ORSZÁGUNK-VILÁGUNK ÁTALAKÍTÁSA

A fenntartható fejlődés terén 2030-ig megoldandó feladataink

3 EGÉSZSÉG ÉS JÓLLÉT MINDENKINEK

Ökopolisz alapítvány

GEF GREEN EUROPEAN FOUNDATION

FENNTARTHATÓ FEJLŐDÉSI CÉLOK

17 CÉL, HOGY ÁTALAKÍTSUK VILÁGUNKAT

„A jelen program az emberiséget, a Földet és a jólétet szolgáló cselekvési terv. Célja, hogy nagyobb szabadságban erősítse meg az egyetemes békét. Elismerjük, hogy a legnagyobb globális kihívás a szegénység valamennyi formájának és vetületének, köztük a mélyszegénységnek a felszámolása, amely egyben a fenntartható fejlődés elengedhetetlen feltétele.

Minden ország és valamennyi érdekelt – együttműködési partnerség keretében eljárva – végrehajtja ezt a tervet. Elhatároztuk, hogy felszabadítjuk az emberiséget a szegénység és a nélkülözés zsarnoksága alól, valamint, hogy meggyógyítjuk és megóvjuk bolygónkat. Eltökélt szándékunk megtenni azokat a merész és átalakító hatású lépéseket, amelyekre sürgősen szükség van annak érdekében, hogy a világot visszatereljük a fenntarthatóság és a rugalmas terhelhetőség útjára. Amikor elindulunk e közös utazásra, ünnepélyesen megfogadjuk, hogy senkit sem hagyunk magára.

A ma bejelentett[1] 17 Fenntartható Fejlesztési Cél és 169 feladat rávilágít arra, hogy ezen új egyetemes program mily nagy léptékű és nagyratörő. A célok és feladatok a Millenniumi Fejlesztési Célokra építkeznek, és törekednek arra, hogy megvalósítsák mindazt, amit azok nem értek el. Törekednek mindenki emberi jogainak érvényre juttatására, a nemek közötti egyenlőség biztosítására, valamint valamennyi nő és leány érdekérvényesítő képességének erősítésére. Ez a cél- és feladatrendszer egységes és oszthatatlan, és egyensúlyt teremt a fenntartható fejlődés gazdasági, társadalmi és környezeti hármas vetülete között.

Az elkövetkező 15 évben e célok és feladatok ösztönzik majd a fellépést az emberiség és a bolygó számára döntő fontosságú területeken."

(*Preambulum*, az Egyesült Nemzetek New York-i székhelyén 2015. szeptember 25. és 27. között a Szervezet fennállásának 70. évfordulója alkalmából megtartott ülésén)

Országunk-világunk átalakítása

A fenntartható fejlődés terén 2030-ig megoldandó feladataink

Az Ökopolisz Alapítvány Ökopódium sorozata

Sorozatszerkesztő: Zlinszky János

Ökopolisz alapítvány

GEF GREEN EUROPEAN FOUNDATION

Sorozatszerkesztő: dr. Zlinszky János PhD
Szerkesztette: dr. Fülöp Sándor PhD
Közreműködők: Balázs Péter
Kapócs Gábor
Sándor János
Szigeti Tamás
Brys Zoltán
Lengyel Szilvia

Series Editor: dr. János ZLINSZKY PhD
Editor: dr. Sándor FÜLÖP PhD
Contributors: Péter BALÁZS
Gábor KAPÓCS
János SÁNDOR
Tamás SZIGETI
Zoltán BRYS
Szilvia LENGYEL

© Green European Foundation, 2019

ISBN 978-963-89552-3-4

Ez a kiadvány az Európai Zöld Alapítvány (Green European Founbdation – GEF) és az Ökopolisz Alapítvány együttműködésével, az Európai Parlament pénzügyi támogatásával jött létre. Az Európai Parlament nem felel a kiadvány tartalmáért.

This publication was realised with the financial support of the European Parliament to the Green European Foundation. The European Parliament is not responsible for the content of this publication.

Európai Zöld Alapítvány
1536 Luxembourg – Rue du Fossé 3.
Brüsszeli Iroda: Európai Zöld Alapítvány
– Mundo Madou – Avenue des Arts 7-8.
1210 Brussels – Belgium
Tel.: +32 2234 6570
E-mail: info@gef.eu
Internet: www.gef.eu

Green European Foundation
Rue du Fossé 3. – 1536 Luxemburg
Brussels Office: Green European Foundation
– Mundo Madou – Avenue des Arts 7-8.
1210 Brussels – Belgium
Tel.: +32 2234 6570
E-mail: info@gef.eu
Website: www.gef.eu

Ökopolisz Alapítvány
1068 Budapest, Felsőerdősor u. 12–14.
Tel.: +36 30 542 4115
E-mail: info@okopoliszalapitvany.hu
Internet: www.okopoliszalapitvany.hu

Ecopolis Foundation
H-1068 Budapest, Felsőerdősor u. 12–14.
Tel.: +36 30 542 4115
E-mail: info@okopoliszalapitvany.hu
Website: www.okopoliszalapitvany.hu

Felelős kiadók: Lengyel Szilvia, dr. Fülöp Sándor PhD az Ökopolisz Alapítvány kuratóriumának társelnökei

Responsible publishers: Szilvia LENGYEL, dr. Sándor FÜLÖP PhD co-chairs of the Ecopolis Foundation

GEF projekt koordinátor: Weber Carlotta

GEF Project Coordination: Carlotta WEBER

1. kiadás, 2019. június
Terjedelem: 13,125 (A/5) ív

First edition, June 2019
Scope: 13,125 (A/5) arc

Látvány- és tipográfiai terv: Névery Tibor
Nyomdai előkészítés: TypoStúdió Kkt.

Visual and typographic design: Tibor NÉVERY
Printing Preparation: TypoStúdió Kkt.

Az Ökopolisz Alapítvány 2016 novemberében elkezdett egy 17 darabból álló Ökopódium-sorozatot az ENSZ fenntartható fejlődési célkitűzéseiről, a 2015. szeptember 15-én az ENSZ közgyűlése által elfogadott *A világunk átalakítása 2030-ig* című dokumentumról (a továbbiakban: SDG). Mivel ezt az ENSZ közgyűlése is elfogadta mint a 2030-ig terjedő időszak társadalmi-gazdasági és környezetvédelmi fejlesztéseinek összehangolt vezérfonalát, az SDG tudományos megalapozottságához nemzetközi jogi tekintély, az ENSZ globális közösségének közösen kimunkált akarata is hozzájárul.

Ugyanakkor nem kötelező nemzetközi jogi normáról van szó, a végrehajtása tehát attól függ, mekkora társadalmi figyelem és politikai akarat alakul ki körülötte. Erre tekintettel Magyarországon elindítunk egy konferenciasorozatot, amelyben a fenntartható fejlődés célkitűzéseit neves szakemberekkel vitatjuk meg, a vita eredményét írásba foglaljuk, és igyekszünk minél szélesebb körben terjeszteni. Sorozatunkkal remélhetőleg elindítunk egy olyan szakmai, társadalmi-politikai párbeszédet, amely az SDG-t és annak megvalósítását segít napirenden tartani országunkban.

Magyarországnak kiemelt szerepe volt az SDG megfogalmazásában, hiszen Kőrösi Csaba, a magyar ENSZ-nagykövet társelnöke volt a célokat megszövegező bizottságnak. Ha a jelenlegi projekttel sikerül jó példát mutatnunk, ahhoz is hozzájárulhatunk majd, hogy világszerte hasonló programok induljanak, és ezek eredményeit az egyes országok egymással összevessék, tanuljanak egymástól, ösztönözzék egymást.

Az SDG megérdemli a szakma, a társadalom és a politikai, állami döntéshozók kiemelt figyelmét. A fenntartható fejlődéssel foglalkozó különböző szakmák művelői között ma már nem vitatott, hogy a világ az ökológiai katasztrófahelyzetek rendszerével néz szembe, amelyek közül legalább három: a klímaváltozás, a biodiverzitás csökkenése és a mezőgazdasági termelésre alkalmas földek pusztulása már visszafordíthatatlan.[1] A globális helyzetértékelésre és a megoldási

[1] Rockström et al.: A safe operating space for Humanity, Nature, Vol. 461/24, September 2009.

lehetőségek fölvázolására több kiemelkedő magánkezdeményezés is vállalkozott, így a World Future Council GPACT (Globális Ágazati Politikai Akcióprogram)[2] és az Oxford Martin Commission: *Now for the Long Term*[3] című kiadványai. Valamennyien egyetértenek azzal, hogy a rendszerszintű fenyegetéssel szemben a világnak összetett, rendszerszemléletű válaszokat kell megfogalmaznia és végrehajtania. Az SDG is ebben a szellemben készült, több száz, különböző szakterületen vezető tudós közreműködésével.

[2] www.worldfuturecouncil.org/inc/uploads/2016/02/WFC_2014_Global_Policy_Action_Plan.pdf

[3] www.oxfordmartin.ox.ac.uk/downloads/commission/Oxford_Martin_Now_for_the_Long_Term.pdf

3. Célkitűzés: Jó egészség, az egészséges élet biztosítása és jóllét megteremtése minden korosztályban élő minden egyes ember számára

Szerkesztette: Fülöp Sándor

Tartalom

Bevezetés a sorozat egészéhez 3

Bevezetés a 3. célkitűzés kötetéhez 9

Jó egészség, az egészséges élet biztosítása és jóllét megteremtése minden korosztályban élő minden egyes ember számára 12

Fülöp Sándor:
Az ENSZ 2030-ig terjedő fenntarthatósági célkitűzései (SDG) rendszere és a 3. cél helye a rendszerben 14

Balázs Péter:
Az egészségügy közfinanszírozásának problémái és a megoldás lehetősége 26

Kapócs Gábor:
Az egészség ügyéről kicsit máaképpen: lehetséges okok és biztosnak tűnő következmények – (gondolat)ébresztő mozaikok 39

Sándor János:
A szegénység, az alacsony társadalmi-gazdasági státusz hatása az egészségre Magyarországon 78

Szigeti Tamás:
A környezeti eredetű betegségteher csökkentése az SDG-k tükrében 101

Brys Zoltán:
Az alkoholbetegség és a dohányzás a fenntartható fejlődés tükrében 115

Lengyel Szilvia:
Egy zöldpárt egészségügyi programjának lehetséges elemei 128

A kötet első cikkében elhelyezzük az egészségcélt a fenntartható fejlődés célrendszerében és egy rövid rendszerelméleti kitérőt teszünk. Rámutatunk arra, hogy még a fenntartható fejlődés fogalma is úgy fejlődött az elmúlt három évtizedben, hogy a három eleméből hol az egyik, hol a másik került előtérbe, és valójában csak az ENSZ 2015-ben elfogadott, 2030-ig szóló átfogó fenntarthatósági terve (SDG) szán egyforma figyelmet a szociális, gazdasági és ökológiai szempontoknak. Aligha gyengíti ez az egyes célkitűzéseket, példák százait lehetne hozni arra, hogyan erősítik egymást a szegénység leküzdésével, az élelmiszer-biztonsággal, az egészséggel, a nők jogainak helyreállításával, a foglalkoztatottsággal, az élhető városokkal kapcsolatos célok és a többi cél.

Balázs Péter tanulmánya áttekinti, hogy hogyan fejlődött a szociális biztonság állami finanszírozása az elmúlt 130 évben. A modern ipari társadalmakban megkerülhetetlenné vált annak a megoldása, hogy az állam valamilyen módon gondoskodjon azokról, akik baleset, betegség vagy akár az életkoruk miatt elveszítették a munkaképességüket. A XIX. századi német társadalombiztosítási modellt azután átvették, átalakították a brit és az amerikai rendszerek, később pedig a szovjet rendszer is. Így jutott el a társadalombiztosítás egy formája Magyarországra is, azzal, hogy nem tesz, nem mer különbséget tenni jövedelmi határok szerint, így lényegében a szegény takarítónők társadalombiztosítási befizetései támogatják a gyárigazgatók juttatásait is. Ebből a rendszerből fakad azután a hálapénz és az áttekinthetetlen, az államit személyi és tárgyi erőforrásait tekintve nagymértékben átfedő magán-, illetőleg üzleti alapú szolgáltatások rendszere is.

Kapócs Gábor hivatalos statisztikai adatok segítségével bemutatja, hogyan fogy a magyar. De azt is bemutatja, hogy miért fogy annyira: egy szegényebb sorsú családban felnövekvő gyermek egész életén keresztül miért és hogyan hordozza azokat a súlyos társadalmi, gazdasági körülményeket, amelyek meghatározzák a későbbi életét. Ezek pedig azokat a civilizációs betegségeket fogják felnőtt korában okozni, amelyeket egy nagyon alulfinanszírozott és rosszul működő egészségügyi rendszer próbál valahogy kezelni. Ha valaki szegény és iskolázatlan, mert már a szülei is azok voltak, általában 10 évvel kevesebb ideig él, és a rövidebb élete alatt is sokkal több fizikai szenvedésnek van kitéve, mint szerencsésebb kortársai, egyebek között a társadalmi kiszolgáltatottság

és elszigeteltség, a szenvedélybetegségek és az egyéb életvezetési problémák sokkal sűrűbb előfordulása miatt. A keserűség az olvasóban nőttön-nő, ha az európai vagy akár csak a visegrádi országokra vonatkozó összehasonlító adatokig jut, vagy azon gondolkodik a szerző segítségével, hogy mennyi mindent tehetnénk honfitársainkért, ha a meglevő erőforrásainkat igazságosabban használnánk fel.

Sándor János szintén meggyőző adatokkal bizonyítja, hogy a magyar felnőttek megelőzhető, korai halálozásának adatai Magyarországon rosszak, az eltérő jövedelmi, képzettségi szinten álló emberek közötti különbségek kiugróan magasak és a kilencvenes évek óta ezek a különbségek folyamatosan nőnek. Az egészségügyi fejlesztésekből, modern gyógyszerekből és eljárásokból csak a gazdagabbak tudtak előnyökhöz jutni. A szegényebbeknek az orvos olyan gyógyszert ír fel, ami kevésbé hatékony, de legalább meg tudják fizetni. Az államnak az volna a feladata, hogy az emberek egészségét meghatározó társadalmi-gazdasági hatásokat folyamatosan értékelje, megtalálja azokat a beavatkozási pontokat, ahol ezeket az embertelen igazságtalanságokat a lehető legjobban csökkenteni lehet. Visszatérő gondolat az egész kötetben, hogy az egészségügy rendelkezésére álló csekély forrásokat legalább okosan kellene elkölteni. Ilyen okos célok lehetnének például a különböző szűrőrendszerek, csakhogy aki szegény, tudatlan, felelőtlen is esetleg, az éppen nem fog elmenni a szűrésekre. Hacsak azok nincsenek nagyon jól megszervezve (mint például az emlőrákszűrés egy időben, ami majdnem teljes lefedettséget biztosított) és a rendszert folyamatosan nem igazítják hozzá a társadalmi tényekhez.

Szigeti Tamás a környezet-egészségügyi tényezőket tekintette át. Sok környezetbe jutó káros anyag befolyásolja az egészségünket, az ivóvízszennyezőktől a különböző hulladékok és sugárzó anyagok hatásáig, de közülük a levegőszennyezettség és a szálló pornak nevezett apró koromszemcsék (PM2,5 és PM10) okozzák messze a legtöbb egészségügyi kárt, elsősorban szív- és érrendszeri megbetegedést és daganatokat. Az Európai Unió Tisztább levegőt Európának! programja megvalósításában Magyarország hátul kullog. Vannak régiók, elsősorban az észak-kelet magyarországi, a fővárosi és a Baranya megyei, ahol a levegőminőségi értékek krónikusan többszörösei az egészségügyi határértékeknek. Emiatt Magyarországon évente 8-10 000 ember hal meg idő előtt, a gyermekek várható élettartamát pedig pusztán az, hogy ezt a levegőt lélegzik be, a lakóterülettől függően átlagosan 6-18 hónappal csökkenti. Ezeket a hatásokat a jelenleginél sokkal intenzívebben, folyamatosan vizsgálni kellene, és ku-

tatni a megelőzésük, enyhítésük lehetőségeit. Nagy energiát kellene a lakosság tájékoztatására is fordítani, hiszen közlekedési szokásaikkal, fűtési megoldásaikkal maguk is hozzájárulnak a saját és lakókörnyezetük egészségromlásához.

Brys Zoltán két társadalmi tünetegyüttesről, az alkoholizmusról és a dohányzásról ír. Egy évben, például 2016-ban hárommillió ember halt meg a világban közvetlenül az alkoholra visszavezethető okokból: sérülések, az emésztőszervi, a kardiovaszkuláris, a fertőzéses és egyes daganatos megbetegedések miatt. Az egészségügyön kívül ez a függőség összefügg számos más SDG-céllal, így az oktatással, a munkához jutással, az élhető városokkal és a megfelelő fogyasztási és termelési módokkal, a békés, befogadó társadalmakkal, sőt a klímahatásokhoz való alkalmazkodással is. Az állam Magyarországon az alkoholizmus kezelésében mindig is gyenge teljesítményt mutatott, olykor még a cinkos támogatás határáig is eljut, a marketing, a hozzáférhetőség, az ivási környezetek, az egészségügy, a közfigyelem és a közösségi és munkahelyi megítélés terén. Hasonló a dohányzás megítélése, azzal, hogy szerteágazó hatásmechanizmusa és a függőség erőssége miatt talán még veszélyesebb szerről van szó. Mindkét függőség könnyen rabul ejti a nehéz társadalmi vagy közösségi helyzetbe került kamaszokat, és persze rengeteg újabb bajt, kárt idéz elő számukra. Ezért a szerző a jelenleginél sokkal hatékonyabb állami beavatkozást javasol, aminek az elfogulatlan tényfeltárással, társadalmi megvitatással kellene kezdődnie.

Lengyel Szilvia szerint a politikusok többé nem engedhetik meg maguknak az ökológiai krízishelyzetekről, illetve az ezekkel részben összefüggő súlyos közegészségügyi problémákról rendelkezésre álló és a jövőben megszülető szakmai anyagok figyelmen kívül hagyását. Ennek a tudásnak az észszerű forgatásán és felhasználásán Magyarország jövője múlik. Sürgeti a politikai döntéshozatalban a rendszerszemlélet elterjesztését, az emberi jogok és a környezet védelme témaköreiből kiindulva. A megelőzés, az igazságosság, a jövőre irányuló hosszú távú tervezés és végrehajtás, a technológiai és demográfiai változásokra történő felkészülés azok a sarokpontok, amelyeket az állami egészségügyi és környezetvédelmi rendszereknek alkalmazniuk kellene. Végezetül, egy SDG-sorozat egyik kötetének zárszavaként aláhúzza, hogy Magyarország súlyos társadalmi-gazdasági-ökológiai problémahalmazát, amelybe a jelen, egészségügyről szóló kötet is betekintést enged, csakis együttesen, kiegyensúlyozott és előrelátó állami szervező munkával lehetne a még kezelhető kereteken belül tartani.

3.1. 2030-ig globálisan az anyai halálozási arány 100 000 élve születésből kevesebb mint 70-re történő csökkentése.

3.2. 2030-ig a megelőzhető halálesetek felszámolása az újszülöttek és az öt év alatti gyermekek esetében, melynek elérése érdekében minden ország célja a gyermekhalandóság csökkentése újszülötteknél ezer élve születésre jutó 12 haláleset, az öt év alatti gyermekeknél ezer élve születésre jutó 25 halálesetszintre vagy az alá.

3.3. 2030-ig az AIDS, tuberkulózis, malária és az elhanyagolt trópusi betegségek felszámolása, valamint a hepatitis, a víz útján terjedő és egyéb fertőző betegségek elleni küzdelem erősítése.

3.4. 2030-ig a nem fertőző betegségekből származó, idő előtti elhalálozás egyharmadával történő csökkentése megelőzéssel és kezeléssel, valamint a mentális egészség és jóllét elősegítése.

3.5. Az egészségre káros szerek használatára vonatkozó megelőzés és kezelés megerősítése, beleértve a kábítószerekkel való visszaélést és a káros alkoholfogyasztást.

3.6. 2020-ig a közúti balesetek következtében elhunyt és megsérült személyek számának felére csökkentése globálisan.

3.7. 2030-ig a szexuális és reprodukciós egészségügyi szolgáltatásokhoz történő egyetemes hozzáférés biztosítása, beleértve a családtervezést, a tájékoztatást és az oktatást, valamint a reprodukciós egészség ügyének a nemzeti stratégiákba és programokba történő integrálását.

3.8. Egyetemes hozzáférés biztosítása az egészségügyi ellátáshoz, beleértve a pénzügyi kockázatokkal szembeni védelmet, a minőségi alapvető egészség-

ügyi szolgáltatásokhoz történő hozzáférést, valamint a hozzáférést a biztonságos, megfelelő hatású és minőségű, megfizethető árú alapvető gyógyszerekhez és vakcinákhoz.

3.9. 2030-ig a veszélyes vegyi anyagok, a levegő-, víz- és talajszennyezés és fertőzés miatt bekövetkező elhalálozások és betegségek számának jelentős mértékű csökkentése.

3.a. Az Egészségügyi Világszervezet Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezménye végrehajtásának szükség szerinti erősítése minden országban.

3.b. Az elsősorban fejlődő országokat érintő fertőző és nem fertőző betegségek elleni oltóanyagok és gyógyszerek kutatásának és fejlesztésének támogatása, hozzáférés biztosítása a megfizethető, alapvető gyógyszerekhez és oltóanyagokhoz, összhangban a TRIPS megállapodásról és a közegészségügyről szóló Doha-nyilatkozattal, amely megerősíti a fejlődő országok jogát „A szellemi tulajdonjogok kereskedelmi vonatkozásairól szóló megállapodás" rugalmasságra vonatkozó rendelkezéseinek teljes körű alkalmazására a közegészség védelme érdekében, és kiemelten annak biztosítására vonatkozóan, hogy a gyógyszerek mindenki számára hozzáférhetők legyenek.

3.c. A fejlődő országokban, különösen a legkevésbé fejlett országokban és a fejlődő kis szigetállamokban az egészség finanszírozásának, az egészségügyi dolgozók felvételének, képzésének és megtartásának jelentős növelése.

3.d. Minden ország, különösen a fejlődő országok kapacitásának megerősítése a nemzeti és globális egészségügyi kockázatok korai előrejelzése, csökkentése és kezelése terén.

Fülöp Sándor: Az ENSZ 2030-ig terjedő fenntarthatósági célkitűzései (SDG) rendszere és a 3. cél helye a rendszerben[1]

A bevezető előadásban röviden szeretném elhelyezni a témát a fenntartható fejlődés átfogóbb témakörében. A fenntartható fejlődés eszmeköre igazából – és mondja valaki azt, hogy nincs a társadalomtudományokban szigorú logika – meglehetősen szabályos szekvenciát mutat. Az 1970-es években kezdtek ökológiai filozófiával foglalkozó szerzők arról a kérdésről gondolkozni, hogy a fejlődés három pillére – a társadalmi, a gazdasági és az ökológiai-környezeti ügyeink – egymásra tekintettel hogyan alakíthatók hosszú távon. A három pillér közül ezt követően az egyes fejlődési fázisokban mindig más pillér emelkedik ki.

A fenntartható fejlődés fogalma az 1980-as, 90-es években, az úgynevezett riói folyamatban kristályosodott ki, ami valójában Stockholmban kezdődött még 1972-ben a világ állam- és kormányfőinek a fenntarthatósággal kapcsolatos első konferenciájával, azután 1992-ben Rio de Janieróban, majd 2002-ben Johannesburgban folytatódott, majd 2012-ben ismét Rióba tért vissza. Ebben az első fázisban, tehát a riói folyamatban a gazdasági pillérre helyezték a súlyt, azaz elfogadták – mint egyfajta alapaxiómát –, hogy fejlődni, gazdagodni, profitot termelni mindenképpen kell, viszont próbáljuk ezt úgy csinálni, hogy az erőforrásokból és a környezeti tényezőkből valami megmaradjon az utánunk következő generációknak is.

Részben átfedésben az elsővel, a fenntartható fejlődés értelmezésének egy második hulláma is elindult, ami inkább a társadalmi kérdéseket helyezte előtérbe. Ennek a fázisnak az alapállása az, hogy amíg szegénység és igazságtalanság lesz a Földön, addig a Föld pusztulni fog. És ebben is nagyon-nagyon sok igazság van, sőt talán még kicsit több is, mint az elsőben.

A fenntartható fejlődés harmadik értelmezési lehetősége szintén a világ állam- és kormányfőinek egy értekezletén merült fel.

[1] Az előadás és a cikk második, rendszertudományokkal foglalkozó része Zlinszky János előadásvázlata alapján készült.

Az ENSZ 2000-es 55-ös ülésszakának második határozatával kezdődött ez a legújabb szakasz, ahol egy 60 célból álló, úgynevezett Millenniumi deklarációt fogadtak el. A 60 cél még meglehetősen strukturálatlan, lényegében a világ összes problémájával foglalkozott. A főbb célcsoportok: béke, fejlődés – úgymint gazdasági fejlődés –, környezetvédelem, emberi jogok, társadalmi igazságosság és Afrika problémái voltak. Láthatjuk, hogy ez a deklaráció még valójában szinte mindenről szólt. Hamar felszínre került a nyilvánvaló felismerés, hogy ilyen módon lehetetlenség a társadalmi-politikai figyelmet és az erőforrásokat hatékonyan összpontosítani, ezért társadalomtudósok, nagy világszervezetek (a Nemzetközi Valutaalap, a Világbank, a G8-ak, valamint az OECD) szakértő csoportjaira bízták, hogy ebből a 60 célból strukturált, jobban mérhető, végrehajtható, számon kérhető célcsoportokat hozzanak létre. Így jöttek létre a Millenniumi fejlesztési célok, az úgynevezett MDG-k.

WE CAN END POVERTY 2015
MILLENNIUM DEVELOPMENT GOALS

Nem volt ez olyan nagyon régen, 18 évvel ezelőtt, 2001-ben. Jellemző módon a Világbank egyik ülésén fogadták el az MDG-ket. Nehezen tudnék közülük felsorolni bármit, holott még a végrehajtásban is elég sok előrehaladást értünk el másfél évtized alatt. Nyilván ügyesen kell a célokat és a célszámokat meghatározni, de azért az is jelentős lökést adott az MDG-k tényleges végrehajtásának, hogy az IMF és a Világbank, illetve a G8 országai egyenként 40, illetve 55 milliárd dollár közötti hitelelengedéssel próbálták elindítani az MDK-k végrehajtását. Természetesen előfordult az is, hogy némelyik súlyosan eladósodott ország fegyverkezésre vagy a korábbi adósságszolgálat fizetésére költötte ezeket a pénzeket.

Az MDG-kben szereplő nyolc célnak 18 alcsoportja volt. Látjuk, hogy a fő célok között a 4-es, 5-ös és 6-os célok is közvetlenül az egészségügy területére tartoznak.

2015-re lejárt ennek az ENSZ célkitűzési rendszernek az érvényessége, ezért 2012-ben a Rio+20-as értekezlet, szintén Rióban megbízta a magyar és a kenyai ENSZ-nagykövetet, hogy 2015-ig dolgozzák ki a fenntartható fejlődésnek az MDG-k nyomába lépő új célrendszerét, természetesen ezek tapasztalataira építve. A magyar és kenyai diplomaták – több mint 200, a szakmájában vezető tudóssal – három éven keresztül dolgozták ki a javaslatot. Nem engedték, hogy a kormányzati szakértők nemzetközi dokumentumok szerkesztésekor egyébként szokásos módon a saját politikai elképzeléseik, érdekeik mentén alakítsák ki a szöveget. A szakértői előkészítést követően a delegációk egy csomagban kapták meg a tervezetet, amikor még természetesen lehetett bármilyen módo-

sító indítványuk, de az egységes szerkezetű, logikájú szöveget már nem lehetett dezintegrálni. A nemzetközi környezetvédelmi dokumentumok megszövegezése során szinte mindig akad néhány olyan nemzeti küldött, aki úgy érzi, hogy az a feladata, hogy szétszedje, gyengítse a szöveget – ők ezúttal jóval kisebb teret kaptak. Tekintsük át a munka végeredményét, a Fenntartható fejlődés célkitűzéseinek (SDG-k) a rendszerét!

A 17 célkitűzés (goal) 169 alcélt, feladatot (target) tartalmaz – nem egységes még a magyar terminológia, elképzelhető az is, hogy az utóbbi kategóriát úgy fordítsuk: „elvárt eredmények". Mindenesetre a 17 célhoz képest egy fokkal konkrétabb, a gyakorlati megvalósításhoz már közelebb álló, részletesebb célokról van szó. Nézzük most meg a 17 cél kapcsolódását a 3., egészségügy célhoz!

1. cél: A szegénység valamennyi formájának felszámolása mindenhol.

2. cél: Az éhezés megszüntetése, az élelmezésbiztonság és a jobb táplálkozás megteremtése, valamint a fenntartható mezőgazdaság támogatása.

3. cél: Az egészséges élet biztosítása és a jóllét előmozdítása minden korosztály valamennyi tagjának.

4. cél: Az inkluzív, méltányos és minőségi oktatás biztosítása, valamint az élethosszig tartó tanulás lehetőségeinek elősegítése mindenki számára.

5. cél: A nemek egyenlőségének megvalósítása, minden nő és lány társadalmi szerepének megerősítése.

6. cél: A vízhez és szanitációhoz történő hozzáférés és a fenntartható vízgazdálkodás biztosítása mindenki számára.

7. **cél:** Megfizethető, megbízható, fenntartható és modern energiához való hozzáférés biztosítása mindenki számára.

8. cél: Tartós, befogadó és fenntartható gazdasági növekedés, teljes és termelékeny foglalkoztatás és méltányos munka elősegítése mindenki számára.

9. cél: Ellenállóképes infrastruktúra kiépítése, az inkluzív és fenntartható iparosítás támogatása és az innováció ösztönzése.

10. cél: Az országokon belüli és országok közötti egyenlőtlenségek csökkentése.

11. cél: A városok és egyéb emberi települések befogadóvá, biztonságossá, ellenállóképessé és fenntarthatóvá tétele.

12. cél: Fenntartható fogyasztási és termelési módok kialakítása.

13. cél: Sürgős lépések megtétele a klímaváltozás és ennek hatásainak leküzdésére.

14. cél: Az óceánok, a tengerek és a tengeri erőforrások megőrzése és fenntartható használata a fenntartható fejlődés érdekében.

15. cél: A szárazföldi ökoszisztémák védelme, helyreállítása és fenntartható használatának támogatása, a fenntartható erdőgazdálkodás, a sivatagosodás leküzdése, a talajdegradáció megállítása és visszafordítása, valamint a biológiai sokféleség csökkenésének megállítása.

16. cél: Békés és befogadó társadalmak támogatása a fenntartható fejlődés érdekében, az igazságszolgáltatáshoz való hozzáférés biztosítása mindenki számára és a hatékony, elszámoltatható és mindenki számára nyitott intézmények kiépítése minden szinten.

17. cél: A végrehajtás eszközeinek erősítése és a globális partnerség újjáélesztése a fenntartható fejlődés érdekében.

Az egészséggel lényegében mindegyik cél nagyon szoros kapcsolatban van. Nyilvánvaló, hogy a szegénység (1), az éhezés (2) rendkívül szoros mértékben összefügg az egészséggel, különösen a gyermekek és az idősek körében. Az oktatás (4) ugyancsak alapvető fontosságú, hiszen nagyon sok esetben az egészségtelen életmód és gyakorlat, a helyi környezet rombolása, beszennyezése elsősorban tudatlanságból, az oktatás hiányosságaiból fakad. Nem kell mondani, hogy a nemi egyenlőséghez (5) milyen hallatlan szorosan kapcsolódik az egészség, egyebek között azért, mert az anyák rengeteget tudnak tenni maguk és családjuk egészségéért, ha ehhez megkapják a cselekvési teret.

Víz és higiénia (6) – szintén nem igényel kommentárt. Az energiához való hozzáférés (7) – kicsit talán közvetettebben és szerencsére nem az összes régióban – az anyák szerepével és a női egyenjogúsággal összefonódva nagyon komoly meghatározója az egészségnek. Az afrikai, ázsiai szegényebb országokban a nők légzőszervi megbetegedése többszöröse a férfiakénak, egyszerűen azért, mert ők kuksolnak állandóan a kunyhóban vagy sátorban a szabad tűz mellett, és nap mint nap, évről évre a kiáramló égéstermékek roncsolják a tüdejüket. Ha olyan energiához juthatnának, ami ennél azért magasabb szintű, akkor biztos, hogy az egészségüket is jobban meg tudnák őrizni.

A munka, a foglalkoztatás (8) az anyagi helyzet fő meghatározója, így a fizikai egészségességre is alapvetően kihat. Nem elhanyagolható emellett a foglalkoztatottságnak a lélektani, az emberi méltósággal kapcsolatos szerepe.

Mindenkinek nagyon fontos, hogy „legyen helye a nap alatt", a megfelelő szociális státus az egészségnek, az immunrendszernek rendkívül komoly hátteret biztosít. Az infrastruktúra kiépítettsége (9), a társadalmi egyenlőtlenségek (10) még megfelelő, minimális ellátottság mellett is, illetőleg a városok (11) lakható kialakítása jelentős közvetett hatással vannak az egészségre, a fogyasztás és a termelés módjáról (12) nem is beszélve.

A klíma (14) és a természetvédelem (15) jelentősége az egészség szempontjából ugyancsak egyértelmű, a békés és befogadó társadalmak pedig nélkülözhetetlen hátteret nyújtanak a többi cél végrehajtása számára. Az SDG-k fontos eleme az utolsó cél, nem szabad elfeledkeznünk a végrehajtás eszközeiről, a megfelelő intézményekről, jogszabályokról, eljárásokról, amelyek a jogszabályokat érvényesítik, illetőleg a tájékozott, tudatos, aktív közösségekről, amelyek a célok végrehajtását figyelemmel kísérik, sőt ha kell, kikényszerítik.

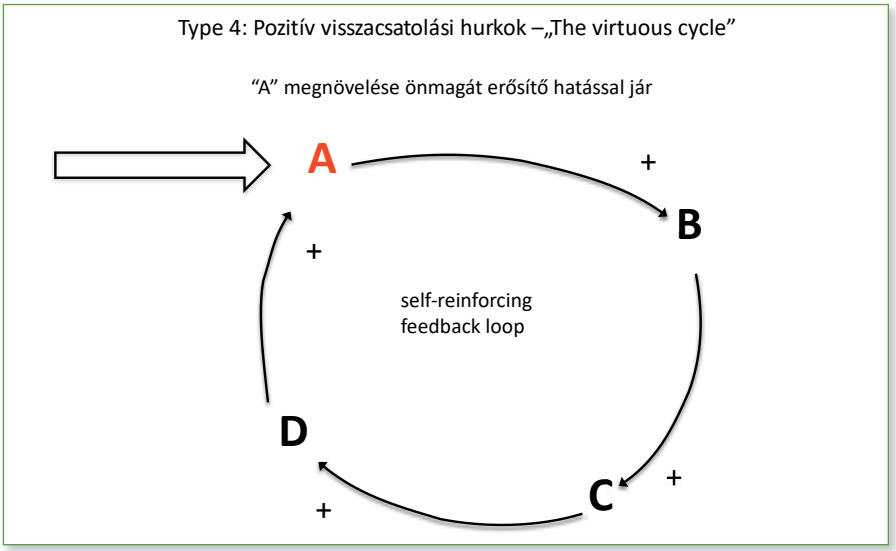
Látjuk tehát, hogy az egészségüggyel, az egészséggel és a jólléttel – nem pusztán a jóléttel, tehát az anyagi gazdaságsággal, hanem a jólléttel –, az élettel való többoldalú elégedettséggel, a szociális státuszunkkal és a biztonságunkkal is nagyon szorosan összefügg az összes többi SDG.

Az előzőek nem másról szóltak, mint arról, hogy az SDG-k annyival nyújtanak többet a korábbi fenntarthatósági koncepcióknál, hogy rendkívül kö-

vetkezetesen és részletesen vizsgálják az egyes társadalmi-gazdasági-ökológiai célkitűzések kapcsolatainak *rendszerét*. Szeretnénk ezért egy kis kitérőt tenni a rendszertudományok felé, már csak azért is, mert ismét komoly magyar vonatkozásokra bukkanhatunk.

A Római Klub első jelentését, a Növekedés határait társszerzőként jegyző Dennis Meadows az évtizedek során rendszertudósok nagy csoportját gyűjtötte maga köré, és ma már történelmi okokból ez a társaság immár három évtizede hazánkban gyűlik össze minden évben. Emiatt is nevezik magukat Balaton-csoportnak. A Balaton-csoport több tudósa is aktív szerepet vállalt az SDG-k kialakításában, Zlinszky János pedig, aki a csoport egyik vezetője, a magyar ENSZ-képviselet megbízásából jelentős szervező-szerkesztő munkát is végzett az új fenntarthatósági célokon. Nem véletlen tehát, hogy az SDG-k rendszerjellege igen erős és következetes, ami – már az eltelt néhány év tapasztalatai alapján is mondhatjuk – döntő szerepet játszik a 2030-ig terjedő fenntarthatósági célok világméretű sikerében, átütő erejében. Melyek tehát a rendszertudományok legfontosabb alapvetései, amik nyomot hagytak az SDG-k összeállításában, szerkesztésében is?

Amikor egy rendszerbe beavatkozunk, olyan lépéseket kell tennünk, illetőleg oda kell az erőforrásokat helyeznünk, ahol nem ördögi, hanem inkább angyali körökben a számunkra kívánatos tényezők saját magukat megerősítik.

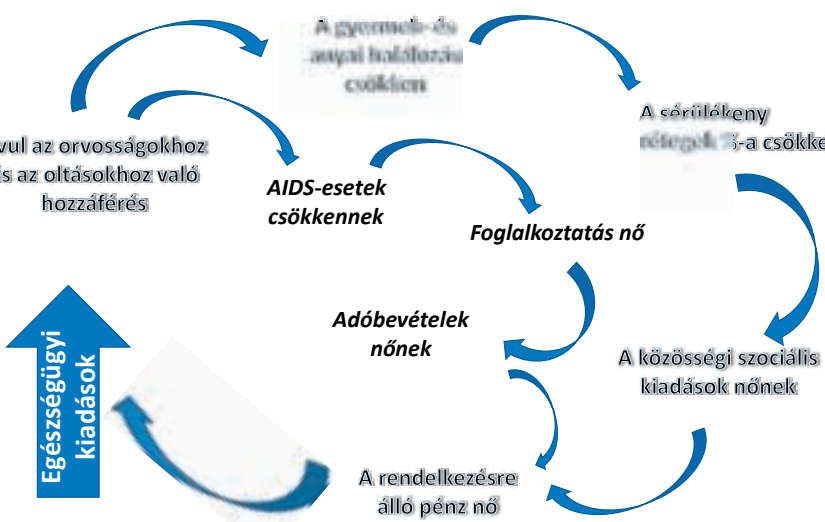


Nézzünk egy kicsivel bonyolultabb rendszert, már az egészségügyben!

Példa pozitív visszacsatolásra az egészségügyben (1)

Ez így még mindig egyszerű: valahol egy kívánatos helyen betáplálunk egy kis erőforrást, egy kis figyelmet, és ezzel egy pozitív spirált indítunk el. És akkor nézzünk egy viszonylag bonyolultabb rendszert – itt már nemcsak az egészségügyi, hanem az egészségügyi igazgatás kérdéseivel, gazdasági kérdésekkel is foglalkozunk.

Példa pozitív visszacsatolásra az egészségügyben (2)



Egy ilyen ábrán az, aki a magyar oktatási rendszerben nőtt fel, szinte biztos, hogy nehezen igazodna ki, kezelni pedig még kevésbé tudná. Évekkel ezelőtt azonban, kíváncsiságból egy másodikos általános iskolás osztály környezetvédelmi osztályfőnöki óráján rendszertudományt tanítottunk. A hét-nyolc éves gyerekek egy ennél sokkal bonyolultabb rendszert, egy erdő lakóit, erőforrásait is könnyedén tudtak kezelni, fölényesen változtatgatták a nyuszik, répák, rókák mennyiségét – aztán rövidesen elunták magukat, és mivel kevés volt a változó, bevezettek mindjárt néhány másik ragadozót is, más állatkákat, és diktálták, hogy mikor, hogyan változnak egymáshoz képest a rendszer egyes elemei. Az ember feltehetően a rendszerszerű gondolkodás természetes képességével születik, és az a fajta „csőlátás", ami a felnőttkorban jellemző, valamikor később alakul ki, nyilvánvalóan a részekre szabdalt, a tudományok, ismerethalmazok közötti átjárást alig engedő oktatási rendszerünkben.

Mindenesetre az SDG-k – éppen rendszerjellegük folytán – meglehetősen különböznek a korábbi céloktól, az MDG-ktől, a világ pedig meghallotta az üzenetet, és nagyon nagy apparátussal állt neki a végrehajtásuknak. Az ENSZ és az Európai Unió szintjén is számos nemzetközi és regionális szervezet foglalkozik ezzel a témakörrel folyamatosan – egyebek között indikátorok kidolgozásával és működtetésével, útmutatók megfogalmazásával. Ezenfelül nagyon sok elkötelezett tudományos és civil szervezet részvételével egész nemzetközi hálózat jött létre az SDG-k figyelemmel kísérésére, előmozdítására. Természetesen a nemzeti szintű erőfeszítések sem maradnak el, a fenntartható fejlődés új megközelítését sokan máris felhasználják a munkájukban – ugyanakkor egyáltalán nem biztos, hogy mindig mindenki sikerrel jár.

Szeretnék bemutatni egy pozitív és egy negatív példát az SDG-k és a 3. cél már most jelentős terjedelmű szakirodalmából. Egy amerikai szerző[2] kritikát fogalmazott meg a következő logika mentén: az SDG-k rendeltetése az, hogy az egyes nemzeti egészségügyi rendszereket javítsák; ez azonban azért nem működik, mert egy sor tényező hiányzik a célok rendszeréből, kimaradt például az, hogy az egyes célok végrehajtása mennyire költséghatékony, mennyire széles társadalmi rétegeknek állhat a rendelkezésére. Ezek a tényezők egy egészségügyi rendszer sikerességéhez kétségtelenül elengedhetetlenek. De vajon számon lehet-e kérni egy ilyen nemzetközi koncepción ezeket a részletes, praktikus

[2] Gabriel Seidman: Does SDG 3 have an adequate theory of change for improving health systems performance? *Journal of Global Health,* 2017. június 7(1) szám.

elemeket, amelyek ráadásul nyilvánvalóan országonként különbözők? Véleményünk szerint egy bizonyos fokig igen, de nem abban a formában, amit viszonylag kis erőfeszítéssel át lehetne tenni egy-egy nemzeti ágazati programba. Ugyanakkor ha meggondoljuk, mind a két hiányolt tényező jelen van, mégpedig markánsan jelen van az SDG-k rendszerében. A 17. cél mi egyebet kér számon a célkitűzéseket megvalósító államoktól, szervezetektől és közösségektől, mint azt, hogy a végrehajtás költséghatékony, célszerű módjait válasszák meg? És vajon nem éppen a szegénység felszámolásával kezdődik az egész célsorozat, amiből pedig az is következik, hogy ezt az alapvető kiinduló célt valamennyi cél megvalósításának tervezése, végrehajtása során következetesen figyelembe kell venni?

Az említett szerző még részletesebb kritikai megjegyzéseket is tett az egészségügyi (3) céllal kapcsolatosan. Az a kiindulópontja, hogy az alapellátásra kell a legtöbb erőforrást csoportosítani, mivel ez az a szint, az egészségesek vagy csak kicsit betegek szintje, amit ha jól ellátnak, tehermentesíthetik az ellátórendszert a komolyabb betegségektől. Tehát ez a legjobb befektetés az egészségügyi kormányzat részéről. Úgy gondolom, hogy ebben teljesen igaza van, csakhogy az ilyen részletes iránymutatást véleményem szerint az SDG-ken már nem lehet számon kérni.

Egy további kritikai megjegyzés volt, hogy az SDG-k, az MDG-k pedig különösen kiemelnek egyes betegségeket, nevesítetten is – holott egy holisztikus képre lenne szükség, minden betegséggel egyaránt kellene foglalkozni. Ezt az állítást sem tudnám önmagában megcáfolni, csak éppen úgy vélem, hogy az SDG-k kritikájára nem alkalmas. Ne felejtsük el, hogy az SDG-k alapvetően egy nemzetközi politikai dokumentum részei, ahol az egyes általános és szakpolitikusok a maguk társadalmi megrendeléseinek is igyekeztek megfelelni. Az egyes országok képviselői számára kiemelkedően fontos egészségügyi kockázatok hangsúlyozása azonban az SDG-k átható rendszerében mégiscsak a helyére került, mint például az általános kérdésekre utaló egyedi példák, hívószavak, politikai deklarációk, amik önmagában nem rontják le a rendszer hatékonyságát.

A harmadik kritika szerint az SDG-knek az egészségügy társadalombiztosítási, financiális szervezési kérdéseivel is kellene foglalkozni. Igaz, igaz, azonban a 17-es célra kell ismét utalnunk, a 3. célon a megfelelő rendszerszemléletet számon kérő kritikusoknak véleményünk szerint nem szabadna maguknak is a csőlátás hibájába esni.

A 3. SDG-vel kapcsolatos gyakorlati visszacsatolások közül még egy rendkívül jól felépített dél-afrikai kutatásról szeretnék beszámolni,[3] amelynél álláspontom szerint azok rendszersajátosságait megfelelően figyelembe véve, helyesen használták fel az SDG-ket. A kutatók azt akarták az SDG-k segítségével bizonyítani, hogy ha egy egészségügyi rendszert úgy építünk fel, hogy az minél több másik fenntarthatósági céllal összefügg, az a rendszer hatékonyságának és rezilienciájának mindenképpen hasznára válik. A korábbiak során röviden áttekintettük, hogy szinte mindegyik cél összefügg az egészségüggyel, és ez a szóban forgó kutatási megközelítés éppenséggel azt tudta bizonyítani, hogy a rendszerszerű megközelítés jár igazán a legkevesebb társadalmi költséggel az egészségügyi rendszer felépítése és működtetése során. Dél-Afrikában egy 3500 fős, mélyinterjús, rendkívül időigényes kutatásban, nagyon pontos adatfelméréssel az egészségügy és a szociális támogatás összefüggését vizsgálták két városi és két vidéki mintában. Azt találták, hogy már csekély támogatással nagyon komoly egészségügyi eredményeket lehet elérni a legszegényebb rétegekben, csökkenteni lehet mind az alultápláltságból, mind pedig a kiszolgáltatottságból eredő egészségügyi kockázatokat, az erőszakból és a szexuális kizsákmányolásból eredő sérüléseket, betegségeket. Ha pedig a segély mellé megtalálják a gondoskodásnak valamilyen megfelelő formáját is („cash and care") – egy vagy két pedagógus személyében, esetleg családon belül, valamelyik komolyabb, megbízható családtag vagy kifejezetten erre képzett családsegítők révén –, akkor a lelki és életmódbeli egészségügyi kockázatok is szignifikánsan csökkenthetők.

Jóllehet dél-afrikai ez a kutatás, szerintem nagyon komoly üzenetei vannak Magyarország számára is. Az általa leírt „cash and care" kombináció rengeteg egészségügyi jellegű társadalmi nyereséggel jár, sőt láthattunk egyebek között a szociális és élelmezési célokkal (1–2), az oktatással, az oktatási intézményekből való kevesebb kimaradással (4) összefüggő, a lányok védelmével (5) és a befogadó és békés társadalmak kialakításával, megerősítésével (16) kapcsolatos, más SDG-célokra is kiterjedő együtthatást.

Ha az SDG-k megfelelő alkalmazásáról, a célok együttes figyelembevételéről, a rendszerszintű, számos pozitív „angyali kört" elindító intézkedések szükségességéről sikerül a döntéshozókat meggyőzni egy társadalomban, akkor egyebek között az egészségügy is olcsón, sokkal kevesebb erőforrásból és sokkal hatékonyabban működhetne.

[3] D. Cluver, Lucie et al.: Can Social Protection Improve Sustainable Development Goals for Adolescent Health?, *PLoS,* 2016 Oct. 11(10) sz.

Az én előadásom egy viszonylag szűkebb spektrumra fog korlátozódni, az egészségügy közfinanszírozásának problémáira és ezek megoldási lehetőségeire. Egészen konkrétan arról szólok, hogy milyen távon és hogyan tartható fenn a magyar egészségügy közfinanszírozása. A téma roppant aktuális, az MNB tanulmányától az utóbbi néhány napban megjelent állásfoglalásokig sok minden egyértelműen ezt igazolja.

A legelső dolog, amire felhívnám a figyelmet, a szociális biztonság sarokpontjainak számbavétele.

Nagyon hajlamosak vagyunk elfeledkezni arról, hogy mi volt az a vaskályha, ahonnan elindultunk. Időben nagyjából az ipari forradalom csúcsra járatásának idejébe kell visszatérnünk, pontosabban a 19. század utolsó harmadába. Időhiány miatt sokat nem beszélek a körülményekről.

Praktikusan azt kell kiemelni, hogy a szociális biztonság központi kérdése a keresőképesség volt, amely köré a három alapvető probléma csoportosult: a baleset-betegség, az öregkor és a munkanélküliség. A szociális védőháló-rendszer alapja ez a három tematikus egység, amelyik közül a nyugdíjjal és a segéllyel most nem kell foglalkoznunk, csak a munkahelyi baleset és a betegség kérdésköre tartozik szorosabban az egészségügyhöz.

Ha kissé kritikusabban tekintünk a munkásmozgalom történetére, kiderül, hogy a szociálpolitikában a táppénz volt az érdeklődés középpontja. Tehát egyáltalán nem az volt a gond, hogy a társadalom szegényebb része miből fizeti az orvost, ugyanis korábban egyáltalán nem találkoztak orvossal, nem ez volt az elsőrendű problémájuk. Elsősorban az okozott gondot, ha betegség miatt nem tudtak bemenni a munkahelyükre, ugyanis fizetés hiányában ekkor gyakran szó szerint az éhenhalás fenyegette az egész családot. A megoldás a táppénz volt, amelynek kérdését a liberális porosz polgári politika rendezte olyan módon, hogy több mint 130 év után a mai rendszerünk is erre épül.

Három biztosítási ágazat jött létre: betegség, munkahelyi baleset, illetve öregség és munkanélküliségi esetére. Az ábrán szereplő 5062 euró 50 centre még a későbbiekben visszatérek. Németországban 1883 óta mind a mai napig így üzemel a rendszer, sőt a volt NDK területén is visszatértek hozz, 40 év szünetet követően.

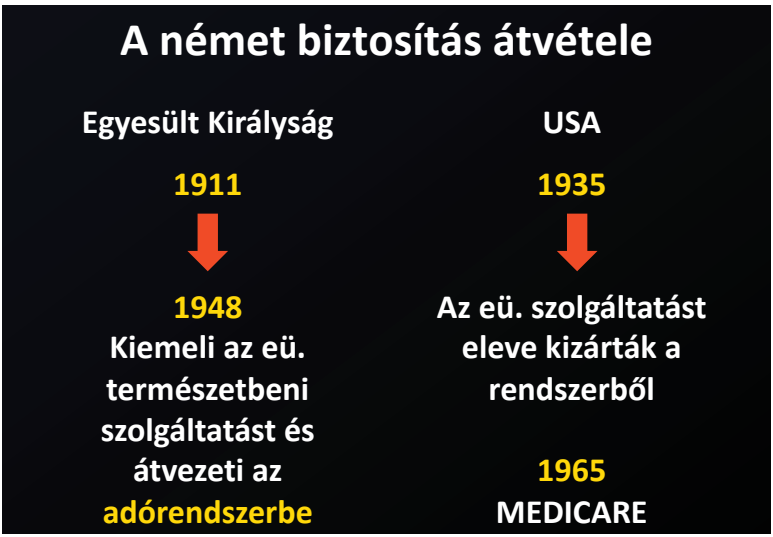
A szociális biztonság alapgondolata 1883–1889

1) Szerény jövedelmű emberek rászorulnak a társadalom támogatására
2) Aki nem szorul rá, szociális támogatás nélkül gondoskodjon önmagáról, sőt támogassa a rászorulókat
3) A jóléti transzfer működtetésének két útja:
   a) biztosítás: személyhez kötött jogosultság
   b) adórendszer: nincs személyi jogosultság

A szociális biztonság alapgondolata meghatározza, hogy egy társadalom hogyan gondoskodik a szerényebb jövedelmű vagy rászoruló tagjairól. Ez az alapgondolat abból indul ki, hogy a szerény jövedelmű emberek rászorulnak a társadalom tehetősebb tagjainak támogatására. Ez egy abszolút alapigazság, viszont a második számú kérdés, hogy aki nem szorul rá, szociális támogatás nélkül egyrészt gondoskodjon önmagáról, sőt támogassa a rászorulókat.

A harmadik kérdés a jóléti transzfer módja, tehát az a megoldás, amellyel a társadalom tehetősebb része járul hozzá a kevésbé tehetősek szociális biztonságához. Erre kétféle rendszer alakult ki, harmadik nincs, amint mindenképpen szükséges leszögezni. Az egyik a biztosítás, a másik az adórendszer.

A gyakori félreértésekkel szemben mindenképpen rögzíteni kell, hogy az egész világ az 1883-ban indult, német típusú társadalombiztosítási modellt alkalmazza.



A fejlett országok közül az Egyesült Királyság 1911-ben vette át a rendszert, és azóta is folyamatosan működteti. Ugyanakkor 1948-ban volt egy döntő fordulat az angol típusú szociális biztonság rendszerében. Megőrizték ugyan az eredeti német modell egészét, de egyetlenegy dolgot kiemeltek belőle, nevezetesen a természetbeni egészségügyi szolgáltatásokat, pontosabban azok finanszírozását áthelyezték az adórendszerbe. Minden más érintetlen maradt, vagyis az angol munkások is mind a mai napig alapvetően német mintára kapják a szociális ellátásukat.

Az amerikai rendszer a német típusú fordulatot 1935-ben hajtotta végre, a Roosevelt-féle New Deal keretében. Sajátosságként azonban az Egyesült Államokban a rendkívül agresszív orvoslobbi elérte, hogy egyedül az egészségügyi szolgáltatásokat zárták ki a szociális rendszerből. Tehát például betegség esetén az amerikai munkás is a német típusú szociális társadalombiztosításból kapja a táppénzét, de nem az orvosi szolgáltatásokat.

Összefoglalva: az egészségügyi természetbeni ellátás az a terület, amely körül némi változatosságot mutatnak a nemzetközileg mintaértékű rendszerek, azonban az USA-val kapcsolatban még egy kiegészítéssel kell élnünk. Kennedy halála után, Lyndon B. Johnson elnök kormányzása alatt vezették be 1965-ben a Medicare típusú ellátást. Nagyjából a német társadalombiztosítási rendszer elvei mentén, ha egy amerikai polgár már elérte 65. életévét, ettől kezdve a természetbeni egészségügyi ellátásokban is biztosított státusszal rendelkezik.

A Medicare-nek számos részproblémája van, amelyekre terjedelmi okokból nincs lehetőség kitérni.

Történelmileg túlhaladtuk ugyan, de a bolsevik biztosítási modell gyakorolta a legnagyobb hatást a mai hazai társadalombiztosítási rendszerünkre.

Bolsevik biztosítás: 1912

A cári Oroszország 1912-ben vezette be a német mintájú szociális biztosítást.

1. Betegségi ágazat: ipari, bánya, vasúti és hajózási üzemek (munkáltatók 40%, munkavállalók 60% járulék)
2. Munkahelyi baleseti ágazat: azonos személyi kör, de a járulékot csak a munkáltatók fizetik.

Nyikolaj Alekszandrovics Szemasko
1874–1949

Oroszországi Szociáldemokrata Munkáspárt VI. konferenciája 1912 Prága (Osztrák–Magyar Monarchia).

Szemasko tervezetet állított össze a munkásbiztosításról, amelynek nyers változatát V. I. Lenin dolgozta át és terjesztette a konferencia elé.

1. Minden munkást be kell vonni a biztosításba
2. A rendszert a szakszervezetek felügyelik
3. A pénzalapokat az állam kezeli
4. A munkások a betegségi ágazatban sem fizetnek járulékot (úgy, mint a munkahelyi baleseti ágazatban)

A Szovjetunió Kommunista (bolsevik) Pártjának története – rövid tanfolyam 1938 egyetlen egy szóval sem említi Szemaskot és az 1912-es prágai tervezetet.

A modell alapjainak lerakása Nyikolaj Alekszandrovics Szemasko nevéhez fűződik. Nagy túlélő volt a szovjet egészségpolitikában, egészen 1949-ben bekövetkezett haláláig. Élete végéig úgy szerepelt, mint Lenin közvetlen munkatársa. Az általa kidolgozott bolsevik társadalombiztosítási modellt Vlagyimir Iljics Lenin adta elő 1912-ben, az Osztrák–Magyar Monarchia területén, Prágában rendezett pártkongresszuson. Utólag nehéz eldönteni, hogy ki kit tévesztett meg, de valószínűleg Szemasko győzte meg Lenint egy olyan képtelen rendszer bemutatására, amely azóta is folyamatosan bizonyítja az életképtelenségét. Más kérdés, hogy bizonyos elemeiben Magyarországon ma is ragaszkodunk hozzá, amint azt a későbbiekben előadottak egyértelműen igazolják.

Mellesleg ezt az utólag jelentősnek ítélt eseményt a Bolsevik Párt rövid történetének 1938-ban kiadott összefoglalása meg sem említi, ugyanis más kérdésekhez képest jelentéktelen epizódnak tartották. Mindenesetre Szemasko egészen közel jutott az angol típusú biztosítás és egészségügyi finanszírozás 1948-ban bevezetett modelljéhez. Saját korát meghaladva mégsem lépte át

a határvonalat, mert a német szociális biztosítási modell jobban mozgósította a hallgatóságot.

Mindezek után szakszerűbben tekinthetjük át a jelenlegi magyar társadalombiztosítás rendszerét.

A három mintaértékű rendszert az egyszerűség kedvéért egy-egy emblematikus személyiség jelöli: Bismarck, Szemasko és William Beveridge. Utóbbi az angol modellt hozta létre. Bismarck és a társadalmi szolidaritás nagyon is közel álltak egymáshoz. Mindenesetre a mai magyar társadalombiztosítási rendszerből sikerült mellőzni a rendszer abszolút alappillérét. Nevezetesen nincs jövedelemhatár a munkajövedelmekben és nincs tőkejövedelem-szabály sem, vagyis a magyar társadalombiztosításban mindenki szociálisan rászoruló, tehát biztosított. Ez paradox jelleget ad a szolidaritásnak, ugyanis tulajdonképpen a minimálbéres takarítónők szolidárisak a milliárdosokkal, amit teljesen természetesnek tekintünk. Ám az eredeti bismarcki modellt követve, a 2019. évi német jogszabály szerint csak azok jogosultak a társadalom szolidaritására, akiknek 5062,5 euránál kevesebb a havi jövedelme. Ez Magyarországról nézve valóban csillagászati összegnek tűnik, de Németországban ma ez jelenti a szociális rászorultság felső határát.

A másik lényeges eltérés az eredeti német modellel szemben, hogy nincs külön munkahelyi baleseti biztosítás. Ez egy bonyolultabb kérdés, így terjedelmi okok miatt nem részletezhető. Összefoglalva azt kell mondani, hogy a mai magyar tb-rendszer köszönőviszonyban sincs az eredeti bismarcki modellel. Valójában a Szemasko által kidolgozott bolsevik modell örököse. Semmiféle kétségünk nem lehet afelől, hogy a nálunk jelenleg is működő társadalombiztosítás az egészségügyben egy posztkommunista modell, de jelenleg egyetlenegy politikai pártnak sincs bátorsága érdemben hozzányúlni.

Kivételt csak a fogorvosi ellátás képez, amelyben sajátos helyzet alakult ki 1995-ben, ugyanis a fogorvosi ellátások döntő többségét kizártuk a tb-finanszírozás köréből. Következésképpen nem embereket zártunk ki a szociális kedvezmények köréből, hanem egyes szolgáltatási típusokat. Ugyanakkor ezekre a szolgáltatásokra jól működő magánpiac épült. Tény, hogy a fogorvosok több mint 50%-ának nincs is társadalombiztosítási szerződése, ugyanis teljesen a magánpiacon dolgoznak. Különböző számítások szerint 5300-5800 fogorvos működik ma Magyarországon, akik közül 2800-nak nincs tb-szerződése. Készpénzzel fizetjük a szolgáltatásaikat, biztosítást ugyanis jellemzően nem kötünk erre a célra.

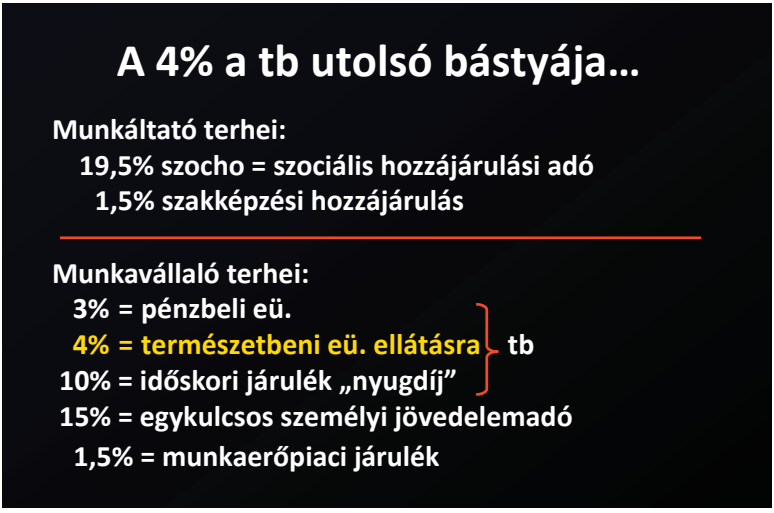
A politikai jelszavak szintjén azért nem szabad kilépni a Szemasko-modellből, mert megbontanánk az egységes nemzeti kockázatközösséget. Ez egy olyan politikai hívószó, amellyel szemben senki nem mer felszólalni, ugyanis szó szerint a létét veszélyeztetné. Tehát politikailag életveszélyes lenne, ha valaki azt javasolná, hogy úgymond bontsuk meg az egységes nemzeti kockázatközösséget. Drámai módon szokás ecsetelni a következményeket. Jön a szegény és gazdag egészségügy, ami a társadalmi szolidaritás halálát jelentené.

Ezzel szemben a mai valóságban akinek van pénze, az „hálapénzes shoppingolást" folytat az egészségügyben, akinek pedig nagyon sok pénze van, azt végképp nem zavarja a rendszer, hiszen Magyarországon minden megvásárolható. Mindez legkevésbé a szolidaritás jele, és teljesen nyilvánvalóvá teszi a szegények és gazdagok ellentétét, konkrétan például olyan formában, hogy ki juthat hozzá bizonyos ellátásokhoz és ki nem – ez sajnos ma a hétköznapi valóság szerves része. Cserébe egy teljesen tervezhetetlen, magánfinanszírozott szolgáltatási piacot tartunk fenn, ami senkinek az érdekét nem szolgálja.

Az angol modell átgondolása révén érdekes következtetésekhez juthatunk. Az utóbbi húsz év története arról szól Magyarországon, hogy szép csendben araszolgatunk ebbe az irányba. Első megközelítésben nem érdektelen arra utalni, hogy az Alaptörvény elfogadása kapcsán volt egy kis politikai kötélhúzás,

ugyanis a társadalombiztosítás „kikerült” a megfelelő szövegrészből. Igen, ez tényszerűen igaz, de az általános közfinanszírozást ez nem érintette. Közfinanszírozni viszont lehet adóból és társadalombiztosításból is. Tehát nincs ok az aggodalomra, a magyar Alaptörvény tartalmazza a közfinanszírozott ellátást, a társadalombiztosítás megnevezése nélkül.

A magyar kórházak és rendelőintézetek többsége állami tulajdonban van, ez pedig teljes egészében az 1948 utáni angol modellnek felel meg. A következő hasonulási elem a munkáltatói tb-járulék, a „szocho”, vagyis a munkáltatók szociális hozzájárulása a korábbi tb-járulék helyett. Ez tehát adó, vagyis nem járulék. Azt jelenti, hogy adóból fedezik például az egészségügyi ellátásunk egy részét is. Az utolsó elem, ami még elválaszt bennünket az angol egészségügyi finanszírozási rendszertől, a munkavállalói közterhek 4 százaléka.



A fenti ábra világosan mutatja a bérekre és fizetésekre rakodó közterhek munkáltatói és munkavállalói részét, korábbi terminológia szerint a járulékokat. A „szocho”-t, továbbá a szakképzési hozzájárulást nem is látjuk a bérjegyzékünkön. Amit mi látunk, az a piros vonal alatt kezdődik, amelyből egyébként 3 százalék a pénzbeli egészségügyi ellátásra vonatkozó teher. Egyszerűbben szólva ez a táppénzünk fedezetének egy része, hiszen a pénzbeli egészségügyi ellátás döntő többségét a táppénz jelenti.

A 4 százalékot természetbeni egészségügyi ellátásra fordítjuk, ez pedig tulajdonképpen az alapellátás és a szakellátás természetbeni finanszírozásának munkavállalói része. Tehát annak a fedezete, ha felkeressük a háziorvosunkat vagy például vakbélműtétre kerülünk egy kórházban és így tovább. További terhet jelent még a teljesség kedvéért a 10%-os öregkori (helytelenül nyugdíj-) járulék és a 15% egykulcsos szja meg a munkaerőpiaci járulék, ami tulajdonképpen egyfajta munkanélküliségi adónak felel meg.

Mindezek alapján nagyon közel vagyunk ahhoz, hogy megtegyük az utolsó lépést az angol típusú egészségügyi finanszírozáshoz. Az Index című elektronikus hírportál március 6-án a következő szöveget közölte: „Mit kapunk a tb-ért a kórházban: egyre kevesebbet". Ez a szalagcím volt, alatta a következő szöveggel:

Utolsó lépés az adórendszerhez...

Mit kapunk a tb-ért a kórházban? Egyre kevesebbet...
„Ha igazán nagy államháztartási reform jön, még az is elképzelhető, hogy a címzett egészségbiztosítási járulék is megszűnik. Az ember egyszerűen adót fizet, a pénz befolyik a nagy kalapba, és majd az állam dönti el, mennyi pénzt fordít az egészségügyre".

Index, 2019. márc. 6.
https://index.hu/belfold/2018/07/02/kiegeszito_egeszsegbiztositas_allam_tarsadalombiztositas_mnb_alapcsomag_egeszsegugy_orvosi_ellatas/

Érdemes figyelmesen elolvasni az alábbi sorokat annak alapján, hogy előzően áttekintettük a hazai társadalombiztosítás fejlődési trendjeit. „Ha igazán nagy államháztartási reform jön, még az is elképzelhető, hogy a címzett egészségbiztosítási járulék is megszűnik, az ember egyszerűen adót fizet, a pénz befolyik a nagy kalapba, és majd az állam dönti el, hogy mennyi pénzt fordít az egészségügyre." Ez vegytiszta módon az 1948-ban bevezetett angol modell leírása. Állítólag újabban ennek a modellnek vannak jó esélyei kormányzati körökben. Nagyjából ez várható tehát, egy utolsó lépés, amellyel búcsút inthetünk a társadalombiztosítás Szemasko-féle modelljének.

Értelmetlen „bismarcki” retorika

Fenntartjuk a mindenkire nézve kötelező tb alapelvét, de ehhez kiegészítő biztosítást lehet kötni (kiegészítő magánellátásra?)

„Fontos alapelv…, hogy a kiegészítő biztosításokat is az állam kezelné, mindenkinek elérhetőnek kell lenniük, mert nem alakulhat ki a tehetősek és a szegények biztosítási rendszere”.

Ez nettó járulékemelés: semmit nem old meg, de a jelenleginél is nagyobb károkat okoz!

Nincs okunk tehát továbbra is az álbismarcki retorikát használni, amelynek legújabb vadhajtása a mindenkire nézve kötelező tb megőrzése, kiegészítő magánellátásra köthető biztosítással. A tervekkel kapcsolatban a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) egyik vezető tisztviselője a napokban a következőképpen nyilatkozott: „Fontos alapelv, hogy a kiegészítő biztosításokat is az állam kezelné, mindenkinek elérhetőnek kell lenniük, mert nem alakulhat ki a tehetősek és szegények biztosítási rendszere.” Első reakcióként mindenképpen a régi típusú szociáldemagógia zavartalan továbbélését kell észrevenni. Rövid távon azonban ez az ötlet nettó járulékemelést jelentene. Ne a jelenlegi 4% legyen a járulék, hanem mondjuk 5 vagy 6%, és akkor ennek fejében mindenki hozzájuthat az emelt szintű ellátáshoz. Sajnos egy ilyen lépés semmit nem oldana meg, viszont a jelenleginél is nagyobb károkat okozna.

Záró gondolatként érdemes áttekinteni a magán- és üzleti szolgáltatás kapcsolatát.

Magán- és üzleti szolgáltatás

Magánszolgáltató	Közfinanszírozás
1) Alapellátás Háziorvos, Fogorvos	1) Alapellátás Háziorvos, Fogorvos (50%)
2) Járóbeteg-szakellátás (Nőgyógyászat)	2) Járóbeteg-szakellátás nem jellemző
3) Fekvőbeteg-ellátás Budai Irgalmasok Kh.	3) Fekvőbeteg-ellátás Budai Irgalmasok Kh.

Az üzleti szférában magánszolgáltatók legyenek közfinanszírozási szerződés nélkül!

Sajnos a magán- és üzleti definíciót minden további nélkül cserélgeti a hétköznapi szóhasználat, miközben az, hogy valaki magánszolgáltató, egyáltalán nem jelent üzleti alapú szolgáltatást. Az ábra bal oldalán látjuk a magánszolgáltatókat. Ilyen például a Budai Irgalmasrendi Kórház is, amely egyáltalán nem üzleti alapon működik, hanem társadalombiztosítási bevételekből. A másik oldalon a közfinanszírozást látjuk. A magánszolgáltató háziorvosok díjazása például döntően a közfinanszírozásból történik. Tiszta viszonyokat úgy teremthetnénk, ha az üzleti szférában magánszolgáltatók dolgoznának, közfinanszírozási szerződés nélkül.

Mire van igény üzleti alapon?

Amire üzletileg nincs érdeklődés:

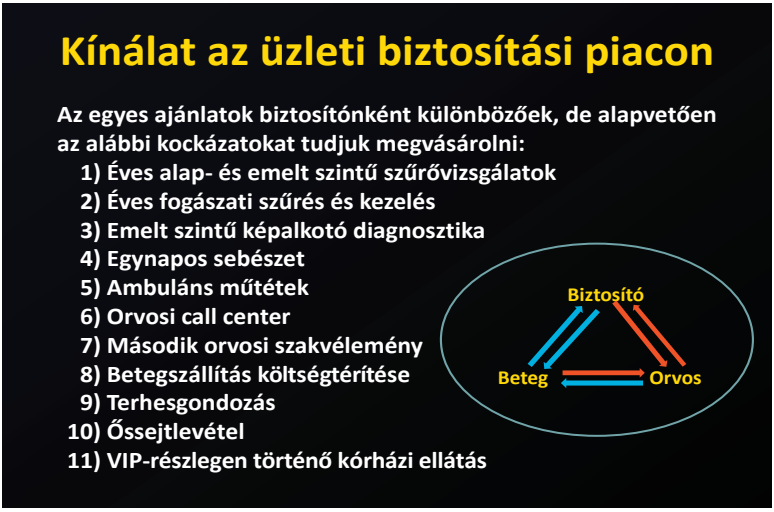
- ✓ Alapellátás (Fogászat, generált 1995-től)
- ✓ Gondozói járóbeteg-szakellátás (Szülészet)
- ✓ Baleseti + szeptikus járóbeteg-szakellátás
- ✓ Baleseti + sürgősségi fekvőbeteg-szakellátás
- ✓ Krónikus pszichiátriai fekvőbeteg-szakellátás

Ahol van teljes körű üzleti érdeklődés:

- ✓ Diagnosztika: egészségtudatos kereslet
- ✓ Járóbeteg-szakellátás általában (Dg + Th)
- ✓ Aktív fekvőbeteg-szakellátás (Dg + Th)

Azzal nem érdemes külön foglalkozni, hogy mire van igény üzleti alapon, ezt mindenki jól ismeri a saját tapasztalatából. Nem kell nagy képzelőerő ahhoz, hogy egy sebészeti járóbeteg-szakrendelésen nem egy vérző fejű kisgyerek az üzleti szféra álma 5 perccel a rendelési idő lejárta előtt.

Az alábbiakban egy kínálati összesítés látható, amely általában megtalálható a magánbiztosítók vonzónak vélt ajánlatában.



Az ábrában nyilakkal feltüntetett háromszög kapcsán arra érdemes figyelni, hogy egyes elképzelések szerint a magánbiztosításban az orvos a közvetlen kifizetésről számlát adna, amelyre a biztosító (esetleg jelentős késéssel) térítené meg a kiadásokat. Nyilvánvaló, hogy például egy több millió forintos, bonyolultabb műtétet az átlagos beteg így képtelen volna előre kifizetni, tehát itt valószínűleg önrészlimitek lesznek a költségtudatosság fenntartása érdekében.

Végső összegzésként kétféle elméleti lehetőség áll előttünk. Az egyik szerint visszatérnénk az eredeti bismarcki rendszerhez, de tisztán logikai alapon ezt az esélyt már a múltban eljátszottuk, legkésőbb 2000-ig. Valójában 1989 és 2000 között még lett volna lehetőségünk, hogy visszatérjünk ehhez a modellhez, mint ahogy egyébként azt a német egészségpolitika a volt NDK területén megtette. Ugyanarról a Szemasko-féle rendszerről tértek vissza az eredeti bismarcki modellhez, amelyet különben mindegyik ország alkalmazott a szocialista rendszerben. Ez a lehetőség azonban elúszott, mivel három évtizeddel ezelőtt a magánkereslet és az üzleti kapacitások párhuzamos kiépítését követelte volna.

Egészségpolitikai mozgástér…

1. **lehetőség: Visszatérés az eredeti „bismarcki” rendszerhez → nem reális alternatíva**
   Ezt az esélyt eljátszottuk 1989–2000 között

2. **lehetőség: áttérés az angol (NHS) finanszírozási modellre.**
   Reális megoldás, de a köztulajdonú szolgáltatók maradjanak távol az üzlettől!
   (nincs szükség a hálapénz államosítására)

Valós lehetőségként tehát az angol finanszírozási modell maradt számunkra, a köztulajdonú szolgáltatók távol tartásával az üzleti orvoslástól. Minden más változat a jelenlegi hálapénzrendszer államosítása lenne. Sovány vigasz, hogy így kiegészítő tb-biztosítással különülnének el a tehetősebb és szegényebb betegek egymástól, ráadásul látványosan, például egy kórházi osztály A és B folyosóján. Ezt a súlyosan antiszociális modellt mindenképpen el kell kerülnünk.

Kapócs Gábor: Az egészség ügyéről kicsit másképpen: lehetséges okok és biztosnak tűnő következmények – (gondolat)ébresztő mozaikok

Szellemileg egy nagy utazásra hívom az olvasókat. Olyan összefüggéseket szeretnék bemutatni a modern idegtudományok tükrében, amelyek még nem közismertek, és amelyek reményeim szerint alapjában véve befolyásolják az SDG-k hármas célkitűzésével kapcsolatos gondolkodásukat. Nyilvánvaló, hogy nem elsősorban a számok, az adatok fontosak abból, amit bemutatok, inkább az összefüggéseket, az arányokat, a trendeket szeretném közvetíteni.

Az írásom három nagy részből áll. Az első részben szeretném bemutatni a magyar lakosság egészségi állapotát jellemző adatok közül azokat, amelyek véleményem szerint leginkább képesek érzékeltetni, hogy milyen súlyos a helyzet. Ez részint túlmegy azokon az információkon, amik a hazai sajtóból megismerhetők, részint utalok egy sor olyan adatra is, ami már nyilvánosságot kapott.

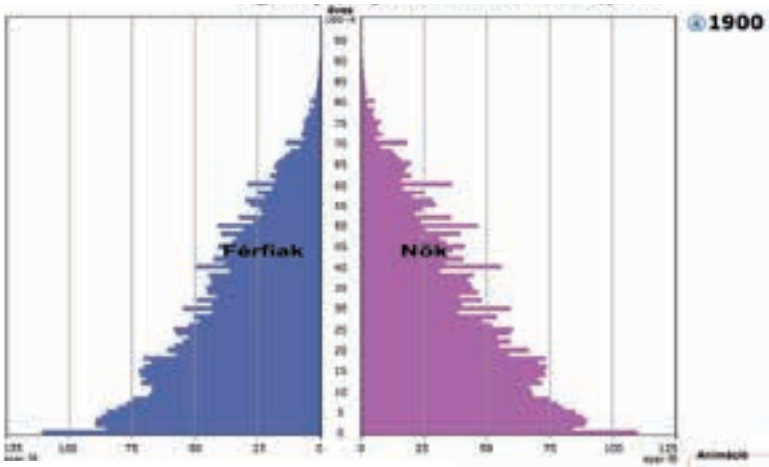
A második részében egy volt kollégám, Vitrai József kutatásaira szeretném felhívni a figyelmet. 2010-ben a LAM (Lege Artis Medicinæ) című orvostudományi folyóiratunkban egy olyan cikket jelentetett meg munkatársaival közösen, amely valóban ébresztő jellegű volt abban tekintetben, hogy nem csupán általában a „világhoz", hanem a közvetlen szomszédainkhoz képest, Ausztriához és Szlovákiához viszonyítva is milyen elmaradásban vagyunk a Magyarországon élő polgártársaink életkilátásaiban.

A harmadik részben szeretném átadni azokat az ismereteket, amelyeket leginkább fontosnak tartok. Ebben azzal foglalkozom, hogy egy szegényebb sorsú családban felnövekvő gyermek egész életén keresztül, sőt az utódgenerációkban miért és hogyan hordozza azokat a súlyos társadalmi, gazdasági körülményeket, amelyek meghatározzák a későbbi életét. Ezek pedig azokat a civilizációs betegségeket fogják felnőttkorában okozni, amelyeket egy nagyon alulfinanszírozott és rosszul működő egészségügyi rendszerben próbálnak a kollégáink és a nővérek meggyógyítani. Ezért én inkább generációkkal előre gondolkodnék, hiszen a harmadik SDG-célkitűzés az egészségről és a jóllétről szól. Ennek a két fogalomnak az összefüggéseit szeretném bemutatni a ma elérhető legmodernebb tudományos eszköztárral.

A KSH honlapján van egy interaktív modul, amelyen videófelvételszerűen lehet látni 1900-tól 2050-ig a magyarországi lakosság korfáját. A korfa mutatja az

adott időszakban a férfi és női populáció évtizedenkénti megoszlását. 1900-ban, a boldog aranykorban nagyjából így nézett ki a magyar lakosság megoszlása.

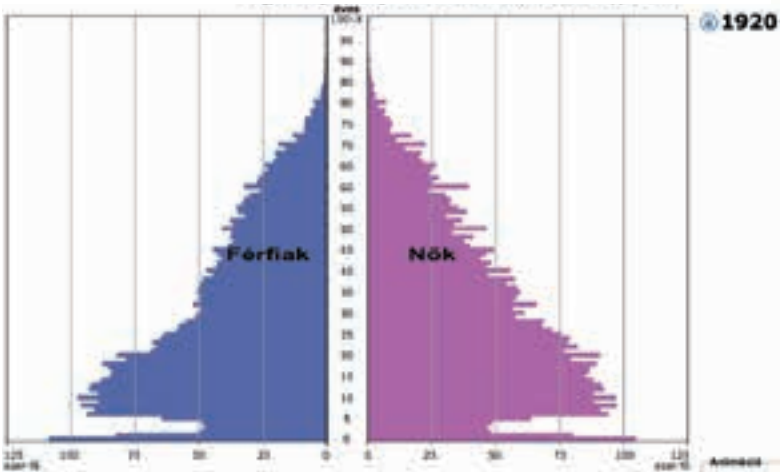
Magyarország népességének száma nemek és életkor szerint



https://www.ksh.hu/interaktiv/korfak/orszag.html

Látjuk, hogy nagyon széles az alap, ez olyan, mind a földből kinövő és az ágait földig lelógató fenyő – ezt a képet vigyék magukkal.

Magyarország népességének száma nemek és életkor szerint

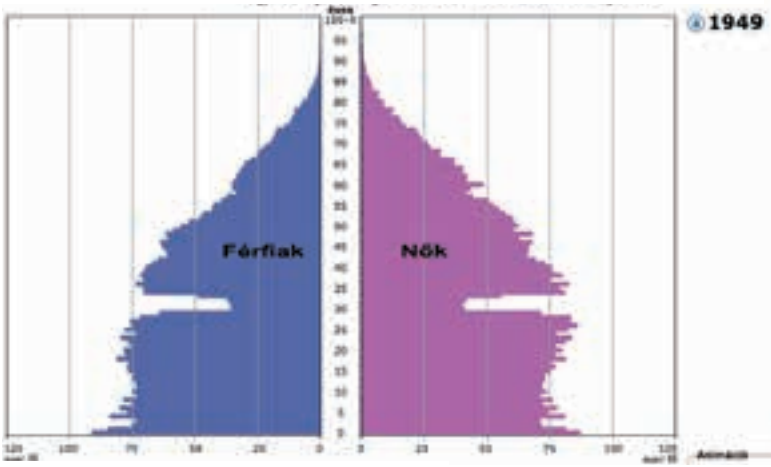


https://www.ksh.hu/interaktiv/korfak/orszag.html

Az I. világháború utáni évtized végén, 1920-ban itt van egy jó nagy szakadék – ez az I. világháború okozta embervesztesége.

1949-ben, a kommunista hatalomátvétel után így nézett ki a korfa.

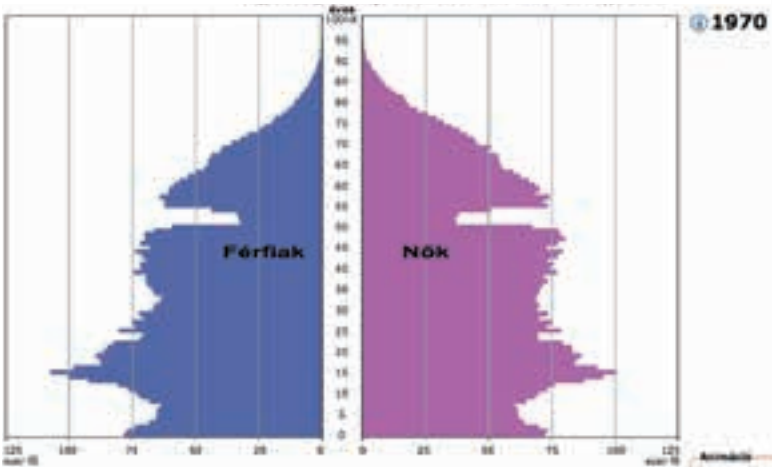
Magyarország népességének száma nemek és életkor szerint



https://www.ksh.hu/interaktiv/korfak/orszag.html

Íme, Magyarország korfája az új gazdasági mechanizmus előtt, 1970-ben. Jól látszik, hogy a korfa elkezdett alul fogyatkozni.

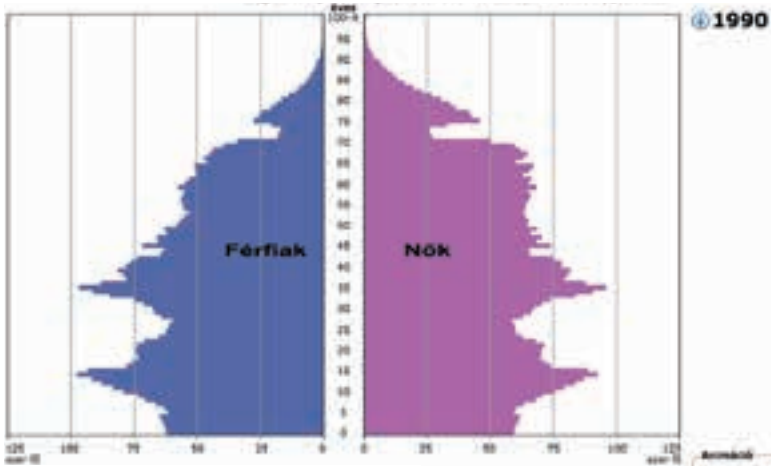
Magyarország népességének száma nemek és életkor szerint



https://www.ksh.hu/interaktiv/korfak/orszag.html

A rendszerváltás táján, 1990-ben egyre rosszabb a helyzet.

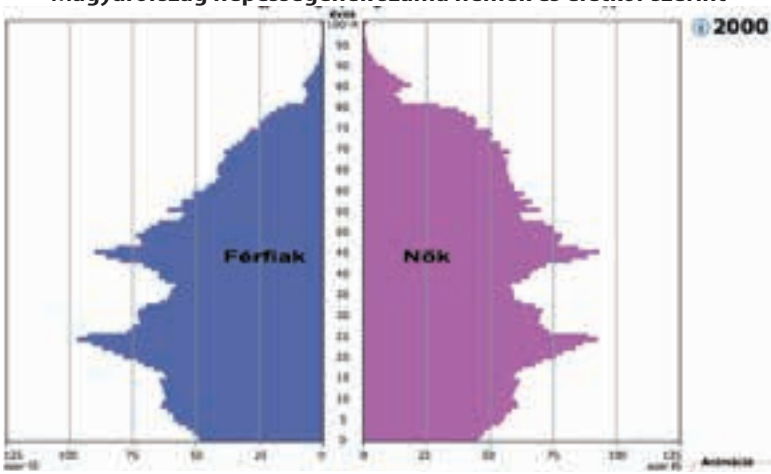
Magyarország népességének száma nemek és életkor szerint



https://www.ksh.hu/interaktiv/korfak/orszag.html

Az ezredfordulón már így álltunk.

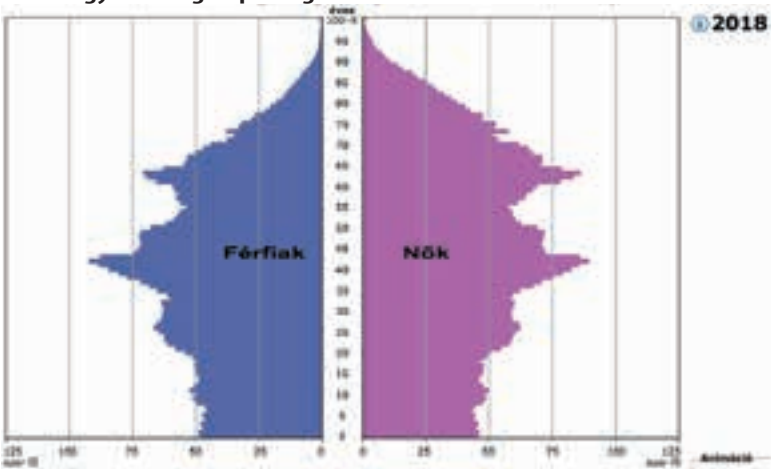
Magyarország népességének száma nemek és életkor szerint



https://www.ksh.hu/interaktiv/korfak/orszag.html

És itt tartunk ma.

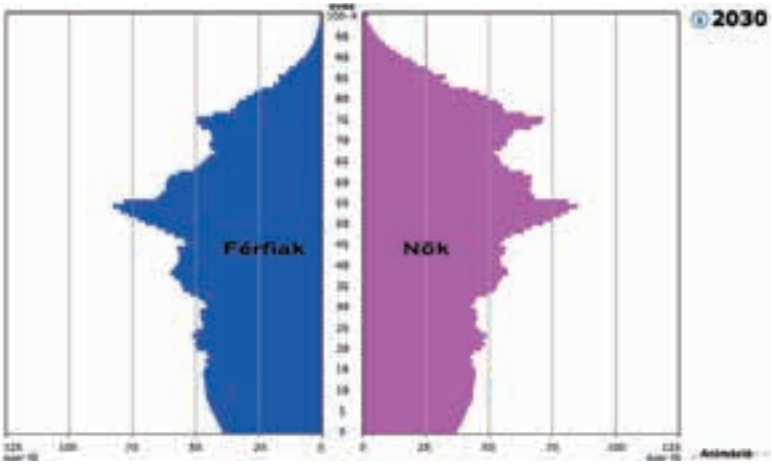
Magyarország népességének száma nemek és életkor szerint



https://www.ksh.hu/interaktiv/korfak/orszag.html

Erősen „felkopaszodóban” van ez a fenyőfa… Ha modellezzük a jövőt, akkor a korfánk 2030-ban nagy valószínűséggel így fog kinézni.

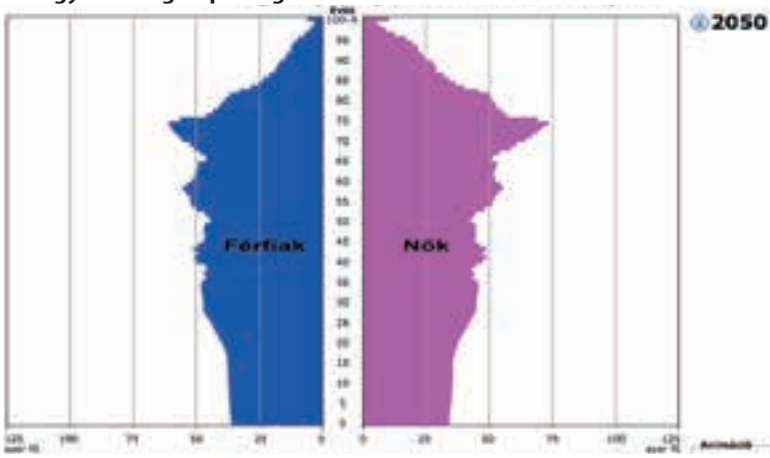
Magyarország népességének száma nemek és életkor szerint



https://www.ksh.hu/interaktiv/korfak/orszag.html

És ez a 2050-ben várható állapot.

Magyarország népességének száma nemek és életkor szerint



https://www.ksh.hu/interaktiv/korfak/orszag.html

Mindezek alapján azzal kell szembesülnünk – és most itt nem családpolitikáról beszélek –, hogy a magyar lakosság – egyébként a legtöbb fejlett ország lakosságával egyetemben – öregszik, alapjában véve fogy, és egyre kevesebb aktív korú fogja eltartani az egyre növekvő idős populációt. Én most nem az „inputtal", nem a „bemeneti oldallal", vagyis azzal szeretnék foglalkozni, hogyan lesz több gyermek egy családban. Az „outputtal", a „kimeneti oldallal" szeretnék foglalkozni, azzal, hogy miért fogy ilyen látványosan a magyarországi lakosság.

Az OECD évente kiad egy úgynevezett egészségügyi jelentést, amelynek az a címe, hogy *Pillantás az egészségre (Health at a Glance),* és ezt ráadásul az Európai Unió statisztikai szolgálatával, az Eurostattal közösen teszi, tehát meglehetősen tekintélyes forrásról van szó.

Health at a Glance: Europe 2018 - State of Health in the EU Cycle

Joint publication of the OECD and the European Commission

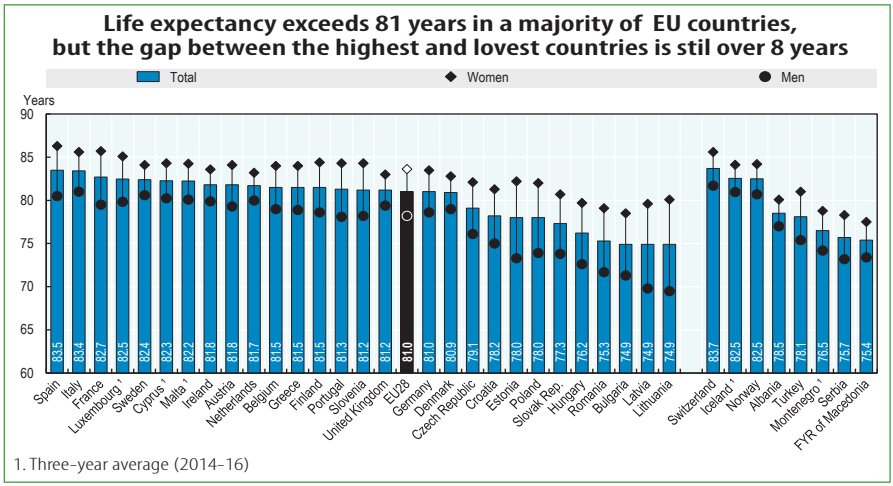
Released on November 22, 2018

http://www.oecd.org/health/health-ataglance-europe-23056088.htm

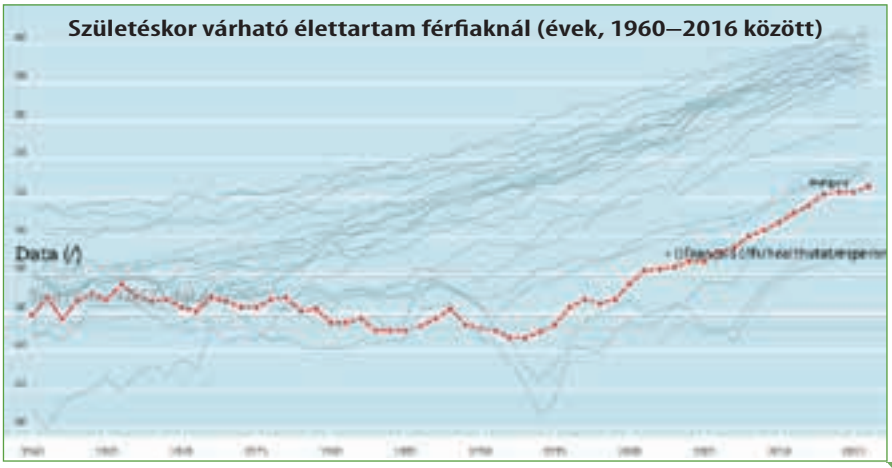
Döntően ebből szeretnék most néhány adatsort megmutatni az olvasónak, helyenként kiegészítve a jobb érthetőség kedvéért a World Health Organisation

(WHO) internetes adatbázisából, a Health for All (HFA) származó grafikonokkal. Tényleg csak a legfontosabbakat, hogy el tudjunk jutni a mondandóm lényegéig.

Elsőként ez itt Magyarország helye az Európai Unió (EU) országai között a születéskor várható élettartamban.

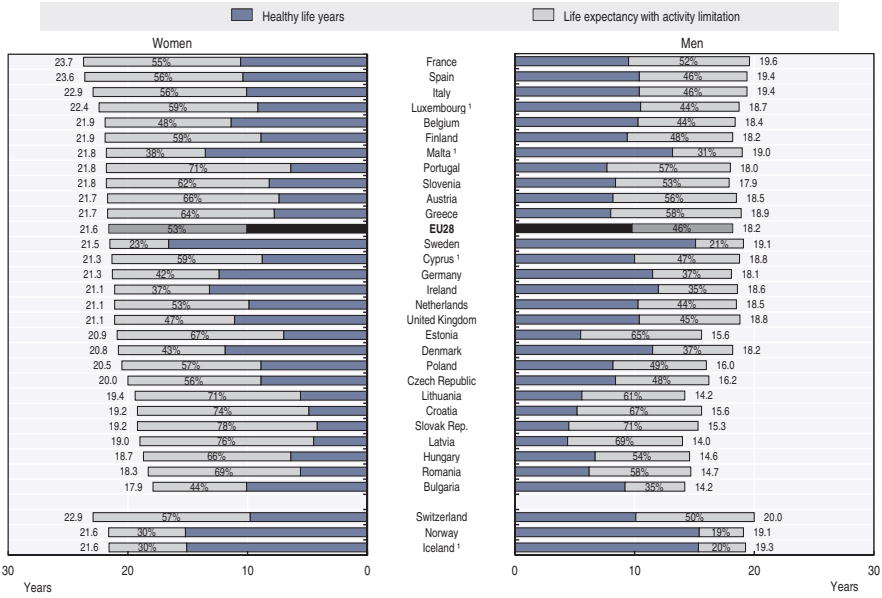


Ez az ábra azt mutatja, hogy a születéskor várható átlagos élettartam a 2014 és 2016 között született korosztályoknál Magyarországon a többi EU-s tagországhoz képest lényegesen alacsonyabb az Európai Unió jobb sorsú országaihoz képest. Bár nem vagyunk sereghajtók, de sajnos a hátsó bolyban vagyunk. Persze nem mondhatjuk, hogy nem nőtt az elmúlt évtizedekben a születéskor várható élettartam: valóban növekedett, de nézzük meg, hogyan nőtt a többieké.



Sokkal meredekebb, de főleg sokkal lineárisabb a többi országban a várható élettartam növekedése – nálunk ez sokkal girbegurbább és nem olyan meredek. Sőt! Nálunk ez 1965-től az 1990-es évek közepéig lényegében csökkenő tendenciát mutatott, csak utána kezdett felívelni. Láthatjuk a különbséget: voltaképpen nyílik az olló a régi uniós tagországok és néhány frissen belépett, illetve Magyarország populációja között a születéskor várható átlagos élettartamban.

3.6 Life expectancy and healthy life at 65 by gender, 2016 (or nearest year)



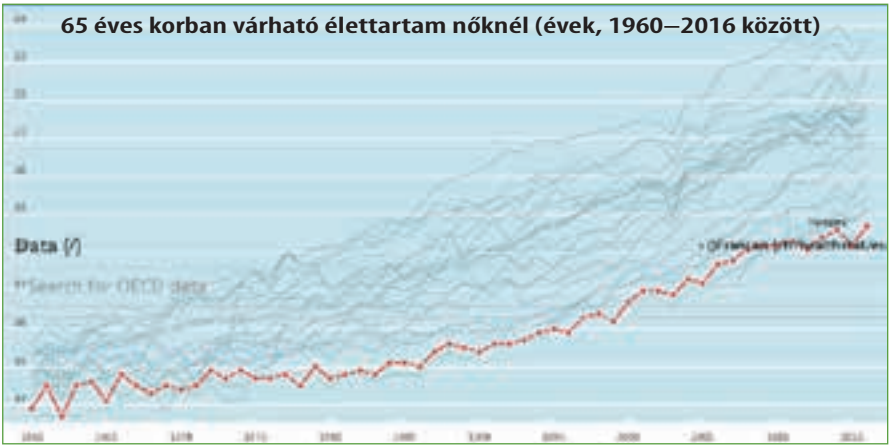
1. Three-year average (2014-16 except for Iceland: 2013-15).

Note: Data comparability is limited because of cultural factors and different formulations of question in EU-SILC.

Source: Eurostat Database.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933834376

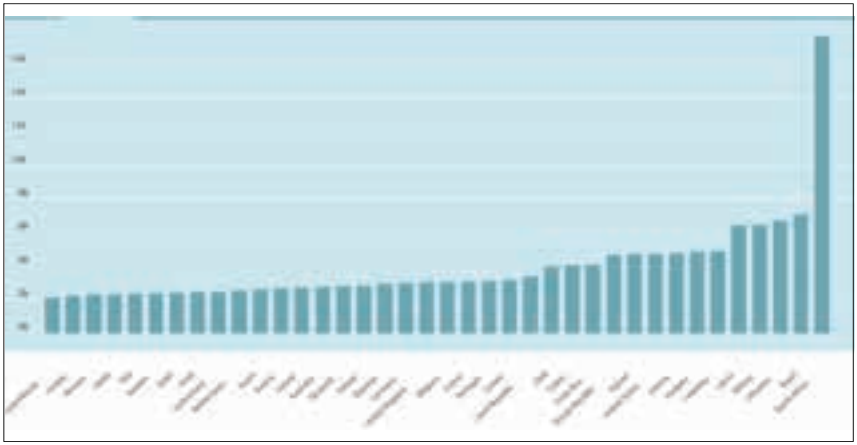
És ha megnézzük azt, hogy 65 éves korban még hány életév várható átlagosan a férfiaknál és a nőknél, akkor szintén csaknem sereghajtók vagyunk, hátulról a harmadikok, mind a férfiak, mind a nők esetében. Ráadásul a fenti ábrában a jelentősen rövidebb kék hasáb azt jelenti, hogy mennyi az egészségben eltöltött várható életévek száma, a szürke pedig a valamilyen egészségkárosodással megélt életévek számát mutatja.



Természetesen a 65 éves korban még várható életévek száma is növekszik, így a nőknél is – de itt már sereghajtók vagyunk az EU-ban, mivel az összes többi uniós tagország – ideértve az újonnan belépett uniós tagországokat is – megfelelő statisztikai adatai sokkal jobban alakulnak. Valamit ők láthatóan jobban csinálnak, jobban tudnak…

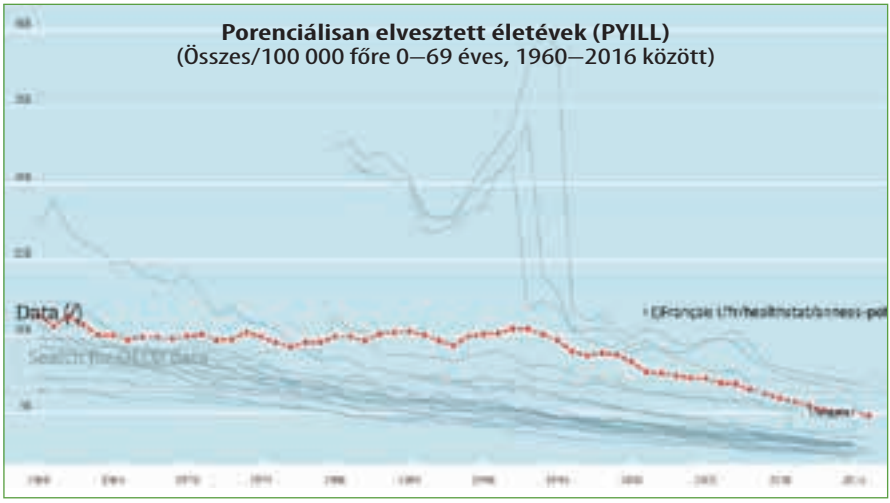
Ha azt vizsgáljuk, hogy a betegségek nem megfelelő megelőzése és az egészségügyi szolgáltatások nem megfelelő minősége, valamint a nem kellő időben nyújtott egészségügyi ellátás miatti többlethalálozás miatt mennyi életév veszik el, mint ahogy az egyébként várható lenne, akkor Magyarország szintén sereghajtó. Ez az ábra az OECD-országokat mutatja, mögöttünk többnyire Európán kívüli országok vannak, mint Kolumbia, Mexikó, Brazília és Dél-Afrika. Itt is a sereghajtó bolyban vagyunk.

Porenciálisan elvesztett életévek az OECD-ben
(Összes/100 000 fő 0–69 év közötti, 2016 vagy legfrissebb)



A potenciálisan elvesztett életévek számának időbeli alakulása szintén ugyanezt tükrözi. Mennyi ember hal meg idő előtt Magyarországon? Hány évet élhettek volna még? Van ugyan egy javuló tendencia, de nézzük csak meg, hogy a többiek hol tartanak.

Porenciálisan elvesztett életévek (PYILL)
(Összes/100 000 főre 0–69 éves, 1960–2016 között)

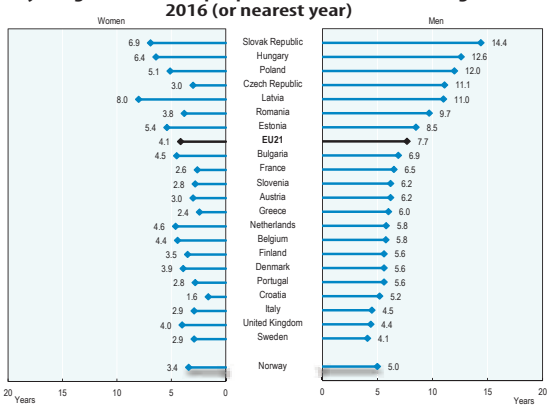


Figyeljék meg ezt a különbséget: egy 30 éves magyar férfi várhatóan 12,6 évvel kevesebbet fog megélni, mint egy régi uniós tagországban született férfitársa.

Ráadásul ezt a fajta megnövekedett halálozást, úgy tűnik, alapvetően befolyásolja az oktatási rendszer, az iskolázottság – vagyis az, hogy egyes társadalmi csoportok tagjai hány évet ültek iskolapadban, mennyit töltöttek iskolában.

There are large gaps in life expectancy by education level: people with low education at age 30 can expect to live six years less than the most educated (eight years for men, four years for women)

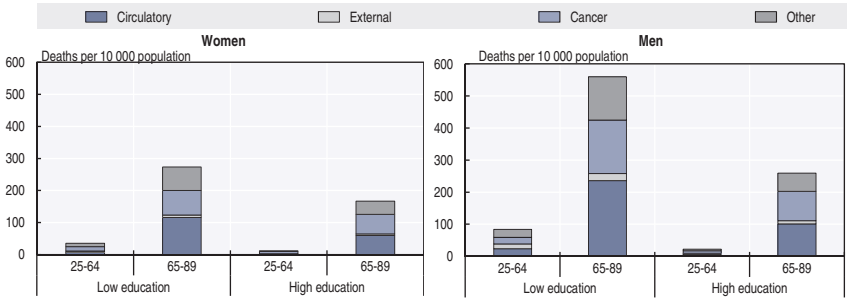
Gap in life expectancy at age 30 between people with the lowest and highest level of education, 2016 (or nearest year)



Note: Data refer to 2012 for France and Austria and to 2011 for Latvia, Belgium and the United Kingdom (England).
Source: *Eurostat Database; national sources or OECD calculations using national data for Austria, Belgium, France, Latvia, the Netherlands and the United Kingdom (England).*

Ugyanezt egy másik oldalról megnézve: a következő ábra azt mutatja, hogyan alakult az alacsony iskolázottságú populáció – különösen a férfiak – halálozási rátája a magasabb iskolázottságú emberekhez képest.

3.4. Mortality rates by education level and causes, 10 European countries, 2011 (or nearest year)



Note: Countries covered are Belgium, the Czech Republic, Denmark, Finland, Hungary, Latvia, Norway, Poland, Slovenia and the United Kingdom (England).
Source: Murtin, F. et al. (2017).

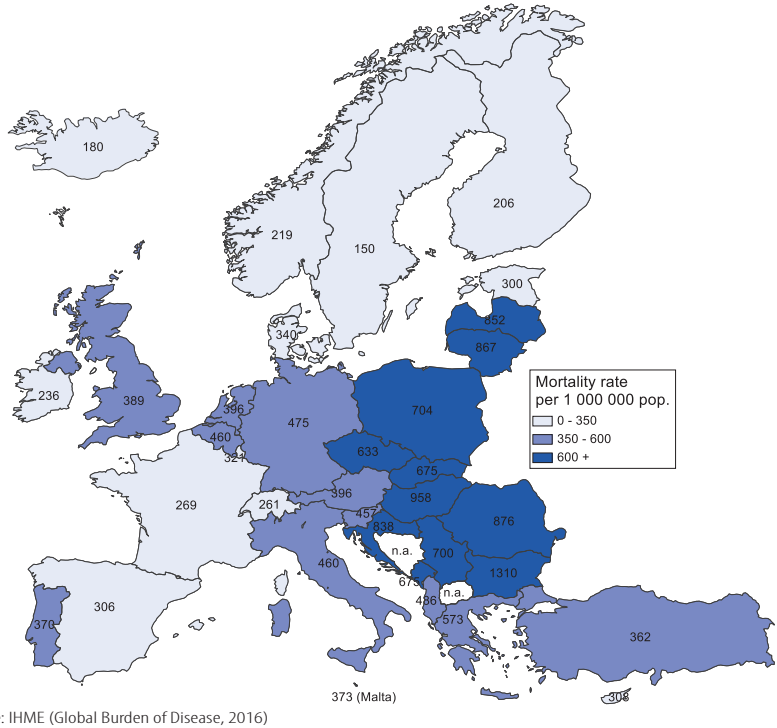
StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933834338

Ezen az ábrán a sötétkék oszlopok a keringési betegségek, a világosabb kék a rosszindulatú daganatos megbetegedések, a szürke pedig az egyéb betegségek okozta halálozást mutatja. Jól látszik, hogy a férfiak esetében elsősorban a keringési betegségek és mellette a rák okozza ezt a nagyfokú különbséget a magasabb és az alacsonyabb iskolázottságú populáció között.

De nem csak az iskolázottság lehet fontos.

Exposure to serious air pollution is estimated to have caused the death of 238 000 people across EU countries in 2016; mortality rates are highest in Central and Eastern Europe

Deaths due to exposure to outdoor PM2.5 and ozone, 2016

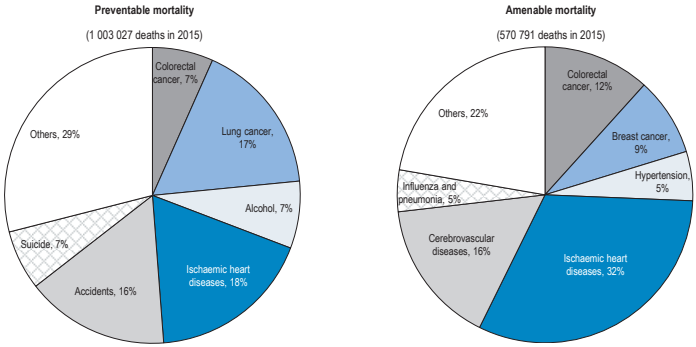


Source: IHME (Global Burden of Disease, 2016)

Ez az ábra a légszennyezettséget mutatja az Európai Unió országaiban. Légszennyezettségen a mikroszkopikus méretű partikulumokat értik a levegőben, illetve az ózont. Számomra ez olyan, mint egy „vasfüggöny” az Elbától keletre: a volt szocialista országok területén sokkal nagyobb a légszennyezettség, és így van ez Magyarországon is. Ez természetesen összefüggésbe hozható néhány betegség megnövekedett halálozásával.

More than 1.2 million deaths could be avoided through better public health and prevention policies and more effective and timely health care

Leading causes of preventable and amenable mortality in the European Union, 2015

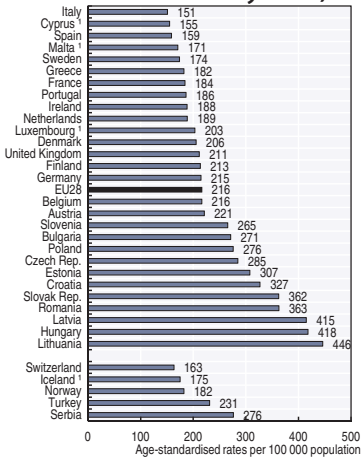


Note: Preventable mortality is defined as deaths that could be avoided through public health and prevention interventions, whereas amenable (or treatable) mortality is defined as deaths that could be avoided through effective and timely health care. A number of causes of death are included in both preventable and amenable mortality resulting in double-counting; this explains why the total number of avoidable deaths is lower than the sum of the two parts.

Source: *Eurostat Database.*

Az Európai Unió területén 2015-ben több mint 1,2 millió emberrel több halt meg azért, mert nem volt megfelelő a népegészségügyi ellátás és a betegségek megelőzése, illetve nem volt kellően hatékony és megfelelő minőségű az egészségügyi ellátás. Ezeknek a betegségeknek jelentős része az iszkémiás szívbetegségek, de nagy a rosszindulatú daganatos megbetegedések szerepe is.

6.2. Preventable mortality rates, 2015

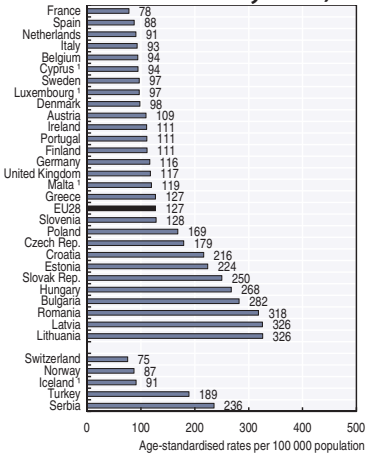


1. Three-year average (2013-15).

Source: Eurostat Database.

StatLink http://dx.doi.ora/10.1787/888933835649

6.3. Amenable mortality rates, 2015



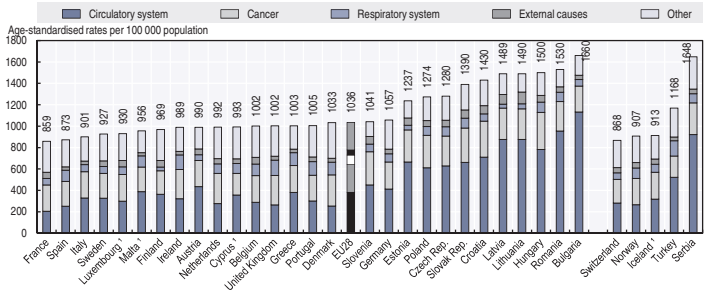
1. Three-year average (2013-15).

Source: Eurostat Database.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933835668

Ha ezt a két fenti ábrát külön nézzük, tehát a megelőzhető és a kezelhető, gyógyítható betegségek 2015-ös adatait, akkor azt látjuk, hogy a megelőzhető betegségek okozta halálozásban Magyarország hátulról a második, míg az elkerülhető, vagyis a megfelelő szintű és minőségű egészségügyi ellátással elkerülhető halálozásban pedig hátulról az ötödik. Mindenképpen sereghajtók vagyunk: a megelőzésben is jelentős hiányosságok vannak, de az ábra tanúsága szerint az egészségügyi ellátórendszer működhetne sokkal jobban is.

3.8. Main causes of mortality by country, 2015

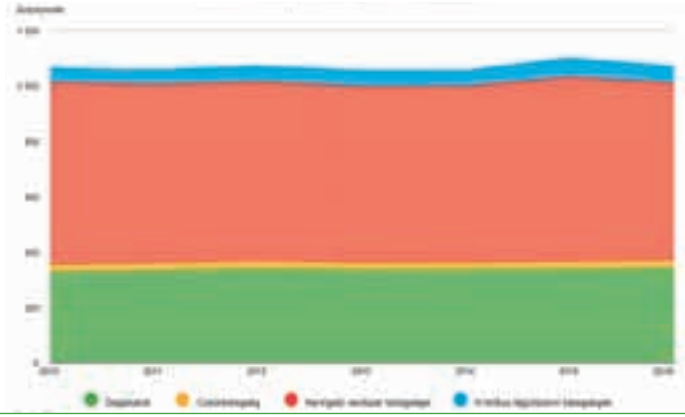


1. Three-year average (2013-15).
Note: External causes of death include accidents, suicides, homicides and other causes.
Source: Eurostat Database.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933834414

Az összhalálozásban Magyarország az Európai Unió tagországaihoz képest dobogós helyen áll hátulról, csupán Románia és Bulgária van mögöttünk. Ennek a jelenségnek a központi elemét itt is elsősorban a szív- és keringési betegségek alkotják.

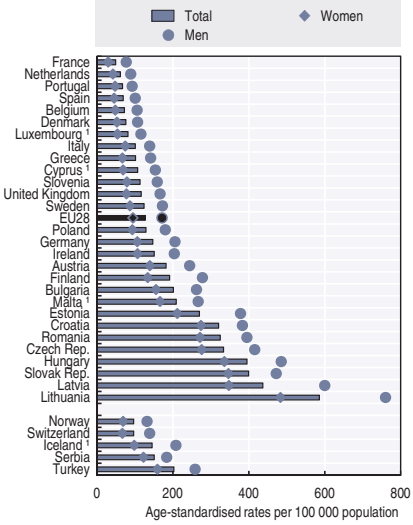
Százezer lakosra jutó halálozás Magyarországon a kiemelt halálokok szerint



Ez a KSH-adatok alapján készült ábra azt mutatja meg jól, hogy a fő betegségcsoportoknál a halálozás vonatkozásában 2010 és 2016 között az égvilágon semmi lényeges nem történt Magyarországon. Gyakorlatilag vízszintesek a görbék, minimális elmozdulásokkal. Másképpen: ebben az évtizedben eddig nagy változások, javulások, csökkenések nincsenek a halálozásban.

Néhány betegségcsoportot csak felvillantanék. Az egyik az iszkémiás szívbetegség (pl. szívinfarktus, koszorúér-elmeszesedés) okozta halálozás 2015-ben: hátulról a negyedikek vagyunk az EU-ban.

3.9. Ischaemic heart disease mortality, 2015



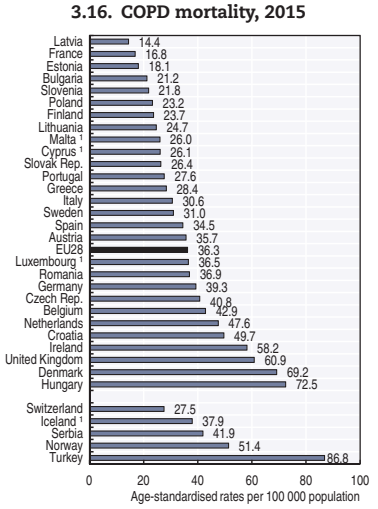
1. Three-year average (2013-15).

Source: Eurostat Database.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933834433

Ha a légzőszervi megbetegedéseket külön-külön vizsgáljuk, a tüdőgyulladásban (pneumonia) Magyarország viszonylag jó helyen, kifejezetten az élbolyban van (a negyedikek vagyunk). (Ez további vizsgálatot igényelne: jó az ellátórendszerünk, elegendő antibiotikumot adunk vagy jók a diagnosztikus lehetőségeink?) A krónikus obstruktív légúti betegségekben (COPD) viszont sereghajtók vagyunk az Európai Unió országai között.

3.16. COPD mortality, 2015

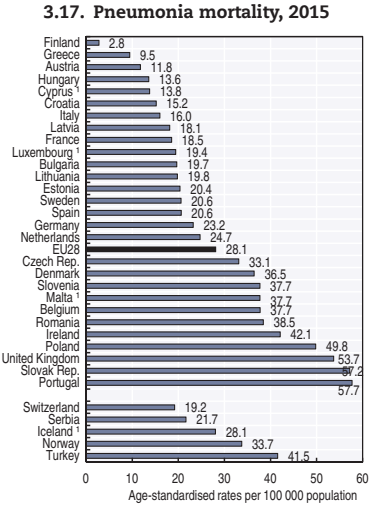


1. Three-year average (2013-15).

Source: Eurostat Database.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933834566

3.17. Pneumonia mortality, 2015



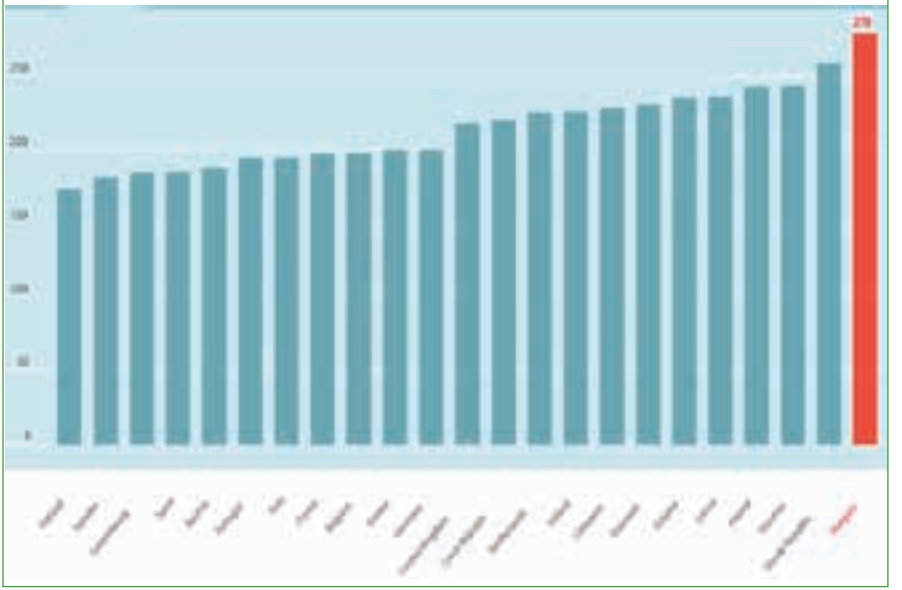
1. Three-year average (2013-15).

Source: Eurostat Database.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933834585

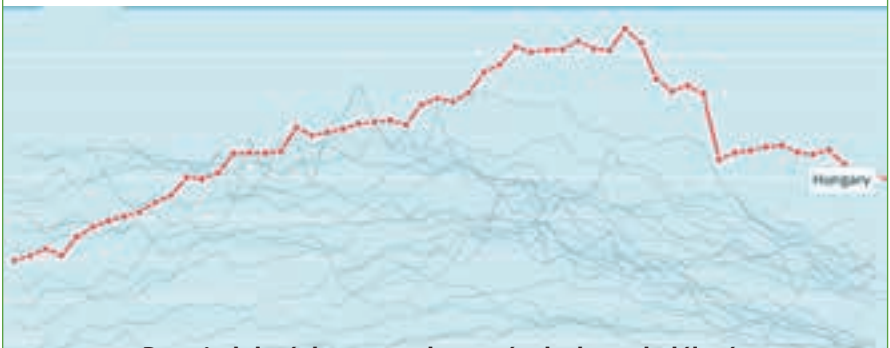
Rosszindulatú daganatos betegségek okozta halálozás az EU-ban

(Összes/100 000 fő, 2016 vagy a legfrissebb)



Szándékosan azért hoztam ezt az ábrát a rosszindulatú daganatos betegségek okozta összhalálozásról, mert itt szépen látszik (erős vörössel kiemelve), hogy kis hazánk ebben (is) kiemelkedik: a legutolsó. Az Európai Unió tagországai között Magyarországon a legrosszabb a 100 000 főre vetített rosszindulatú daganatos betegségek okozta halálozási arány.

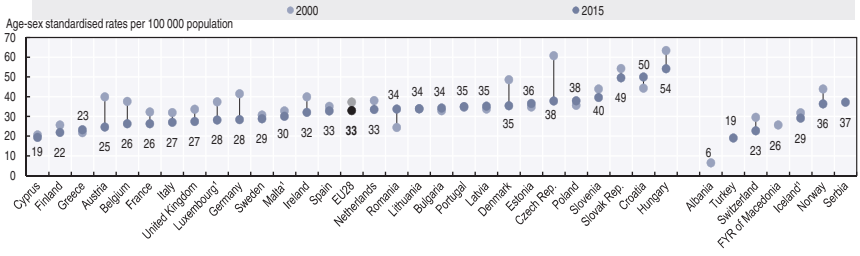
(Összes/100 000 fő, 1960 – 2016) Magyarország és az EU



Rosszindulatú daganatos betegségek okozta halálozás
(Összes/100 000 fő, 1960 – 2016) Magyarország és az EU

Ez az ábra a rosszindulatú daganatos betegségek okozta összhalálozást mutatja 1960–2015 között (az utolsó adatszolgáltatásig) a többi uniós országhoz viszonyítva. Jól látszik, hogy itt valamikor 1998 táján volt egy maximum, és a trendforduló után van egy eltérő ütemű, de csökkenő tendencia. Ez összességében még mindig nem volt elég ahhoz, hogy utolérjük az unió régi vagy akár új tagországait.

6.24. Colorectal cancer mortality, 2000 and 2015



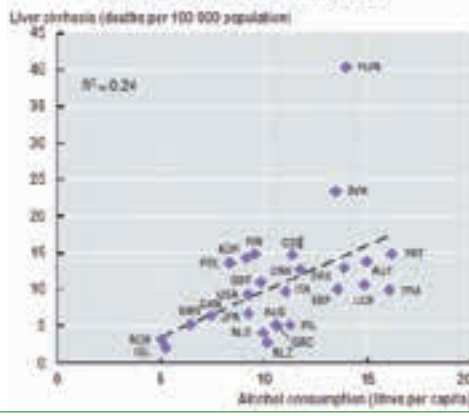
1. Three-year average.
Note: EU average for 2000 has been calculated by the OECD.
Source: Eurostat Database.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933836067

A kolorektális (vastag- és végbéltáji) daganatok halálozásában Magyarország egyértelműen sereghajtó. Bár 2000 és 2015 között bekövetkezett egy csökkenés, de ettől még nem szűnt meg a sereghajtó pozíciónk.

Végül pár ábra néhány olyan rizikófaktorról, amelyek egyértelműen növelik a daganatos halálozást.

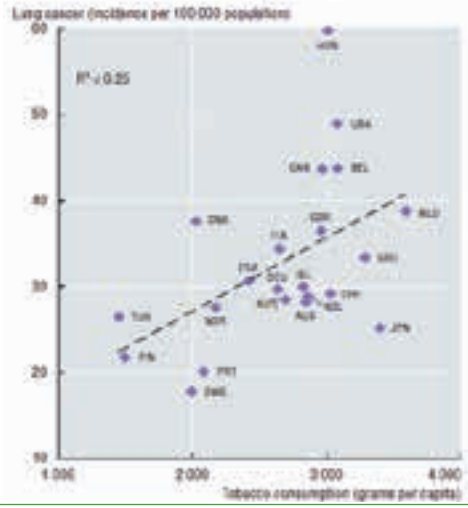
2.6.4. Alcohol consumption, 1990 and liver cimhozis deaths, 2006



Elsőként az egy főre vetített alkoholfogyasztás (1990) és a későbbi májcirrózis által okozott halálozás gyakorisága (2006) közötti összefüggést mutatom be. Jól látszik, hogy az országok döntő többsége nagyjából egy bolyban van, és statisztikailag egy egyenesre illeszthetőek. Magyarország – és egyébként Szlovákia is – gyakorlatilag teljesen kilóg mindebből. Ez a jelenség nem érthető meg olyan könnyen, hacsak nem vesszük figyelembe azt, hogy például Kelet-Magyarországon a rossz minőségű, import, zugfőzésű és egyéb alkoholok mennyi májcirrózist okozhatnak. (Ezt a jelenséget Boján Ferenc professzor vizsgálta a Világbank debreceni Népegészségügyi Iskolájában az 1990-es évek közepén.)

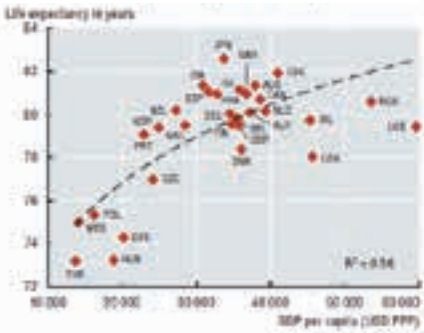
A dohányzásnál szintén hasonló a helyzet. Az ábra a dohányfogyasztást (gramm/fő 1980-ban) és a frissen felfedezett tüdőrákok (2002) közötti összefüggést mutatja. Ugyanis a patológiai vizsgálatok azt mutatják, hogy mintegy két évtizedes látenciája van a tüdőrák kialakulásának a dohányzás megkezdése és folytatása után. Az országok jelentős része könnyen ráilleszthető egy egyenesre, Magyarország viszont kilóg (hozzánk illesztették ezt a függőleges tengelyt, hogy beleférjünk). Nagyon érdekes jelenség, statisztikailag egyértelműen igazolható, az okok tisztázása további vizsgálatokat igényel.

2.5.4. Tobacco consumption, 1980 and incidence of lung cancer, 2002

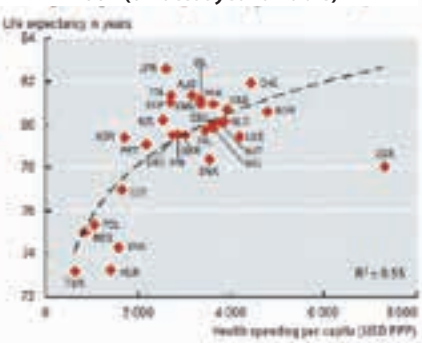


Az egyik lehetséges ok, hogy túl keveset költünk egészségügyre, de ez valószínűleg nem önmagában okozza ezt az eltérést, egyéb tényezőket is meg kell vizsgálnunk.

1.1.3. Life expectancy at birth and GDP per capita, 2007 (or latest year aviable)



1.1.4. Life expectancy at birth and health spending per capita, 2007 (or latest year aviable)



A bal oldali ábra vízszintes tengelyén az egy főre eső nemzeti jövedelem (vásárlóerő-paritáson, dollárban számolva), a függőlegesen tengelyén a születéskor várható átlagos élettartam látható (években). Jól látszik, hogy egy görbe illeszthető az országok többségére, és megint csak Szlovákia és Magyarország lóg ki

a sorból – de nagyon. Vagyis mi ennyivel vagyunk kevésbé egészségesek, mint amennyit az egészségügy működésére költünk fejenként évente.

A jobb oldali ábra a születéskor várható élettartam és az egy főre eső egészségügyi költségek összefüggését mutatja, ebből Magyarország ismét kilóg.

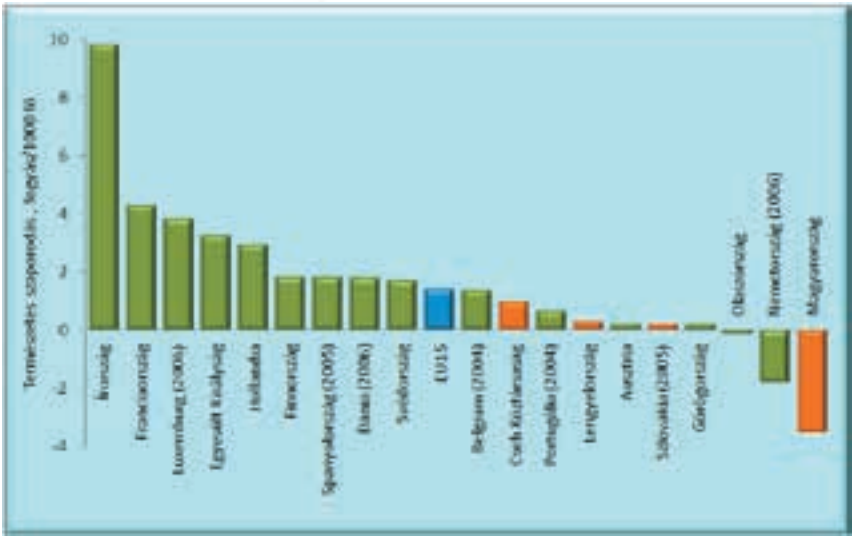
Ezek szerint nem pusztán Magyarország gazdagsága, az egy főre eső nemzeti jövedelem és nem az ebből közfinanszírozás révén az egészségügyre fordított összegek határozták meg azt a rossz egészségi állapotot, amelyet ezek a számok mutatnak.

Aki többet akar erről olvasni, az egy magyar nyelvű anyagot is letölthet az internetről. Ez a 2018 novemberében magyar nyelven is megjelentetett, 220 oldalas jelentés viszonylag rövid összefoglalója, sok ábrával, nagyon olvasmányosan és érthetően. Ajánlom az önök figyelmébe.

Még szeretnék megemlíteni egy magyar kezdeményezést Gál Péter vezetésével a Semmelweis Egyetemről. Egy viszonylag nagy munkacsoport – több tucat szakemberrel számos országos intézetből – összeállította a magyar egészségügyi rendszer teljesítményértékelési jelentését 2013-as, illetőleg 2015-ös adatok alapján. Nagyon jó összefoglaló, korrekt, hiteles, közérthető, jó ábraanyaggal. Sajnálatos, hogy jó néhány dologról nem beszél, és nem tartalmaz nemzetközi összehasonlításokat sem, bár benne a magyar adatok hitelesek.

Egyik volt munkatársam, Vitrai József és kollégái még egy 2010-es közleményükben[1] kísérletet tettek arra, hogy felfrissített számadatokkal közérthetően bemutassák, vajon két szomszédunkhoz – egy szerencsés helyzetű ausztriai és egy kevésbé szerencsés helyzetű szlovák lakossághoz képest – hogyan alakult a magyar lakosság egészségi állapota az utóbbi időben. Az eredeti ábráikból most csak néhányat tudok megmutatni.

A természetes növekedés/fogyás összevetése az EU15 és a V3 országokkal

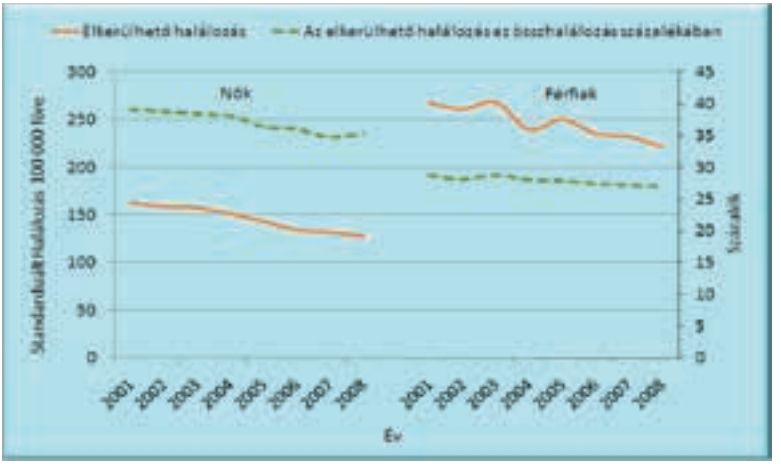


Ez az ábra a természetes növekedést vagy fogyást veti össze az unió 15, tehát a régi tagországok és a V3, vagyis a visegrádi együttműködés (V4) többi országának – mint hozzánk hasonlóan szintén új EU-tagországok – adataival. Az látszik, hogy az uniós tagországok egy részében növekedett a lakosság száma. Magyarul: több volt az élveszülés és a bevándorlás, mint a halandóság és a kivándorlás. Így van ez egyébként a Cseh Köztársaságban vagy Lengyelországban, Szlovákiában is. Magyarországon drámai a csökkenés.

Természetes szaporodás helyett természetes fogyás volt. Mi állhat emögött?

[1] Vitrai J. és mtsai: Jelentés egy egészségben elmaradott országból… Egészségjelentés – *2010. LAM (Lege Artis Medicinæ),* 2010/3–4., 217–221. http://www.elitmed.hu/upload/pdf/jelentes_egy_egeszsegben_elmaradott_orszagbol_egeszsegjelentes_2010_osszefoglalo-5521.pdf. A jelentés teljes terjedelemben innen tölthető le: http://www.elitmed.hu/upload/pdf/egeszsegjelentes_2010-5432.pdf

Az elkerülhető halálozás alakulása, 2001-2008



2008-ban a 75 év előtt elhunyt nők és férfiak mintegy 30%-a,
19 183 fő vesztette életét elkerülhető halálokok miatt.

A nők, illetve férfiak elkerülhető halálozását mutató adatok alapján például 2008-ban – tehát egyetlen évben – a 75 év előtt elhunyt nők és férfiak mintegy 30%-a, összességében 19 183 fő vesztette az életét elkerülhető halálokok miatt. Tehát nem kellett volna, hogy meghaljanak. Ez az a bizonyos elkerülhető halálozás, amit jobb megelőzéssel, illetve jobban működő egészségügyi ellátórendszerrel, időben nyújtott és jobb minőségű egészségügyi szolgáltatásokkal meg lehetett volna akadályozni.

Nem tudom, tudják-e, hogy a 19 000 hol helyezkedik el a magyar településszerkezetben. Ez egy közepes város. Egy évben, például csak 2008-ban ennyi embert veszítettünk el.

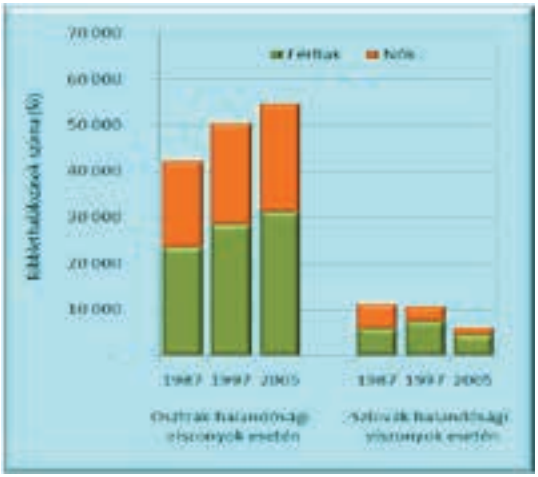
Mi történt itt 1987 és 2005 között? Ezt az idősávot tudták átfogni a vizsgálataik.

Ez a példátlan ábra azt mutatja meg, hogy a magyar lakosság hogyan változott volna akkor, ha ugyanazok a mortalitási mutatók lennének érvényesek, mint Ausztriában vagy Szlovákiában. A magyar lakosságra ugyanazokat a halandósági viszonyokat extrapolálták, mint amik a másik két országban voltak akkor. Ha az osztrákot nézzük, akkor azt látjuk, hogy minden évben drámai a különbség – ennyivel több férfi és nő halt meg Magyarországon, mint ha Ausztriában éltek volna. Szlovákiához viszonyítva is megvan ez a többlet, így is jelentősen többen haltak meg egy évben. Vitrai Józsefék tehát azt számolták ki, hogy ha az osztrák halandósággal számolunk, akkor 1987 és 2005 között egymillió emberrel több halt meg Magyarországon, mint ha ők Ausztriában

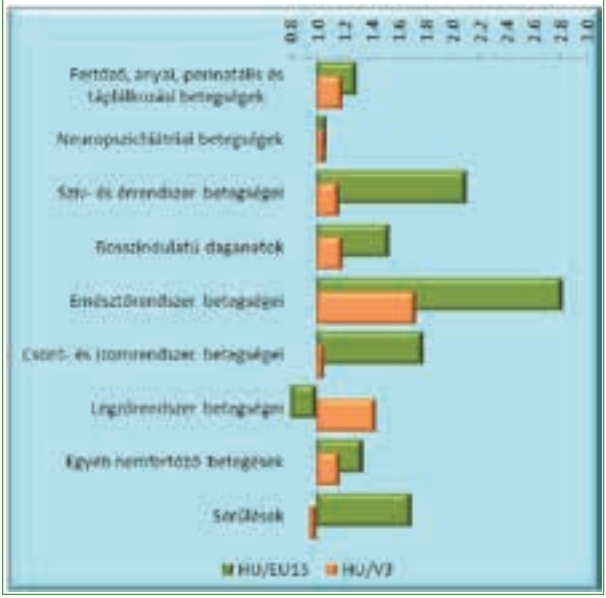
éltek volna. De még Szlovákiához képest is 200 000-rel több ember halt meg Magyarországon ebben a 18 évben. Ez az igazi dráma.

Többlethalálozás osztrák és szlovák halandósággal számolva

	1987-2005
Osztrák halandósággal számolva	1 000 000
Szlovák halandósággal számolva	200 000



Elvesztett életévek összevetése az EU15 és a V3 országokéval, 2007

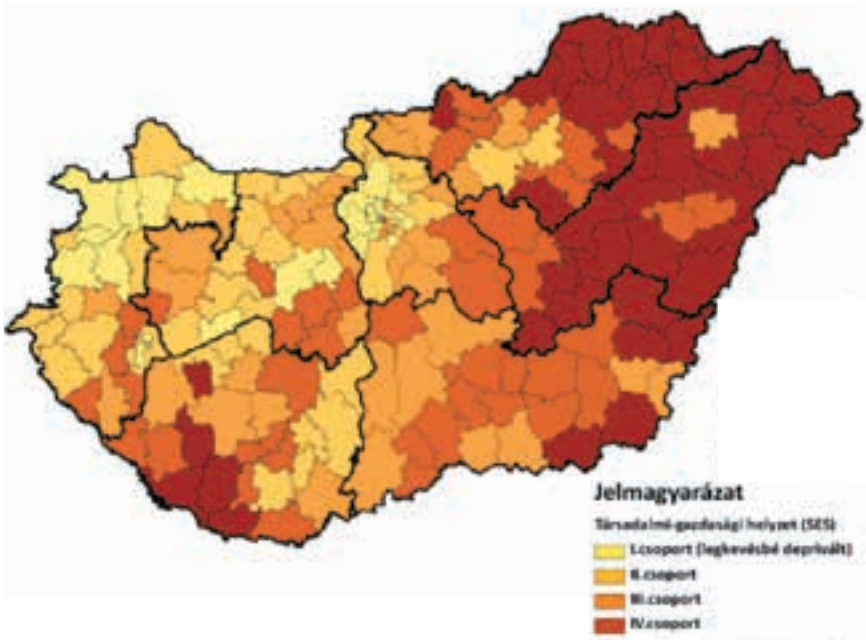


Ez az ábra az elvesztett életéveket mutatja be hasonló összevetésben, mint az előző. Ezek az elvesztett életévek hogyan jönnek össze? Vezet az emésztőrendszer, a szív- és érrendszer, viszonylag kevés a neuropszichiátria, viszont a rosszindulatú daganatok szintén jelentősen hozzájárulnak a veszteségekhez. Gyakorlatilag ez a kutatás is ugyanazokat az adatokat tükrözi, amiket korábban bemutattam.

És egy másik összehasonlítás. Finnugor barátság, rokonság. Az egy döbbenetes statisztikai adat, hogy míg 1970-ben a 65 évnél fiatalabb finn férfiak halandósága 660 volt 100 000 emberre, addig Magyarországon ez csupán 570/100 000 volt. Viszont 2008-ban ugyanez az érték ott 290-re csökkent – tehát 660-ról 290-re! –, míg nálunk 570 maradt. Vagyis a finnek mégiscsak tudtak valamit, egyebek között az ún. észak-karéliai projekt keretein belül.

A következőkben ne csak az országok közötti egyenlőtlenségeket vizsgáljuk, hanem nézzünk rá az országon belüli egyenlőtlenségekre, lássuk, hogy azok mutatnak-e valamiféle összefüggést a társadalmi-gazdasági helyzettel.

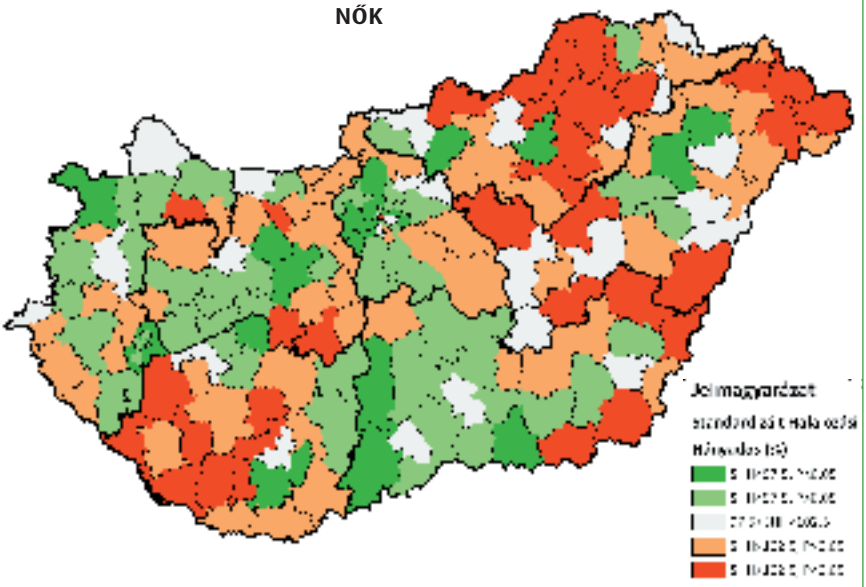
A társadalmi-gazdasági helyzet (SES) egyenlőtlenségei Magyarországon, 2006–2008



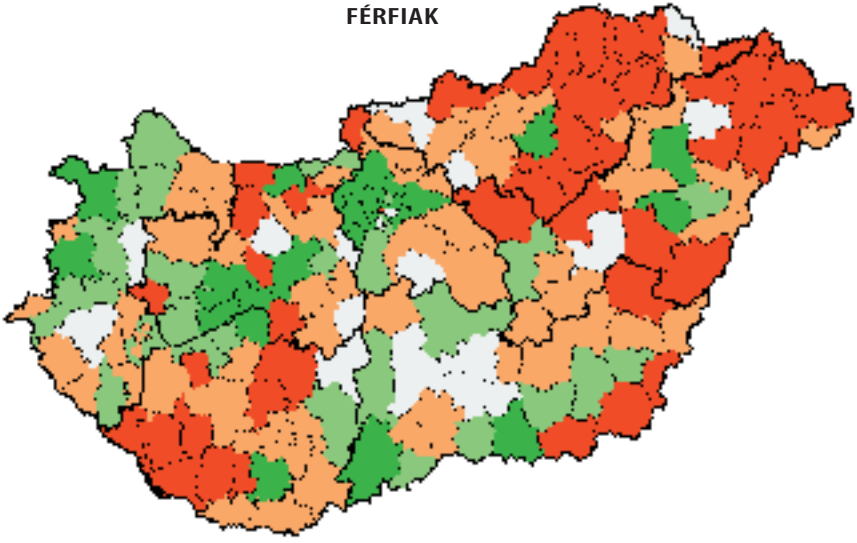
Ezt a kutatást egyébként szintén Vitrai Józsefék csinálták, még a misztériumban. Ez az ábra mutatja a társadalmi-gazdasági helyzet egyenlőtlenségeit Magyarországon. Jól látszik egy karakteres mintázat, ennek a későbbiekben lesz jelentősége. Látszik Baranya, látszik csaknem egész Borsod-Abaúj-Zemplén, Hajdú-Bihar, Békés elmaradott helyzete.

Az elkerülhető halálozás kistérségi egyenlőtlenségei, 2006–2008

NŐK



FÉRFIAK



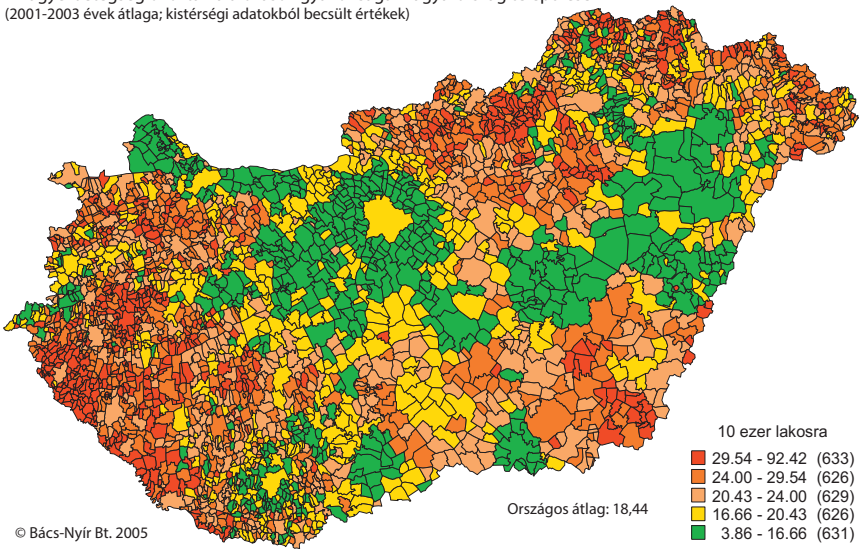
A leginkább deprivált kistérségekben a nők elkerülhető halálozása 40%-kal, férfiak esetében 60%-kal haladta meg a legjobb helyzetű kistérségben élőkét.

Nem ugyanezt a mintázatot látjuk, ha megnézzük az elkerülhető halálozás kistérségi egyenlőtlenségeit nőknél és férfiaknál? Vagyis a leginkább depriválta kistérségekben a nők elkerülhető halálozása 40 százalékkal, a férfiak esetében pedig 60 százalékkal haladta meg a legjobb kistérségben élőkét. Akkor elvégeztük ezt az összevetést, és nem tudok róla, hogy azóta megcsinálták-e ugyanezt.

És egy kicsit finomabb bontás – ez a szélütés (stroke) okozta halálozás kistérségi bontásban.

Nagy különbség az agyérbetegség okozta halálozásban kistérségenként: orvos-egyetemi központok körül jelentősen kisebb

Az agyérbetegség okozta halálozások gyakorisága Magyarország településein
(2001-2003 évek átlaga; kistérségi adatokból becsült értékek)



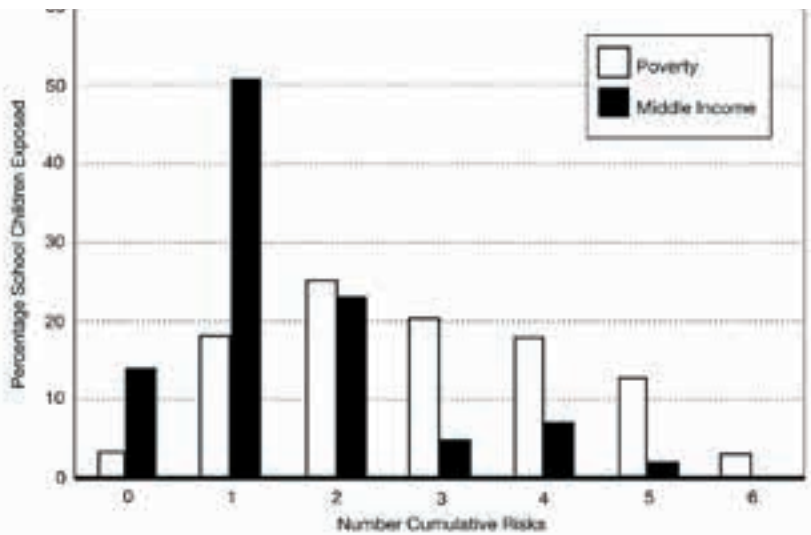
Ez az ábra azt is megmutatja, hogy az egészségügyi ellátórendszernek milyen hatása lehet a halandóságra: pirossal látszanak azok a kistérségek, ahol viszonylag magas az agyi érbetegség okozta halálozás; zölddel pedig ahol viszonylag alacsony; a kettő közötti színátmenetek a különbségek. Ott alacsony, ahol egyetem, orvosegyetem van. Például Szeged nagyon szépen körülhatárolható, de szerintem Budapest és az agglomeráció vagy Pécs és vidéke is jól kivehető. Az összes többi helyen, főleg a határszéleken, de egyébként is jól látszik, hogy megint az elmaradottabb, alacsonyabb jövedelmű térségek azok, ahol sokkal magasabb az agyi érbetegség okozta halálozás (is).

Megállapítható, hogy az országon belül is nagyon jelentős eltérések vannak, melyek alapjában véve korrelálnak a társadalmi-gazdasági fejlettséggel.

A következőkben arról a cikksorozatról szeretnék beszélni, amely 2010 márciusában, az Annals of the New York Academy of Sciences különszámában jelent meg. Ez több mint 200 oldalon, mintegy 20 közleményben a társadalmi-gazdasági helyzet és az egészségi állapot akkor ismert összefüggéseit tárta fel.[2]

A John D. and Catherine T. MacArthur Network keretein belül – amely egy alapítványi támogatással létrehozott nemzetközi tudományos hálózat – kutatólaboratóriumok álltak össze, hogy ezt az egész témát felderítsék; van-e biológiai közvetítő oka, lehetnek-e megfelelő biológiai hatásmechanizmusai annak, ahogyan a társadalmi-gazdasági állapot befolyásolja az egészségi állapotot és a halálozást. A következőkben ebből a különszámból szeretnék néhány ábrát bemutatni.

A szegénység és a kumulatív fizikai és pszichoszociális környezeti rizikótényezők összefüggése gyermekeknél



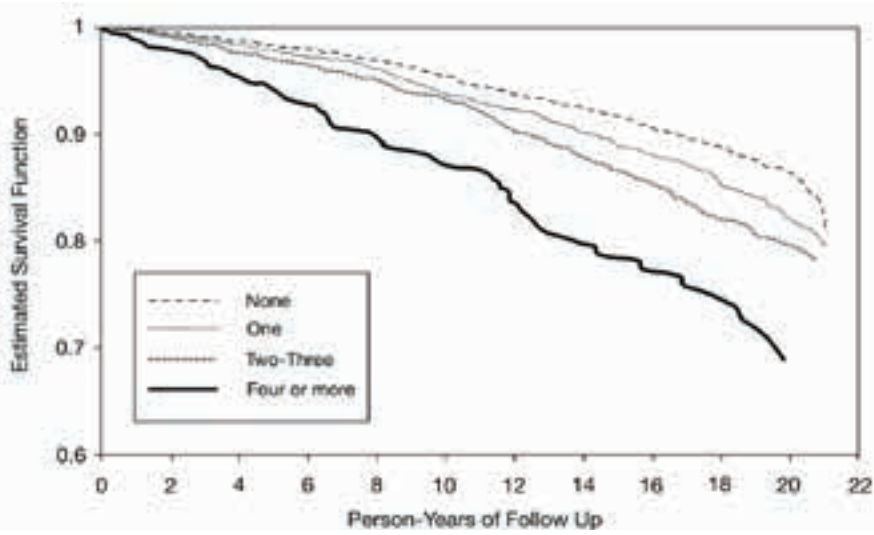
[2] A következő ábrák forrása, ha eltérően nincs jelezve: *The Biology of Disadvantage: Socioeconomic Status and Health.* Annals of The New York Academy of Sciences, Volume 1186, Published Online 16 Feb 2010. John D. and Catherine T. MacArthur Network on Socioeconomic Status (SES) and Health. https://www.ingentaconnect.com/content/bsc/nyas/2010/00001186/00000001;jsessionid=1tp3rd01ph5gj.x-ic-live-01

Ez az ábra azt mutatja, hogy a szegénységben élők között sokkal nagyobb számban vannak azok a gyerekek, akiknek több mint egy olyan súlyos pszichoszociális élménye volt, amely meghatározta a lelkiállapotukat, s meghatározhatja a fizikai egészségüket is. A kutatók semmi mást nem csináltak, mint az amerikai iskolában viszonylag nagy mintán a társadalmi-gazdasági helyzetet és a gyerekek által megélt, a tanárok által egyébként rögzített súlyos pszichoszociális stresszt, élethelyzetet rögzítették.

Jól látható, hogy a szegényebbek esetében sokkal nagyobb azoknak a száma, akiknél több mint egy ilyen súlyos pszichoszociális stressz volt. Mit jelent ez? Például azt, hogy rendszeresen veri őket a szülő; az egyik vagy mindkét szülő munkanélküli; a szülők elváltak; az apa veri az anyát; kábítószeres környezetben élnek stb.

A következő ábra azt mutatja, hogyan alakul azoknak a férfiaknak a kardiovaszkuláris halálozása, akiknek nem volt súlyos pszichoszociális stressz az élettörténetében; esetleg csak egy volt; vagy kettő-három, négy vagy több súlyos pszichoszociális stressz érte őket életük során. Ebben az esetben ez például tartós munkanélküliséget, válást, börtönt, kriminális eseményt jelent.

Összefüggés a pszichoszociális rizikófaktorok száma és a koronária-betegség fellépése között



Az látszik, hogy akit több súlyos pszichoszociális stressz ért, annak jelentősen romlik a túlélési esélye azokhoz képest, akinek semmi nem volt. Különösen igaz ez azokra, akiknek négy vagy több ilyen súlyos életeseménye volt. Magyarul: ha az embert súlyos pszichoszociális stressz éri, akkor szinte biztos, hogy kardiovaszkulárisan érintett lesz.

Krónikus betegségek incidenciája a különböző foglalkozási osztályokba sorolt férfiaknál

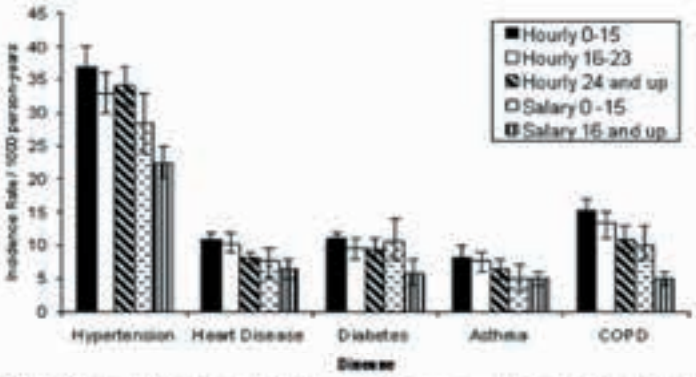


Figure 2. Male incidence rates for major chronic diseases of working-age people for each of five job grades, ranging from low-grade blue-collar (*left bars*) to highest professional/executive grade at Alcoa.

Ez az ábra azt mutatja, hogy az Alcoa amerikai alumíniumtrösztnél a fizikai munkát végző (blue colar) és az irodai vagy vezető munkát végző (white colar) munkatársak, tehát az órabérük (és valószínűleg a végzettségük) alapján különböző társadalmi-gazdasági helyzetbe sorolható munkatársak között milyen gyakori a (már diagnosztizált) magas vérnyomás, a szívbetegség, a cukorbetegség, az asztma és a krónikus obstruktív tüdőbetegség, amikről már volt szó.

Az látszik, hogy minél inkább iskolázott valaki, minél magasabb ezért az órabére vagy az alapbére, annál inkább csökken ezeknek a krónikus civilizációs betegségeknek a gyakorisága. Minél kevésbé iskolázott valaki, annál jobban ki van téve ezeknek a betegségeknek. Tehát látható egy világosnak tűnő összefüggés a civilizációs betegségek esetében az iskolázottsági és a jövedelmi viszonyok között.

Végzettségi grádiens az allosztatikus terhelésben

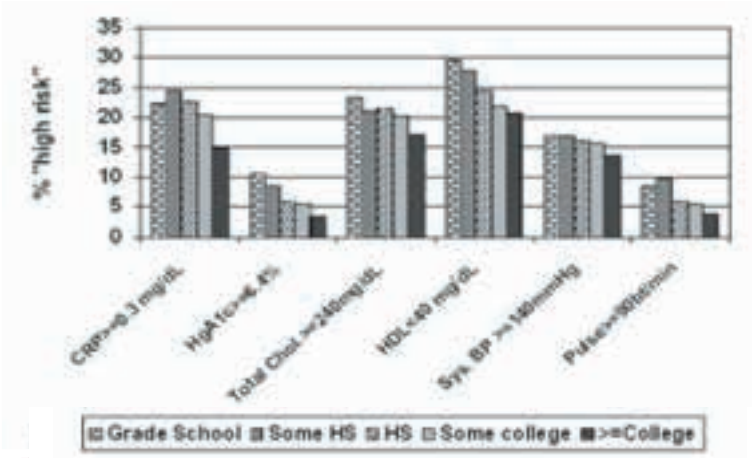


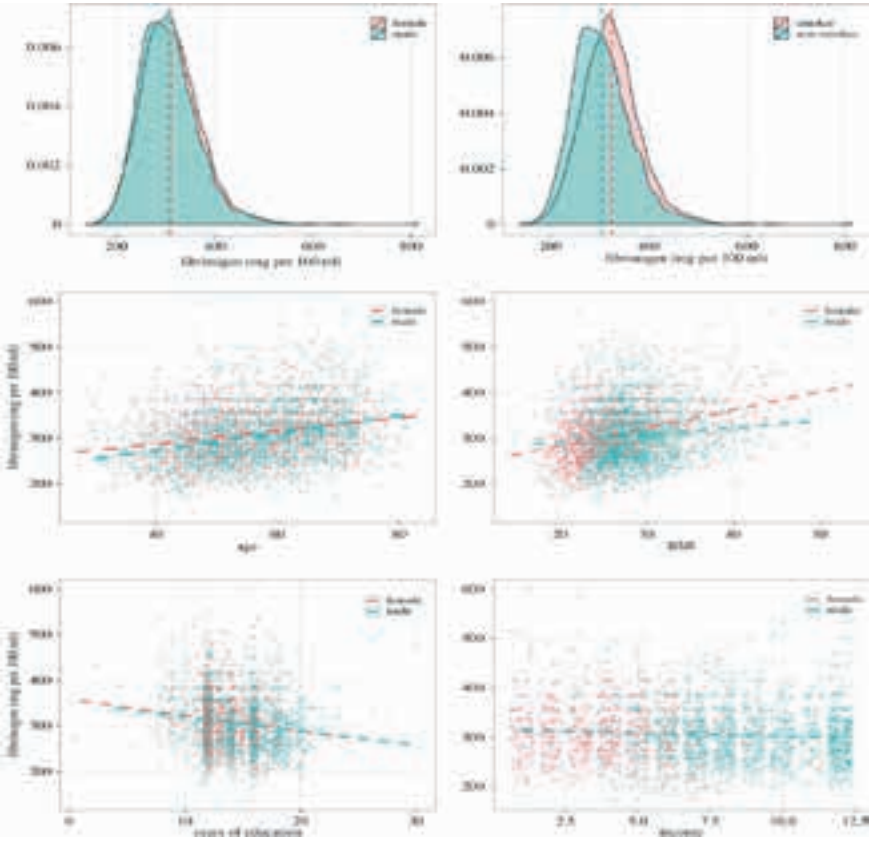
Figure 2. Education gradients in "percent with high risk values" for components of allostatic load.

Ez pedig egy ábra a híres Whitehall Study-ból, amely több mint 10 ezer brit köztisztviselő körében végzett prospektív vizsgálat, amely 1967-ben kezdődött. Ez azt ábrázolja, hogy van-e összefüggés az iskolázottság szintje és a különböző olyan vegetatív paraméterek között, amelyek nem feltétlen egy már kialakult betegséget tükröznek, hanem egy betegséget megelőző állapotot jeleznek.

Például a CRP (C-reaktív protein) magasabb szintje a fertőzéseket jelzi. A másik paraméter, a HgA1C a vércukorszint megemelkedettségét jelzi. Szerepel még az ábrán a koleszterin, a HDL-vérzsír, továbbá a vérnyomás és a pulzus eltérése is a még normálisnak tekinthető értékektől. Mindegyikük olyan élettani paraméter, amely ugyan önmagában még nem betegség, de egy (vagy több) betegség kialakulását elősegítheti. A magasabb iskolázottsággal mindig együtt jár ezeknek a veszélyeztető tényezőknek az alacsonyabb értéke. Tehát minél iskolázottabb valaki, annál normálisabbak a paraméterei. Magyarul: az iskolázottság egyfajta védőfaktort jelent.

És íme, egy teljesen új adat egy 2017-ben megjelent közleményből.

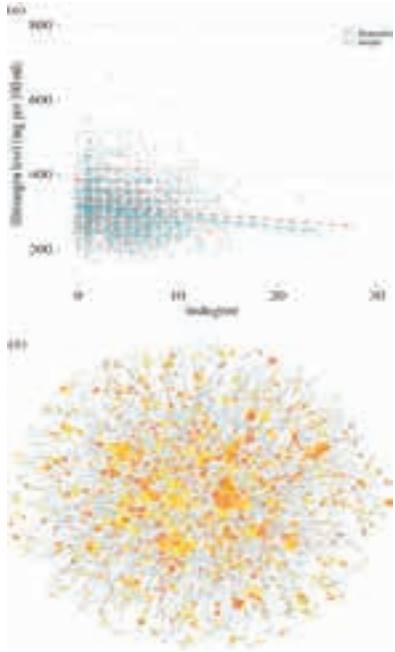
Relationship of fibrinogen to sex, age, BMI, smoking status, income and education.



© 2016 The Author(s) David A. Kim et al. Proc. R. Soc. B 2016;283:20160958

Ennek szerint az iskolázottság alapján azt is jó közelítéssel meg lehet mondani, hogy valakinek milyen magas a fibrinogénszintje. A fibrinogén a véralvadásban kulcsszerepet betöltő fehérje, amely ha felszaporodik, akkor megnő a trombózis, az érelzáródás, a szélütés, a szívinfarktus kialakulásának rizikója. Tehát a vizsgálat alapján minél iskolázottabb valaki, annál alacsonyabb a fibrinogénszintje. Minél kevésbé iskolázott valaki, annál magasabb a fibrinogénszintje, vagyis annál nagyobb a valószínűsége annak, hogy valamilyen érelzáródása lesz.

Socially isolated individuals exhibit higher levels of the clotting factor fibrinogen.



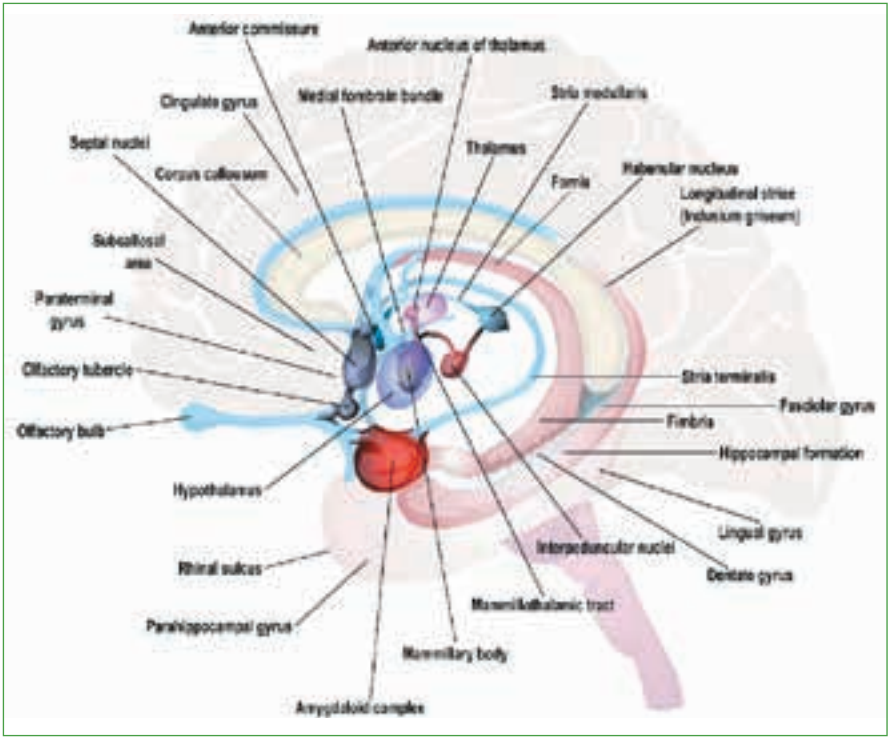
© 2016 The Author(s) David A. Kim et al. Proc. R. Soc. B 2016;283:20160958

Az ugyanebből a cikkből származó ábra a lehetséges következtetésekben még ennél is messzebb megy: azt mutatja meg egy emberi közösségben, hogy akik marginalizálódnak, tehát viszonylag kevés emberi kapcsolatuk van – az ábrán látszik a kapcsolatok száma 0 és 30 között –, azoknak magasabb a fibrinogénszintje. Tehát a társadalmi beilleszkedés, a társadalmi hálózatokba való bevontság mértéke befolyásolhatja egy vérben lévő olyan fehérjének a szintjét, amely egyébként meghatározó lehet például a trombózis, a szívinfarktus vagy az agyi érbetegségek kialakulásában.

Döbbenetes azt látni, hogy nemcsak a halálozás, hanem már önmagukban a halálozásokat befolyásoló vegetatív faktorok is sorba rendeződnek a gazdasági-szociális státus szerint.

Még valamit szeretnék az olvasóknak bemutatni: ez pedig a stresszre adott válasz.

Az alábbi ábrán piros színben látható mandulányi agyi mag, az amigdala felelős az érzelmi ingerek feldolgozásáért és az érzelmi reakciók előkészítéséért, így a sírásért, a mosolyért, valamint a stresszért, illetőleg a megküzdő magatartás kiváltásáért is.



Ez a mag lesz aktív akkor, ha meglátom az oroszlánt, és futnom kell előle: mobilizál minden tartalékot a szervezetemből, hogy az oroszlán elől el tudjak futni. És ez a mag lesz aktív akkor is, amikor szerelmesen hozzásimulok a páromhoz. Ez a mag részt vesz minden egyes emberi reakciónkban, legyen az kóros izgalmi vagy egy nagyon is kellemes.

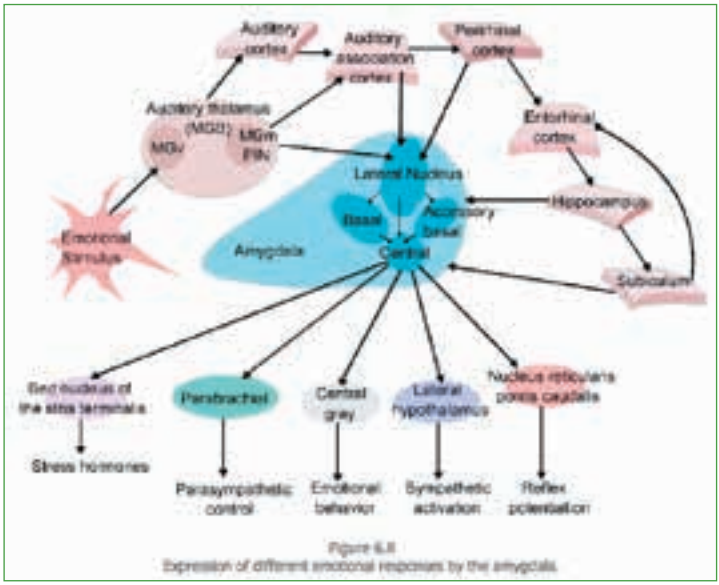
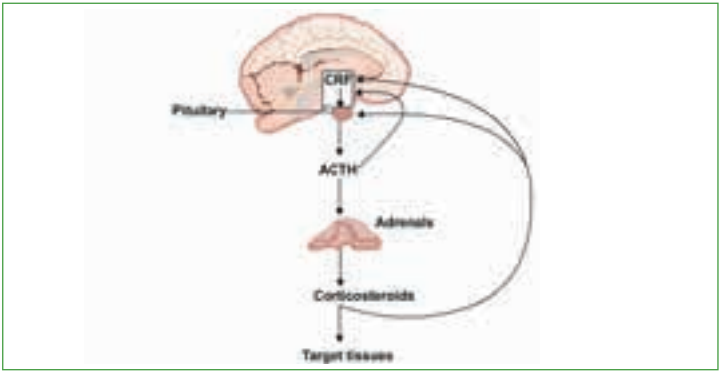
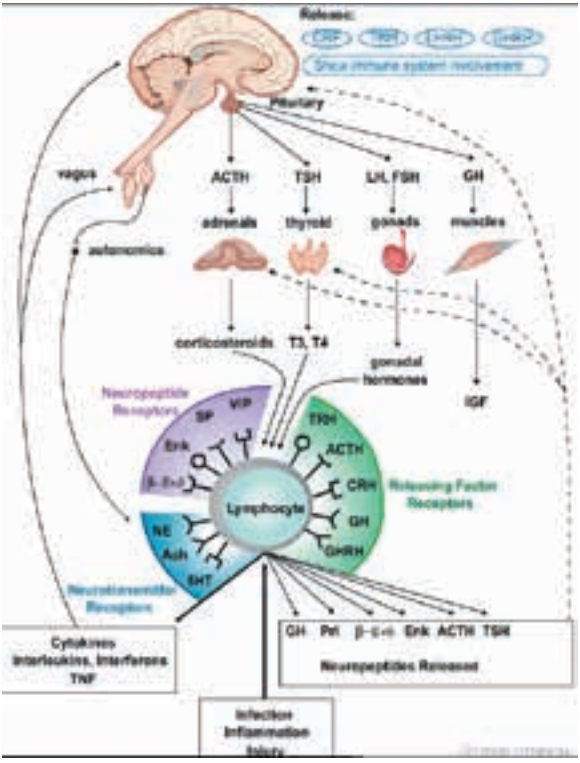


Figure 6.8
Expression of different emotional responses by the amygdala

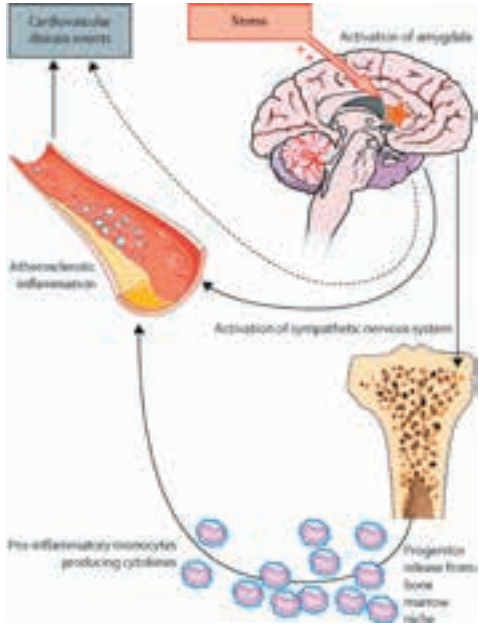
A fenti ábra mutatja, hogy lényegében minden lényeges területről kap információt, és döntően a vegetatívum szervezését végző központokhoz küldi az ingerületet, hatása nem csupán a mosoly és a mimika szabályozása, hanem hogy milyen és mennyi stresszhormont választunk ki. Leegyszerűsítve ez utóbbi az a bizonyos stresszhormonrendszer, amelyben a hipotalamuszban termelődő, CRF nevű fehérje kiváltja az ACTH hormon termelődését a hipofízisben, amelynek hatására kortikoszteroidok választódnak ki a vérbe a mellékvesékben, és a végén ezek a kortikoszteroidok az összes szövetben kiváltják a maguk szervspecifikus hatását.



Ez egy olyan, az emberi szervezet összes sejtjére kifejtett, az ún. stresszhormonok okozta hatás, amely például még a limfocitákban és másutt is megtalálható receptorokra irányul.



Egy friss, 2017-es közlemény megmutatja, hogy milyen egyértelmű és világos összefüggés mutatható ki az amigdalának, az érzelmeket koordináló agyidegmagnak a nyugalmi működése és a stresszhormonok kiválasztása, valamint a következményesen fellépő érelmeszesedés vagy érszűkület között. Ha az amigdala aktiválódik, akkor az innen kijutó különböző anyagok hatására aktiválódik a szimpatikus idegrendszer, továbbá a csontvelőben olyan sejtek képződnek és kerülnek ki a véráramba, amelyek gyulladásos anyagokat termelnek, és ezek a folyamatok sokunkban érelmeszesedést, a folyamat végén pedig érelzáródást, trombózist, szívinfarktust, szélütést okoznak.



The Lancet 2017 389, 834-845DOI: (10.1016/S0140-6736(16)31714-7)

Így lehet kimutatni „élőben” az amigdala aktivitását. A modern képalkotó módszerekkel, például ún. funkcionális MRI-vel vagy PET-el ma már pontosan tudjuk mérni azt, hogy valakinek az amigdalája hogyan „tüzel”, mennyire aktív.[3]

Limbikus aktivitás PET scan képe

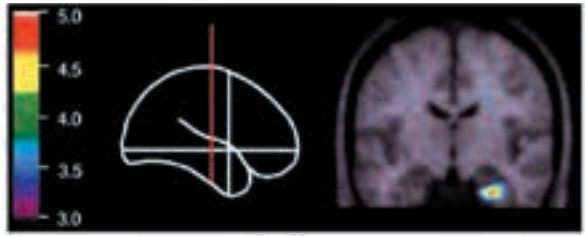
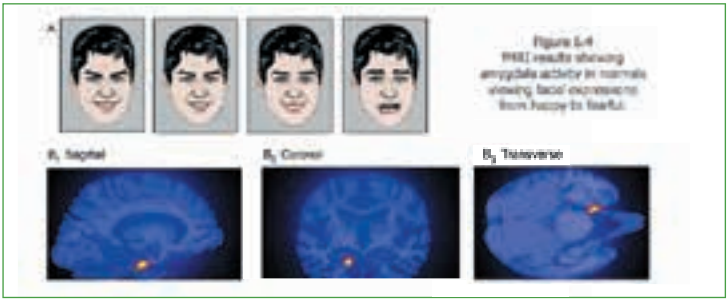


Figure 7.5
PET brain scan during an object location task. (from A. M. Owen, et al., J. Cog. Neuroscl. 8:6, 588-602, 1996.)

[3] A következő ábrák forrása, ha eltérően nincs jelezve: *The Biology of Disadvantage: Socioeconomic Status and Health.* Annals of The New York Academy of Sciences, Volume 1186, Published online 16 Feb 2010.

Ha a kísérleti alanynak különböző felvételeket mutatunk, miközben bent van az MRI-ben, akkor kimutatható az amigdala különböző fokú aktiválódása. Hogy ez milyen fokú, az attól függ, milyen gazdasági, szocializációs helyzetből jön az illető. Ez az a lényegi összefüggés, amit szeretnék aláhúzni.



A következő kutatásban azt vizsgálták önkéntes egyetemi hallgatókon, hogy megítélésük szerint a társadalmi-gazdasági létrán hol helyezkedtek el a szüleik. Besorolták magukat valahová, alacsonyabb vagy felsőbb osztályokba. Megmutatták nekik a pozitív érzelmeket, vagy a félelmet, dühöt ábrázoló képeket, amikről már tudjuk, hogyan befolyásolják az amigdala aktivitását, következésképpen a stresszhormonok kiválasztását.

Alacsonyabbnak ítélt szülői SES és az amygdala ingerlékenységének összefüggése

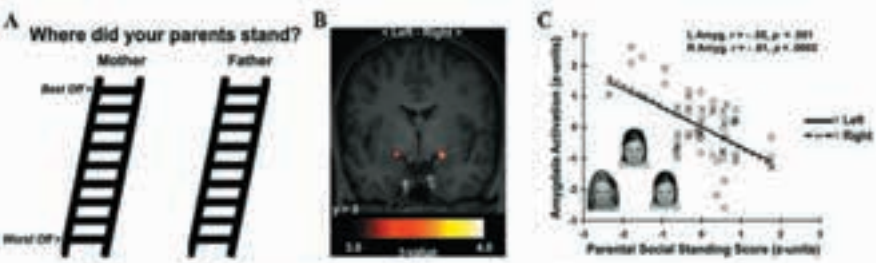


Figure 3. Lower perceived parental social standing predicted greater amygdala reactivity to angry faces in a functional neuroimaging study of young adults. (A) Social ladders used to assess perceived parental social standing. (B) Statistical parametric maps projected onto an anatomical template. The maps profile amygdala areas where lower perceived parental social standing predicted greater reactivity to angry faces. (C) Plots depicting standardized perceived parental social standing scores (*x*-axis) and mean-centered, standardized reactivity values derived from left (L, *open circles, dashed line*) and right (R, *closed circles, solid line*) amygdala areas in B. Inset in C illustrates exemplar trial of angry faces used to elicit amygdala reactivity. From Gianaros *et al.* (2008), reprinted with permission.

Az derült ki, hogy minél magasabb létrafokra helyezték a szüleiket, annál alacsonyabb volt az amigdalájuk ingerelhetősége. Minél alacsonyabb társadalmi helyzetben lévőnek gondolták a szüleiket, annál magasabb volt az amigdalájuk ingerelhetősége. Vagyis annál alacsonyabb volt az a küszöb, amire már stresszreakcióval válaszoltak, tehát annál inkább ingerelhetőbbek voltak ezek az egyetemi hallgatók. Ez azt jelenti, hogy ha valaki alacsonyabb társadalmi-gazdasági helyzetben lévő családból jön, akkor az ilyen arckifejezésekre sokkal nagyobb stresszreakcióval válaszol, mint az, aki mondjuk magyar viszonyok között a Rózsadomb tetejéről érkezik.

És most egy még keményebb állítás következik. Itt szintén önkéntes egyetemistákat vizsgáltak, saját magukat kellett besorolni a társadalmi-gazdasági helyzetük szerint ezen a létrán. Megmérték MRI-vel, hogy mekkora azoknak az agyterületeknek a térfogata (volumene), amelyek részt vesznek az érzelmi reakciók szabályozásában és a tudatos döntések előkészítésében – hiszen abban is részt vesznek az érzelmek. Magyarul, mennyire fejlett: hipertrófiás, normális vagy hipotrófiás.

Alacsonyabb szubjektív társadalmi helyzet csökkent limbikus kortikális szürkeállománnyal jár együtt

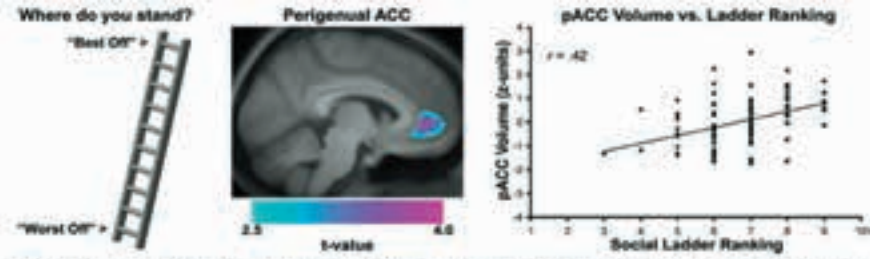


Figure 4. Lower subjective social status, as reflected by a lower self-reported ranking on a "social ladder", was associated with reduced gray matter volume in the perigenual area of the anterior cingulate cortex (pACC). (A) Illustration of 10-point social ladder scale used to assess subjective social status. (B) Overlaid on an anatomical template is a statistical parametric map of color-scaled *t*-values, which illustrate the pACC area where lower subjective social status was associated with reduced gray matter volume across individuals. (C) Plotted along the *y*-axis is the standardized (*z*-score) gray matter volume values for pACC area profiled in B. Plotted along the *x*-axis are social ladder rankings from the scale illustrated in A (1 = "Worst Off," 10 = "Best Off"). $^*P < 0.001$. From Gianaros *et al.*

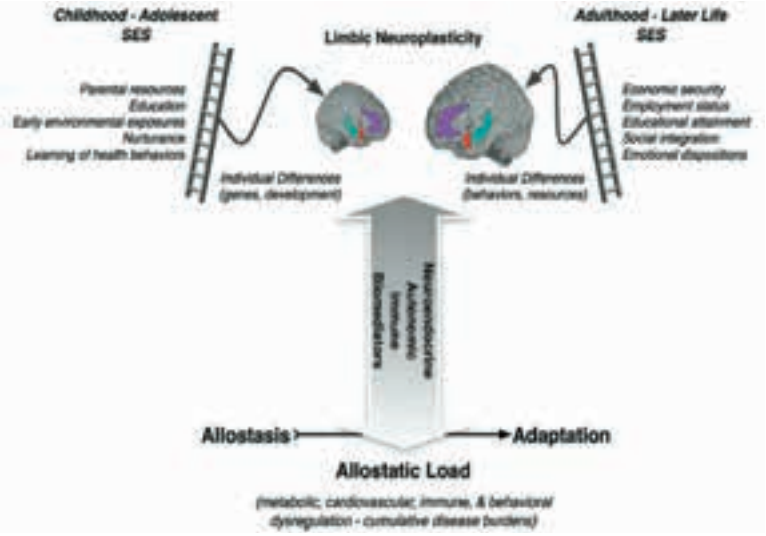
Azt találták, hogy minél alacsonyabb helyre sorolja be magát a vizsgált egyetemista a társadalmi-gazdasági létrán, annál inkább kisebb az érzelmek feldolgozásában és a tudatos döntések előkészítésében részt vevő, a frontális lebeny belső oldalán elhelyezkedő agyterület térfogata. Ami azt jelenti, hogy ott kevesebb idegsejt van, és ha kevesebb idegsejt van, valószínűleg kevésbé tud részt venni a gondolkodásban.

Az üzenetem lényege az, hogy az a társadalmi-gazdasági helyzet, amelyben a gyermek felnő, alapvetően befolyásolja a későbbi érzelmi érzékenységét a különböző stresszorokra (lásd egy dühös arc vagy egy villamoson való veszekedés, mert valaki rálépett a lábára); illetve ez befolyásolja az agya felnőttkori szerkezetét is.

Mindezek alapján tehát valószínűsíteni lehet azt, hogy az alacsonyabb társadalmi-gazdasági helyzetű családból származó fiatal emberek agya strukturálisan bizonyos tekintetben eltérhet a jobb anyagi körülmények között felnőtt társaiktól. Másként lehet huzalozva, másként működhet, másként dolgozhatja fel a környezeti ingereket, mint azé a fiatalé, aki jó társadalmi-gazdasági helyzetből érkezik.

Az allosztatikus terhelés elmélete

(„wear and tear", McEwen and Stellar, "stability through change", Sterling and Eyer)



Ez alapjában meghatározza az életesélyeiket, és az ún. allosztatikus terhelés elmélete alapján meghatározhatja az életük során átélt (pszichoszociális) stresszszorokkal szembeni ellenállóképességüket, ezáltal meghatározhatja a betegségek, a civilizációs betegségek kialakulásának esélyeit is, vagyis a várható átlagos élettartamukat.

Véleményem szerint ezeknek az új tudományos eredményeknek a tükrében is érdemes lenne vizsgálni a drámai magyar egészségi adatokat, hogy a szükséges teendőket megfogalmazhassuk.

A szegénység és az egészségi állapot magyarországi kapcsolatáról szeretnék néhány adatot bemutatni, illetőleg elsősorban azzal szeretnék foglalkozni, hogy milyen hatékonysággal működik Magyarországon az a rendszer, ami az egészségügyön belül a szegénység által generált problémákat kezeli.

A szociológusok a szegénységet sok szempontból definiálják, ami miatt nem egyszerű egy-egy vizsgálatban azt meghatározni, hogy egyáltalán kit tekinthetünk szegénynek. Az epidemiológiai kutatásokban ezt a vitát át szokták ugrani. Én is ezt fogom tenni. A nemzetközi gyakorlat az, hogy a társadalmi-gazdasági státuszt a legmagasabb iskolai végzettséggel indikálják epidemiológiai jellegű vizsgálatokban. Ez egy közelítő jellegű indikátor, ami ugyan nem teljesen pontosan írja le a társadalmi-gazdasági státuszt, de az, hogy valaki hány évet töltött az oktatásban vagy milyen szintig jutott az oktatási rendszeren belül, az nemzetközi szinten összehasonlítható mérőszám, ami erős korrelációban van minden más társadalmi-gazdasági státuszindikátorral, így a szegénység különböző indikátoraival is.

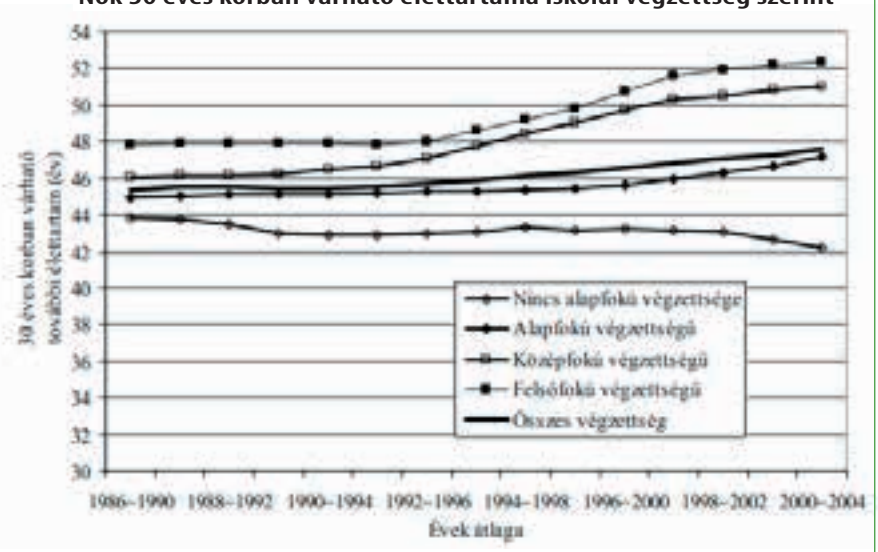
Az egészségi állapotot nagyon sokféle paraméter segítségével lehet leírni. A legegyszerűbb, legkönnyebben interpretálható és egyébként a legpontosabban mért indikátor mind a mai napig a halálozás, az okspecifikus halálozás és az ebből számított várható élettartam.

Nagyon sokan kutatják Magyarországon a halálozási viszonyokat, a kötet előző cikkeiben is rengeteg adat található erről a területről. Azt sokan és sok szempontból demonstrálták már, hogy a magyar felnőttek halálozása tragikusan magas. Lényegében az 1980-as évek óta olyan tragédiahegyek vesznek körül minket az országban, amiket nem sikerült érdemben kezelnünk. Nem sikerült fogást találni ezeken a problémákon. A tragédia változó formában, de állandóan jelen van. Nemcsak Dél-Afrikában vannak megoldatlan problémák, amire az első és a harmadik tanulmány is utal, hanem Magyarországon is.

Az 1980-as évek végén a 30 éves nők várható élettartama azt az egyébként teljesen természetes képet mutatta, hogy minél magasabb volt az iskolai végzettsége valakinek, annál jobbak voltak az életkilátásai. Az 1980-as évek végén mindössze négy év volt a különbség a legképzettebbek és a legképzetlenebbek, az egyetemet végzett doktornő és a takarítónő várható élettartama között. Ez az európai középmezőnybe tartozó egyenlőtlenség volt.

A 2005-ig terjedő időszakot úgy jellemezhetjük, hogy rengeteg pozitív dolog történt. Az egészségügyi ellátórendszer által nyújtott szolgáltatások színvonala számottevő mértékben javult. A gyógyszerkészlet és a diagnosztikai eljárások modernizálódtak, a műtéti rendszerek alapvetően megújultak. Jelentős gyógyítás-technológiai elmaradást sikerült ebben az időszakban behozni. Ugyanakkor ebből a fejlődésből semmit nem profitáltak azok, akik ebben az országban éltek, de nem voltak képzettek.

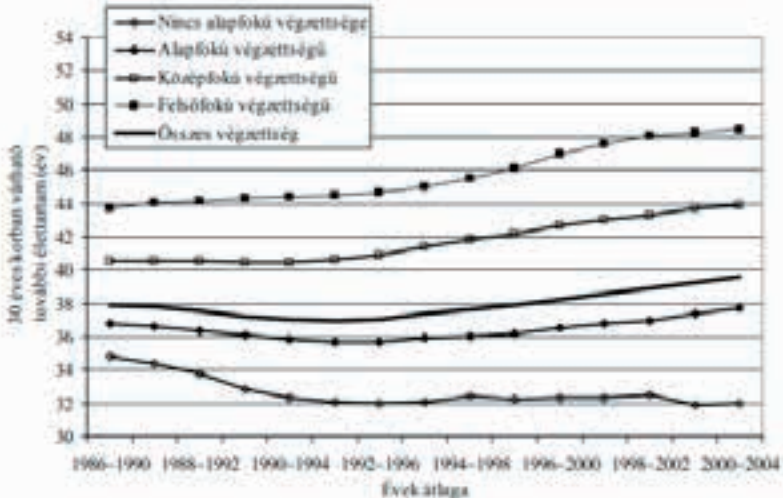
Nők 30 éves korban várható élettartama iskolai végzettség szerint



Hablicsek László – Kovács Katalin: Az életkilátások differenciálódása iskolázottság szerint, 1986–2005. Központi Statisztikai Hivatal Népességtudományi Kutatóintézet, 2007

Profitálni ebből a fejlesztésből csak a társadalom egyik része tudott. Az a különbség, ami kezdetben moderált európai egyenlőtlenségnek felelt meg, megkétszereződött 2004-re. Ez már nem az európai átlagos mezőnybe tartozó különbség. Még egyszer rögzítsük: voltak olyanok, akiknek tulajdonképpen romlottak az életkilátásai, abban az időszakban, amikor a háziorvos által felíratott gyógyszerkészítmények hatékonysága jelentős mértékben javult.

Férfiak 30 éves korban várható élettartama iskolai végzettség szerint

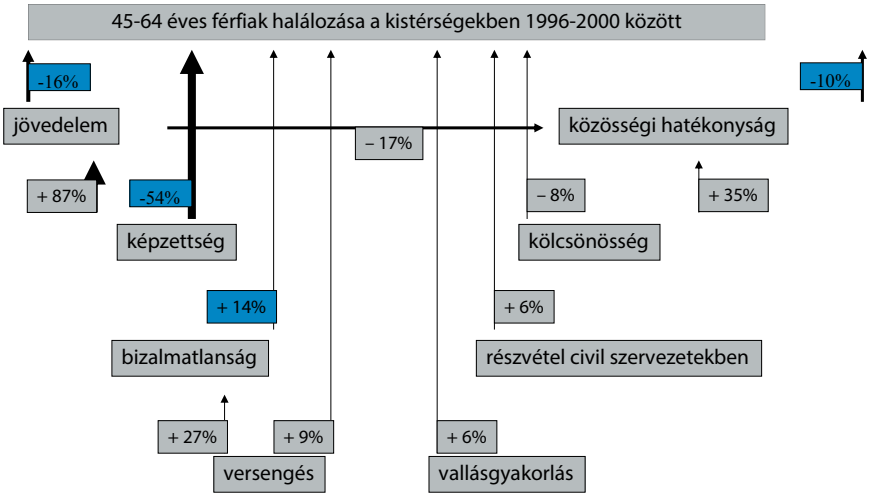


Hablicsek László – Kovács Katalin: Az életkilátások differenciálódása iskolázottság szerint, 1986–2005. Központi Statisztikai Hivatal Népességtudományi Kutatóintézet, 2007

Ugyanez a trend férfiaknál még tragikusabb volt. A képzettségi csoportok közti várható élettartam-különbség (a segédmunkás és a mérnök várható élettartamának különbsége) kezdetben 8 év volt, ami az időszak végére – ugyanúgy, mint a nőknél – megkétszereződött. A trend a nők esetében látotthoz képest még tragikusabb volt. A képzetlen férfiak ebben az országban semmit nem profitáltak azokból a változásokból, amik az 1990-es évektől megtörténtek, sőt kifejezetten romlottak az életesélyeik. 2005-ben rövidebb volt a várható élettartam azok körében, akiknek nem volt 8 általános iskolai végzettsége, mint 1986-ban.

Ennek az időszaknak a képzettséggel összefüggő halálozási egyenlőtlenségeit sokan vizsgálták részletekbe menően. Többek között Kopp Mária végzett olyan vizsgálatokat, amik a társadalmi tőke (social capital) és a társadalmi-gazdasági státusz egyéb elemeinek egymáshoz viszonyított, a halálozást befolyásoló hatáserősségét tették megítélhetővé.

Társadalmi-gazdasági státusz és társadalmi tőke hatása a halandóságra



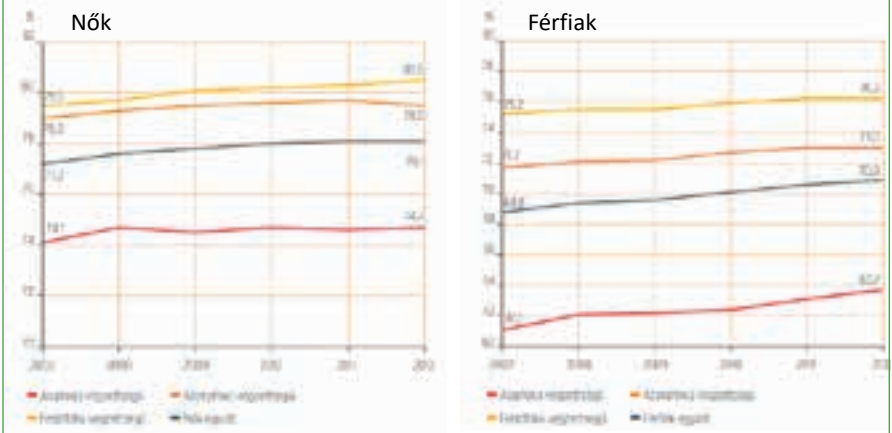
Hablicsek László – Kovács Katalin: Az életkilátások differenciálódása iskolázottság szerint, 1986–2005. Központi Statisztikai Hivatal Népességtudományi Kutatóintézet, 2007

A bizalmatlanság, a kölcsönösség és a részvétel civil szervezetekben paraméterekkel indikált társadalmi tőke vitathatatlan jelentősége mellett egyértelműen igazolták: elsősorban a képzettségi szint határozta meg azt, hogy a kritikus korosztályban a férfiak életkilátásai miként alakultak. A szétszakadó (profitáló és vesztes rétegekre bomló) társadalmi mintázatot kialakító trendet jelentős mértékben az határozta meg, hogy milyenek voltak a képzettségi pozíciók az 1990-es évek elején.

Az egyenlőtlenségekben a kialakult helyzet lényegében nem változott 2005 után sem. A különbség a legképzettebbek és a legképzetlenebbek között ugyanúgy megvan nőknél és férfiaknál, mint az egy évtizeddel korábbi időszakban volt.

Emlékeztetni kell ezekkel az adatokkal kapcsolatban arra, hogy a képzettség csak mint viszonylag pontosan és egyszerűen mérhető társadalmi státuszindikátor szerepel az elemzésekben. A mechanizmusok, amiken keresztül a képzettek egészségnyereséget tudtak, tudnak elérni a magyarországi viszonyok között, sokkal bonyolultabbak – sokkal több szisztematikus vizsgálatot és a hivatalos egészségstatisztikai rendszerek részéről sokkal aktívabb viszonyulást igényelnének.

A születéskor várható élettartam iskolai végzettség szerint, 2007–2012



Bálint Lajos – Kovács Katalin: Halandóság. 75–94. In: Monostori Judit – Őri Péter – Spéder Zsolt (2015) (szerk.): Demográfiai portré 2015. KSH NKI, Budapest: 75–94.

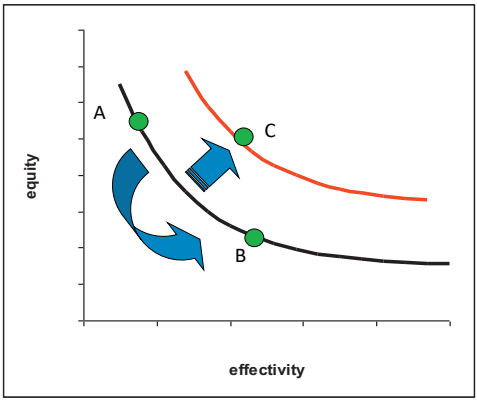
Mondhatnánk, hogy az elhangzottakkal kapcsolatban semmi sem volt meglepő. Azt demonstrálják a trendek, hogy a képzetleneknek, akik jellemzően szegényebbek is, rosszabb az egészségi állapota. Egyébként sok más szempontból is rosszabb nekik. Amerre nézünk a világban, mindenhol rosszabb az egészségi állapotuk. Könnyen levezethetőek azok a mechanizmusok, melyek révén a szegénység betegségbe, illetve korai halálozásba konvertálódik. Sőt, ez mindig így volt a történelemben.

Adódik a kérdés: akkor miért kell ezzel foglalkozni? Mindig voltak szegények, mindig lesznek szegények. Mindig volt egyenlőtlenség, mindig lesz egyenlőtlenség. Miért kell ezzel foglalkozni?

Nagyjából úgy néz ki a dolog, hogy vannak problémák az egészségi állapottal kapcsolatban, ezeket a problémákat pedig az állam fizetett emberei megpróbálják megoldani. (Az állam meghatározó szerepet játszik abban, hogy az egészséggel milyen módon törődnek egy modern társadalomban.) Egy probléma kezelésével kapcsolatban pedig különböző megoldási lehetőségek merülnek fel.

Vannak olyan megoldások, amiknek alacsony az effektivitása. Például egy nem nagyon hatékony, de viszonylag olcsó gyógyszert vezetünk be. Ez méltányos ellátást fog biztosítani, mert mindenki meg tudja vásárolni majd a gyógyszert. Az új szolgáltatás mindenki számára elérhető lesz, de kevéssé hatékony. (Ez az ábrán látható „A” megoldás.)

Beyond the effectivity-equity trade-off



C-type interventions:

- vaccination against polio
- available antihypertensive medicines
- population based screening for cervical cancer
- ban of smoking advertisement
- supporting patients' organizations
- civil control on resource-allocation
- adequate teaching

Lucy Gillson: In defence and pursuit of equity. Soc. Sci. Med. 1998; 47: 1891-1896. Andrew Creese: In defence and pursuit of equity: a response. Soc. Sci. Med. 1998; 47: 1897-1898. Olusoji. Adeyi, James Christopher Lovelace, Dena Ringold: In defence and pursuit of equity and efficiency. Soc. Sci. Med. 1998; 47: 1899-1900. Stephen M. Tollman, William C. Hsiao: Pursuing equity without getting beat. Soc. Sci. Med. 1998; 47: 1901-1903.

Van ugyanakkor más megoldás („B") is, amiben drágább és jobb gyógyszert vezetünk be. A drágább gyógyszert kevesebben tudják megvenni. Ilyen módon jobb ellátást tudunk majd biztosítani, de ez kevesebbeket fog elérni, ezért ennek a megoldásnak a méltányossági szintje alacsonyabb lesz. Ez a megoldás hozzá fog járulni a társadalmi egyenlőtlenségek növekedéséhez.

A sok lehetséges gyakorlati beavatkozási lehetőségnek megfelelően ennek a görbének a mentén tudunk mozogni. A döntésnek megfelelő beavatkozás a hatékonyság–méltányosság függvény mentén egy adott pontot fog kijelölni.

Egyébként ez nem egy teoretikus dolog. Ha egy cukorbeteg bemegy a rendelőbe, akkor (az orvos előtt persze nem ez a görbe jelenik meg, de) az orvosnak mérlegelnie kell. Metformint írok fel ennek a betegnek, mert az olcsó gyógyszer, és azt biztosan meg tudja majd venni; bár azt is tudom, hogy ha beszedi a gyógyszert, akkor a betegségével együtt járó agyi érbetegség vagy a szívinfarktus kockázata lényegében nem fog csökkenni. A gyógyszer viszonylag olcsó, mindenki meg tudja venni, a gyógyszernek azonban vannak hiányosságai, nem annyira hatékony.

Ugyanennek a betegnek ugyanez a doktor adhat olyan gyógyszert is, ami lényegesen drágább, mint a metformin, viszont jelentős mértékben képes csökkenteni az agyi érbetegség és a szívinfarktus kockázatát (pl. SGLT-2 gátló gyógyszerek). De nem biztos, hogy a beteg meg tudja venni a gyógyszert.

Jó gyógyszer drágán vagy kevéssé jó gyógyszer olcsón. (Sok más területen is ismertek a hasonló dilemmák…) És a doktornak el kell dönteni, hogy az a beteg, aki ott ül vele szemben, mit kapjon. Egyébként nemcsak szegény (erre a feladatra, a döntések társadalmi-gazdasági státusszal kapcsolatos hatásainak a kezelésére fel nem készített) doktornak kell ezzel foglalkoznia, hanem a gyógyszer árát (a gyógyszerár-támogatáson keresztül) meghatározó, az államigazgatásban dolgozó döntéshozónak is.

Aztán vannak olyan megoldások, igazából ezeket szereti mindenki, amikor ki tudunk mozdulni ebből a fix összegű játékból, és egy beavatkozásnak köszönhetően más pályára tudjuk állítani, ami egyszerre lesz hatékonyabb és méltányosabb is. Ezek tipikusan azok az ügyek, amikor valamilyen gyökeresen új technikai megoldás, új típusú gyógyszer, új típusú műtét stb. kerül be az ellátórendszerbe. (Ez az, amit az ábrán „C”-vel jelöltünk.)

Ha akarja valaki, ha nem, amikor az egészséggel kapcsolatos problémákat kezeli és döntéseket hoz, akkor ebben a dimenzióban is mindig ki fog fejteni valamilyen hatást. Ha akarjuk, ha nem, a döntésünk befolyásolja az egyenlőtlenséget, például a deprivációval kapcsolatos egyenlőtlenségeket.

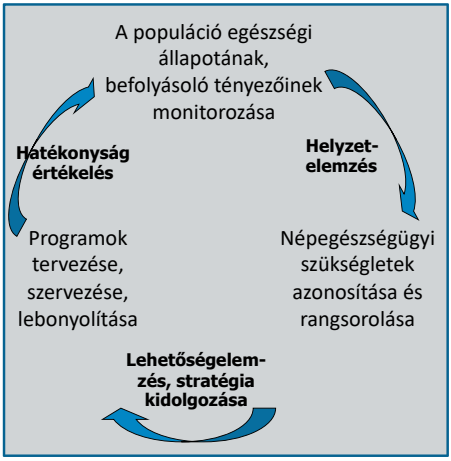
Egyenlőtlenség monitorozás

- Strátum specifikus információk
  - egyes strátumok hatása a teljes népesség szintjén jelentkező problémákra
  - részletes célcsoport meghatározás
- Adatok, információk az egészségpolitika, programok és napi gyakorlati döntésekhez az egyenlőtlenségek mérséklése érdekében
- Beavatkozások hatékonyságának értékelése

Mindezek miatt mondja ki az Egészségügyi Világszervezet, hogy ha már minden döntésünknek van egy ilyen hatása, akkor legyünk tudatosak ezen a területen. Amikor elemzünk egy problémát, amikor egy megoldási javaslatot dolgozunk ki, amikor végrehajtottunk egy döntést, és ellenőrizzük, hogy annak milyen volt a hatékonysága, akkor elemezzük, hogy annak az egyenlőtlenségek szempontjából milyen a hatása.

Népegészségügyi problémák kezelése

Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quarterly, 1966, 44: 166–206



Az Egészségügyi Világszervezet nagyon világosan, gyakorlatban alkalmazható módszerek ismertetésével, szinte „receptkönyvszerűen” leírja, hogy ezt hogyan kell csinálni. (Nem sokat forgatják ezt a könyvet Magyarországon…) Pedig 1966-ban – régen volt – Donabedian már leírta azt, hogy a komplex rendszerek folyamatos fejlesztése úgy képzelhető el, ha felmérjük a helyzetet a rendszeren belül; beavatkozási szükségleteket azonosítunk; prioritási listkat készítünk; majd stratégiát dolgozunk ki. Mindezek alapján programokat hajtunk végre, majd a programunk hatékonyságának következtében megváltozott helyzetet újraelemezzük. És így megyünk körbe-körbe. A rendszer ennek köszönhetően egyre hatékonyabbá válik, egyre több problémát tudunk kiszorítani a rendszerből.

Mosógépet ma már ennek az elvnek a gyakorlati alkalmazásával gyártanak. Amikor bemegyünk az orvoshoz, akkor azt tapasztalhatjuk, hogy az egészségügy még nem így működik. Lassan el kellene addig a szintig jutni, hogy az 50 évvel ezelőtt elméletben kidolgozott rendszer az egészségügyön belül is meghonosodjon.

A gyakorlati alkalmazás azért valahol sikerült. Sir Douglas Andrew Kilgour Black vezette azt a csoportot, ami a brit Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (NHS) számára 1980-ban összeállította a Black-riportot. Ez a kötet leírta az angol kormány számára, hogy milyen adatgyűjtés után és milyen indikátorok mentén kell évente leírni azt, hogy milyenek az egyenlőtlenségek az angol egészségügyi rendszerben, az angolok egészségi állapotában. Ha pedig valahol nagyobb az

egyenlőtlenség, mint amilyennek szeretnék, akkor be kell avatkozni, és a következő évben megint meg kell nézni az indikátort, ami megmutatja, hogy sikerült-e vagy nem sikerült megoldani azt a problémát, amit vissza szerettek volna szorítani.

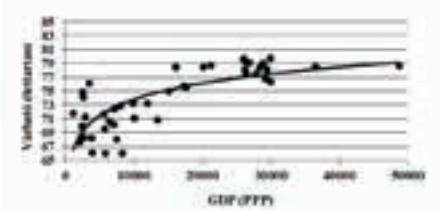
Az angol parlament 1975-ben megalapította a Resource Allocation Working Party-t, aminek az alapvetése az volt, hogy azokban az angol régiókban, ahol magasabb a halandóság, rövidebb a várható élettartam (ahol, vélhetően, az embereknek több baja van az egészséggel), több pénzt kell betenni a rendszerbe azért, hogy ezek a problémák ne okozzanak életév-rövidülést azoknak az angoloknak, akik ott laknak. Óriási felzúdulás volt belőle, mert a Temze mellett lakó londoniak sokat vesztettek a forrás-újraelosztási elvből következően, és támadták a rendszert. De a parlament azt mondta, hogy ezt el kell viselniük. Ki is tartott a rendszer 1975-től 1989-ig, sokat vitatkoztak rajta, de fenntartották. 1989-ben sem megszüntették, hanem finomították.

Black-report

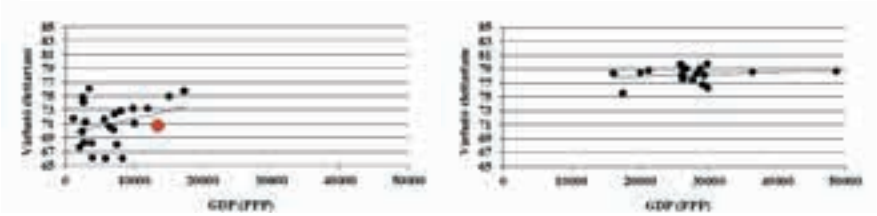
Sir Douglas Andrew Kilgour Black. Inequalities in Health: Report of a Research Working Group. Department of Health and Social Security, London, 1980.

Az egyenlőtlenségeket tehát lehet mérni. A depriváció hatásait meg lehet határozni, és ha a kormánynak komoly a stratégiai elkötelezettsége amellett, hogy a depriváció által generált problémákat kezelje, akkor azt kezelni is lehet. Van erre jó példa. Van miből tanulnunk!

GDP – várható élettartam (ezredforduló környékén)



európai országokban és a volt szovjet köztársaságok



volt szocialista országok **piacgazdaságok**

Sándor János: A magyar lakosság halandósága. In: Népegészségügyi Jelentés 2004. Szerk: Vitray József, Bakacs Márta. Országos Epidemiológiai Központ, 136–202, 2004.

Gyakran hivatkozott megfigyelés, hogy minél gazdagabb egy ország, ott annál tovább élnek az emberek. Ha erre az ábrára ránéznek, világos, hogy ez így is van. Magyarországon azonban kevesebbet élnek az emberek, mint ami a nálunk rendelkezésre álló pénz alapján az ábra szerint várható lenne. Vagyis ebből le szoktuk vonni azt a következtetést is, hogy rosszul költjük el a pénzt, de nagyon rosszul.

Viszont érdekes, hogy ha ebből az ábrából külön vesszük azokat az országokat, amik régi piacgazdaságok, illetőleg azokat az országokat, amelyek korábban a szovjet blokkba tartoztak, akkor a következőt lehet látni: az európai piacgazdaságokban több mint kétszeres a különbség az egy főre jutó nemzeti jövedelemben, de lényegében ugyanaddig élnek bennük az emberek. Úgy tűnik, hogy a pénz nem minden, a pénz önmagában nem fordítódik át egészségnyereséggé.

Ugyanakkor ha a volt szovjet blokkot nézzük, akkor azt lehet látni, hogy van olyan szegény ország, ahol 66 évig élnek az emberek, lényegében ugyanannyi pénzből, mint a másikban, ahol 76 évig. 10 év pedig nagyon-nagyon sok idő. Ezt a 10 év különbséget ezek az országok úgy hozzák, hogy egyébként ugyanannyi pénz áll a rendelkezésükre.

A rendelkezésre álló pénz önmagában nem jelenti azt, hogy automatikusan meg is oldódnak a problémák. Amint a kötet más cikkeiben is lehet olvasni, a finanszírozási rendszereknek okosan kell működniük, nagyon komolyan kell venni ezt a kérdést. Racionálisan kell a rendelkezésre álló erőforrásokkal dolgozni, mert különben értelmetlenül folyik el mindenfelé a pénzünk.

Voltak olyan pillanatok Magyarország legutóbbi történelmében is, amikor a tankönyvet komolyan vették, és azt mondták: a népegészségügyi problémák kezelésére népegészségügyi programot kell csinálni, ahol a célkitűzéseket adatokra kell alapozni, ahol a programhoz hozzá kell fejleszteni a kapacitásokat, ahol ki kell építeni a támogató szolgáltatásokat, ahol monitoringot és minőségbiztosítási rendszereket kell működtetni. Vegyük komolyan a tankönyvi fejezeteket a kézikönyvből!

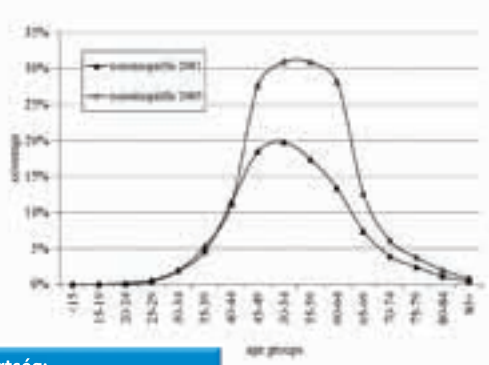
Egészséges nemzetért népegészségügyi program 2001-2010

Tíz kiemelt nemzeti feladat

...

célzott lakossági szűrővizsgálatok bevezetésével a nagy népegészségügyi jelentőségű betegségek korai felismerése

...



Átszűrtség:
2001: 17,5 % /év → 2005: 29,4 %/év

János Sándor, Éva Brantmüller, Tamás Bödecs, Lajos Bálint, Mária Szücs, Eszter Péntek: The introduction of call-recall method into national cancer screening program organization and the social gradient of participation. Studia Sociologia, 2: 39-62, 2008

2001–2010 között volt az országban népegészségügyi program, nemcsak papíron. Annak egyes részeit legalábbis áttették a gyakorlatba. Például azt mondták, hogy a behíváson alapuló szűrővizsgálatok rendszerét meg kell csinálni Magyarországon is. (Nem az megy daganatszűrésre, aki úgy gondolja, hogy most el kell menni, hanem az megy, aki kap egy felhívást arra, hogy eljött az idő, el kell menni mammográfiára, méhnyakrákszűrésre vagy vastagbélrákszűrésre. Ez a behíváson alapuló szervezett szűrés a leghatékonyabb eszköz, amivel ezt a három daganattípust meg lehet előzni.)

Az átszűrtséget jelentős mértékben növelte a behíváson alapuló emlőrákszűrő vizsgálati rendszer kialakítása.

Ez a táblázat azt kívánja bemutatni, hogy milyen hatása volt annak, hogy populációs alapon, behívásos rendszerrel, mondhatni tankönyv szerint hajtották végre a szűrésszervezést.

Kistérségi SES és a kor-standardizált mammográfiás vizsgálati gyakoriság

Socio-economic status indicators for DISTRICTS	Relative coverage in 2001		Relative coverage in 2005	
	beta ($\times 10^{-3}$)	p	beta ($\times 10^{-3}$)	p
Unemployment rate %	-41.479	**<0.001**	-1.6424	0.754
Long-term unemployed %	-68.257	**<0.001**	-4.4850	0.595
Bed places of institutions for the aged per 1000 people aged 60 and over	-4.0029	0.087	1.6007	0.171
Unemployed persons receiving income supplements per 1000 inhabitants	-163.64	**<0.001**	6.9894	0.759
Persons with prescription exemption certificate per 1000 inhabitants	-7.2968	**<0.001**	1.0567	0.348
Inhabitants per General Practitioner	-0.4470	0.057	0.0777	0.510
Consulting hours in outpatient service per person	0.1318	0.201	0.0363	0.482
Hospital beds in use	0.0332	0.157	0.0075	0.523
Number of tax-payers per inhabitants	3.2767	**<0.001**	0.1314	0.753
Gross income per person	0.9615	**0.019**	0.1517	0.460
Personal income tax per permanent population	2.6866	**0.040**	0.6671	0.309
At least primary school, %	27.629	**0.006**	7.1486	0.157
At least secondary school, %	12.763	**0.010**	4.3583	0.082
University, college, %	27.506	**0.012**	7.9055	0.150
Average number of school grades	257.44	**<0.001**	59.537	0.112

Selejó Petra: A háziorvosi preventív szolgáltatások igénybevétele és a felnőttek egészségattitűdje közötti kapcsolat. Pályamunka, Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar, 2018.

Mielőtt elindult a szűrésszervezés (mammográfiás szűrések akkor is voltak Magyarországon), a különböző szociális státuszindikátoroknál azt lehetett látni, hogy a munkanélküliség, a kevés jövedelem, az alacsony iskolázottság mind szignifikáns mértékben negatív irányban befolyásolták az átszűrtséget. A depriválta közösségek kisebb mértékben jutottak hozzá ehhez a szolgáltatáshoz. Ahogy útjára indították a behíváson alapuló szűrőprogramot, egyetlen indikátor sem maradt szignifikáns prediktora annak, hogy a szűrés megtörténik-e vagy nem. Vagyis a depriváció okozta ellátási egyenlőtlenséget ez a szűrésszervezési módszer megszüntette. Egyébként az is benne van a tankönyvben, hogy ez így működik… Azért érdekes ez, mert Magyarországon nagyon ritka, hogy egy preventív programot a szakmai szabályok következetes tiszteletben tartása mellett hajtanak végre.

Attitűd és a preventív szolgáltatás használata közötti kapcsolat, 2012

+ szignifikáns emelkedés
- szignifikáns csökkenés

	családban előforduló betegségek	méhnyakrákszűrés	MAMMOGRÁFIA	prosztataszűrés	gyomor-bélrendszer eredetű vérzés	szájüregi daganat	látás	hallás	érelmeszesedés tünetei	testsúly	hasköröfogat	táplálkozási szokások	alkoholfogyasztás	dohányzás	vérnyomás	koleszterin/vérzsírszint	vércukor	vizelet kreatin koncentráci	vizelet fehérje tartalma
egészségtudatos	+				-	+	+	+		+				+	+	+			+
bagatellizáló		–		–				+			–	–	–	–					
felelőtlen	–	–		–			–	–		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
realista							+		–		–						–		

Selejó Petra: A háziorvosi preventív szolgáltatások igénybevétele és a felnőttek egészségattitűdje közötti kapcsolat. Pályamunka, Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar, 2018.

Az ábra egy olyan vizsgálatnak az eredménye, ami azt elemezte, hogy 19 preventív jellegű szolgáltatás igénybevételét mi befolyásolja Magyarországon. (Általános probléma az ma nálunk, hogy ezeket a szolgáltatásokat sokkal kevesebben veszik igénybe, mint kellene.)

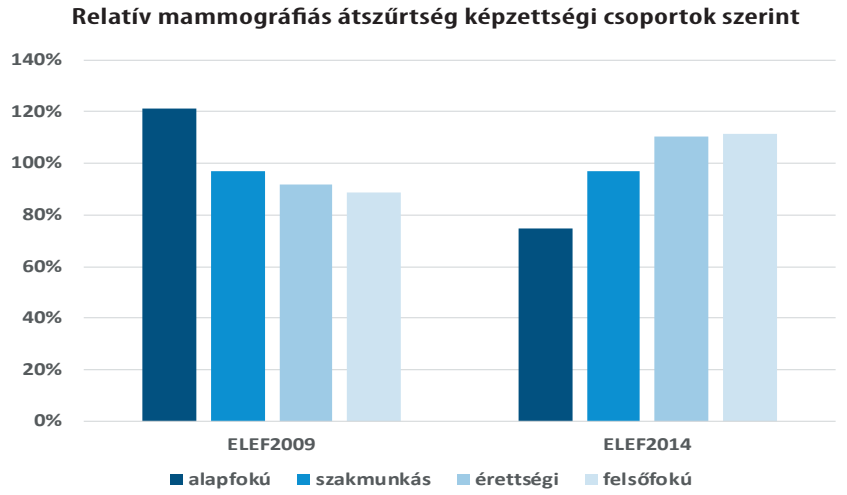
Azt szokták mondani a preventív szolgáltatásokat nyújtók, hogy az emberek felelőtlenek (vagy még ennél is rosszabbakat…), mert hiába van nyitva a rendelő ajtaja, nem jönnek be. Rossz az emberek hozzáállása.

A felnőttek attitűdje és a preventív szolgáltatások igénybevétele közti kapcsolatról kapott eredményeket foglalja össze a táblázat. A felelőtlen attitűdű felnőtt embereknél ez a sok mínuszjel azt mutatja, hogy melyek azok a preventív jellegű szolgáltatások, amiket ők a felelőtlen attitűdjük miatt nem vesznek igénybe. Van tehát abban igazság, hogy az emberek egy jelentős része felelőtlen, és ezért a rendelkezésre álló szolgáltatásokat nem veszi igénybe.

De az emlőrákszűrésen való részvétel az egyetlen olyan preventív jellegű szolgáltatás Magyarországon, aminek a megtörténte vagy elmaradása teljesen független attól, hogy az a nő egészségtudatos, bagatellizáló, felelőtlen vagy pedig realista. Egy jól szervezett, jól felépített program nemcsak a szociális egyenlőtlenséget tünteti el a rendszerből, hanem eltünteti az egyéni attitűd hatását is. Így kellene mindennek működni.

Az emlőrákszűrés jól demonstrálja azt is, hogy mi van akkor, amikor elkezd összeomlani a rendszer. Például mára leépítették a minőségbiztosítás egy részét,

a monitoring nem működik rendesen. Butul a rendszer. Ma a szűrésen a nők kevesebb mint ötven százaléka vesz részt. Amikor indult, akkor a 75 százaléka vett részt.



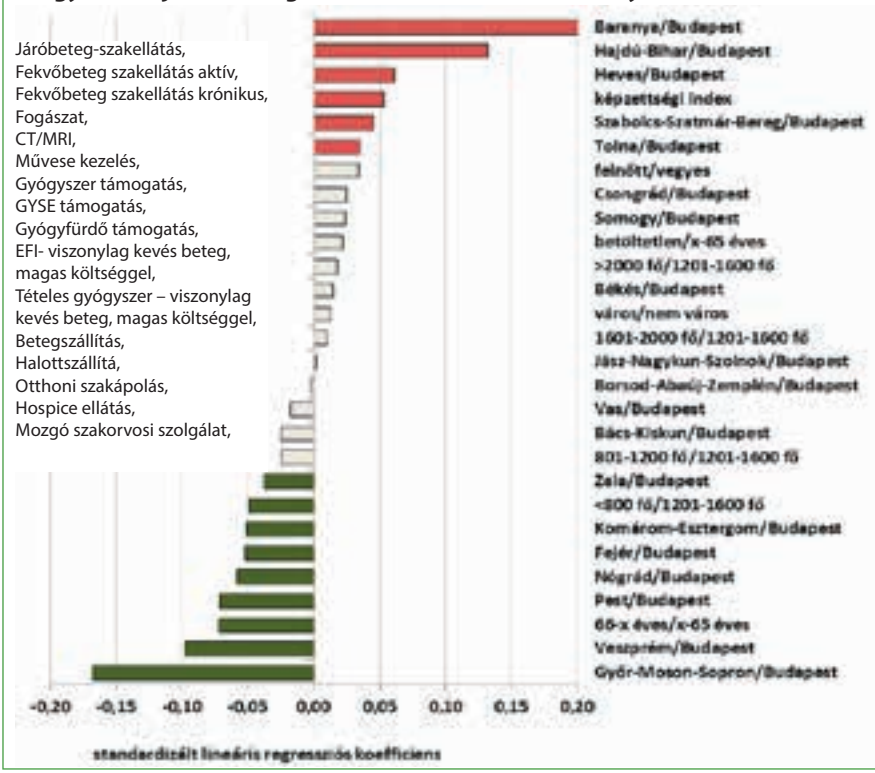
Sándor János, Szabó Edit, Nagy Attila, Szűcs Mária, Ádány Róza: Felnőtteket ellátó háziorvosok preventív szolgáltatásainak elérhetősége Magyarországon. In: Európai lakossági egészségfelmérés – Egészségi szempontból veszélyeztetett lakossági csoportok, 25–82, Ed: Gárdos Éva, Központi Statisztikai Hivatal, Budapest 2014.

Egy 2009-es felmérésben (Európai lakossági egészségfelmérés magyarországi kivitelezése, 2009) még azt láttuk, hogy olyan volt a képzettségi gradiense a mammográfiás vizsgálati gyakoriságnak, hogy minél képzettebb volt valaki, annál ritkábban vette igénybe a szűrést. Amikor ez a rendszer leépült, akkor meg azt lehetett látni (Európai lakossági egészségfelmérés magyarországi kivitelezése, 2014), hogy megfordult a gradiens. A legképzetlenebbek vettek legkevésbé részt a szűrésen.

Jól demonstrálja ez a történet, hogy hazai körülmények között is igaz az a tankönyvi tétel, hogy ha a populációs alapú szűrés szervezeti támogatását elkezdik beszűkíteni, akkor romlik az átszűrtség, és elsősorban azok szorulnak ki a szolgáltatást igénybe vevők közül, akiknek egyébként is problémás az elvileg elérhető egészségügyi szolgáltatások használata. Amikor elkezdjük lebutítani a rendszereinket, visszaveszünk a minőségbiztosításból, a monitoringból, megspórolhatunk egy kevés pénzt, illetve tudomásul vesszük/vetetjük, hogy beszűkítettük a szolgáltatást, akkor a hatás nem egyenlően terül szét a különböző

társadalmi rétegekben. Érvényesül a szokásos mintázat: kiszorulnak azok, akiknek a legrosszabb a társadalmi-gazdasági státusza, akik a legkevésbé képzettek (életképesek – lásd szociáldarwinizmus…). Ezek ugyanazok az emberek, akik, mint láttuk a halálozási trendeknél, nagyobb eséllyel halnak meg a hipertónia következményében kialakuló szövődmények miatt ugyanabban az időszakban, amikor az elvileg elérhető gyógyszerek hatékonysága lényegesen javul.

Egy TAJ-ra jutó költségeket növelő és csökkentő tényezők (2012-2016)



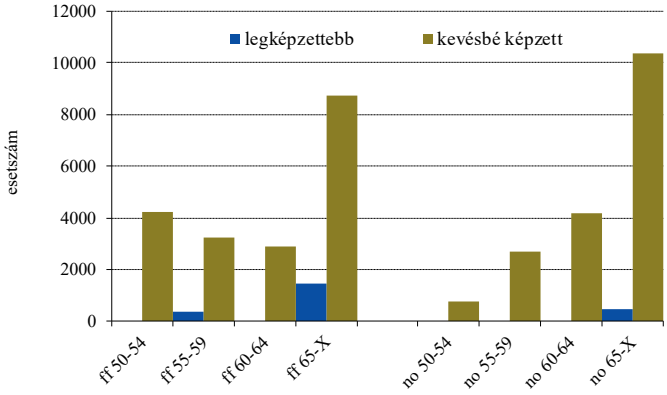
Az ellátáshoz való hozzáférés és a jövedelmi pozíciók, a képzettség kapcsolatát jól demonstrálhatjuk a társadalombiztosítási finanszírozás hazai egyenlőtlenségeivel is. Magyarországon 4500 háziorvosi praxisban látják el a felnőtteket. Azt ki tudja számítani a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK), hogy a taj-számhoz köthető társadalombiztosítási finanszírozás éves összege átlagosan mennyi egy praxisban. Az ábrán szereplő indikátort nem a teljes finanszírozás

alapján számolták ki, de a finanszírozás túlnyomó többségét lefedte a számítás módja (csak a háziorvosok per capita finanszírozása nem szerepel benne).

A háziorvosi praxisokhoz tartozók közt az egy főre jutó átlagos finanszírozás jelentős variabilitást mutat. Megnéztük, milyen tényezők befolyásolják azt, hogy egy adott praxisban a felnőttekre mennyi pénzt költ a NEAK. Azt lehetett látni, hogy óriásiak az országon belüli területi különbségek: a legtöbbet Baranyában, aztán Hajdú-Biharban, Hevesben; a legkevesebbet Győr-Moson-Sopronban meg Veszprémben költi a NEAK a felnőttekre.

De a jelen kötet témaköre szempontjából az a fontos, hogy ez a finanszírozási indikátor függ a képzettségi indextől: a praxis által ellátott területen élők népszámlálás során regisztrált átlagos iskolai végzettsége befolyásolja azt, hogy őrájuk mennyi pénzt költ a NEAK. Pedig az jól ismert, hogy a magasabb iskolai végzettség (ami itt is a társadalmi-gazdasági státusz közelítő jellegű indikátoraként értelmezendő) jobb egészségi állapottal jár együtt, ami miatt a képzettebbekre szükségesen elköltött pénz kevesebb. Ennek ellenére lényegesen több pénzt költ a magasabb iskolai végzettségű körzetekben élő felnőttekre a NEAK, mint azokra, akik alacsonyabb képzettségű körzetben laknak. A jobb státuszú körzetekben élők számára elvileg ugyanazt a szolgáltatást nyújtja az egészségügy, de az igénybevétel mutatja, hogy ezekkel a lehetőségekkel összességében a jobb státuszúak jobban tudnak élni. Ezek az emberek valamit tudnak. Tudják, hogy hova kell menni. Tudják, hogy mikor kell menni – megszerzik az ellátást.

Diabeteszes retinopátia esetszámok (50 év feletti népesség)



1. A gondozás a képzettek között hatékony
2. A gondozás képzetlenekhez adaptálása elmarad
3. A nyereség, amit így lehetne elérni nem befolyásolja a döntéshozókat

Számos más példa is van arra, hogy az ellátás hatékonysága függ a társadalmi-gazdasági státusztól. Például egy cukorbetegnek Magyarországon nem ellenőrzik feltétlenül a hemoglobin A1c szintjét. Pedig ahhoz, hogy tudjuk, az adott betegnek jól van-e beállítva a vércukorszintje, jók-e a gyógyszerei, ahhoz évente három, de inkább négy alkalommal kellene ezt a laborparaméterét ellenőrizni. De nem nézik meg mindenkinek. Magyarországon a cukorbetegek 25 százalékának egyáltalán nem nézik meg egy éven belül a hemoglobin A1c szintjét. Hogy közöttük kinek van jól beállítva a vércukorszintje és kinek nem, azt nem lehet tudni. Ez majd 10 év múlva derül ki, amikor a rossz vércukorszint következtében kialakuló súlyos szövődmények (pl. retinopátia) jelentkeznek az illetőnél. Ő volt rosszul gondozva.

És ki az, akinek nem nézik meg a hemoglobin A1c szintjét? Aki nem tud buszjegyet venni, nem tud szabadságot kivenni, hogy elmenjen a laborba vérvételre, pedig a háziorvos felírta neki a vizsgálatot. Szegénysége miatt ő marad ki ebből a szolgáltatásból. Ha az adatokat nézzük, akkor jól látszik, hogy retinopátia lényegében csak olyan cukorbetegnél fordul elő Magyarországon, akinek alacsony az iskolai végzettsége. A gondozás hatékonysága egészen biztosan roszszabb volt azok körében, akiknek kialakult a retinopátiája.

Ez arra utal, hogy a depriváció komoly mértékben befolyásolja a gondozás minőségét. De ha ránézünk arra, hogy a három kulcsindikátorban (hemoglobin A1c szint, LDL-szint, vérnyomás) van-e különbség a különböző végzettségűek között, akkor az látszik, hogy nincs. A legfontosabb gondozási indikátorban a képzett és a nem képzett betegek ugyanazt a képet mutatják. Nem olyan egyszerű kérdés annak a megítélése, hogy az ellátás minőségét hogyan befolyásolja a szegénység. Ezt a mechanizmust meg kellene találni.

Célérteket el nem érő diabéteszes betegek (DMT2) képzettség szerint

	Korrigált EH			
	Közép/Alap	p	Felső/Alap	p
HbA1c	0,714	0,151	0,714	0,327
Vérnyomás	1,032	0,828	0,929	0,721
LDL	1,158	0,428	1,169	0,525

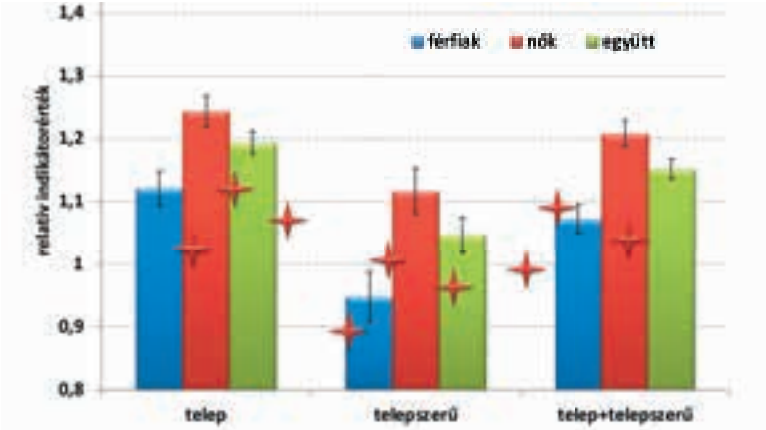
Attila Nagy, Nóra Kovács, Anita Pálinkás, Valéria Sipos, Ferenc Vincze, Gergő Szőllősi, Orsolya Csenteri, Róza Ádány, János Sándor: Exploring quality of care and social inequalities related to type 2 diabetes in Hungary: nationwide representative survey. Primary Care Diabetes, doi: 10.1016/j.pcd.2017.12.004, 2018

Ez egy nagyon fontos kérdés! Pontosan kell azt érteni, hogy milyen folyamat eredményezi a képzetlenek körében a retinopátia halmozódását. Mert olyan ponton kell beavatkozni, ahol ténylegesen generálódik az egyenlőtlenség. Pontosan kell érteni, hogy hol és milyen mechanizmus révén fordítódik át a depriváció a retinopátia gyakoriságában megmutatkozó rosszabb prognózisba, de ami még nem okozza a gondozás középtávú hatékonyságának gyengeségét a képzetlenek között. A tényleges mechanizmusra kell a beavatkozást ráépíteni – különben nem lesz sikeres az intervenció. Ez a feltáró munka nem volt (eddig) eredményes Magyarországon. Nem tudjuk, hogy mi a mechanizmus ebben a konkrét esetben; és ez azért van, mert ilyen típusú vizsgálatokat Magyarországon alig végeznek.

A szegénységgel összefüggő egyik legégetőbb probléma Magyarországon a romák egészségi állapota. A differenciált hazai roma társadalom nem mindegyik rétege szegény, de az egészen biztos, hogy a telepi körülmények között élő romák a magyar szegénységhez tartoznak. Ugyanakkor nincs rutin jellegű, roma-specifikus egészségstatisztikai adatokat szolgáltató rendszer Magyarországon. Annak ellenére, hogy nagyon valószínű, hogy azok a tragikus statisztikai adatok, amelyek az országra jellemzők, jelentős részben ezeken a roma telepeken generálódnak. Kutatási körülmények közt lehetett előállítani Magyarországon azokat az indikátorokat, amik segítségével viszonylag részletesen leírható volt a romák egészségi állapota.

Roma telep specifikus alapellátási indikátorok

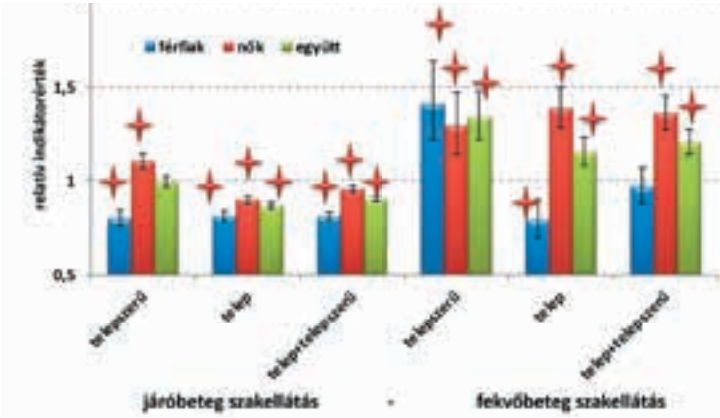
Orvos-beteg találkozások éves száma (+15%)



Attila Nagy, Nóra Kovács, Anita Pálinkás, Valéria Sipos, Ferenc Vincze, Gergő Szőllősi, Orsolya Csenteri, Róza Ádány, János Sándor: Exploring quality of care and social inequalities related to type 2 diabetes in Hungary: nationwide representative survey. Primary Care Diabetes, doi: 10.1016/j.pcd.2017.12.004, 2018

Roma telep specifikus alapellátási indikátorok

Szakellátás-igénybevétel gyakorisága
(-10% járó; +20% fekvő)



János Sándor, Anita Pálinkás, Ferenc Vincze, Nóra Kovács, Valéria Sipos, László Kőrösi, Zsófia Falusi, László Pál, Gergely Fürjes, Magor Papp, Róza Ádány: Health care utilization and all-cause premature mortality in Hungarian segregated Roma settlements: evaluation of specific indicators in a cross -sectional study. Int. J. Environ. Res. Public Health 2018, 15, 1835

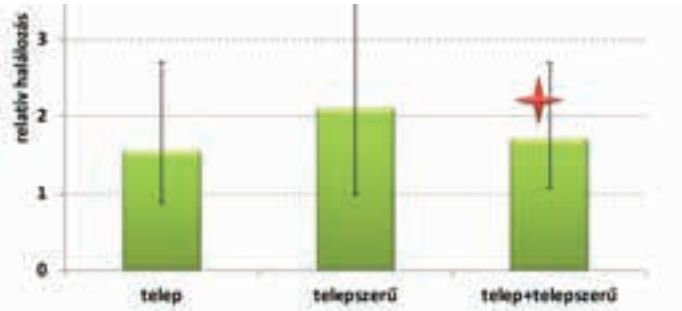
Hogyan néz ki a telepen élő romák egészségi állapota? 15 százalékkal gyakrabban járnak háziorvoshoz, mint az azonos település nem telepen élő felnőttjei. De ritkábban jutnak el a járóbeteg-központba, és lényegesen többször kerülnek be a kórházba. Mit jelent ez? Minden apró dologgal – néha kifejezetten indokolatlanul – megkeresik a háziorvost, de ha valódi problémájuk van, és a háziorvos beutalja őket a szakrendelőbe, hogy a diagnózist megerősítsék, oda már ritkábban mennek el. Emiatt körükben gyakrabban fordul elő, hogy a betegségük úgy progrediál, hogy azt igazából nem veszi észre senki, és amikor jön az agyi érbetegség, a szívinfarktus, akkor megy/viszik majd a kórházba.

Összességében az ő ellátásuk fajlagosan lényegesen többe kerül, mint egy olyan emberé, aki racionálisan használja a rendszert (és a teleppel szomszédos utcában él…). A telepeken élő romákat át kellene terelni a racionális betegutakra, mert egyébként nemcsak hogy többe kerül az ellátásuk, de 70 százalékkal magasabb is a 65 év alatti halálozás a körükben, mint az országban átlagosan.

Láttuk a tragikus magyarországi halálozási adatokat a korábbi előadásokban, és azokhoz képest mutatnak 70 százalékos növekedést a telepeken élő romák. Messze vannak Európától ezek a szegregátumok.

Standardizált relatív korai halálozás a praxisközösségi roma telepeken

(18-65 év közötti halálozás, 95%-os megbízhatósági tartományokkal; belső standardizálás kor és nem szerint, 2013-ban)

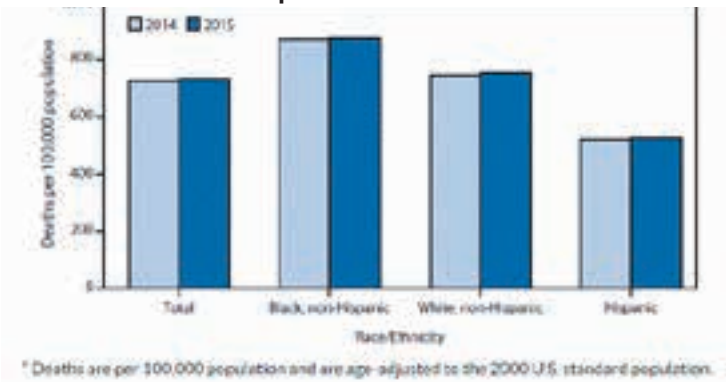


János Sándor, Anita Pálinkás, Ferenc Vincze, Nóra Kovács, Valéria Sipos, László Kőrösi, Zsófia Falusi, László Pál, Gergely Fürjes, Magor Papp, Róza Ádány: Health care utilization and all-cause premature mortality in Hungarian segregated Roma settlements: evaluation of specific indicators in a cross -sectional study. Int. J. Environ. Res. Public Health 2018, 15, 1835

Magyarországon egy-egy kutatás körülményei között szedhetők össze a rasszspecifikus egészségállapottal kapcsolatos adatok. Balázs professzor úrék is csináltak vizsgálatokat a terhes roma nők körében, amikben bemutatták, hogy nagyon specifikus és nagyon súlyos problémáik vannak a várandós roma nőknek. De azokról rutin egészségstatisztikai információt nem állítanak elő idehaza. Sőt ehhez hasonlóan képzettségi csoportokra specifikus adatokat sem tud gyártani a hazai egészségstatisztikai rendszer. Nincsenek olyan mutatóink, amelyek segítségével (a Black-riporthoz hasonlóan) le tudnánk írni, hogy Magyarországon a depriváció hogyan befolyásolja az egészségi állapotot.

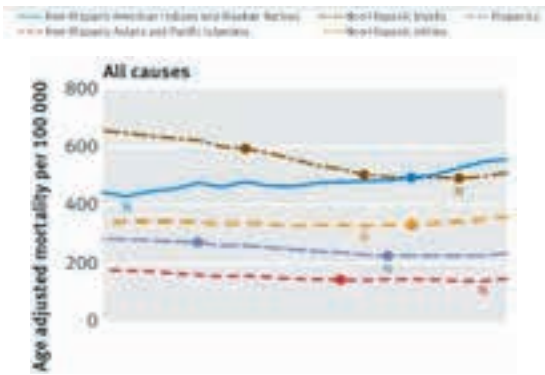
Ezzel szemben a CDC, az Egyesült Államok közegészségügyi hatósága tömegével állít elő rasszspecifikus információkat, amiket az interneten bárki megnézhet. Persze nemcsak rasszspecifikus statisztikát gyártanak, hanem rasszspecifikus statisztikákon alapuló programokat is menedzselnek. Így áll össze a rendszer, amiben lehetővé válik, hogy a problémákat időben észleljék, majd elkezdjék kezelni, visszaszorítani. Például ha azt mutatják a rasszspecifikus rákstatisztikák, hogy a prosztatarák gyakori az afroamerikai lakosság körében, akkor megtervezik a probléma kezelését – erősítik a szűrést ebben a csoportban! Ezután már idejében észre fogják venni a daganatot, javul a gyógyítás hatékonysága és szűkül a rasszok közti különbség.

CDC – rassz specifikus rutin statisztika



QuickStats: Age-Adjusted Death Rates, by Race/Ethnicity — National Vital Statistics System, United States, 2014–2015. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2017;66:375. DOI: http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6613a6

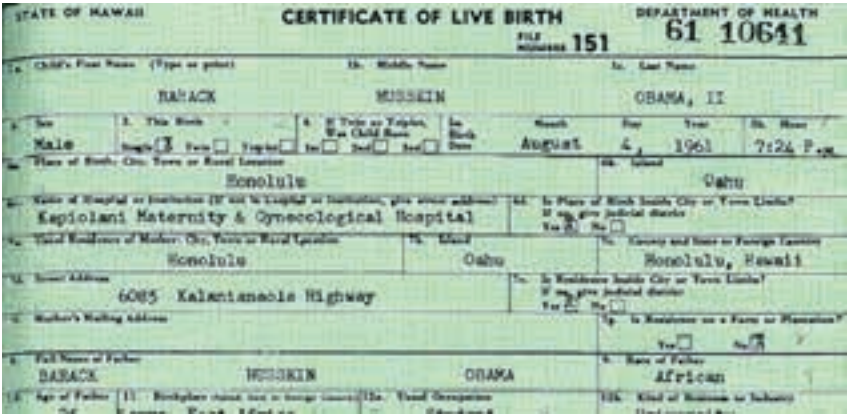
Rassz specifikus rutin statisztika (US, 25-64, 1999-2016)



Steven H Woolf, Derek A Chapman, Jeanine M Buchanich, Kendra J Bobby, Emily B Zimmerman, Sarah M Blackburn: Changes in midlife death rates across racial and ethnic groups in the United States: systematic analysis of vital statistics. BMJ. 2018; 362: k3096. Published online 2018 Aug 15. doi: 10.1136/bmj.k3096

Ennek a megközelítésnek a hatékonyságát elég meggyőzően mutatja, hogy 1999 és 2016 között az Amerikai Egyesült Államokban élő fehérek halandósági szintje hogyan viszonyult az ugyanott élő afroamerikaiak halálozásához. Impresszív módon közeledik egymáshoz a két halandósági szint. Mindennek az alapja pedig az, hogy mindenkit besorolnak egy rasszba (Barack Obamát születésekor afroamerikainak minősítették) születésekor. A kormányzat pedig jól (hasznosan!) használja ezeket az adatokat – a jogegyenlőség sértése nélkül.

Rassz specifikus születési anyakönyvi kivonat (US


STATE OF HAWAII
CERTIFICATE OF LIVE BIRTH
FILE NUMBER 151
DEPARTMENT OF HEALTH
61 10641

BARACK HUSSEIN OBAMA, II
Male
August 4, 1961 7:24 P.M.
Honolulu
Oahu
Kapiolani Maternity & Gynecological Hospital
Honolulu
Oahu
Honolulu, Hawaii
6085 Kalanianaole Highway
BARACK HUSSEIN OBAMA
African

https://www.bbc.com/news/av/world-us-canada-13213810/barack-obama-releases-birth-certificate

Nálunk rutin jellegű rasszspecifikus egészségstatisztikák előállítására alapvetően nincs lehetőség – pedig minden rendelkezésre álló kutatási adat, napi jellegű anekdotikus tapasztalat arra utal, hogy komoly a rasszok közti egyenlőtlenség Magyarországon. Úgy járunk el, mint aki az este elvesztett kulcsát az utcai lámpa fényében keresi, pedig a kulcs valahol a sötétben van, távol a lámpától.

Ha az etnikai kisebbségek problémája sötétségben van (sötétségben hagyjuk!), akkor ott nem fogja megtalálni soha senki, bármilyen intenzíven keres a lámpa fényében.

Láthatóság, szükségletek, monitoring

Módszertani korlátok

„Monitoring-prevenció”

Egy országban egyszer el kell dönteni, hogy mit monitoroznak és mit nem. (A döntés kifejezi azt, hogy mit tartanak fontosnak és mit nem.) Ha azt monitorozzuk, ahol nincs probléma, akkor nem fogunk problémát látni. Az egészen biztos, hogy ebben az esetben – lefordítva az egészségügyre – a szükségleteket nem tárják fel, legalábbis nem olyan pontossággal, hogy arra a felelős döntéshozó beavatkozást tudjon alapozni, és ennek az a következménye, hogy a szakpolitika nem fog érdemben reagálni a problémákra – amik pedig maguktól nem szoktak megoldódni.

A következő tanulmányban megpróbálok néhány olyan témát elemezni, ami a kötetben eddig még nem került szóba. Emellett természetesen vannak érintkező, átfedő területek is a többi írással.

A környezet-egészségügy három legfontosabb területe a levegő-, a víz- és a talajszennyezéshez kapcsolódó egészséghatások és egészségkockázat. Ezekről szeretnék egy kicsit bővebben írni, illetőleg hangsúlyozni, hogy melyek azok az intézkedések, amelyek a döntéshozók számára fontosak lehetnek. Emellett még azt is jelzem, hogy mit tehet a lakosság azért, hogy a betegségteher csökkenjen.

ENSZ – FENNTARTHATÓ FEJLŐDÉS CÉLKITŰZÉSEK

Biztosítani kell minden korosztály számára az egészséges életet és jóllétet.

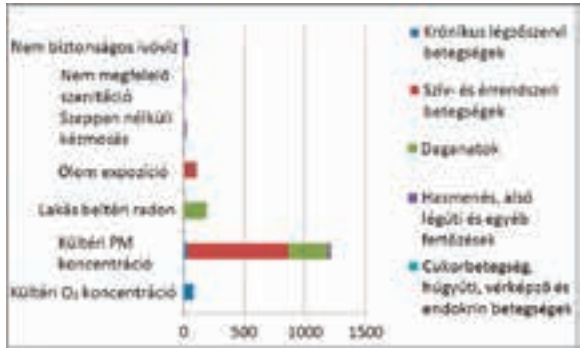
3.9 Célkitűzés: 2030-ra jelentősen kell csökkenteni a veszélyes kémiai anyagok, illetve a levegő-, víz- és talajszennyezésből eredő halálozásokat és megbetegedéseket.

Kapcsolódó célok:

Az SDG-k között nagyon sok cél található a levegő-, víz- és a talajszennyezéshez kapcsolódva. Itt a víz (6), az energia (7), az élhető városok (11), a klíma (13) és a természetvédelem (15) említhető elsősorban. Nagyon sok említés történt arról, hogy az egyes halálozásoknak milyen okai lehetnek. Ezzel kapcsolatban azt szeretném kiemelni, hogy – a környezeti expozíció miatt – melyek azok a vezető tényezők, melyeknek szintén fontos szerepük van.

AZ EGYES KÖRNYEZETI TÉNYEZŐK SZEREPE

Környezeti expozíció miatt, rokkantsággal korrigált, elveszített életévek 100 000 főre, Magyarország, összlakosság, 2015.



Forrás: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), University of Washington, http://vizhub.healthdata.org

Ebből az ábrából nagyon jól látszik, hogy a légszennyezettség, azon belül is a kültéri, kisméretű aeroszol részecskék koncentrációja domináns és meghatározó számos betegség kialakulásában. Külön kiemelendő, hogy a légszennyezettségben az ózonkoncentráció fontos szerepet játszik. Ezután következik a radon-, majd az ólomexpozíció. Ezekhez képest a nem biztonságos ivóvíz hozzájárulása a rokkantsággal korrigált, elvesztett életévekhez igen-igen csekély.

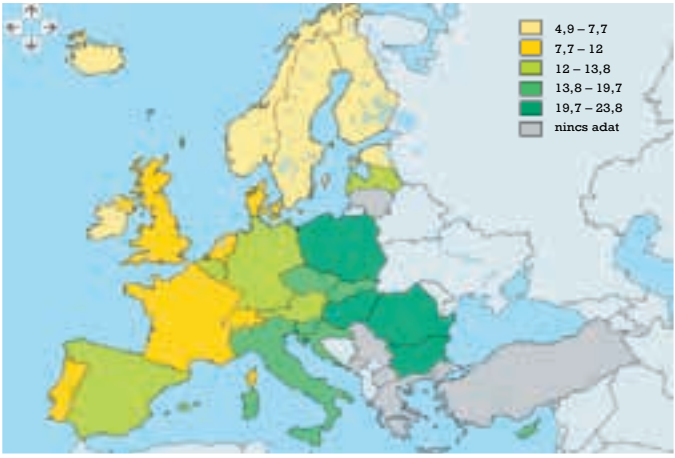
Nem új keletű maga ez a kezdeményezés, nemcsak a WHO foglalkozik ezzel a témakörrel. Az Európai Unió is elindította a Tiszta levegőt Európának programot. A program a légszennyezettség egészséghatásainak jelentős csökkentésére irányul, 2025-ig 37 százalékkal, 2030-ig további 40 százalékkal. Sajnálatosan a levegőminőségi tervek elégtelensége miatt Magyarország ellen 2018 októberében az Európai Bíróság előtt kötelezettségszegési eljárás indult három régióban (Budapest, Miskolc és Pécs), elsősorban a PM_{10} tömegkoncentrációja miatt, ami meghaladta az Európai Bizottság által szabott éves határértéket. Már több éve folyik a PM_{10} csökkentési program Magyarországon, minden évben az érintett területeken (pl. közlekedés) nagyon sok intézkedést próbálnak annak érdekében tenni, hogy a PM_{10} tömegkoncentrációja csökkenjen, azonban az Európai Bizottság megítélése szerint ez még mindig nem elég hatékony.

Jelenleg kidolgozás alatt van az Országos levegőterhelés-csökkentési program, mely nemcsak a kisméretű aeroszol részecskékre, hanem egyéb légszennyezőkre is kiterjed. 2020-ig és 2030-ig ebben is jelentős javulásokat kell elérni

annak érdekében, hogy a betegségteher csökkenjen. Ennek elfogadása jelenleg is folyamatban van, reményeink szerint ezt a programot hamarosan már el tudják fogadni.

LEVEGŐMINŐSÉG ($PM_{2.5}$) – EURÓPA

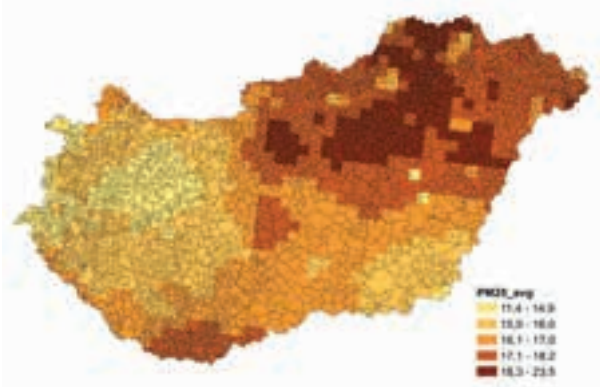
Lakossággal súlyozott éves $PM_{2.5}$ átlagkoncentráció (µg/m^3), Európában, 2017. (Forrás: Eurostat)



A levegőminőség egyik meghatározó tényezőjével kapcsolatban ezen az ábrán jól látható, hogy a 2017-es adatok alapján a 2,5 mikrométernél kisebb aerodinamikai átmérővel rendelkező aeroszol részecskék tekintetében Magyarország Európán belül nem túl jó helyen áll. Vizsgáljuk meg közelebbről ennek az okait. Egyrészről a kibocsátások mértéke, hiszen Magyarországon egyebek között a helytelen lakossági tüzelés jelentősen hozzájárul a kisméretű aeroszol részecskék koncentrációjának emelkedéséhez a fűtési szezonban. Emellett a földrajzi viszonyoknak is fontos szerepe van, ne felejtsük el, hogy a Kárpát-medencében helyezkedünk el, és a medencehatás miatt nagyon gyakran alakul ki úgynevezett hőmérsékleti inverzió. Ez azt jelenti, hogy a légszennyezők keveredése csak egy nagyon alacsony rétegvastagságon belül történik meg, így nagyon könnyen emelkedhet ezeknek a koncentrációja. Más meteorológiai viszonyok is nagyon sokat számítanak, hiszen csapadékos, szeles időben sokkal alacsonyabb a légszennyezők koncentrációja, mint ha szélcsendes vagy csapadékmentes időjárásról beszélünk.

LEVEGŐMINŐSÉG ($PM_{2.5}$) – MAGYARORSZÁG

$PM_{2.5}$ éves átlag koncentráció (μg/m^3), 2014 1 km^2-es négyzetháló településhatárokkal (Forrás: Eurostat)

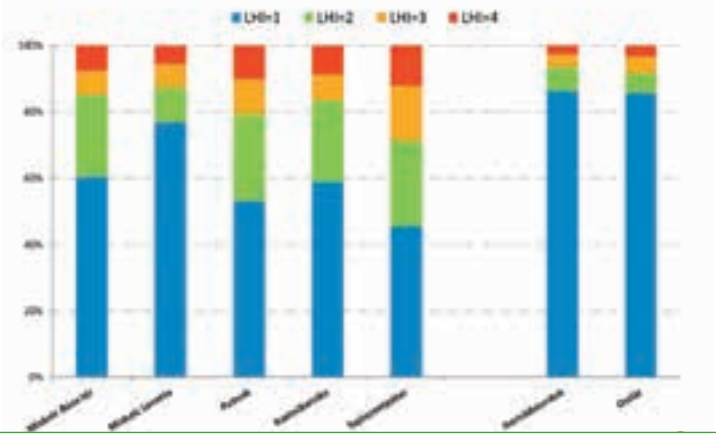


Ha megnézzük, hogy Magyarországon belül mi a helyzet, nagyon jól látszik, hogy Északkelet-Magyarországon jelentős probléma van. Részletesebben például a Sajó völgyében, továbbá Miskolc környékén nagyon jelentős a probléma – nem véletlenül, hiszen itt nagyon gyakori a helytelen lakossági tüzelés, másrészről a völgyhatás is érvényesül, tehát a légszennyezők igen gyakran megrekednek. Emellett a nagyobb városokban fontosabb szerepe lehet a közlekedésből eredő légszennyezettségnek is.

A levegő-egészségügyi helyzet leírásában nagy szerepe van a levegőhigiénés indexnek, amelynek értékelése a Nemzeti Népegészségügyi Központban történik. Magyarországon több mint 50 mérőállomás található, melyek az Országos Meteorológiai Szolgálat szakmai felügyelete alá tartoznak. A hálózat által mért adatokat a Nemzeti Népegészségügyi Központ munkatársai minden nap értékelik az egészséghatások szempontjából.

Négy kategóriarendszer található az indexben. Az 1-es az elfogadható, a 2-es a kifogásolt, a 3-as az egészségtelen, a 4-es pedig a veszélyes. Hogy ezt valamihez tudjuk kötni, a 4-es, veszélyes szint 100 μm/m^3 a PM_{10} esetén, ez már a szmogriadó elrendelésének szintje. Északkelet-Magyarországon azt látjuk: a fűtési szezonban igen gyakori, hogy a levegőminőség nem elfogadható ezeken a településeken, amiket az ábrán feltüntettünk.

LEVEGŐMINŐSÉG – ÉSZAKKELET-MAGYARORSZÁG (2017, FŰTÉSI SZEZON)



Szóba kerültek már az egészséghatások. Amit több kutatással összhangban mi is megállapítottunk, az egy nagyon drasztikus szám: Magyarországon évente körülbelül 8-10 ezer ember hal meg idő előtt a légszennyezettséggel kapcsolatban. Itt nagyon fontos kiemelni azt, hogy idő előtt. Nagyon gyakran a hírekben ezt úgy közlik, hogy a légszennyezettség miatt ennyi ember hal meg.

LEVEGŐMINŐSÉG – EGÉSZSÉGHATÁSOK

A hazai környezet-egészségügyi kutatások az Egészségügyi Világ-szervezet (WHO) vizsgálataival összhangban megállapították, hogy a kül- és beltéri levegőszennyezés miatt Magyarországon évente körülbelül 8 000 -10 000 ember hal meg idő előtt. A kutatási adatok az mutatják, hogy a gyermekek várható élettartamát 6 -18 hónappal csökkentheti a szennyezett levegő.

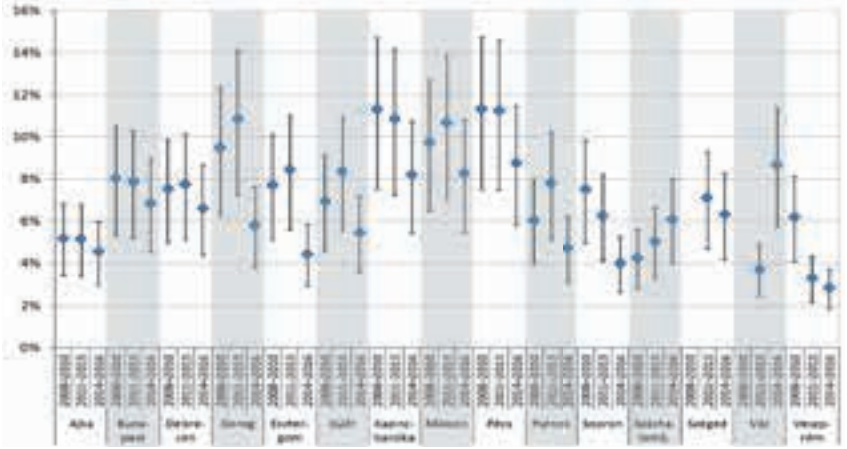
Helyesen értelmezve ez azt jelenti, hogy az egészségben eltöltött életéveknek, élethónapoknak a számát csökkenti a légszennyezettség. Egy személy esetén a várható élettartamát nagyjából fél-másfél évvel is képes csökkenteni a rossz levegőminőség, attól függően, hogy éppen hol nevelkedik és későbbiekben hol él az illető.

Nagyon sok kutatást végeztünk a légszennyezettség rövid és hosszú távú egészséghatását illetően, erről nagyon sok adat áll rendelkezésre. A hosszú távú egészséghatásokat számítva itt jól látható, hogy a $PM_{2,5}$ szennyezésének tulajdonítható összes halálok nagyjából 4, illetve 10-11 százalék között ingadozik, településtől, azaz attól függően tehát, hogy milyen a levegőminőség. Ennek

a változónak a vizsgálatára egyébként az Egészségügyi Világszervezet egy nagyon jó szoftvert fejlesztett ki, ez az ún. AirQ+.

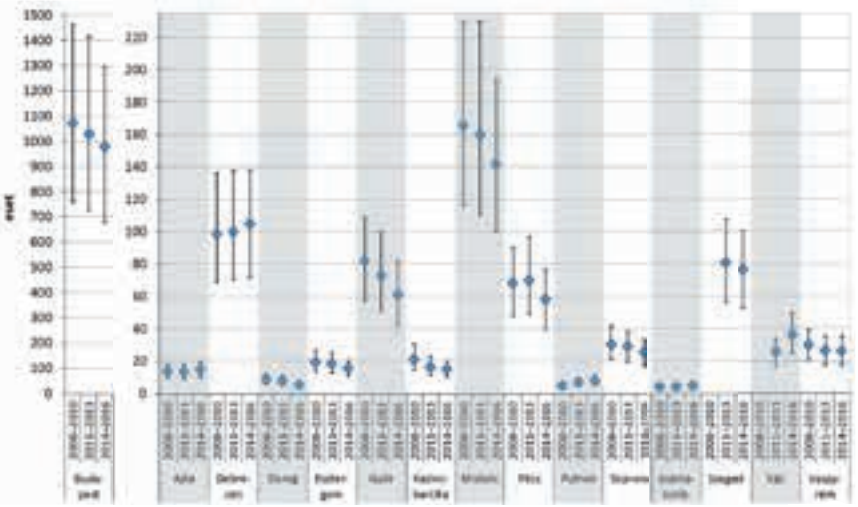
HOSSZÚ TÁVÚ EGÉSZSÉGHATÁSOK I

10 µg/m^3 éves átlagot meghaladó $PM_{2.5}$ szennyezésnek tulajdonítható összes halálok (BNO-10: A00–R99) miatt idő előtt meghaltak becsült száma (30 évnél idősebbek)



HOSSZÚ TÁVÚ EGÉSZSÉGHATÁSOK II

$PM_{2.5}$ szennyezésnek tulajdonítható ischaemiás szívbetegségek (BNO-10: I20–I25) miatt idő előtt meghaltak becsült száma (25 évnél idősebbek)

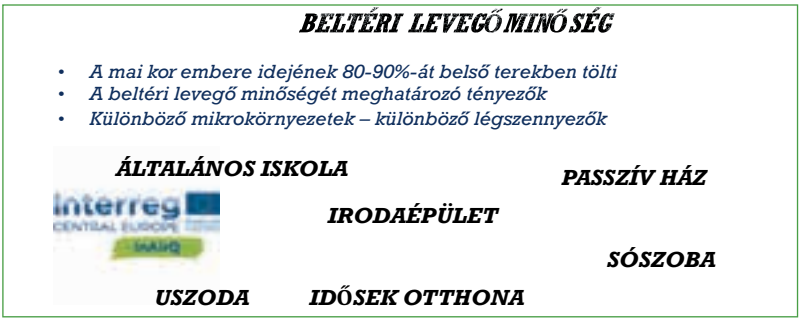


Arány: 13 – 23%

Ha egy másik betegségcsoportot nézünk, az iszkémiás szívbetegségeket, itt is igen magas esetszámokat találunk. Az iszkémiás szívbetegségeken belül a légszennyezettségnek tulajdonítható arány körülbelül 13 és 23 százalék között van. Nagyon sokan azt gondolják, hogy inkább a légúti megbetegedésekben van a legfontosabb szerepe a rossz levegőnek, ez azonban nem így van. A szív- és érrendszeri megbetegedésekben fontosabb szerepük van.

Természetesen ezzel az említett szoftverrel nagyon sok rövid távú hatás is számítható, például a táppénzes napok száma, hogy azok hány százaléka tulajdonítható például a légszennyezettségnek. Vagy éppen az orvoshoz fordulások száma, ami azért fontos, hogy kiszámolhassuk, mekkora társadalmi kár éri Magyarországot a légszennyezettségek miatt. Ez talán a döntéshozóknak is segíthet olyan szempontból, hogy mennyi legyen az a pénz, amit a levegőminőség javításába kell fektetni annak érdekében, hogy ez a társadalmi teher csökkenjen.

Nagyon sokat beszélünk a kültéri levegőszennyezésről. Mi a helyzet a beltéri levegőminőséggel? Hiszen időnknek a nagy részét belső terekben töltjük, mégis nagyon kevés információ áll erről rendelkezésre.

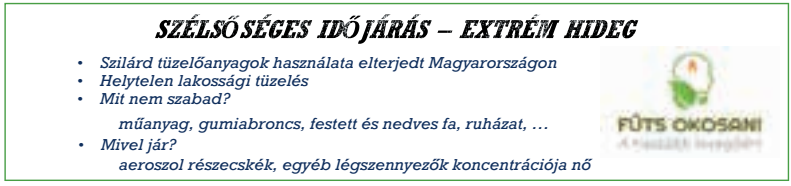


A beltéri levegőminőséget elsősorban a kültéri levegőminőség határozza meg, azonban nagyon sok egyéb tényező is van, amelyek befolyásolhatják. Ilyenek lehetnek a beltéri légszennyező források vagy akár az is, hogy milyen tevékenységet végzünk ezekben a beltéri környezetekben. Attól függően, hogy milyen belterekről beszélünk, mindig más és más a kulcsfontosságú légszennyező anyag.

Például jelenleg az általános iskolákban végzünk egy felmérést (az ún. InAirQ program keretében). Öt közép-európai országban az általános iskolákban mérjük a levegő minőségét, és olyan intézkedéseket fogalmazunk meg, illetve tesztelünk, melyekkel a beltéri levegőminőség javítható. Itt olyan költséghatékony megoldásokat keresünk, melyekkel jelentősen javítható a levegőminőség. Például azt vettük észre, hogy nagyon sok tanteremben nem szellőztetnek megfe-

lelően. Tehát vannak olyan intézkedések, melyek igazából költséggel nem járnak, azonban egészségnyereséggel igen.

Klímaváltozás. Ez egy másik SDG-célhoz tartozik, viszont nagyon kapcsolódik a levegőminőséghez is, hiszen jó néhány légszennyező üvegházhatású és befolyásolja a klímaváltozást, másfelől viszont a klímaváltozás kedvezőtlenül hat a levegőminőségre, növelheti a légszennyezettséget (pl. az erdőtüzeket is említhetném itt). Ez egy olyan körfolyamat, melyben fontos szerepe van mindkét tényezőnek.



Szintén a klímaváltozáshoz kapcsolódik a szélsőséges időjárási jelenségek fokozódása. Nagyon gyakran tapasztaljuk, hogy a hőhullámok gyakorisága növekszik, illetve néha extrém hidegek vannak. Emiatt a helytelen lakossági tüzelésnek még nagyobb szerepe lehet ilyen szempontból. Nagyon fontos itt a lakossággal megértetni, hogy mi az, amit nem szabad elégetnie. Egyrészről ez egy lakossági felelősség, másrészről a döntéshozóknak és a közigazgatási hatóságoknak is nagy szerepe van abban, hogy ezen a területen eredményeket érjenek el. Az Agrárminisztérium, a Herman Ottó Intézet és a Nemzeti Népegészségügyi Központ közösen indította a Fűts okosan! kampányt, amelynek az a célja, hogy a lakosság számára minél több információt eljuttassanak arról, hogyan kell helyesen tüzet rakni vagy mit nem szabad például elégetni.

KLÍMAVÁLTOZÁS & BELTÉRI LEVEGŐMINŐSÉG

Hőmérséklet ↑

Jelenlegi hőszigetelés?

Természetes szellőztetés?

A klímaváltozás a beltéri levegőminőséget is befolyásolni tudja, hiszen ha a hőmérséklet emelkedik, akkor egy nagyon fontos kérdés merül fel, hogy a jelenlegi épületeink hőszigetelése megfelelő-e, illetve elegendő lesz-e a természetes szellőztetés, vagy mesterséges szellőztetésre lesz szükség. Tehát az egészségünket és a komfortérzetünket a klímaváltozásnak ezek a következményei jelentősen befolyásolni fogják.

ALLERGIA

- *Az allergiások száma évtizedek óta folyamatosan nő.*
- *Hazánkban közel 2,5 millió ember szenved allergiás megbetegedésben.*
- *A legtöbb tünetet a parlagfű pollenje okozza.*
- *Minden tizedik magyar ember allergiás a parlagfű pollenjére.*
- *Közel egymillió embert érint a probléma.*

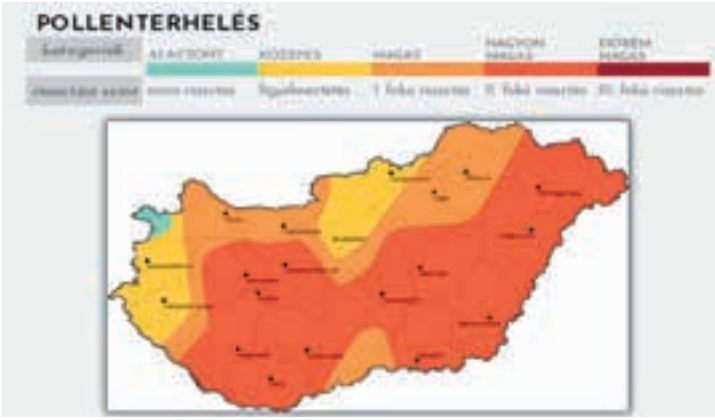
- *Mi várható?*

Az allergiáról is szólnunk kell. Ha már levegőminőségről beszélünk, akkor ne csak a kémiai légszennyezők kerüljenek szóba, hiszen hazánkban közel 2,5 millió allergiás található. Közülük mintegy 1 millió ember allergiás a parlagfű pollenjére, tehát minden tizedik magyart érint ez a probléma.

Mi várható? Klímaváltozás során szintén jelentős változások történhetnek. Egyrészt ha emelkedik az átlaghőmérséklet, olyan új, invazív fajok kerülhetnek be az országba, amelyek egyelőre tőlünk délre okoznak problémát. Itt gondolok például az olajfára vagy egyéb pollentermelő növényekre. Másrészről ha a szén-dioxid-koncentráció nő, akkor valószínűleg a vegetáció mértéke is növekedhet.

Mi az, amit a Nemzeti Népegészségügyi Központ tesz? A tavalyi évben kidolgoztunk egy módszert, mely a parlagfű pollenkoncentrációját jelzi előre országosan, így az allergiások tájékozódhatnak arról, hogy milyen helyzet várható, ahová éppen utaznak vagy ahol tartózkodnak.

PARLAGFŰ – BETEGSÉGTEHER CSÖKKENTÉSE

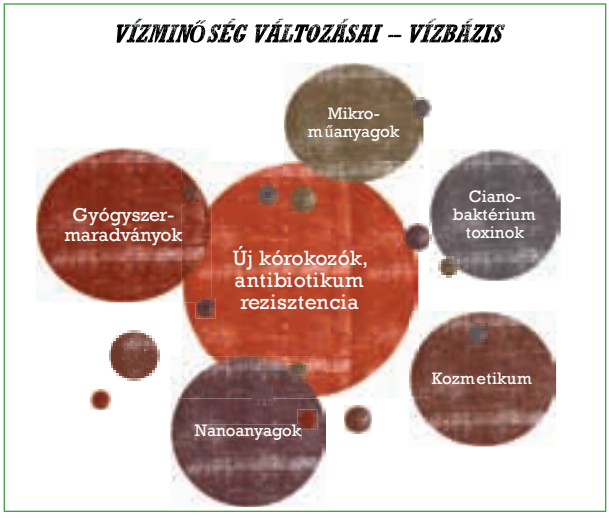


Számos tanáccsal is ellátjuk az allergiásokat, megmutatva: mit tehetnek ők azért, hogy csökkenjen az allergiás tünetek erőssége.

Nagyon fontos felhívni a lakosság figyelmét, hogy milyen tévhitek és tények keringenek a parlagfű kapcsán. Például nem javasolt a parlagfű levelének vagy

a parlagfű-készítményeknek a fogyasztása, holott nagyon sokan az ellenkezőjét híresztelik. Számos házi praktika is létezik, amelyekkel a betegségteher csökkenthető. Természetesen itt fontos kiemelni, hogy a gyógyszeres kezelésnek kulcsfontosságú szerepe van.

Csak néhány szót szeretnék a vízről beszélni, illetőleg a vízhigiénéről. Az Európai Unió régiójában még mindig 32 millió embernek nincs megfelelő vezetékes vize, illetve nagyon sokan tisztítatlan ivóvizet isznak. Ez a probléma Magyarországon is jelen van, ha nem is annyira drasztikus mértékben: a lakosság 2 százaléka kútvizet fogyaszt, illetve 3 százalék nem közüzemű ivóvizet, amelyeknek a minősége nagyon sok esetben nem ismert, így ez egészségkockázatot hordoz magában.



Nagyon sok új kihívás van a vízhigiénés területen is. Sokat lehet

hallani manapság a mikroműanyagokról, a gyógyszermaradványokról, a cián-baktériumokról, a nanoanyagokról, a kozmetikumokról, amelyek bekerülnek a vízbe. Ezek korábban nemigen voltak jelen vagy kisebb mértékben fordultak elő; ezek lesznek igazából az új kihívások.

NEMZETI CÉLKITŰZÉSEK
PRIORITÁSOKHOZ ÉS LEHETŐSÉGEKHEZ ADAPTÁLT VÁLLALÁSOK

Itt azért látszik, hogy nagyon sok célterület van még, gondolok például a medencés fürdőkre. Magyarország igen nagy hatalom ilyen tekintetben. Azonban ez is egy nagy kincs, amire vigyázni kell, így nagyon fontos szerepe lesz a későbbiekben a medencés fürdővizek kezelésének, hogy hogyan lehet újrahasznosítani a termálvizeket. Nagyon sok ilyen kihívás létezik.

EGYÜTTES HATÁSOK

Beszélhetünk levegőről, vízről, de akár a talajról is nagyon sok említést tehettem volna. Sokféle közegből érhetnek minket kémiai szennyezések: a levegőből, az ülepedett porból, de akár a táplálkozás során is bejuthatnak a szervezetünkbe káros anyagok. Ezek különböző módon juthatnak be a szervezetbe, illetve különbözőképpen fejtik ki egészségkárosító hatásukat. Összhatás szempontjából egy olyan komplex szemléletmódot kíván ezek értelmezése, mely során célszerűbb nem az adott környezeti elemekben vizsgálni a kémiai szennyezőanyag koncentrációját, hanem az emberi szervezetben (pl. a vérben, a vizeletben).

HUMÁN BIOMONITORING (HBM)

Mi is az a HBM?

A környezetből a szervezetbe került vegyi anyagok vagy azok metabolitjainak biológiai mintákban (pl.: vizelet, vér, szérum) történő kimutatásra alkalmas módszer. Példák: hormonháztartást zavaró anyagok, növényvédő szerek, nehézfémek.

Miért hasznos a HBM?

A szervezetbe a különböző forrásokból bejutott teljes expozíció mértékére utal.

Egy nagyon jó módszer a humán biomonitoring, ami a környezetből a szervezetbe került vegyi anyagok vagy azok metabolitjainak biológiai mintáiban történő kimutatására alkalmas módszer. Tehát nem azt nézzük, hogy a levegőben vagy az élelmiszerben milyen az adott légszennyező koncentrációja, hanem azt, hogy mi az, ami már bekerült a szervezetbe. Itt nagyon fontos lehet például, hogy sok olyan komponens van, amelyek a hormonháztartást zavarják. A növényvédő szerek is káros egészséghatással bírnak. Vagy említhetnénk a nehézfémeket is. Hogy a biomonitoring miért is jó? Amint említettem, ennek alapján a teljes expozíciót tudjuk vizsgálni, míg ha csak a levegőminőséget mérjük, akkor csak egy részét.

A HBM4EU PROJEKTRŐL

28 európai ország részvételével zajló projekt. Honlap:

https://www.hbm4eu.eu/

Endokrin diszruptorok a fókuszban.

Nemzeti Népegészségügyi Központ vesz részt benne. Céljai:

- *egységes HBM módszerek kidolgozása,*
- *legfontosabb célvegyületek azonosítása,*
- *az európai lakosság körében felmérések elvégzése,*
- *döntéshozók munkájának segítése.*

Európában két évvel ezelőtt indult el az egységes Humán biomonitoring program, ez a HBM4EU, ebben jelenleg az összes európai ország részt vesz, így Magyarországról a Nemzeti Népegészségügyi Központ is. Az endrokrin disztruptorokon van a fő hangsúly. A program célja, hogy egységes módszertant dolgozzunk ki, illetőleg azonosítsuk a legfontosabb célterületeket, továbbá egy egységes séma szerint szeretnénk a lakosságot is felmérni. A döntéshozók munkájában is fontos, hogy tisztában legyenek azzal, melyek azok a vegyi anyagok például, amiket be kell tiltani, amikre ügyelni kell.

HBM – LAKOSSÁGI TÁJÉKOZTATÁS

Infokommunikációs anyagok felépítése:

- *Mik ezek a vegyületek?*
- *Milyen egészséghatás társul hozzájuk?*
- *Hol találhatók meg?*
- *Hogyan kerülhetjük el őket?*

Ebben a programban is kiemelt fontossága van a lakossági tájékoztatásnak, hiszen ők is nagyon sokat tehetnek azért, hogy elkerüljék például a biszfenolt vagy a policiklikus aromás hidrogéneket. A Nemzeti Népegészségügyi Központ honlapján hamarosan elérhetők lesznek ilyen tájékoztató anyagok is, ahol leírjuk, hogy ezek a vegyületek mik, milyen egészséghatással bírnak, hol találhatók meg, illetve hogyan kerülhetjük el őket.

Tehát összegezve a leírtakat, csak annyit szeretnék aláhúzni, hogy a környezet-egészségügyi kockázatok kezelésében a döntéshozóknak is fontos szerepe van, de ugyanúgy a lakosságnak is. Csak együtt, összehangolt cselekvéssel tudunk eredményeket elérni és javítani a jelenleg rossz környezet-egészségügyi statisztikáinkat, helyünket Európában.

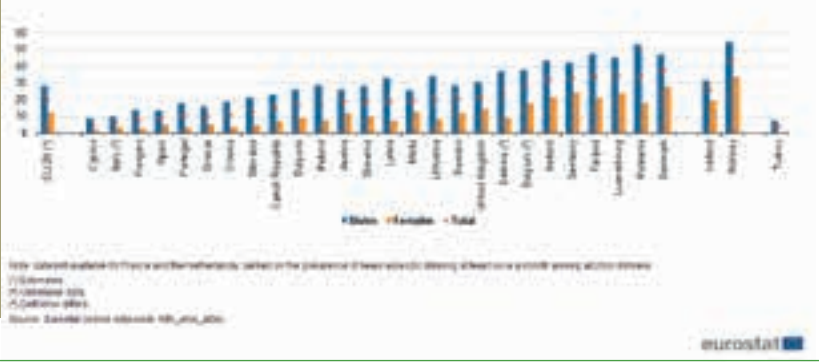
A legális függőségekről szóló előadásom két részből áll: az első részben az alkoholfogyasztásról, a dohányzásról írok röviden, majd kitérek néhány viselkedési függőségre is. A második rész pedig tágabb kontextusban próbálja megvizsgálni a két problémakört. A prevalenciaadatokat orvostudományi folyóiratokban nemrég publikált adatokból (Lancet, NEJM, JAMA, Orvosi Hetilap stb.) és a WHO 2018-as jelentéseiből vettem. A második részben pedig amellett próbálok majd érvelni, hogy egy olyan társadalom, mint a miénk, a magyar, amelyben magas a szenvedélybetegek aránya, nehezen fog tudni megküzdeni a közeljövőben várható gazdasági, társadalmi és ökológiai krízisekkel.

ALKOHOLFOGYASZTÁS

A WHO 2018-as jelentése szerint 2010 és 2016 között nem történt lényegi változás az egy főre jutó elfogyasztott tiszta alkohol mennyiségében (6,4 liter/ fő) a világban. Ez a népességrobbanás miatt abszolút fogyasztási számokban jelentős növekedés.

Prevalence of heavy episodic drinking at least once a month among alcohol driknkers, by sex 2014 or nearest year (%)

Prevalence of heavy episodic drinking (HED) (defined as 60 or more grams of pure alcohol on at least one occasion at least once per month) remains high among drinkers, particularly in parts of Eastern Europe and in some sub-Saharan African countries (over 60% among current drinkers).



De nemcsak az a fontos, hogy egy év alatt átlagosan hány liter tiszta alkoholt fogyaszt el egy 15 év feletti személy, hanem az is, hogy ennek a fogyasztásnak milyen a szerkezete. Problémát jelent a súlyos eseti lerészegedés (heavy episodic drinking), ami azt jelenti, hogy az elmúlt hónapban egy alkalommal 60 vagy több gramm tiszta alkoholt fogyasztott el valaki. Ez ismert jelenség, nálunk a 2016-os EU-s felmérés szerint nem olyan jelentős a probléma, de Angliában, illetve más országokban a hirtelen nagy mennyiségű alkohol fogyasztása eszméletvesztésig (binge drinking) elterjedt jelenség.

Külön figyelmet igényel a 15–19 évesek alkoholfogyasztása, ami a WHO szerint a WHO európai régiójában a legmagasabb, illetve a 15 éves vagy még annál fiatalabbaknál is, főleg a nyugati országokban. Észak-Amerika, Nyugat-Európa területén a 15 évesek alkoholhasználata egyes felmérések szerint 50 és 70 százalék között lehet, és nagyon alacsony a különbség a fiúk és a lányok között.

Azt hiszem, az értelmiség körében megfelelően közismert az alkoholfogyasztás súlyos egészségkárosító hatása. A WHO adatai szerint 2016-ban körülbelül 3 millió halálesettel volt összefüggésbe állítható az alkoholfogyasztás. A 15–49 éves korcsoportban az alkoholfogyasztás kiemelt kockázati tényező. Egészségkárosodással korrigált életévekben kifejezve 2016-ban 132,6 millió év veszteséget okozott az alkoholfogyasztás a világon! A betegségek közül a sérülések, az emésztőszervi, a kardiovaszkuláris, a fertőzéses és egyes daganatos megbetegedések köthetőek leginkább az alkoholfogyasztáshoz. Ezt részletes bontásban közli a WHO 2018-as jelentése. (Ami érdekes, hogy a WHO az SDG szerint építette fel ezt a jelentést. Tehát annak ellenére, hogy ez egy specifikus jelentés az alkoholról és az egészségről, az SDG keretrendszerét választották.)

A Lancetben, ami egy vezető orvostudományi folyóirat, tavaly megjelent egy jelentős elemzés a témában,[1] valamint egy elemzést követő kommentár,[2] ami amellett érvel, hogy az alacsony szintű alkoholbevitel előnyei elhanyagolhatók a hátrányokhoz képest. Ebben a humánbiológiai-epidemiológiai kérdésben nem vagyok hivatott állást foglalni, de mindenképpen további vitát és figyelmet igényel, mert széles körben elterjedt az az álláspont, hogy az alacsony szintű alkoholfogyasztás előnyös.

---

[1] Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016, https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31310-2/fulltext

[2] No level of alcohol consumption improves health, https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(18)31571-X/fulltext

Ha az SDG 3.5-öt a többi SDG-vel össze kell kötni, akkor mindenképpen az SDG 10-es jön elsőként szóba. Az alkoholfogyasztás lényegesen felerősíti az egyenlőtlenségeket, és ez a jelenség igaz az országok között is, tehát szegényebb országokra ugyanaz az alkoholmennyiség elfogyasztása károsabban hat, de igaz a családokra és az egyénekre is. Ismert mérőszám a károsodás/liter arány, ennek segítségével kimutatható, hogy a szegényebbek egy évben ugyanakkora alkoholmennyiség elfogyasztása mellett nagyobb egészségügyi és gazdasági károsodást szenvednek, mint a gazdagabbak.

A többi SDG közül a 3.5-ös cél összeköthető még az oktatással (4), a munkához jutással (8), az élhető városokkal és a megfelelő fogyasztási és termelési módokkal (11, 12), sőt a klímahatásokhoz való alkalmazkodással (13) és a békés, befogadó társadalmakkal (16).

A hazai adatokról röviden tennék említést: a WHO 2018-as alkoholjelentése szerint a WHO európai régiójában 2016-ban az átlagos alkoholfogyasztás 9,8 liter volt, míg Magyarországon 11,4 liter. Ami viszont aggasztó adat, hogy az alkoholzavar arányát Magyarországon 37%-ra, míg az alkoholfüggők arányát 16,5%-ra becsüli a WHO. Mindkettő rendkívül magas arány. Ha lekérjük a KSH adatait (2.4.7), akkor a 2017-es becslés szerint 379 000 alkoholista él hazánkban. A terminológiai különbségek (alkoholista, alkoholbeteg, alkoholzavarral élő, alkoholfüggő, nagyivó) részleteibe most nem mennék bele, de az biztos, hogy szakértők szerint Magyarországon 800 000–1 000 000 olyan felnőtt él, aki alkoholproblémával küzd. (De például Zacher Gábor szintén nem figyelmen kívül hagyható becslése szerint 2 millió ember küzd alkoholproblémával Magyarországon.) Természetesen sajátos szerkezete van a társadalmon belül a jelenségnek. Itt is igaz, ami a jelen kötetben is sokféle megközelítésnél szerepel, hogy a kevésbé képzettek a legveszélyeztetettebbek. Az iskolázottság és az életkor egyaránt jelentős kockázati tényező, e kérdésben számos kiváló hazai publikáció született, amely a nemzetközi tapasztalatokkal is egybevág. Csak egy példa: Elekes Zsuzsanna egy kutatásában megpróbálta feltárni (mesterséges neurális háló gépi tanulását alkalmazó módszer segítségével), hogy 1960 és 2008 között mi hatott Magyarország alkoholfogyasztására. A városiasodást, az elöregedést találta, illetve a közleménye kapcsán talán az is elmondható, hogy a kormányzati intézkedések tulajdonképpen alig hoztak változást.

Azt gondolom, hogy az a megállapítás, amit a WHO kiemel, Magyarországon is igaz: a kábítószer-probléma létezik, és fontos, de kitakarja az alkoholproblémát, ami legalábbis az érintett emberek száma miatt társadalmilag jóval

jelentősebb. (Ez sajnos amiatt lehet, hogy az alkoholfogyasztás társadalmilag elfogadott, ismert és legális jelenség.) A WHO kiemeli, hogy legalábbis a legális szerek közül az alkohol maradt az egyetlen aktív és erős függést okozó termék, amit nemzetközi egyezmények nem szabályoznak.

A WHO az alábbi 10 beavatkozási területet emeli ki az alkohol elleni küzdelemben:

1. árpolitika,
2. hozzáférhetőség,
3. marketing,
4. illegális előállítás,
5. ittas vezetés,
6. ivási környezetek,
7. egészségügy,
8. közfigyelem,
9. közösség és munkahely,
10. monitorozás.

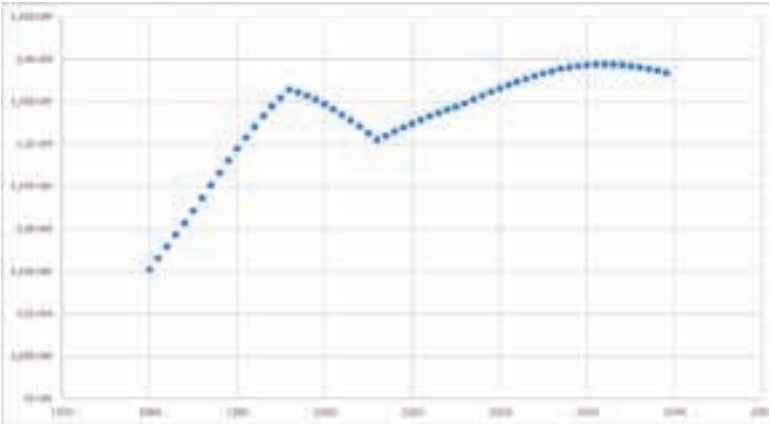
Ezekből Magyarországon mindenképpen kiemelném az alábbi, nem kellően kihasznált beavatkozási pontokat: marketing, hozzáférhetőség, ivási környezetek, egészségügy, közfigyelem és a közösségi és munkahelyi, valamint a monitorozási területeket. Szintén a WHO 2018-as jelentésében a Magyarországra lebontott ajánlások közül talán a legfontosabb és a legnagyobb hiányosság, hogy jelenleg nincs elfogadott nemzeti stratégia vagy nemzeti akcióterv, ami célzottan az alkoholizmus visszaszorítására irányulna. Szomorú, de kormányzatokon, rendszereken átívelően tűrjük az alkoholizmust, pedig az ellene való küzdelem a családok és a következő generációk védelme szempontjából is elsődleges lenne.

Dohányzás

A dohányzással kapcsolatban nemrég jelentek meg a JAMA-ban 1980-tól 2012-ig a világra vonatkozó dohányzás-elterjedtségi (prevalencia) adatok.[3] Ebből az látható, hogy 2012-ig az éves változás alapvetően csökkenő tendenciát mutatott, a további trend bizonytalan. Az eddigi csökkenő tendenciának viszont nem örülhetünk teljesen, mert ha összevetjük azzal, hogy az emberi populáció milyen mértékben emelkedik, akkor azt látjuk, hogy 2030-ig az abszolút fogyasztás emelkedni fog. (Elképzelhető, hogy a dohánylobbi most újraéledő agresszív marketinges és kommunikációs próbálkozásai már a 2030-as időszakra jósolható csökkenés miatt kezdődtek.)

[3] Smoking prevalence and cigarette consumption in 187 countries, 1980–2012, https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1812960

Népesség-növekedés tükrében a fogyasztás



Forrás: UN és Ng és mtsai, 2014 adataiból és becsléseiből számolt abszolút cigarettafogyasztási becslés időben.

A dohányzással összefüggésbe állítható betegségcsoportok ismertek, közismertek, rengetegszer publikáltak.

BNO főcsoport (BNO-10)	Betegség
BNO-10-02	szájüregi és gégerák, tüdőrák, veserák, húgyhólyagrák stb.
BNO-10-04	T2DM
BNO-10-06	iszkémiás attakok
BNO-10-09	hipertónia, iszkémiás szívbetegség, agyi és különböző érbetegségek, kardiovaszkuláris megbetegedések stb.
BNO-10-10	légúti megbetegedések, COPD stb.

A dohányzással összefüggésbe állítható főbb népbetegségek

Balázs Péter professzor egyik kijelentése tisztázta számomra, hogy jelenleg a dohányzás alapvetően csak terminológia okok miatt nem tartozik (a BNO-11 szerint sem) a függőségek, a szenvedélybetegségek közé. A dohányfüstben közel 70 karcinogén és 400 káros vegyület található, minden főbb emberi szervet károsít, de éppen emiatt nincs egy megragadható káros hatóanyag és egy betegség sem: a dohányzás diffúz jelenség. A nikotin kiemelhető, és a nikotinfüggőség természetesen benne van a BNO-11-ben. Én a jelenlegi besorolás ellenére azt

gondolom, hogy a dohányzás alapvetően függőség és szenvedélybetegség, méghozzá a legelterjedtebb és legkárosabb hazánkban és a világon is. A dohányzók túlnyomó többségére erős függés jellemző, körülbelül 5 százalék tudná egyik pillanatról a másikra abbahagyni, 95 százalék erre nem képes, többszöri próbálkozás után sem.

Fontos és kevéssé ismert szempont, hogy a dohányzás igazoltan „kapudrog", konkrét, de egészen tág értelmében is. A társadalom működéseivel megismerkedő serdülő számos jelentős nehézséggel, feszültséggel, bizonytalansággal találkozik, és amennyiben a család, a közösség nem képes erős érzelmi és instrumentális támogatást nyújtani, akkor könnyen a dohányzás lesz a fiatal első, káros, maladaptatív válaszreakciója, amely aztán mintaként szolgálhat további nehézségek esetén további káros válaszreakciókra.

Függés és ártalom témakörében egy híres addiktológus, David Nutt professzor 2007-ben egy kérdőíves interjút készített: vezető addiktológus kollégáit kérdezte meg a különböző drogokról. Eredményei alapján, ha pragmatikusak lennénk, akkor a dohányzást a hozzá hasonlóan káros heroinhoz és kokainhoz hasonlóan betiltanánk.

A fejlett országokban a nők és a férfiak között eltűnik a különbség a dohányzás előfordulásában, és ezekben az országokban általában a férfiaknál csökken a dohányzók aránya. A kevésbé fejlett országokban a nők lényegesen alacsonyabb arányban dohányoznak. Természetesen itt is kimutatható az alacsony társadalmi státusszal, alacsony iskolázottsággal való összefüggés. A magasabb iskolai végzettségűek között alacsonyabb a dohányzás előfordulása, különösen az egyetemi képzettségűek között. Az Eurobarométer 429-es számú, 2014-ben végzett vizsgálatban szerepelt egy kérdés: *„Vannak nehézségei a havi számlák befizetésével?"* Akik erre a három lehetséges válasz közül azt választották, hogy *„majdnem mindig"*, azoknak a fele dohányzó volt.

A dohányzásnál a fiatalkori „karrier" kiemelt jelentőségű, a dohányosok 90 százaléka 21 éves kora előtt kezd dohányozni. Minden ezzel foglalkozó szakember kiemeli, hogy ezt fiatal korban kellene megelőzni. Ismert, hogy a társak dohányzása és az elérhetőség nagyon fontos előrejelző (prediktor) tényező, hasonlóképpen a szülőkkel való kapcsolat bizonyos vonásai is. Ha a szülők instrumentális és emocionális támogatást nyújtanak a serdülőnek, a szülők maguk nem dohányoznak és a szülői elvárások reálisan magasak, ott alacsonyabb a dohányzás előfordulása. Egyszülős családoknál magasabb a dohányzó serdülők aránya, mint a kétszülős családoknál. Összességében itt is a szülők iskolá-

zottsága, anyagi biztonsága, mentálhigiénéje és a közösség megtartó ereje emelhető ki.

A hazai dohányzásfelmérések közül az elmúlt 30 évben 42 felmérésről találtam beszámolót, ezek eredményei heterogének, más volt a módszertanuk, más mintavételt is használtak. Az eredmények tehát ellentmondásosak, de úgy tűnik, hogy az elmúlt 7 évben valamelyest csökkent a dohányzás aránya Magyarországon. A 2018-as Eurobarometer vizsgálat szerint hazánkban 27% a dohányzók aránya, szerkezetére vonatkozóan a nem, az iskolai végzettség, az anyagi helyzet a főbb befolyásoló tényezők.

A dohányipar környezetkárosításának a WHO egy különálló jelentést szentelt.[4] Meglepő adat, hogy a globális erdőirtás 2 százalékáért a dohányipar tehető felelőssé, de a jelentés kiemeli a dohánybetakarítók kizsákmányolását, az előállítás, a csomagolás és a szállítás során keletkező üvegházhatású gázok kibocsátását is. A dohányiparnál még ugyancsak figyelemre méltó az az elképesztően agresszív marketing, amiről azt gondoltuk, hogy megszűnt a 2000-es években. A British Medical Journal és számos magas presztízsű és etikus orvostudományi lap 2013-ban kiadott egy szerkesztői közleményt,[5] amiben egyértelművé teszi, hogy a jövőben semmilyen olyan kutatást, ami akár részlegesen a dohányiparhoz köthető, nem fog publikálni a folyóiratban, mindezt a dohányipar megtévesztő marketingkommunikációs kampányai miatt.

Viselkedési addikciók

A viselkedési addíciókat csak azért szeretném röviden áttekinteni, mert a közfigyelem peremén vannak. Magyarországon ez is óriási probléma, keveset beszélünk róla. Vegyük például a szerencsejátékot: magyarországi adatok szerint a népesség 11 százaléknál jelentett ez az elmúlt évben problémát, a patológiás esetek 3 százalékra tehető. Tehát ez 1,1 millió ember érintettségét jelenti! A kényszeres vásárlás nagyjából 100 ezer embert érinthet Magyarországon. A testedzésfüggőség talán csak 30 ezer embert. És akkor még nagyon sok mindenről nem tudunk, például az új jelenségekről, a játék-, az internet-, a mobiltelefon-függőségről, a munkafüggőségről (ami egy régi és jól feltárt

[4] Tobacco and its environmental impact, https://cloudfront.escholarship.org/dist/prd/content/qt8tp3r5rc/qt8tp3r5rc.pdf

[5] Journal policy on research funded by the tobacco industry, https://www.bmj.com/content/347/bmj.f5193.full

viselkedési addikció). Mobiltelefonnal készült egy – nem reprezentatív, nem is igazán jól megtervezett – felmérés, önbevallás alapján 30 százalékot mondtak a kérdezettek, ami elég ijesztő, és indokolttá tesz egy erősebb, jól előkészített, reprezentatív felmérést. (Habár ez nem viselkedési függőség, a probléma mérete szintén indokolttá teszi az említését: hazánkban 2013-ban az egy főre eső nyugtatódobozszám közel háromszorosa volt Románia vagy Ausztria értékének. Szakértők szerint ez egyes korszerűtlen pszichiátriai készítmények túlzott használatából adódik, több vezető pszichiáter felszólalt ezen készítmények ellen, ám ennek ellenére lényegi változás nem történt.)

Legális függőségeink

Ha Magyarországon a legális függőségeinket nézzük, körülbelül 30-40%-nyi honfitársunk érintett. Mintegy 800 ezer, 1 millió alkoholzavarral küzd, körülbelül 120 ezer szerencsejáték-függő, 100 ezer vásárlásfüggő és 2,4 millió napi dohányzó. Ezek között a csoportok között természetesen van átfedés is, de ez jelenleg nem feltárt.

Térjünk most rá arra a kérdésre röviden, hogy mi az, hogy szenvedélybeteg. Az ilyen személyekben valami iránt folyamatos vágy él, amit egyre nehezebben tudnak kontrollálni, ez előbb-utóbb átalakítja a belső értékrendet, a kapcsolati élményformák változását okozza, és ez elvezethet a kontrollvesztésig. Jellemző a leszokási, megküzdési kísérletek kudarca. Az addiktológusok sokszor a betegségbelátás hiányáról beszélnek, és aztán a függőséggel járó fokozódó társas elutasításról. Nagyon jó kutatások vannak – bár az előadásomnak nem tárgya – a kemény drogok esetében a jelenség traumaháttérről, amit aztán alkohol esetében is sikerült kimutatni. 160 ezer ember adatát elemezték újra ebben a metaanalízisben,[6] és kimutatható, hogy az összes általam tárgyalt függőség összefüggésbe állítható az ACE-val, az ártalmas gyermekkori tapasztalatokkal.

Mindenképpen meg szeretném említeni a közösségi kezdeményezéseket, elsőként az anonim alkoholistákat. Számos egyházi és civil szervezet ad ezeknek otthont. Már kevésbé ismert, de hazánkban az alkoholizmus magas aránya miatt különösen fontos az ACA önsegítő csoport támogatása. Az ACA az alkoholisták felnőtt gyerekeinek önsegítő csoportja. Budapesten például a Máltai

[6] The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis, https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(17)30118-4/fulltext

Szeretetszolgálat keretein belül működnek ilyen csoportok. Ismert, hogy azon gyermekek, akik alkoholista szülő mellett nőnek fel, nagyon sajátos személyiségszerkezettel bírnak. Vannak, akik vitatják, de én azt gondolom, hogy ezeket a „szoft" vagy pszichodinamikus jellegű megközelítéseket is érdemes figyelembe venni, mert ha kiszámoljuk, hogy Magyarországon hány olyan felnőtt van, aki alkoholista szülővel nőtt fel, és feltehetőleg ezeknek a személyiségjegyeknek egy része igaz rájuk, akkor egy nagyon magas számot kapunk. Tony A. és Douglas H. Ruben szerint ezekre az emberekre jellemző a túlzott felelősségvállalás, nagyon sokszor áldozatok, túlérzékenyek és alapvetően reaktív és asszertivitáshiánnyal küzdő emberek, akik között nagy számban vannak munkamániások. Azt gondolom, hogy Magyarországon fontos ezzel foglalkozni, támogatni kell ezen közösségi kezdeményezéseket, önsegítő csoportokat, illetve általánosságban problematizálni az alkoholizmust és a szenvedélybetegségeket.

A szervezők kérésére néhány konkrét javaslatot is megpróbáltam megfogalmazni: elsőként nyilván a hazai addiktológiai és népegészségügyi szakma javaslatainak figyelembevételét. Sem a hazai, sem a WHO által megfogalmazott ajánlásokat nem veszi szisztematikusan figyelembe a politikai döntéshozatal. Nincsenek elfogadott nemzeti stratégiák és akciótervek! Nemzeti alkoholellenes, dohányzásellenes, viselkedésiaddikció-ellenes stratégiákra és akciótervekre Magyarországnak nagyon sürgősen szüksége lenne. Mivel ezek mögött részben hasonló társadalmi és egyéni lélektani háttérmechanizmusok húzódnak meg, felvethető egy szenvedélybetegségeket kezelő keretstratégia kidolgozása is. Az ártalomcsökkentés mellett erősíteni kéne a kutatást is, egyrészt természetesen elsősorban a pontos, elfogulatlan, jól megtervezett reprezentatív felméréseket és pilotokat, de úgy gondolom, hogy a puha, kulturális antropológiai „mélyfúrások" is hasznosak e területen, mert a kisközösségek, a mikromiliők szintjént még sok minden tisztázatlan. Személyes meglátásom szerint a probléma súlya indokolttá teszi azt is, hogy a szisztematikus, azonnali, bizonyítékalapú munka mellett egy átfogóbb, rendszerszintű változtatásokról (gazdasági, kisközösségi, közéleti) is induljon átfogó társadalmi vita, már nemcsak a szakértők között, hanem a teljes magyar lakosságra kiterjedően és elsősorban a kisközösségek szintjén.

A dohányzás és az alkoholfogyasztás esetében a termékek előállításának és szállításának környezetterhelése is jelentős. A modern szemléletben ma már gondolnunk kell arra, hogy ez az ökoszisztémát, az energiafelhasználást vagy a klímát milyen módon érinti.

A WHO alkoholjelentésében van egy nagyon szomorú, de emblematikus történet: Zambiában tradicionálisan a nők főzték a sört, ők adták el ezt a férfiaknak. Ez bevétel volt számukra, de amikor betörtek a nyugati, alumíniumdobozos sörmárkák a megfelelő kolonizációs, promóciós marketing- és politikai tevékenységgel, a sörfogyasztás „ökoszisztémája" átalakult. Egyrészt a férfiak elkezdtek többet inni, és erőszakosabbak is lettek. Másrészt a nők elvesztették a bevételüket. Súlyosbította a helyzetet, hogy az erre hivatott szervek nem tudtak lépni, mert függésben voltak az alkohollobbitól. A fenntartható fejlődés szemléletében a társadalomra, a helyi közösségekre gyakorolt hatást is kötelező elemezni.

Azt a munkacímet adtam a cikkemnek, hogy *Legális függőségeink a fenntartható fejlődés tükrében.* Itt főleg a fenntartható fejlődés, az ökológiai krízis irodalmában kevésbé jártasak számára sarkosan szeretném megfogalmazni az álláspontomat. Legalább három paramétert (a klímát, a biodiverzitást és a termőföldek nitrogénháztartását) vizsgálva globálisan már túl vagyunk az ökológiai krízis megelőzésének lehetőségén. A fenntarthatósági tudomány szakemberei már nem a krízis visszafordításáról, hanem alkalmazkodásról, ártalomcsökkentésről beszélnek. Veszteségekkel teli, nehezen jósolható, kaotikus időszak következik az emberiség életében, amire totálisan felkészületlen. Ez Magyarországra fokozottan igaz. Az, hogy Magyarországot még teljes mértékben nem érte el a krízis, az a viszonylag szerencsés földrajzi helyzetéből adódik, de vannak olyan országok, például a tengerparti, a szélsőséges időjárás hatásainak kitett szubszaharai országok, ahol már azt lehet mondani, hogy az ökológiai krízis zajlik, és nagyon kicsi a valószínűsége annak, hogy ez ne gyűrűzne be előbb-utóbb Magyarországra is. Nemcsak a gazdasági vagy a társadalmi vezetőinkre, hanem a teljes nyilvánosságunkra jellemző ez a felkészületlenség. Ha egy ilyen problémahalmaz eléri Magyarországot úgy, hogy összeadódik a meglévő problémáinkkal, például azzal, hogy polgártársaink 30%-a valamilyen szenvedélybetegséggel küzd vagy hajlamos szenvedélybetegségre – ezekkel nagyon nehezen fogunk tudni megküzdeni.

Buda Béla 2012-ben Gyula Iván nagy hatású kötete[7] kapcsán így fogalmazott: *„A társadalomtudományi kutatásokkal lehetne támogatni a fenntartható fejlődés megközelítését az általános emberi mentalitásváltozásban, amely a fogyasztási értékektől a kultúra, az emberi relációk és kommunikációs-kapcsolati élményformák és a széles értelemben vett spiritualitás értékeinek dominanciája felé vezet.”*

A két problémakör társadalmasítása, etikai felvetések

Mindkét probléma (a hazai szenvedélybetegek elfogadhatatlanul magas aránya és a jövő generációk életterének felélése) hasonló abban, hogy gazdasági és politikai vezetőink (sem hazai, sem globális szinten) nem voltak képesek az elmúlt harminc évben ezt hatékonyan kezelni. Emiatt személyes meglátásom az, hogy mindkét problémakör sürgős társadalmasítására, sokkal szélesebb körben történő kiterjesztésére lenne szükség. Ehhez kihagyhatatlan a kisközösségek felélesztése.

Buda Bélához hasonlóan azt gondolom én is, hogy az értékrendnek és a kapcsolati élményformák megváltozásának kulcsszerepe lehet a folyamatban, de azt hiszem, ehhez is szükséges a helyi kisközösségek önrendelkezésének visszaállítása, felelősségük tudatosítása. Természetesen az egyén és a közösség szintjén túlmenően is szükség van változásra és változtatásra az általános gazdasági, politikai és hírközlési rendszerekben is. A közelgő súlyos krízisekkel való megküzdés reális esélyéhez ezek alapvető reformja nem tűnik elkerülhetőnek, ebben az ökoetikai és a következő generációt érintő etikai felvetésekre lehetne támaszkodni. Ám mégis a kisközösségek lehetnek az ökológiai fordulat és talán – Magyarország esetében – a „kijózanodási fordulat” elsődleges színterei: mindkettő az egyén és a közösségek felelősségvállalásban kibontakozó szabadságát hozhatná el.

Irodalomjegyzék

Burton Robyn – Nick Sheron (2018): No level of alcohol consumption improves health. *The Lancet,* 392, no. 10152 (2018), 987–988.

Conrad, Karen M. – Flay, Brian R. – Hill, David. (1992): Why children start smoking cigarettes: predictors of onset. *British Journal of Addiction,* 87, no. 12 (1992), 1711–1724.

[7] A fenntartható fejlődés, https://mtvsz.hu/dynamic/fenntarthato_kepzes_tananyag_2014/forum_tanar_online_1.pdf

Demetrovics Zs. (2010): Az addiktológia alapjai (I–IV). ELTE 2010
European Commission Report. *Attitudes of Europeans towards Tobacco, Special,* Eurobarometer 429., 2014.
Elekes Zsuzsanna (2014): Hungary's Neglected "Alcohol Problem": Alcohol Drinking in a Heavy Consumer Country. *Substance use & misuse,* 2014 Oct 15;49(12), 1611 –1618.
Emberi Erőforrások Minisztériuma Egészségügyi Államtitkárság, Egészségügyi Szakmai Kollégium: Egészségügyi szakmai irányelv – a dohányzásról való leszokás támogatásáról. *Egészségügyi Közlöny,* 2014;64(19), 2617–2631.
Enoch, Mary-Anne – Hodgkinson, Colin A. – Qiaoping Yuan – Pei-Hong Shen – Goldman, David and Roy, Alec (2010): The influence of GABRA2, childhood trauma, and their interaction on alcohol, heroin, and cocaine dependence. *Biological Psychiatry,* 67, no. 1 (2010), 20–27.
Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet,* 2018 Sept., 22;392(10152), 1015–1035.
Godlee, Fiona – Malone, Ruth – Timmis, Adam – Otto, Catherine – Bush, Andrew – Pavord, Ian and Groves, Trish (2013): Journal policy on research funded by the tobacco industry. *Thorax,* 2013;68, 1090–1091.
Gyulai Iván (2012): *A fenntartható fejlődés.* Ökológiai Intézet a Fenntartható Fejlődésért Alapítvány, Miskolc.
Hughes, Karen et al. (2017): The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health,* 2.8 (2017), e356–e366.
Kelly, John F. (2017): Is Alcoholics Anonymous religious, spiritual, neither? Findings from 25 years of mechanisms of behavior change research. *Addiction,* 112, no. 6 (2017), 929–936.
Kovács Gábor (2010): *A dohányzás és leszokás.* Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2010.
Kovács Katalin – Tóth Gergely (2015): *Egészségi állapot.* In: Monostori Judit – Őri Péter – Spéder Zsolt (szerk.): *Demográfiai portré 2015.* KSH NKI, Budapest, 95–114.
A 2014-ben végrehajtott Európai lakossági egészségfelmérés eredményei – Összefoglaló adatok. KSH, Budapest, 2015.

Lampek Katalin (2002): *A lakosság egészségi állapota és egészségmagatartása a KSH 1999/2000 évi időmérleg-életmód kutatása alapján.* Kézirat. Pécs, 2002.
Lányi András (2015): *Oidipusz avagy a Természetes Ember.* Budapest, Liget, 2015.
Hauschild, Michael Z. – Herrmann, Christoph – Kara, Sami (2017): *An Integrated Framework for Life Cycle Engineering.* The 24th CIRP Conference on Life Cycle Engineering, 2017.
Morel, A. – Grall-Bronnec, M. – Bulteau, S. – Chauvin-Grelier, P. – Gailledrat, L. – Pinot, M. L. – Jolliet, P. and Victorri-Vigneau, C. (2016): Benzodiazepine dependence in subjects with alcohol use disorders: what prevalence? *Expert opinion on drug safety,* 15, no. 10 (2016), 1313–1319.
Marie, Ng – Freeman, Michael K. – Fleming, Thomas D. – Robinson, Margaret – Dwyer-Lindgren, Laura – Thomson, Blake – Wollum, Alexandra (2014): Smoking prevalence and cigarette consumption in 187 countries, 1980–2012. *JAMA,* 311, 183–192.
David, Nutt (2007): Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *The Lancet,* 369.9566, 1047–1053.
Ruben, Douglas H. (2000): *Treating adult children of alcoholics: A behavioral approach.* Elsevier, 2000.
Will, Steffen – Broadgate, Wendy – Deutsch, Lisa – Gaffney, Owen and Ludwig, Cornelia (2015): The trajectory of the Anthropocene: the great acceleration. *The Anthropocene Review,* 2, no. 1 (2015), 81–98.
Will, Steffen – Richardson, Katherine – Rockström, Johan – Cornell, Sarah E. – Fetzer, Ingo – Bennett, Elena M. – Biggs, Reinette et al.: Planetary boundaries: Guiding human development on a changing planet. *Science,* 347, no. 6223 (2015), 1259855.
Urbán Róbert (2016): *A serdülőkori dohányzás kognitív prediktorainak vizsgálata longitudinális elrendezésben.* Disszertáció. Eötvös Loránd Tudományegyetem, 2016.
Vingender István (2003): *A droghasználat szociális kontextusa.* Budapest, Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar.
WHO global report: mortality attributable to tobacco. WHO, New York, 2012.
Tobacco and its environmental impact: an overview. WHO, New York, 2017.
Global status report on alcohol and health. WHO, New York, 2018.
WHO European Health Information Gateway, https://gateway.euro.who.int/en/

Annyi hasznos információt lehet találni a kötetben, hogy az ember elgondolkodik azon, hogyan fogna hozzá egy zöldpárt képviselőjeként egy, az elveivel és a valóság tényeivel összeegyeztethető, hatékony egészségügyi politika kialakításához. Több szerző is utalt rá: a politikusok többé nem engedhetik meg maguknak, hogy figyelmen kívül hagyják az ökológiai krízishelyzetekről, illetve az ezekkel részben összefüggő súlyos közegészségügyi problémákról rendelkezésre álló és a jövőben megszülető szakmai anyagokat. Ennek a tudásnak az észszerű felhasználásán Magyarország jövője is múlik.

Mint láthattuk, számtalan példa van a világban arra, hogy a döntéshozók komolyan veszik a szakértők figyelmeztetéseit, s ennek megfelelően tervezik és hajtják végre az állami szakpolitikát a környezet védelme és az egészségügy terén. Nyilvánvalóan nem tennék ezt, ha nem bízhatnának benne, hogy azért a jövő – a rossz kilátások ellenére is – fordulhat pozitív irányba.

Egy zöldpárt számára az egészség kiemelt téma, hiszen az egészséges környezethez, saját és családtagjaink egészségéhez való jogunk alapvető emberi jog, és ezt semmilyen gazdasági vagy politikai érdek nem korlátozhatja. Ehhez képest látjuk a mai magyar egészségügy tragikus helyzetét és ennek hatását emberek millióinak életére.

A kötetben szereplő írásokat olvasva megerősödik bennem a rendszerszemlélet szükségességének tudata. Ennek megfelelően úgy gondolom, hogy egy zöld egészségpolitika egyszerre szeretné tisztázni a jelenhez fűződő viszonyát, illetve kijelölni a jövő fejlődési irányait. Egy szempontrendszert lenne érdemes felállítani azzal kapcsolatban, milyen elemek a fontosak egy ilyen politikához. Én négy sarokpontot emelnék ki, amelyekről azt gondolom, hogy egy zöldpártnak fontos figyelembe vennie és ezek mentén haladnia.

Elsőnek a megelőzés fontosságát említeném, és úgy gondolom, nem kell megismételnem a kiváló szerzők által leírt érveket. Én is csak azt tudom mondani, hogy azt a betegséget a legolcsóbb kezelni, amelyik még nem alakult ki. Értjük ezalatt azt is „zöld szemmel", hogy az egészség gondozása az emberi életút egészére vonatkozzon, a fogantatástól a halálig: már a várandósság alatt kezdődjön ez a folyamat, és ne érjen véget a 18. életévnél.

Második sarokpontként nem meglepő módon a hozzáférés igazságosságát emelném ki, ami azért nagyon fontos, mert egy ember egészségéről nem dönthet az, hogy hova, milyen családba születik, és nem elfogadható az sem, hogy kizárólag a pénztárca, illetve az iskolázottság alapján dőljön el, milyen egészségügyi ellátáshoz fér hozzá, ennek megfelelően mekkora lesz a várható élettartama, milyen lesz az életminősége és a munkaképessége.

Említettem, hogy fontos a jelen és a jövő egyformán kezelése, de azt gondolom, hogy a jövőre való felkészülés, az arra való proaktív reagálás az egyik legfontosabb, már csak azért is, mert ebben a pártcsaládok között a zöldpártok általában magukra maradnak – ezért ezt hoznám ide harmadik sarokpontként. Nagyon fontosnak tartjuk azt, hogy a technológiai és demográfiai változások okozta új egészségügyi kihívásokra időben reagáljunk. Ezalatt azt értem, hogy minél hamarabb kezdjük meg a felkészülést, hiszen a jövő nagyon sok elemét, a várható trendeket elég pontosan ismerjük. A népesedési folyamatokat tekintve azt látjuk, hogy egyre hosszabb élettartammal számolhatunk, még akkor is, ha a kötet szerzői által vizsgált szomszédos országoktól, illetőleg az európai uniós országoktól van lemaradásunk – de a tendencia mindenképpen az, hogy a várható élettartam növekszik. Ami azt is jelenti, hogy a hosszabb élettartam alatt több betegség alakulhat ki egy embernél, ami az egészségügyet még nagyobb kihívások elé állítja majd.

Csak egy példát mondanék, amit talán nem érintettek közvetlenül a kötet cikkei: egyre több előrejelzés szól arról, hogy 2050-re már minden második családban lesz demenciával küzdő idős ember, akiknek az ellátása, ha megpróbálnánk a mostani keretek között modellezni, egyszerűen képtelenség lenne. Ennek a töredékére sincs felkészülve a jelenlegi ellátórendszer.

A következő nagy problémahalmaz a fiatalokat, illetve a középkorúakat érinti – itt Brys Zoltán tanulmányára utalnék vissza. Ez egy összetett folyamat, amely a mozgásszegény életmóddal, a monoton munkavégzéssel, illetve az állandó online jelenléttel kezdődik – ez utóbbi maga is egyfajta függőséget jelent. Legtöbb fiatal honfitársunk az internet, a számítógépes játékok és a mobiltelefon bűvkörében él. Én is látom ezt, mert sokat mozgok fiatalok körében, és látom azt is, szülőként mekkora küzdelmet igényel tőlem, hogy ennek a jelenségnek ellentartsak a családunkban. Egy szülő nem mindig tud százszázalékosan helyt állni ebben a feladatban, bármennyire is igyekszik. És sajnos sok esetben, ha eleve nem is figyel rá – ebben az iskolázottság foka, illetve egyéb, hátrányos helyzetet jelentő paraméterek is szerepet játszanak –, ez a fajta függőség hatalmas

károkat okozhat. Egyfajta elsodródást idéz elő a fiatalok körében, ahonnan már nagyon nehéz visszajönni.

A negyedik sarokpont – és itt térnék rá a fenntarthatóság kérdésére – a felkészülés a klímaváltozás okozta új kihívásra, ami ebben az egészségügyre összpontosító kötetben közvetlenül kevesebb szerepet kapott, de ha az SDG-k rendszeréről van szó, akkor nem lehet megkerülni. A zöldpártok talán jobban látják ezeket az összefüggéseket, ezért fontos, hogy legyen a politikában „zöld szín", hogy legyen zöld erő, azaz a környezetvédelem és a fenntarthatóság kérdését ne lehessen csak úgy lesöpörni az asztalról, ahogy azt manapság gyakran tapasztaljuk.

Ez jelen pillanatban Magyarországon még erősítésre vár, de minden társadalomnak nagyon fontos figyelnie ezekre a jelzésekre, és támogatnia a munkájukban azokat a politikai kezdeményezéseket, amelyek szakmai hátterük, tudományos és civil kapcsolatrendszerük révén éppen ezekre a problémákra tudják ráirányítani a figyelmet.

A klímaváltozás új tényező az egészségügyben. Eddig az életmódbeli hatások voltak azok, amelyek az egészségi állapotunkat alapvetően meghatározták, de ma már egyre inkább látjuk: a környezetünk is óriási hatással van arra, milyen egészségügyi kihívásokkal fogunk szembesülni. Direkt módon érintik a szervezetünket a klímaváltozás hatásai is – természetesen egy sor más környezeti hatással együtt –, amit egyébként az Ökopolisz Alapítvány SDG-sorozatának többi kötete már részletesen tárgyalt vagy tárgyalni fog.

Erről már volt szó ebben a kötetben is: a hőingadozások, hőhullámok, frontok természetesen az egészséges szervezetet is megviselik, a kisgyermekeket és az időseket pedig különösképpen. Itt lehet még említeni a tartósan meleg napokat, valamint az extrém hideg felbukkanását, ennek a két szélsőséges időjárási jelenségnek egyre gyakoribbá válását az életünkben. Szintén ide tartozik a zöldfelületek csökkenő aránya a nagyvárosokban, aminek folyományaként a hűtőfelületek elvesznek. Olyan erős hőhatás éri így a szervezetünket, hogy lassan már azt éljük meg egy-egy melegebb nyári napon, hogy a sarki boltig is hatalmas sokkhatás elmennünk.

A sort gyarapítja a Szigeti Tamás által feldolgozott jelenség, a légszennyezettség is. Nagyon érdekes történet, hogy a kormányzat mennyire nem hajlandó szembeszállni egy olyan problémával, amely bizonyítottan évi 13 000 ember haláláért felelős hazánkban. Elszomorító volt látni azt az ábrát, amely más tanulmányokban is előkerült, s amelyen egyfajta vasfüggönymintázat rajzoló-

dott ki, kidomborítva, milyen jelentős térségünkben a légszennyezettség a tőlünk nyugatabbra fekvő, környezettudatosabb országokhoz képest.

Ha a klímaváltozás okozta egészségügyi hatásokat sorolom, akkor muszáj megemlítenem a fertőző betegségeket terjesztő rovarok elszaporodását, a kullancsokat és a Lyme-kórosok számának jelentős növekedését, valamint a rengeteg, számunkra eddig ismeretlen kórokozót, de az invazív fajok hatásait sem lehet megkerülni.

Úgy érzékeljük, hogy ezekkel a kérdésekkel a magyar egészségpolitika még kevéssé foglalkozik. A mi felfogásunk szerint az a legfontosabb, hogy ez megváltozzon, és haladéktalanul elkezdjük a felkészülést a jövő kihívásaira. Látható az is, hogy ezek a feladatok olyan terheket rónak az egészségügyi rendszerre, amivel az képtelen lesz birkózni, amennyiben nem történnek jelentős strukturális változtatások, ideértve a jogi, intézményi, költségvetési intézkedések gyökeres átalakítását is.

Itt kell beszélnünk egy zöldpárt felelősségéről és feladatáról. Ha viccelni szeretnék, akkor mondhatnám azt is, hogy egy zöldpárt tulajdonképpen egy kicsit életmód-tanácsadó is, ugyanis az általa közvetített ökopolitikai szakmai tartalmak, ahogy eljutnak a zöldpolitikát figyelemmel kísérő emberekhez, egyúttal hatást is gyakorolnak az életükre. Nem szabad elfelejtkezni ugyanis arról, amit szintén több szerző is felidéz a kötetben, hogy a környezetvédelmi és az egészségügyi kihívásoknak van egy nagyon fontos közös vonásuk: az állami intézmények és a magánszemélyek (civil szervezetek, lakossági csoportok, véleményformálók, családi, baráti körök stb.) csak együttesen képesek nekik megfelelni. Ez a tény egyfajta figyelemfelhívó, tudatosságot növelő jelleget ad a munkánknak. Az információterjesztés, a meggyőzés elválaszthatatlan a zöldpolitikától.

Ezzel kapcsolatban utalnék néhány példára a magyar zöldpárt munkájából. Tavaly ősszel indítottunk egy, a légszennyezettséggel foglalkozó kampányt, számtalan alkalommal tartottunk sajtótájékoztatót erről a problémáról szerte az országban. Ennek látjuk a hatását, ugyanis sok helyen jelentek meg hírek róla, mostanra már belekerült a köztudatba. Ugyancsak jó példák a PET-palackokkal kapcsolatos kezdeményezéseink: az „Egyszer SE használatos műanyagok!", valamint a „PET-palack mentes önkormányzatokat!" kampányok. Úgy gondolom, hogy egy zöldpártnak és egy zöldpárt alapítványának is megvannak a maga eszközei és lehetőségei, hogy ehhez a munkához hozzájáruljon.

Végezetül szeretnék még egy ellentmondást kiemelni a zöldpolitikával kapcsolatban. Látjuk azt, hogy az emberek egyre tájékozottabbak a klímaváltozás,

az éghajlatváltozás hatásait illetően, ahogy más környezetvédelmi és közegészségügyi kérdésekben is, viszont megdöbbentő, hogy ennek ellenére mégis nehezen mozdulnak, hogy tegyenek valamit a kockázatok csökkentéséért. Érdekes kérdés, miért van ez így. Tudják, hogy elkerülhetetlen és beláthatatlan változások előtt állunk, de erre nagyon sokan csak legyintenek.

Ezt a hozzáállást nem lehet elfogadni. A jövőnk szempontjából kimondottan veszélyes, rövid távú gondolkodásmód, ha valaki csak a saját életével foglalkozik, abban a tudatban, hogy ő nem felelős semmiért, és semmit nem tud tenni.

Nagyon örülök viszont annak, hogy egyre több fiatal emeli fel a hangját a klímaváltozás ellen. Látjuk, hogy több mozgalom indult, egyre sokasodnak a klímatüntetések is. Nagyon remélem, eljutunk odáig, hogy a fiatalok megtanítják az idősebbeket arra, hogy az éghajlatváltozásra és annak hatásaira figyelni kell, foglalkozni kell ezzel a problémával.

Valójában senki sincs egyedül ebben a küzdelemben. Mindenkinek megvan a maga szerepe, mind a döntéshozóknak, mind a politikai és szakpolitikai szereplőknek, mind az állampolgároknak – és ha ott, ahol kell, mindenki helyt áll, sikerrel járhatunk. Ennek elősegítése szerintem a zöldpolitika legnagyobb kihívása.

dr. Fülöp Sándor
Jogász (1982, ELTE), pszichológus (1997, ELTE). PhD-fokozatát a Debreceni Egyetemen szerezte (2010). Közérdekű környezetvédelmi ügyvéd, a Környezeti Management és Jog Egyesület (EMLA) igazgatója (1994) majd elnöke (2012-től). 2008 és 2012 között a jövő nemzedékek országgyűlési biztosa volt. 1997-től kezdve számos egyetemen tartott környezetvédelmi kurzusokat, órákat, jelenleg a Nemzeti Közszolgálati Egyetem Fenntartható Fejlődés kabinetjének tudományos főmunkatársa (2016-tól). Társadalmi megbízatásai: a World Future Council tanácsnoka (2009-től), a londoni Fenntartható Fejlődés és Demokrácia Alapítvány kurátora (2016-tól), az Ökopolisz Alapítvány társelnöke (2015-től). A budapesti ÁSE klubban 1. danos karatemester (2018-tól). 1957-ben született Montrealban, nős, Natasa lánya (33) bíró, Máté fia (30) építész.

dr. Balázs Péter
Pályáját sebészorvosként kezdte 1970-ben. A szakvizsga megszerzése után 23 éven át dolgozott ezen a területen. Kimerítő tapasztalatokat szerzett a járóbeteg- és a fekvőbeteg-szakellátás hétköznapi gyakorlatában. Az egészségügyi humán erőforrás helyzetével, kiemelten a hálapénzzel az 1980-as évektől kezdett foglalkozni, de végleg csak 1994-ben váltott át elméleti pályára. Kezdetben a Haynal Imre Egyetem Orvosi Népegészségtani Intézetében dolgozott, majd 1999-től az intézet igatójává nevezték ki. Az egyetemi integrációt követően több tanszék és intézet első számú vezetője volt, végül 2016-ban történt nyugdíjazása előtt a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karán a Népegészségtani Intézet igazgatóhelyetteseként dolgozott. Kiemelten foglalkozott 2007-től a dohányzás kutatásával, így az USA Fogarty alapítvány támogatásával amerikai partnere mellett társvezetője volt a 2008–2013 között Magyarországon, illetve 2013–217 között Erdélyben, Marosvásárhelyen végzett nagyszabású kutatási programnak. Népegészségtant oktatott 2016-ig magyar és

angol nyelven a graduális képzésben, illetve választható tárgyként jelenleg is oktat hivatásmitológiát gyógyszerész, fogorvos és általános orvostan hallgatóknak, továbbá PhD-hallgatóknak az egyetem doktori iskolájában. Korábbi szakmai kutatásainak folytatásaként ma is foglalkozik az orvosi migráció, illetve az orvos-beteg kapcsolat alakulásával, történeti és aktuális hatások figyelembevételével. Fő érdeklődési területe tehát változatlanul az egészségügy humán erőforrásainak kutatása, összefüggésben az egészségügy igazgatástörténetével és történeti gazdaságtanával, illetve az egészségpolitika általános és szakpolitikai területeivel.

Orvostörténészként első monográfiáját 2002-ben adták ki, amely az orvosi hivatásmitológia történetével foglalkozott. Ezt három további kétkötetes munka követte a XVIII. század egészségügyi igazgatásának témakörében, feltáratlan latin, német és olasz nyelvű források fordításával és kritikai elemzésével.

dr. Kapócs Gábor

1982-ben végzett a SOTE Általános Orvostudományi Karán. Egyetemistaként a Szentágothai János vezette I. sz. Anatómiai Intézetben demonstrátor, majd Hámori József laboratóriumában TDK-s és az Orvostovábbképző Intézet I. Belgyógyászati Klinikáján externista volt. Utána az MTA Kísérleti Orvostudományi Kutató Intézetében kutatóorvosként dolgozott a stresszreakció neuroendokrinológiai szabályozásával kapcsolatos témákban. Később az Uzsoki Kórház Idegosztályán szerezte meg a neurológiai szakképesítéséhez szükséges gyakorlatot, majd a szakvizsga után a SOTE Neurológiai Klinikáján lett egyetemi tanársegéd. Közben a Bécsi Egyetem Neurológiai Intézetében folytatott kísérletes neuropatológiai kutatásokat a sclerosis multiplex kóroki tényezőiről. Majd a Soproni Állami Szanatórium Idegosztályának megbízott főorvosaként járult hozzá a stroke rehabilitációjának fejlesztéséhez, később az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet főorvosaként részt vett az Országos Stroke Központ létrehozásában. Ezt követően hosszabb ideig az államigazgatásban dolgozott vezető beosztásokban, nevéhez főződik többek között az 1990-es évek második felében az egészségügyi törvény és a végrehajtását szolgáló szakmai jogszabályok, valamint egészségpolitikai helyettes államtitkárként számos egészségügyi fejlesztéspolitikai dokumentum és népegészségügyi nemzeti program kidolgozása a 2000-es évek közepén. Kollégáival együtt 1990-ben megalapította,

majd vezette a Literatura Medica orvostudományi kiadót, az ezredforduló táján a Springer Tudományos Kiadó igazgatója volt, és társaival együtt létrehozta az Egészségügyi Kutató Intézetet (EKI). A *LAM (Lege Artis Medicinæ)* orvostudományi folyóirat egyik alapítója, jelenleg főszerkesztője. 2011 és 2016 között intézményvezetőként az EU legnagyobb bentlakásos pszichiátriai otthona és a budapesti pszichiátriai ellátórendszerének megújításán dolgozott Szentgotthárdon. Most a Szent János Kórház Budai Családközpontú Lelki Egészség Centrumának munkatársa.

dr. habil. Sándor János

Intézetigazgató egyetemi docens Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet

1990-től oktat orvostanhallgatókat és egészségtudományi képzésben résztvevőket. 49 hallgatója kapott díjat Tudományos Diákköri Konferenciákon. A Debreceni Egyetem Pro Cura Ingenii díjat adományozott neki. Törzstag a Debreceni Egyetem Egészségtudományok Doktori Iskolájában, témakiíró a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Doktori Iskolájában és oktató a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Idegtudományi Doktori Iskolájában. PhD-hallgatói közül négyen szereztek eddig fokozatot.

Kutatói munkája az alábbi területekre terjed ki: (1) népegészségügyi területen alkalmazható térinformatikai és környezet-epidemiológiai vizsgálatok; (2) preventív eljárások alkalmazása az alapellátásban; (3) veleszületett rendellenességek monitoringja; (4) ritka betegségek epidemiológiai jellemzői; (5) nem fertőző betegségek megelőzésének hatékonyságát meghatározó tényezők.

148 tudományos közlemény, 12 könyv/monográfia, 5 egyetemi jegyzet és 36 könyvfejezet szerzője. Az in extenso megjelent dolgozatai impakt faktor összege 142,020. Független idézettsége 1138. Hirsh-indexe 20.

A következő tudományos/szakértői testületeknek (volt) tagja: Commission Experts Group on Rare Diseases (2004–2012); EU Working Party on Mortality and morbidity of the Programme of Community action in the field of public health (2004–2008); European Surveillance of Congenital Anomalies (2004–2009); Megelőző Orvostani és Népegészségtani Szakmai Kollégium (2002–2010); Megelőző orvostan és népegészségügy, kórházhigiénia szakmai kollégium tanácsa 2010-től; MTA Megelőző Orvostudományi Bizottsága 2008-tól. Részt vett *A dohányzásról való leszokás támogatása* egészségügyi szakmai irányelv

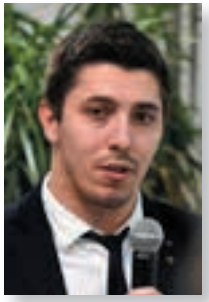
fejlesztésében 2014-ben. Vezette a Veleszületett Rendellenességek Országos Nyilvántartásának munkáját 2000 és 2005 között. Az Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központban koordinálta a ritka betegségekkel kapcsolatos projekteket 2005 és 2011 között. Recenzens 13 nemzetközi folyóiratnál. 8 nemzetközi és 1 magyar konferencia szervezésében vett részt.

Brys Zoltán

A *Lege Artis Medicinae* társadalomtudományi részének szerkesztője, valamint az ELTE Humánökológiai Kutatóműhelyének külsős tagja. A BME TMIT (klímaváltozást és az ökológiai krízist is érintő) kitekintő szemináriumsorozatának szervezője. Rendszeresen publikál, előad és vitákat szervez a fenntartható fejlődés témakörében.

Több fórumon kifejtett álláspontja szerint a krízis valószínűleg már nem elkerülhető, így inkább alkalmazkodási, illetve ártalomcsökkentési programokra és stratégiára van szükség világszerte. Meglátása szerint a fogyasztáscsökkentés, a kisléptékű és reziliens megoldások, a közösségek önrendelkezésének helyreállítása indíthatja el azt a folyamatot, amely új geopolitikai és gazdasági alapelvekhez, életformához, értékrendhez, normákhoz és kapcsolati élményformákhoz vezethet.

Érdeklődési területe a társas befolyás területe, különösen az orvoslás és a fenntartható fejlődés területén.



dr. Szigeti Tamás

Az Eötvös Loránd Tudományegyetemen 2009-ben kémia alapszakos, majd 2011-ben vegyész mesterszakos diplomát szerzett. Doktori kutatómunkáját, mely a bel- és kültéri levegő minőségének jellemzésére irányult, 2016-ban védte meg. Számos tanulmányúton vett részt tanulmányai során (Pármai Egyetemen, Isztambuli Műszaki Egyetem, King's College London). 2010-ben elvégzett egy intenzív európai bűnüldözési szaktanácsadó képzést Németországban.

Két évig (2014–2016) az Egyesült Királyságban dolgozott projektvezetőként egy cégnél, mely robbanóanyagok kimutatására alkalmas készülékeket fejleszt repterekre. 2016 októbere óta az Országos Közegészségügyi Központban, majd jogutód intézményeiben, az Országos Közegészségügyi Intézetben és a Nemzeti

Népegészségügyi Központban dolgozik. Szakmai irányítása alá tartoznak a levegőhigiénés, aerobiológiai és humán biomonitoring feladatok. Szakmai vezetője az InAirQ elnevezésű projektnek (Interreg Central Europe, 2016–2019), illetve magyarországi koordinátora a HBM4EU elnevezésű projektnek (Horizon 2020, 2017–2021). Az EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-0001 azonosítószámú, az *Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése* projektben tagja a környezeti allergénekkel foglakozó munkacsoportnak. Szakmai irányítása alá tartozik az Aerobiológiai Hálózat. Részt vesz több nemzetközi projektben is (ClairCity, Copernicus European Health). Részt vesz a Nemzeti Népegészségügyi Központ szakmai kommunikációjában.

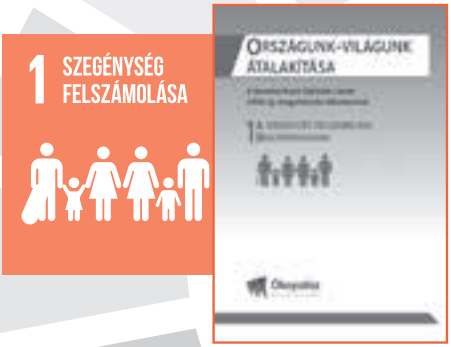
Összesen tizenhárom megjelent cikkben szerző, a cikkek összesített impakt faktora 50,5. Ezen publikációkra érkezett összes hivatkozások száma a Google Scholar alapján 259. Egy nemzetközi konferencia szakmai szervezője. Jelenleg két PhD-hallgató témavezetője.

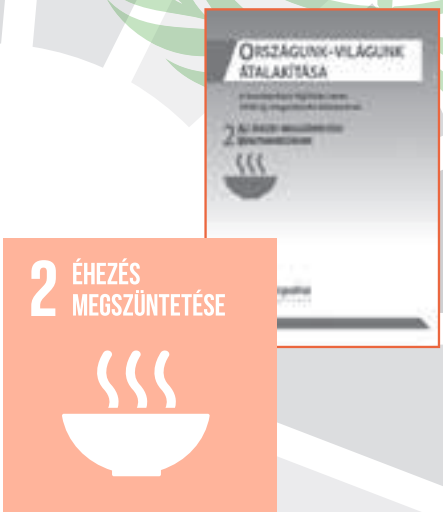
Lengyel Szilvia

Gazdasági agrármérnöki diplomáját és mérnöktanári végzettségét a Gödöllői Agrártudományi Egyetemen (ma Szent István Egyetem) szerezte. Később a szakképzés-pedagógiai doktori program hallgatója volt a Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetemen. 2012-ben végezte el az ELTE Jogi Továbbképző Intézetének környezetvédelmi jogi képzését.

Pályafutása elején egyetemi oktatóként, pályázatíróként tevékenykedett, valamint nemzetközi együttműködés keretében több európai uniós szakképzési projektet vezetett, ahol hátrányos helyzetű fiatalok, fiatal felnőttek szakképzésével, elhelyezkedésének segítésével foglalkozott.A Lehet Más a Politikához 2008 augusztusában, annak még társadalmi kezdeményezés korában csatlakozott, a párt alapító okiratát jegyzők egyike. 2008 és 2017 között több alkalommal az országos választmány, illetve az országos elnökség tagja volt. 2012 és 2014 között a Lehet Más a Politika országgyűlési képviselője, főleg agrár- és vidékfejlesztési kérdésekkel foglalkozik. 2014–2017 között a párt vidékfejlesztési szakszóvivőjeként dolgozik. 2014 őszétől a Pest Megyei Közgyűlés tagja, 2015-től az LMP pártalapítványának, az Ökopolisz Alapítvány kuratóriumának társelnöke.

Az Ökopolisz Alapítvány konferencia-sorozat keretében dolgozza fel az ENSZ fenntartható fejlődés célkitűzéseit (SDG) a 2015. szeptember 15-én az ENSZ közgyűlése által elfogadott **A világunk átalakítása 2030-ig** című dokumentum alapján.





www.okopoliszalapitvany.hu

Az eddig kiadott konferenciakötetek online formában elérhetők az alapítvány honlapján, vagy nyomtatott példányok ingyenesen igényelhetők e-mailben.

info@okopoliszalapitvany.hu

A Lehet Más a Politika párt által alapított Ökopolisz Alapítvány célja az állampolgári tájékoztatás és tájékozódás javítása, a politikai kultúra fejlesztése és a közjó szolgálata, kiemelten az ökopolitikai gondolkodásmód elterjesztése, az ökopolitikai alternatívák megfogalmazása, valamint az ökopolitika képviseletének elősegítése a fenntarthatóság, a közügyekben való állampolgári részvétel és az igazságosság széles körű népszerűsítése révén.

Elérhetőségeink:
1068 Budapest, Felsőerdősor utca 12–14. 3. em. 3.
Tel: +36 30 542 4145
E-mail: info@okopoliszalapitvany.hu
Internet: www.okopoliszalapitvany.hu
Facebook: https://www.facebook.com/Okopoliszalapitvany/

Ökopolisz
alapítvány

The Green European Foundation (GEF) is a European level political foundation funded by the European Parliament. It is linked to, but independent of, other European Green actors such as the European Green Party and the Green Group in the European Parliament.

The mission of GEF is to contribute to the development of a European public sphere and to foster greater involvement by citizens in European politics, ultimately forging a stronger, more participative democracy. GEF strives to mainstream discussions on European policies and politics both within and beyond the Green political family. It works to create a common Green vision for Europe and to communicate this to the wider public.

Contact
Green European Foundation:
Rue du Fossé 3. – 1536 Luxembourg
Brussels Office: Green European Foundation – Mundo Madou – Avenue des Arts 7-8. – 1210 Brussels – Belgium
Tel.: +32 2234 6570
E-mail: info@gef.eu
Website: www.gef.eu
Facebook: https://www.facebook.com/GreenEuropeanFoundation/

GEF GREEN EUROPEAN FOUNDATION

Az Ökopolisz Alapítvány 2016 novemberében elkezdett egy 17 részből álló Ökopódium sorozatot az ENSZ fenntartható fejlődés célkitűzéseiről, a 2015. szeptember 15-én az ENSZ Közgyűlése által elfogadott *A világunk átalakítása 2030-ig* c. dokumentumról (a továbbiakban: SDG). Mivel nem kötelező nemzetközi jogi normáról van szó, a végrehajtása attól függ, mekkora társadalmi figyelem és politikai akarat kíséri. Erre tekintettel Magyarországon elindítottunk egy konferenciasorozatot, amely során a fenntartható fejlődés célkitűzéseit neves szakemberekkel vitattuk meg. Ha a jelenlegi projekttel sikerül jó példával elöl járnunk, ahhoz is hozzájárulhatunk majd, hogy világszerte hasonló programok induljanak, és az eredményeiket az egyes országok egymással összevessék, tanuljanak egymástól, ösztönözzék egymást.

Ez a kötet az Ökopolisz Alapítvány és nemzetközi partnerünk, az Európai Zöld Alapítvány (Green European Foundation – GEF) közös gondozásában jelent meg.

9 789638 955234