megelőzési és rehabilitációs elemeket is.

1993-ban a világbanki hitelből támogatott Egészségügyi Szolgáltatások és Menedzsment Projekt egyik első alkotmányosként kezdődött a már említett **“Elsődleges Megelőzés”** program, Kalocsán és Homokmégyen. Ennek a programnak a fő célkitűzése a közösség bevonása a saját egészségének megőrzése és megjavítása érdekében. A program fő támadáspontja a dohányzás és a túlzott alkoholfogyasztás eliminálása, a korszerű táplálkozás kialakítása és a mozgásszegény életmód megszüntetése mellett a családorvosi szolgálat prevenciós szemléletű áthangolása. Az alkotmányos követte a finnországi észak karéliei program módszertanát, modellt kísérletként szerepel a közösségszintű megelőzésben, csakúgy, mint a korábbi délpesti program.

A Kisvárosi Önkormányzatok Országos Szövetsége támogatja a közösségszintű egészségmegőrző programokat. Példaként összefoglaljuk a kisvárdai önkormányzat (melynek egészségügyi bizottságának vezetője a DOTE Népegészségügyi Iskola hallgatója) tevékenységét:

- Egészségpolitika: támogatják egy egészségesebb nemzedék felnevelését, azáltal, hogy együttműködnek az oktatási programok kidolgozásában, támogatják a sportlétesítmények kedvezményes igénybevételét
- Pártoló, támogató környezeti viszonyok: többéves előkészítés után a városi tanuszodát felépítették. Az ifjúság egészségesebb életmódra nevelését korábban átadott sportcsarnok, és felújított tornatermek segítik.
- A lakosság mozgósítása az egészség érdekében: városi tömegsport rendezvények. Amatőr csapatok sportolási lehetősége a város intézményeiben. Nyugdíjas klub: táplálkozási tanácsadás, kirándulások szervezése
- Egyéni megközelítés: rossz szociális körülmények között élők segélyezése, életmódjuk követése. A 70 éven felüliek közgyógyellátási igazolvánnyal való ellátása alanyi jogon. A városi szociális szolgálat az alábbi feladatokat látja el: mentálhigiénés gondozás, hajléktalan szálló működtetése, krízis helyzetekben családsegítés és tanácsadás, gyermekjóléti szolgálat, idősek otthoni gondozása, étkeztetése
- Elsődleges-, másodlagos-, és harmadlagos megelőzés: környezet szennyezés kontrollja, zajvédelem csecsemő-, és gyermek-gondozással (védőnői hálózat), iskolaorvosi és ifjúsági orvosi rendszerrel és a foglalkozás egészségügyi rendszerrel való kapcsolattartás és együttműködés. A speciális gondozók és az alapellátás között kialakult egy visszajelzési rendszer a gondozás (kardiológia, diabetes, ideggyógyászati stb.) minőségének megjavítására.
- A speciális népbetegségek közül kiemelik a friss tbc-s megbetegedéseket, melyek száma fokozatosan növekszik, különösen Szabolcs-Szatmár-Bereg megyére jellemző módon
- Egészség-megőrzés: drogellenes előadások, 5. osztályosok számára táplálkozási program, gyógy-testnevelés, terhes tanácsadás, stb.
- **A Soros Alapítvány** 1997-es évkönyve a prevenciós program folytatásaként közösségi egészség-megőrzési programokra hirdetett pályázatokat; a hátrányos helyzetű csoportok életminőségének javítására. A programok támogatásának feltétele volt, hogy a támogatás megszűnése után is a program tovább folytatódjék a közösség összefogásával.
- Az Országos Onkológiai Intézet kidolgozta a **“Magyar Nemzeti Rákkontroll Program”**-ot, mely kiter a jogi szabályozás, az oktatás, az elsődleges-, másodlagos megelőzés, a rehabilitáció és a komplex gyógyító ellátás részleteire. Foglalkozik az

onkológiai ellátás magyarországi szervezetével, feladataival és személyi állományának elvárható összetételével, és az ellátás műszer-, és létesítmény feltételeivel. A Nemzeti Rákkontroll Bizottság (NRKB) 1995. december 1-én alakult. A NRKB ágazatközi, multidiszciplináris szervezet, kormányzati-, és civil intézmények delegáltjaiból áll. Tagjai mindazok, akik a rákkérdés megoldásában érdekeltek. Így a prioritások, a megfelelő politika és kommunikáció kialakításában a program széleskörű társadalmi támogatást kap és a politikai elkötelezettség is jobban biztosított.

- A diagnózis korai megállapítása, szervezett **szűrés** segítségével, hatékony terápia biztosításával a rák halálozás csökkenését eredményezi, **a méhnyak-, és emlőrák** területén. Világbanki hitelből szervezett szűrés folyik több megyében és a fővárosban annak érdekében, hogy a nők részvételi arányát a szűrésben jelentősen növeljék, és a halálozást csökkentsék. A colorectalis szűrés még kísérleti stádiumban van.

Irodalomjegyzék

I. Puska, P., Tuomilehto, J., Nissinen, A., Vartiainen, E. (eds.): The North Karelia Project. The National Public Health Institute, Finland, 1995.

A MAGYAR LAKOSSÁG EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTÁBÓL ADÓDÓ NÉPEGÉSZSÉGÜGYI, ILL. PREVENCIÓS PRIORITÁSOK

A magyar lakosság korai halálozásának fő specifikumai és az ebből adódó prioritások

A magyar lakosság korai halálozása és azon belül is a felnőtt lakosság korai halálozása tovább távolodott az utóbbi években az EU országok átlagos halálozási szintjétől. A növekvő szakadék két fő összetevője, hogy

- hazánkban a vizsgált időszakban állandóan emelkedett, ill. a két utolsó évben (1995-ben és 1996-ban) stagnált a korai halálozás aránya;
- ugyanakkor az EU országokban a korai halálozás csökkenő trendje folytatódott.

A magyar lakosság halandósági többlete az EU országokkal és saját, másfél évtizeddel korábbi halandóságával szemben is döntő mértékben a krónikus, nem fertőző betegségek okozta halálozásból származik.

- A **keringési rendszer betegségei** okozta korai halálozás vonatkozásában a nők körében ugyan tendenciális csökkenés észlelhető, de a csökkenés hatása az EU átlaggal szembeni relatív halálozási többlet alakulásában nem érzékelhető, sőt az, az 1990-es években is tovább növekedett és meghaladta a férfiak relatív halálozási többletét. Nem célszerű tehát a cardiovascularis preventív programokat a férfiak körére megkülönböztetetten súlypontosítani.

Úgy tűnik, hogy az ISzB és azon belül az AMI okozta korai halálozás mérhető csökkentéséhez a gyógyító-megelőző ellátás lehetőségei és/vagy következetes, célirányos szervezethez egyelőre nem elégséges. A hipertónia és agyérbetegségek körében a korai halálozás elkerülhetőségének csupán csekély jelei mutatkoznak. A fiatalabb – 35-44 éves – férfi és női korosztályokban viszont még e csekély jelek sem észlelhetők, ami arra utal, hogy ez a korosztály e tekintetben még kiesik a prevenció és az alapellátás látóköréből; a gyógyító-megelőző ellátás nincs kellően felkészülve az agyérbetegségek kialakulásának és halálos kimenetelének megelőzésére.

A keringési rendszer betegségei vonatkozásában reálisan számolni kell az életkörülmények romlásával is és ebből adódóan az életmód kedvezőbb irányba történő befolyásolását célzó preventív programok korlátaival [1].

- A **daganatos megbetegedések** vonatkozásában széles rétegeket érintő effektív, preventív beavatkozásra utaló jelek nem észlelhetők. A gyomorrák halálozás csökkenése mellett, a fiatal – 35-44 éves – férfiak körében észlelhető némi fordulat a vastagbél és végbél rosszindulatú daganatai okozta halálozásban. Kifejezetten negatív jelenség a női daganatok és különösen a ma már elkerülhető méhnyak, méhtest daganatos halálozás növekedése, elsősorban a 35-44 éves nők körében.
- Az **alkoholos eredetű betegségek** okozta halálozás súlyponti kérdéssé vált hazánkban a korai halálozásban. Ezen – Európában egyedülálló – tragikus méreteket öltő problémával akkor is **elsődleges és sürgős kötelezettség** érdemben foglalkozni, ha számos lehetséges összetevője között felmerülhetnek esetlegesen halálozmegállapítási anomáliák is. Ennek a lehetőségnek a tisztázása célzott vizsgálatot igényelne.

Az alkoholizálás következményei nem szűkülnek le – még a korai halálozás keretében sem – a kifejezetten “alkoholos” jelzőjű betegségek és halálokok előfordulására. Egyebek között bizonyos daganatok (az ajak, a szájüreg, a garat, a nyelöcső, a gége daganatok) kockázati tényezői között a dohányzás mellett az alkohol is szerepel.

Hazánkban az alkoholfogyasztás mértékének megítélésekor reálisan számolni kell az ismeretlen eredetű, ellenőrizetlen alkoholos italok fogyasztásának populációs veszélyeivel.

A helytelen táplálkozás növeli az alkoholos kockázatot [2,3]. Ugyanakkor a társadalmi, gazdasági helyzet közvetlenül és közvetve befolyásolhatja a táplálkozási szokásokat és lehetőségeket. A növekvő élelmiszerárak még a megfelelőnek tekinthető táplálkozást is kedvezőtlen irányba kényszeríthetik, amelynek következményei szerteágazóak lehetnek és más haláloki csoportokban is gátolhatják a korai halálozás célzott prevencióját [4-6]. A választási lehetőségek beszűkülése az egyéni életmód megváltoztatására irányuló prevenciók törekvések – egészséges életmódra nevelés – eredményességét és hatékonyságát eleve megkérdőjelezheti [1].

Kevésbé tisztázottak hazánkban – akár az alkoholos májbetegségek és májzsugor halálozás vonatkozásában is – az alkoholizáláson túlmenően a genetikai

adottságokból, a természeti és társadalmi környezetből származó egyéb kockázati tényezők szerepe és a halmozódások következményei [7].

A korai halálozásban hazánk és az EU országok között fennálló szakadék csökkentését célzó preventív program számára tanulmányunk eredményeiből világosan kirajzolódnak a prioritások. Sürgeti a szervezett, folyamatos preventív beavatkozást elsősorban

- az alkoholos eredetű májbetegségek;
- a daganatok;
- az elkerülhető halálokok

vonatkozásában a gyógyító-megelőző ellátás kereteiben, de mindenekelőtt az alapellátásban [8]. A változó intenzitású – kampányszerű – prevenciótól nem várható tartós fordulat a korai halálozás csökkentésében sem összességében, sem az egyes betegcsoportok vonatkozásában. Ugyanakkor azzal is számolni kell, hogy bármely – akár célzott – preventív program eredményessége kétséges a mindenkori kormányzat felelősségvállalása és részvétele nélkül, a problémák gyökereire irányuló beavatkozás nélkül.

A hazai morbiditási adatok jellemzői; a teendők specifikálása

A hazai morbiditási viszonyok jellemzésére irányuló törekvésünk eredménytelensége egyértelműen jelzi, hogy a **hazai morbiditási statisztikák rendkívül hiányosak**, s a korlátozottan rendelkezésre álló **adatok validitása is erősen kétséges**.

Minden népegészségügyi teendő között a legfontosabb egy szakmailag megfelelően kidolgozott, hiteles morbiditási adatgyűjtést és adatbázist biztosító egészségmonitorozó rendszer kidolgozása.

A gyűjtött adatok körének ki kell terjednie minimum:

- ❑ a népegészségügyi szempontból prioritást élvező (korai halálozásért elsődlegesen felelős) betegségekre;
- ❑ az azokat meghatározó tényezőkre (kockázati tényezők/determinánsok);
- ❑ a lakosság egészségmagatartását feltáró tényezőkre;
- ❑ valamint a lakosság egészségügyi ellátással és egészségpolitikai döntésekkel kapcsolatos véleményét tükröző adatokra.

A rendszer kidolgozása során fel kell használni az eddigi programok kivitelezése kapcsán összegyűjtött pozitív és negatív tapasztalatokat.

A második lépcsőben a monitorozó rendszer folyamatos szakmai felügyeletével és 'karbantartásával' lehetőséget kell biztosítani:

- a monitorozás kontinuitásának fenntartására;
- az egészségügyi kormányzat számára a szakmai szempontokat figyelembe vevő prioritáslista felállítására;
- az ezen prioritásokra alapozott prevenciós programok tervezésére, kivitelezésére és az intervenciók eredményességének nyomonkövetésére;
- a változásoknak megfelelő, így a mindenkori igények szerint módosuló, prioritáslista folyamatos karbantartása hatékony prevenciós stratégiák kidolgozása érdekében.

A fentiekben vázolt valid morbiditási adatok gyűjtését biztosító rendszer megalapozását segítő, a DOTE Népegészségügyi Iskola és az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat együttműködése révén 1998. májusában elindult egy az alapellátást monitorozó háziiorvosi Morbiditási Adatgyűjtés Program (MAP) az ország négy megyéjében (Hajdú-Bihar, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Győr-Moson-Sopron, és Zala). A programban megyénként 20-20 családorvos vesz részt, akik adatokat szolgáltatnak a kiválasztott betegségek prevalenciájáról az 1998. szeptember 30-i állapotnak megfelelően (az adatok feldolgozása folyamatban van), illetve évente a praxis kor- és nem szerinti összetételéről, továbbá folyamatosan az új megbetegedésekről.

A program a következő betegségekre terjed ki:

- hipertónia
- diabetes mellitus (IDDM, NIDDM)
- májzsugor
- ischaemiás szívbetegség (kivéve infarktus)
- szívinfarktus
- stroke
- a légcső, a hörgő, a tüdő rosszindulatú daganatai
- a vastagbél, a szigmabél, és a végbél rosszindulatú daganatai
- az emlő rosszindulatú daganatai
- a cervix rosszindulatú daganatai
- a prostata rosszindulatú daganatai

A program előtanulmányának tekinthető egy országos morbiditási-monitorozó program kialakításához, amelyben célja

1. olyan módszertan bevezetése és tesztelése, mely megbízható adatokat szolgáltat a népegészségügyi szempontból legjelentősebb, jól definiált megbetegedések incidenciájáról;
2. és a népegészségügyi szempontból legjelentősebb betegségek incidenciájának folyamatos monitorozásával nyert eredmények alapján a hatékony, célzott prevenció tervezése.

Kritikus, hogy a morbiditás regisztrációba bevont lakosság esetében megfelelő egészségmagatartás felmérés történjen, hogy a rizikótényezők eloszlása és a megbetegedési

viszonyok alakulása között összefüggés legyen felállítható, s a prevenciók beavatkozásainak hatékonysága is, jellemzett populáción, jól mérhető legyen.

A lakosság egészségi állapotát meghatározó determinánsok

A lakosság egészségi állapotát meghatározó tényezőkkel kapcsolatban Magyarországon csak korlátozott információ áll rendelkezésünkre. A lakosság életmódját alapvetően jellemző (dohányzás, alkoholfogyasztás, táplálkozás, szabadidő) adatok is csak részlegesen, s időnként kérdéses validitással állnak rendelkezésre. Az adatok nagy részét egészségi állapottal kapcsolatos indikátorokkal nem lehet összekapcsolni.

A jelenleg adatbázis alapján is állítható, hogy a legtöbb determináns alakulása kedvezőtlen helyzetet tükröz.

A **dohányzás** mértéke az elmúlt évtizedekben a lakosság körében nőtt; becsléseink szerint az egy dohányzóra jutó dohányfogyasztás növekedett. A dohányzás csökkentésére irányuló egészségpolitikát a probléma okainak populációs szintű megismerésére szükséges alapozni. Ez a munka számos szakterület (epidemiológus, szociológus, egészség gazdaságtani szakember, egészségpolitikus, antropológus) együttes munkáját igényli.

Az **alkoholfogyasztók** száma növekedett és nőtt az elfogyasztott alkohol mennyisége is. Ezt a tendenciát jól tükrözi az alkoholizálással kapcsolatos halálozás alakulása. Az alkohol probléma a dohányzáshoz hasonlóan a népegészségügyi prioritások közé tartozik, ennek vizsgálatakor és kezelésekor a probléma társadalmi hátterére kell fókuszálni.

A lakosság **táplálkozási szokásainak** alakulása az elmúlt években kedvező képet mutat. A táplálkozásnak azonban számos eleme nem ismert, számos pedig folyamatos nyomon követést kíván. A táplálkozási tényezők esetében sem hagyható figyelmen kívül, hogy – az alkoholfogyasztáshoz és dohányzáshoz hasonlóan – számos olyan gazdasági és szociális tényező van, amelyek ezeket befolyásolják. Érvényes ez a **szabadidő** eltöltésére is. A szabadidő a családok többségében a gazdasági és társadalmi szinten-maradás miatt minimálisra csökkent az utóbbi években.

Magyarországon, a városi léttel kapcsolatos **környezeti problémák** (levegőszennyezés, zaj, lakásviszonyok stb.) okozta egészségkárosító hatás országos szinten a legjobban ismert, azonban azok pontos súlya ismeretlen. A falusi közösségeket érintő környezet-egészségügyi problémák jellege csak körvonalazható, súlyuk szinte teljesen ismeretlen.

A “klasszikusnak” számító rizikófaktorok kedvezőtlen hatását tovább rontja, hogy a társadalmon belüli **gazdasági és szociális egyenlőtlenségek** az utóbbi években növekedtek. A szociálisan deprivált csoportok egészségi állapotával kapcsolatban csak korlátozott információ áll rendelkezésre. Az egyenlőtlenségek csökkentésére szolgáló rendszerek hatásossága és hatékonysága ismeretlen, mind a szociális és gazdasági, mind az egészségi állapotot illetően.

A magyar lakosság egészségmagatartásának ill. annak változásának monitorozása alapvető jelentőségű a prevenciók prioritásainak meghatározása szempontjából. Ismételt hangsúlyozzuk, hogy az egészségi állapotot befolyásoló determinánsok jellege, eloszlása és súlya különböző nemű, korú és társadalmi pozíciójú társadalmi csoportok esetében feltétlenül összerendelendő a mortalitási és morbiditási viszonyokkal.

Fontos kiemelni, hogy a morbiditási, mortalitási és az egészség-magatartásra vonatkozó adatokat össze kell rendelni a releváns környezet-egészségügyi és szociológiai adatokkal, valamint az egészségügyi ellátórendszerek fejlettségére, elérhetőségére és az általuk nyújtott szolgáltatás minőségének jellemzésére szolgáló indikátorokkal.

Kritikus minden vonatkozásban az elemzések kistérségi jellege, mely csak európai színvonalú Földrajzi Információs Rendszer (Geographical Information System – GIS) működtetésével valósítható meg.

A prevenció programok jellemzői hazánkban

A hazai prevenció programok áttekintése, ill. áttekinthetlensége egyértelműen jelzi, hogy a prevenciónak hazánkban nincs megfelelően kidolgozott stratégiája. Szervezeti kerete nincs, a jelen gyakorlat nem feladatok és funkciók mentén jött létre, ezért átfedések és hiányok tapasztalhatók. A felelősség számos szervezet és testület között oszlik meg (s vész el): Miniszterelnöki Hivatal, Egészségügyi Minisztérium, Országgyűlés, egyéb minisztériumok, helyi önkormányzatok, Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat, Nemzeti Egészségvédelmi Intézet, Mentálhigiénés Programiroda, egyéb országos intézetek és programok, nem kormányzati szervezetek, szakmai testületek, kutatási és képzési intézmények.

A prevenció finanszírozása nem megfelelő, mivel nincsenek világos, megalapozott prioritások, s nem meghatározottak a források sem. Következésképpen a projektfinanszírozás sem megoldott, prioritás hiányában inkább lobbizásra épül, mintsem szakmai szükségletekre. Nincs koordináció a források között.

Kétségtelen, hogy az egyének ésszerű felelősséget kell vállalnia a saját egészségéért, azonban az erős gazdasági, társadalmi, politikai és környezeti befolyás miatt a kormányoknak van a legfőbb felelősségük állampolgáraik egészségi állapotának alakulásában. Az egészségügyi reformban és modernizációban az egészségvédelem, egészségmegőrzés és betegségmegelőzés teljes spektrumát, mint stratégiát ki kell dolgoznia a kormánynak. Ezen belül elsődleges prioritásnak kell tartani az elsődleges megelőzést és annak is populációs stratégiáját, mely az egészségmegőrzést célozza.

Közép- és hosszútávú finanszírozási rendszer kidolgozása szükséges a prioritások figyelembevételével a szolgáltatás, kutatás-fejlesztés és képzés területén. Oktatási, képzési, fejlesztési rendszerek létrehozása szükséges. Multidiszciplináris felmérési, kutatási és értékelési kapacitás kialakítása javasolt.

A népegészségügy prioritásai a hazai mortalitási/morbiditási adatok és költség/QALY adatok (33. táblázat) alapján:

- A népesség egészségi állapotának monitorozása és folyamatos értékelése
- Az egyéni és populációs szintű veszélyeztetettség megállapítására szolgáló módszertan hazai meghonosítása.
- A dohányzás és alkoholfogyasztás csökkentése
- Az egészséges táplálkozás támogatása
- Koleszterin szűrés és -szint csökkentés
- Hypertonia szűrés és gondozás
- Korai rákszűrés (méhnyak, emlő, esetleg colorectalis)
- A környezeti expozíció monitorozása, a természetes és mesterséges környezetben egyaránt, s az expozíció csökkentése, ill. eliminálása
- A fizikai aktivitás növelése
- Biztonságos közúti rendszer kialakítása
- Hatékony anya és csecsemőgondozás

- A psychoactív anyagok helytelen használatának csökkentése
- Szolgáltatások öregek számára, az egészség és életminőség fenntartására
- Fogászati betegségek megelőzése.

A hazai prevenciós tevékenység prioritásainak megállapítására, az intervenciók tervezésére és szervezésére, azok hatékonyságának mérésére, a kutatási tevékenység koordinációjára és értékelésére, **tárcaközi Prevenciós Bizottság létrehozása** látszik szükségesnek, mely biztosítja egy prioritásokra épülő, minden szférát lefedő, átfedésektől mentes prevenciós rendszer működését. E bizottság és a **Magyar Tudományos Akadémia** 1998 eleje óta működő **Prevenciós Bizottságának** együttműködése tudomány és gyakorlat szerves egységét teremtheti meg; a Prevenciós Bizottság a tudományos megalapozottságú tervezés és tevékenység-értékelés garanciájául is szolgálhat. Világosan kell látnunk, és láttatnunk, hogy hatékony prevenció tervezése, szervezése és annak folyamatos működtetése nem kormányzati ciklusokhoz kötött; de azokon átívelő, mérhető eredményeket évtizedek munkájával hozó tevékenység.

33. táblázat

Egyes beavatkozások költség-hasznossága (Font/1QALY*-ban kifejezve) az Angol Nemzeti Egészségügyi Szolgálatban (NHS), Augusztus 1990 (9)

Beavatkozás típusa	Költség-hasznosság Font/1QALY
Koleszterol ellenőrzés és diéta terápia (40-69 év között)	220
Fejsérülés idegsebészeti kezelése	240
A családorvos által végzett, a dohányzás abbahagyását célzó felvilágosító munka	270
Subarachnoidealis vérzés kezelése idegsebészeti beavatkozással	490
Agyvérzés megelőzése anti-hipertenzív kezeléssel (45-64 éves kor között)	940
Pacemaker implantáció	1100
Aorta stenosis kezelése billentyű-plasztikával	1140
Csípő-protézis implantáció	1180
Koleszterol teszt és kezelés	1480
Coronaria arteria bypass műtét (a bal oldali fő koronária betegsége és súlyos anginák esetében)	2090
Vese-transzplantáció	4710
Mellrák szűrés	5780
Szív-transzplantáció	7840
Koleszterol teszt és fokozatos kezelés (25-39 éves kor között)	14 150
Otthon végzett hemodialízis	17 260
Koronária artéria bypass műtét (egy koronáriát érintő szűkület és moderált angina esetében)	18 830
Folyamatos, ambuláns végzett peritoneális-dialízis	19 870
Fekvőbeteg hemodialízis	21 970
Anémia erythropoetin kezelése (dializált betegek esetében, ha 10%-os csökkenést feltételezünk a halálozásban)	54 380
Malignus intracranialis tumor idegsebészeti kezelése	107 780
Anémia erythropoetin kezelése (dializált betegek esetében, nem tételezünk fel csökkenést a halálozásban)	126 290

*QALY: Életminőséggel korrigált életév: ez a származtatott, becslés mutató egy adott egészségi állapot változás következtében beálló élet-minőség változás figyelembevételével azt fejezi ki, hogy adott betegséggel terhelt időtartam mennyi egészséges életévvel ekvivalens. A fenti táblázat azt a költséget becsüli fontban, amit az adott beavatkozás során el kell költeni ahhoz, hogy a beavatkozás eredményeként egy egészséges életévet, ill. azzal ekvivalens betegséggel terhelt időtartamot nyerjünk.

A népegészségügyi oktatás problémái hazánkban

A szakorvosképzés rendszerében kapjon törzsanyagként megjelenítést a népesség egészségi állapotának aktuális helyzetét, a változások trendjeit leíró epidemiológia, a prevenció alapelvekhez és prioritásokhoz hasonlóan.

A népegészségügyi szférában tevékenykedő orvos- és nem-orvos diplomás szakembergárdával szemben legyen rendeleti szinten kodifikált elvárás a szakirányú képzettség megszerzése, s követelmény a folyamatos szakmai önképzés és továbbképzés.

Az egészségnevelési és egészségfejlesztési programok sikere és hatékonysága szempontjából alapvető fontosságúnak látszik az egészségtan és egészségvédelem tantárgyi megjelenítése az általános és középiskolák tanrendjében kötelező jelleggel. Ez nemcsak a szaktárgyat oktató tanárok speciális felkészítését, de a teljes tanári kar támogató szemléletének és nevelési stratégiájának kialakítását is szükségessé teszi. Fontos, hogy a tanárképzés rendszerében a nevelés-módszertani ismeretek részévé váljon az egészséges életmód direkt és indirekt propagálására való igény és képesség kifejlesztése.

Irodalomjegyzék:

1. Rose G.: The strategy of preventive medicine. Oxford University Press, Oxford, 1993.
2. Sherlock S.: Alcoholic liver disease. Lancet 1995, 345:227-9.
3. Corrao G., Lepore A. R., Tochio P., Galatola G., Arico S., Di Orio F.: Interaction between dietary pattern and alcohol intake on the risk of liver cirrhosis. Rev. Epidemiol Sante Publique 1995, 43:7-17.
4. Blume S. B.: Women and alcohol. JAMA 1986; 256: 1467-70
5. Quellel B. L., Romeder J. M., Lance J. M.: Premature mortality attributable to smoking and hazardous drinking in Canada. Am J Epidemiol 1979; 109: 451-63
6. Rankin J. G., Asley M. J.: Alcohol-related health problems. In: Maxcy-Rosenau-Last (eds): Public Health and Preventive Medicine. 13th edition. Appleton & Lange, Connecticut, 1992.
7. Vargáné Hajdú P., Boján F.: A korai halálozás struktúrájának átrendeződése Magyarországon, 1979 és 1994 között. LAM, 1996; 11;644-53.
8. Morava, E. (ed.): Prevenció az alapellátásban. Pécs, 1998.

9. Maynard, A. Developing the health care market. *Economic Journal*, 101: 177-186 (1991)