

ITT HALNOD KELL?

avagy hogy tudnánk kimászni az egészség-gödörből?

2008. október 10.-én a miniszterelnök megindultságtól el-elfúló hangon jelentette be, hogy a 4 halálos áldozatot követelő vasúti szerencsétlenség miatt elfogadta a közlekedésért felelős miniszter és a vasút elnökének lemondását. Emlékezhetünk, a 2006. augusztus 20-ai vihar 5 halálos áldozatáról szóló hír hasonlóan megrázta a közvéleményt. A lakosság komoly érzelmi rezonanciájára számíthat a média, amikor egy-egy nyári hétvégén beszámol 8-10 autós honfitársunk elvesztéséről. Érthető, hiszen minden elvesztett emberélet tragikus veszteség, különösen, ha a halál hirtelen, váratlanul következik be.

Balesetek következtében összesen 4800-an haltak meg Magyarországon 2006-ban. Szív- és érrendszeri betegségben ugyanakkor 66.560-an, rákban pedig 32.400-an.¹ Ezek az adatok azonban nem álltak heteken keresztül a média fókuszában, nem váltottak ki általános felháborodást, tiltakozást, nem mondott le miattuk az egészségügyi miniszter. Gondolhatnánk persze, egy ilyen gazdasági-társadalmi fejlettségű országban ez elkerülhetetlen, akár természetesnek is tekinthető, hogy ennyi honfitársunkat veszítjük el e betegségek miatt. Valóban így van ez? Egy, a mienkre jellemző fogyasztói kultúrában, ilyen életmód mellett ez tényleg természetes? A válasz: nem. A „természetesnél” jóval többen halnak meg Magyarországon. És már évtizedek óta! És ez az arány egyre csak romlik! Míg 1980-ban szív- és érrendszeri betegségekben Magyarországon másfélszer annyian haltak meg, mint az EU jelenlegi tagországaiban tapasztalható átlagos halandóság alapján elvárható lenne, addig 2005-ben már közel kétszer annyian. A daganatos halálozásban 1980-ban is és 2005-ben is az EU „éllovasai” voltunk. De míg az európai átlag 25 év alatt egytizedével csökkent, hazánkban a rákos betegségek halálozása ugyanolyan magas maradt. De nemcsak Európából „lógunk ki”: a daganatos halálozás világranglistáján is dobogósak vagyunk Mongólia és Bolívia után a harmadikként.

Ne higgyük, hogy csak a halálos közúti balesetek számának drasztikus csökkentésére van

lehetőségünk, hanem a magyarokat sújtó évtizedes halandósági trendeken is lehet fordítani! Ezért érdemes megvizsgálni, hogy mit lehetne és mit kellene tennünk ennek érdekében. Az alábbiakban elsőként a láttelelet, majd az etiológia, az okok feltárása, végül pedig a javasolt terápia következik.

A láttelelet

A munkaképes korúak halandósága – érthető okokból – kiemelkedően fontos a társadalom szempontjából. Nemcsak az e korcsoportba tartozók gazdagsági szerepe miatt, hanem azért is, mert a betegségek ebben a korban jórészt megelőzhetőek vagy gyógyíthatók. A munkaképes korúak halandósági rangsorában Magyarország a 90. helyet foglalja el az Egészségügyi Világszervezet listáján, előttünk Brazília 88., Jamaica 89., mögöttünk Szaúd-Arábia 91., Mikronézia 92. Elgondolkodtató, hogy alacsonyabb halandóságukkal olyan országok előznek meg minket, mint Costa Rica (35.), Kuba (39.) Vietnam (74.) vagy Sri Lanka (84.). Földrajzi szomszédjaink közül Románia 76., Szerbia 65. Horvátország 45., Szlovénia 38. Ausztria 23., Szlovákia 62. Ukrajna 139. helyezett. Mivel a gazdasági fejlettség alapján összeállított rangsorban hazánk és Szlovákia egymás mellett, a 35. és 34. helyen állnak, – továbbá a földrajzi szomszédság és a hasonló történelmi fejlődés okán is – elvárnánk, hogy halandóságuk ne térjen el jelentősen. De nem így van: ha Magyarországon a szlovákiai halandóságot tapasztaltuk volna 2005-ben, akkor egész éven át naponta 17-tel kevesebben haltak volna meg!² Nem tévedés, naponta, vagyis 6142-vel többen koccinthatunk volna 2005 Szilveszterén. És ez így megy évek, évtizedek óta: a legutóbbi évtizedben (1996-2005) közel 90 ezer, azt megelőző két évtizedben 120-120 ezerrel kevesebb magyar halt volna meg a szlovákiai halandósági viszonyok mellett. 1950 óta háromezer híján félmillió ember az így számolt veszteség!

Nemcsak aránytalanul több koporsóra van szükségünk Szlovákiához viszonyítva, hanem más európai polgárokhoz képest jóval keve-

sebb (teljes) egészségben eltöltött életévre is számíthatunk: Magyarország a 65 évével a 23. a 27 EU-tagország között. Legalább öt évvel többre számíthat 15 ország lakosa, de a volt szocialista országok közül is megelőz minket Csehország, Szlovénia, Lengyelország és Szlovákia. A lehangoló tények sora folytatható, hiszen alig található olyan egészségmutató, amiben ne az utolsók között kullognánk. Az OECD idén augusztusban közzétett rangsoraiban a 14 különböző egészségmutató közül hazánk 6-ban az utolsó, 5-ször az utolsó előtti. Nálunk hátrébb csak Mexikó és Törökország végzett, illetve egy-egy mutatóban Franciaország illetve Szlovákia.³ A helyzetértékelésben nincs is vita a hazai és a nemzetközi szakértők között, legfeljebb egyesek a saját magunkhoz való javulást hangsúlyozzák inkább és nem a többi országhoz viszonyított elmaradás folyamatos növekedését.

Okok és magyarázatok

Röviden: nincs kielégítő magyarázat arra, hogy évtizedek óta miért rosszabb és miért nem javul olyan gyorsan a magyarországi lakosok egészsége, mint az elvárható lenne. Hosszabban: vannak magyarázatok, de nem meggyőzőek, és csak részben elfogadhatók egy-egy problémára, vagy egy-egy időszakra vonatkozóan. Mint a legtöbb biológiai és társadalmi jelenség hátterében, itt is több tényező együttes hatása feltételezhető. A következőkben azokat vesszük sorra, melyeket a tudomány ma fontos, az egészséget meghatározó tényezőként tart számon.

(Keveset költünk egészségre) A már említett OECD tanulmány szerzői elemezték, hogy az egészségi állapot utóbbi évtizedben tapasztalt javulását milyen meghatározó tényezőkre lehet visszavezetni. Megállapították, hogy Magyarország esetében a várható élettartam legalább 2 évvel nőtt volna, ha az egészségügyi kiadások elérték volna az OECD átlagát. Nem nehéz észrevenni az összefüggést: az egy magyarra jutó éves 1504 dollárból sokkal kevesebb korszerű eszközt és gyógyszert lehet beszerezni a nemzetközi piacon, mint az átlagos 2824-ből. Bár az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított részaránya 1998 óta – akárcsak az OECD többi országában – hazánkban is emelkedett, de csak 1,2%-kal, így elmaradásunk mégis tovább nőtt. Az egyéb-

ként is alacsonyabb hazai GDP miatt ugyanis az átlagosnál 1000 helyett 1300 dollárral kevesebbet fordítottunk egészségügyre 2006-ban, mint 1998-ban. Mielőtt a gazdasági nehézségekre hivatkozva felmentenénk a magyar kormányokat, érdemes feltenni a kérdést, vajon tényleg indokolt-e a világ 193 országának a közkiadások költségvetési aránya alapján 2006-ban felállított rangsorában elért 101. helyezésünk? Valóban csak annyit (10,4%) engedhetünk meg magunknak, mint a 99. Nigéria, a 100. Samoa szigetek, a 103. Kazahsztán, vagy a 104. Santa Lucia? Az összevethetőség kedvéért, Szlovákia a maga 13,8%-ával az 54. helyen áll. A tények alapján levonható az a következtetés, hogy a társadalmi-gazdasági helyzetünkhöz képest az elvárhatónál kevesebbet fordítunk az egészségügyre. Ha még azt is hozzávesszük, hogy a magyar lakosság egészsége rendkívül rossz, akkor erősebben fogalmazhatunk, nemcsak az elvárhatónál, de az indokoltnál is jóval kevesebbet költünk egészség ügyére Magyarországon.

(Alacsony az egészségügy hatékonysága) Nemcsak keveset költünk, de még azt a keveset is rosszul használjuk, állapítja meg a már idézett OECD tanulmány. Pedig, a hatékonyság növelésével átlagosan 3 évvel lehetne növelni a várható élettartamot, ezzel szemben a kiadások 10%-os emelése csupán 3-4 hónapos növekedést jelentene. Nos, a magyar egészségügyi rendszer hatékonysága utolsó a harminc tagország rangsorában! Ennek okait egyelőre csak találgatni lehet, de néhány probléma különösebb kockázat nélkül megnevezhető. Előszörként említendő, hogy az ellátási kötelezettségek és a tulajdonosi viszonyok ésszerűtlenül és célszerűtlenül szabályozottak, ami egyidejűleg eredményez kapacitásfelesleget és hiányt is. (Ez a jelenség jól ismert a szocializmus időszakából. Talán az egészségügyben nem történt meg a rendszerváltás?) Ezért került sor 2007-ben olyan központi intézkedésre, ami a feltételezett szükségletekhez próbálta alakítani az aktív és a krónikus ágyak számát és arányát. Másik alapvető probléma az, hogy a fogyasztók, a szolgáltatók és a finanszírozó közötti információs aszimmetriát nem ellensúlyozza a szereplők összehangolt érdekeinek megfelelő ellenőrző és ösztönző rendszer. Így nem meglepő, hogy finanszírozási nehézségeik csökkentésére a szolgáltatók „innovatív” elszámo-

lást küldenek az egészségbiztosítónak, és elnézik, hogy dolgozók magánorvosi tevékenységüket a közszolgáltatásba „integrálják”. Az érdekek diszharmóniája vezet azután felesleges a vizitekhez, laborvizsgálatokhoz és bennfekvéshez, tart fent elavult infrastruktúrájú és szakemberhiánnyal küzdő intézményeket, hogy csak a leggyakrabban ismételt nehézségeket említsük.

(Információ- és tudásbiány) A korlátozottan rendelkezésre álló erőforrások hatékonyabb felhasználását az igénybevett információ és a tudás jelentősen növelheti. Szakértők körében nagy az egyetértés a tekintetben, hogy a megfelelő döntésekhez szükséges megbízható információ nem áll rendelkezésre sem a lakosság egészségéről, az egészséget befolyásoló tényezőkről, de még az egészségügyi rendszer működéséről sem. Bár egy 2003-as országgyűlési határozat előírja, mégsem végeztek 2008-ban lakossági egészségfelmérést. Emiatt a 2003-as felmérés óta kizárólag az egészségügygel kapcsolatba került személyekről gyűjtöttek adatot. Az egészségbiztosítónak beküldött adatok természetesen legfeljebb az ellátórendszer igénybevételéről adhatnak – finanszírozási problémák miatt gyakran torzított – információt, de a lakossági szükségletekről, az ellátáshoz való hozzáférésről, valamint ezek egyenlőtlenségeiről nem. Ilyen információk hiányában nem nehéz kikövetkeztetni, hogy nem lehet az ellátási kapacitásokat az országban a szükségleteknek megfelelően elosztani, vagyis az egészségügyi rendszert hatékonyan üzemeltetni.⁴ Nem véletlenül áll az egyenlőtlenség a fejlett egészségüggyel rendelkező országok stratégiájának célkeresztjében.⁵ Egy elemzés szerint a halandóságban jelentkező egyenlőtlenségek 84 milliárd euró veszteséget okoztak a korábbi 25 EU tagországra összesítve.⁶

Az egészségügy gazdaságos működtetéséhez nemcsak az ehhez szükséges információ, hanem a megfelelő tudás is hiányzik. A közoktatás és az egyetemi képzés általánosan egyre alacsonyabbnak tartott színvonala egyrészt lerontja az egészségügy hatékonyságát, másrészt szerepet játszik az egészségtelen életkörülmények és az egészségkárosító életmód fenntartásában és terjedésében. Az egészség-tudományokban való elmaradásunkat jól jelzi, hogy alig több mint tíz éve – a Világbank kezdeményezésére és támogatásával – indult

korszerű népegészségügyi és egészségügyi vezetői képzés Debrecenben, illetve Budapesten. Az ezekben az intézményekben, valamint ugyancsak a Világbank támogatásával neves külföldi egyetemeken végzetek tudásának rendszerszintű hasznosításával a szakpolitikai vezetés azonban napjainkig adós maradt. A döntések ugyanis – az évtizedes hagyományoknak megfelelően – nem szakmai vitákban kérielt konszenzuson, hanem szűk (érdek)csoportok, sőt legtöbbször csupán „szakmai veteránok”, vagy potentátok, esetleg szakpolitikusok gyakorta ötleterű javaslatain alapulnak. Erre következtethetünk az egészségbiztosítási rendszer átalakítására tett legutóbbi kísérletek kapcsán is. A legnevesebb külföldi és hazai szakemberek hiába óvták a több-biztosítós modell bevezetésétől a magyar kormányt, az ragaszkodott a leginkább ideológiai, semmint szakmai elképzeléseken nyugvó, előzmények nélküli „magyar modell” tervéhez.⁷

De nemcsak a döntések előtt nem készülnek hatáselemzések, a végrehajtott intézkedések, programok eredményességét sem monitorozzák Magyarországon. Egyetlen példát erre: november 20-án a Parlamentben tartották a 2003-ban elindított népegészségügyi program félidejű értékelését, ahol a vezető magyar szakpolitikusok formálisan nem értékelték a program első öt évének eredményeit, tapasztalatait. Mivel a program számszerűsített célokat tartalmaz, egy valamire való programértékelésnek szólni kellett volna arról, hogy a program első öt éve után a kitűzött célokhoz képest hol állunk. Nem véletlen, hogy ez nem történt meg, hiszen megfelelő monitorozó rendszer hiányában erről a kormányzatnak fogalma sincs. Részben emiatt azután nem is tettek javaslatokat esetleges módosításokra, és így nem is kerülhetett sor azok megvitatására sem. Bár a magyar lakosság siralmas egészségéről igen kritikus beszámoló hangzott el, az előadásból következő kihívásokra a politikusok egyáltalán nem reagáltak, zárszavukból viszont megtudhattuk, hogy a program következő öt évre meg van a pénz, a politikai akarat és egyetértés is, a program szereplői is készek a folytatásra, tehát minden rendben van...

(Egységkárosító fizikai környezet) A természetes és épített fizikai környezet egészségre kifejtett hatása régóta jól ismert, de hogy hazánkban

ezek milyen szerepet játszanak a kritikusan rossz egészségi állapot kialakulásában, az még nem tisztázott. A kiemelkedően magas daganatos halálozási arány hátterében az életmódbeli tényezőkön túlmenően (pl. dohányzás, egészségtelen táplálkozás) ésszerű feltételezni a lakóhelyen és a munkahelyeken előforduló rákkeltő anyagokat is. Ma még nem tudjuk azonban, hogy a fejlett országokhoz képest elmaradott szennyvízelvezető rendszerünk, vagy az ipari károsanyag-kibocsátás (mérgező veszélyes-anyagok, füst, korom), vagy a korszerűtlen közúti közlekedés mennyire okolható ezért.

A szabadidő egészséges eltöltéséhez szükséges feltételek, vagyis mint a könnyen hozzáférhető uszodák, sportpályák, közparkok vagy a kerékpárutak hiánya is minden bizonnyal hozzájárul a lakosság elkeserítő egészségi állapotához.

Itt kell megjegyezni, hogy míg egy beruházás engedélyeztetéséhez környezeti hatáselemzést kell csatolni, addig a lakosság egészségére vonatkozó hatáselemzést nem követelnek a hatóságok. Pedig az egészség társadalmi-gazdasági meghatározottságából következően az egészség-hatásvizsgálatok igen hatásos eszközök a lakosság egészségének javításához, amint azt a széles körben elterjedt nemzetközi gyakorlat mutatja. Ehhez kapcsolódó kis magyar abszurd: miközben a Kormány által elfogadott legújabb egészségügyi programtervezetben az olvasható, hogy „a kormányzati döntési folyamat kötelező elemévé tesszük az egészséghatás-bebecslést”,⁸ addig ezt egy Kormány határozat már 1994 óta kötelezővé teszi.⁹

(Romboló társadalom-lélektani környezet) Az előzőekben említett okokat sorra véve felmerül a gondolat, hogy mi az, amiben hazánk tényleg egyedi a volt szocialista országokkal összevetve? A hasonló problémák ellenére úgy tűnik, hogy a magyar lakosság az egészségre ható tényezők különösen kedvezőtlen keveréke miatt szenved évtizedek óta. Hazánk lakossága, de főként a munkaképes korú férfiak a magyar társadalom fejlődésének a többi volt szocialista országban tapasztalttól eltérő sajátosságai következtében hosszú ideje krónikus stresszben él, véli Kopp Mária.¹⁰ Az 56-os forradalmat követő politikai elnyomás, párosulva a fokozatosan kiteljesedő gazdasági sza-

badssággal és az azzal járó fogyasztói társadalmakra jellemző értékrenddel olyan feszültségeket tartott fent – állítja -, ami megmagyarázná a krónikus stressz társadalmi szinten jelentkező következményeit. Tudományos bizonyítékok sora igazolja, hogy a bizalom csökkenése, a kirekesztés, a nagy egyenlőtlenségek, a társas kapcsolatok beszűkülése, az értékvesztés és a céltalanság jelentősen lerontják a közösségek és az egyének esélyét arra, hogy az egészséges élethez szükséges információt, termékeket és szolgáltatásokat megszerezzék, hogy a rendelkezésre álló forrásokat a szükségleteiknek megfelelően hasznosítsák. A források feletti rendelkezés egyben elősegítené az egészséges életvitelt, valamint az azt támogató környezet kialakítását is.

(Önkárosító életmód) A krónikus stressz egyik igen súlyos következménye a feszültséget oldó egészségkárosító magatartásformák magyarországi elterjedése. A 27 EU tagország között a rendszeres dohányzók arányában az 5., az elfogyasztott alkohol egy főre jutó mennyiségében Magyarország a 4. helyen áll. A volt szocialista országok közül a dohányzásban csak Bulgária, az alkoholfogyasztásban Csehország és Észtország előz meg bennünket. A dohányzás és a túlzott alkoholfogyasztás hazai elterjedtsége sajnos jól magyarázhatja a magas magyar halandóság egy jelentős részét. Egy friss EU kutatás eredményei szerint a dohányzáshoz köthető, a várható élettartamban jelentkező, az EU-15 országokhoz viszonyított több mint 5 éves elmaradásunk fele, az alkoholhoz pedig férfiaknál a hátrány harmada, míg nőknél az ötöde.¹¹ E káros szenvedélyeken túl, majdnem minden harmadik magyar felnőttnek magasvérnyomása van, derült ki a 2003-as egészségfelmérésből, ami egyértelműen az egészségtelen táplálkozásra és az elégtelen testmozgásra, a túlsúlyra utal. Az önkárosító életmód hazai elterjedtségét jól mutatja, hogy Magyarországon a felnőttek háromnegyede károsítja egészségét az előbb említettek valamelyikével.

Terápiás javaslat

Átfogó, rendszerszintű átalakításokhoz, reformokhoz a közérdeket a magánérdek elé helyező, széles látókörű, vízióval és kemény elszántsággal a küzdelmet felvállaló személyiség, államférfi kellenek. Nos, az egészségügy

vezetői között manapság nehéz lenne a leírásnak megfelelő személyre találni. Így aztán hiábavaló arra várni, hogy Magyarországra „begyűrűzzön” mindaz, amit a világ szerencsésebb országaiban a szakpolitikusok tesznek a lakosság egészségéért. Ki tudja, meddig folytatódhat a rögtönzések sorozata, amely a lakosság egészségének javítása helyett, jobb híján a kiadások csökkentését tűzi ki célul. Ha nem reménykedhetünk felülről indított változásban, akkor megpróbálhatnánk alulról kezdeményezni. Átgondolva a feladatot, két dologra van szükségünk: kell egy stratégia és kell egy annak végrehajtását kikényszerítő, nyomásgyakorló civil kezdeményezés. Kotta, hogy tudja a szakpolitika, mit kellene játszani, és motiváció, hogy a közönségnek játsszon.

Jellemző, hogy noha a széleskörű és országos szakmai egyeztetések után 2005-ben véglegesített egészségügyi stratégiai koncepció még most is fellelhető az Egészségügyi Minisztérium honlapján, a kormányprogramokban, a választási programokban nyomát sem találni.¹² Az egy évig tartó stratégiakészítési fellángolást az EU forrásokra tervezett fejlesztések előkészítése váltotta ki, de az e koncepcióra alapozott ágazati stratégia azóta sem készült el. Képzhetjük, mi alapján döntöttek-döntenek a több százmilliárd forintnyi fejlesztésekről. Csak reménykedhetünk, hogy az egészségügyi rendszer hatékonysága a fejlesztések nyomán javulni fog. Ha azonban a reménnyel nem érjük be, ágazati stratégiát kell készíteni – ezek szerint a minisztérium helyett! Népegészségügyi szemléletű, a legjobb nemzetközi gyakorlatok tapasztalataira épülő, átfogó stratégia biztosíthatja csak a rendszer hatékony működtetését, fejlesztését, ami a rendelkezésre álló források mellett a legnagyobb egészség-nyereséget eredményezheti a lakosság számára. A stratégia nyilvánvalóvá teszi a magyar társadalom egészséggel kapcsolatos értékeit, azokhoz ágazati célokat rendel, és a célok eléréséhez illeszkedő feladatokat fogalmaz meg. Ha lenne már stratégiánk, akkor például nem lehetne az egészségügyről úgy beszélni, hogy alatta kizárólag kórházakat, rendelőköt, és gyógyszerárakat valamint az azoknak fizető egészségbiztosítást értik, akkor a betegségi helyett valóban Egészségügyi Minisztérium székelne Budapesten az Arany János utcában. A stratégiában kijelölt feladatok sorrendje megszabná például, hogy elő-

ször – az alapellátás mellett - a járóbeteg-ellátást kell fejleszteni és csak utána csökkenteni a kórházi ágyszámokat – ez most éppen fordítva történik. A prioritások sorrendje alapján akkor inkább költenénk tízmilliókat egészségfelmérésekre, mint milliárdokat kétes értékű szűrőprogramokra.¹³ Az egészségi állapot közvetlen társadalmi-gazdasági meghatározottsága miatt akkor a stratégia szoros együttműködést alakítana ki az egészségügy és más ágazatok között – ez most egyáltalán nem valósul meg, sőt más ágazatok előnyére az egészségügytől vonnak el évek óta jelentős forrásokat.

Egy ilyen stratégia kialakítása az értékválasztással indul, utána már szinte tisztán szakmai feladat. Mint tapasztalhatjuk, mostanában nemigen számíthatunk a politikusokra, pedig rájuk várna az értékek sorrendjének felállítása. Hát akkor hogy tudunk a szakmai feladatokhoz kezdeni? Abból indulunk ki, hogy egyetértésre lehet jutni a legalapvetőbb, a többség számára elfogadható, az egészséggel kapcsolatos értékekről. Például, bátran feltételezhető, hogy mindenki egyetért abban, hogy az egészségügyi rendszer célja a lakosság egészségének javítása. Hogy e cél elérését egy vagy több biztosító működtetése biztosítja, arról most szakmai és nem ideológiai döntés szükséges. Ennek analógiájaként elképzelhető, hogy – kivételes és ideiglenes megoldásként – a stratégia készítéséhez feltétlenül szükséges valamennyi értékválasztás a stratégián dolgozó szakértők konszenzusával megtörténhetne. A stratégia kialakítására vállalkozók nemcsak valamennyi egészséget meghatározó tényezőt érintő szakterületet, hanem különböző világnézeteket, politikai ideológiákat is képviselnének. Ez biztosíthatná, hogy a stratégia alkalmazása ne csak valóban javítsa a lakosság egészségét, hanem egyben azt is, hogy széleskörű szakmai egyetértésre támaszkodva a reform egyáltalán végrehajtható legyen. Néhány év elteltével, az eredmények értékelése után a szakpolitikára kellene bízni a stratégia frissítését, hogy túllépve annak kivételes és ideiglenes jellegén, a kötelesség és a felelősség egy kézbe kerüljön.

A multidiszciplináris (és multikulturális) szakértői csoport által kifejlesztett stratégia mellett motivációt biztosító civil kezdeményezésre is szükség van. E nélkül - előre sejtetően - a dokumentum írott malaszt marad. Vajon le-

het-e számítani az egészségügyi stratégia végrehajtásához széleskörű lakossági támogatásra? A rendszerváltozás óta többször tapasztalt tízezreket megmozgató aláírásgyűjtések és demonstrációk alapján feltételezhető, hogy sokan és elegendően mozdulnának meg saját és családjuk, sőt közösségük egészségéért. A megfelelő lobbierőt képviselő szervezet felépítéséhez át lehetne venni külföldi tapasztalatokat, hiszen csakis egy profi módon „intézményesített” civil szervezet tudja szakértőivel eredményesen képviselni valamennyi egyeztetési fórumon a lakosság érdekeit és tudja ezeket a médiában is hatásosan megjeleníteni a politika motiválása céljából. Irigykedő szemünk előtt a *Green Peace*, az *Amnesty International* vagy a *Négy Mancs* lebegjen! Az országos szintű tevékenységet végző nyomásgyakorló civil kezdeményezés területi egységei továbbá azon is munkálkodhatnak, hogy a helyi döntéseknél vegyék figyelembe azoknak – a gazdasági és környezeti hatásain túli – a helybeliek egészségét érintő következményeit is. A helyi aktivitás nemcsak a mozgalmat erősíthetné, hanem a lakosság egészségében érdemi javulást is hozna.

Ha az előzőekben vázolt, jelentős politikai nyomásgyakorlásra az egészségügy területén eddig hazánkban nincs is túl sok példa, autonóm módon gondolkodó és cselekvő helyi közösségekre már igen! Az elmúlt 10 évben több száz település készített a szó valódi értelmében „egész”-ség-terveket, amelyek a helyi közösségekben élők szükségleteire épültek és a tervben leírt programokat a közösség részvételével valósították meg. E települések, közösségek felismerték, hogy hiába várnak a csodára, a „mindenki számára hozzáférhető, magas szintű egészségügyi ellátásra”. A közösségek részvételi demokrácián alapuló cselekvése és a társadalmi tervezési modell működtetése nem zárja ki egymást, sőt!

Mindez túl szép, hogy igaz legyen? Lehet, de van-e más esélyünk? Túl nagy a tét ahhoz, hogy ne fogjunk bele.

Csatlakozz hozzánk, tegyünk együtt egészségünkért!

Egészségünkért Együtt Civil Kezdeményezés

¹ KSH tájékoztatási adatbázisából; http://portal.ksh.hu/portal/page?_pageid=37.112477&_dad=portal&_schema=PORTAL (2008.11.29.). A nemzetközi összehasonlításokhoz az adatok az Egészségügyi Világszervezet WHOSIS és HFA adatbázisaiból származnak;

<http://www.who.int/whosis/en/index.html> (2008.11.29.) és <http://www.euro.who.int/HFADB> (2008.11.29.)

² Saját számítások a The Human Mortality Database adatai alapján; www.mortality.org (2008.11.25.)

³ Joumard, Ch André, Ch Nicq, and O Chantal. Health Status Determinants: Lifestyle, Environment, Health Care Resources and Efficiency. OECD. Economics Department Working Papers No. 627, 2008.

[http://www.ois.oecd.org/olis/2008doc.nsf/linkto/eco-wkp\(2008\)35](http://www.ois.oecd.org/olis/2008doc.nsf/linkto/eco-wkp(2008)35) (2008.11.25.); ismertetés magyarul: Vitrai J: A magyar egészségügy tiszta Amerika? Az OECD szerint pocskócol, de nem pazarol a magyar egészségügy. IME 2008,8:5-7. http://biloba.hu/ime/2008_8/05_07.pdf (2008.12.04.)

⁴ Emiatt támogatta az Egészségbiztosítási Felügyelet az „Egészség-egyenlőtlenségek Magyarországon. Adatok az ellátási szükségletek térségi egyenlőtlenségeinek becsléséhez” című tanulmányt. <http://www.ebf.hu/index.php?m=9> (2008.11.29.)

⁵ Példaként két beszédes című nemzeti egészségügyi program: Finnország - National action plan to reduce health inequalities 2008–2011; Norvégia - National strategy to reduce social inequalities in health; és az Egészségügyi Világszervezet most októberben bemutatott, szakpolitikusoknak szánt dokumentuma: Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health; http://www.who.int/social_determinants/final_report/en/ (2008.11.29.)

⁶ Mackenbach, J. P. és mtsai: Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union, European Communities. 2007.

⁷ Például a 2007 januárjában a Parlamentben tartott szakmai konferencián előadó Armin Fidler a Világbanktól, Joseph Kutzin az Egészségügyi Világszervezettől, Josep Figueras az Európai Egészségügyi Rendszerek Obszervatóriumából, a hazai szakemberek közül Kornai János professzor, vagy az OECD-nek is bedolgozó Orosz Éva, az ELTE professzornője és az általa vezetett magyar szakértői bizottság, amelyet 2007 tavaszán kért fel a kormányfő

⁸ „Társadalmi-gazdasági területen minden alapvető változtatás előtt meg kell vizsgálni, hogy az hogyan hat a lakosság egészségi állapotára, ezért a kormányzati döntési folyamat kötelező elemévé tesszük az egészséghatás-becslést.” „Biztonság és partnerség: feladatok az egészségügyben 2010-ig, 2. oldal,

⁹ 1088/1994. (IX. 20.) Korm. határozat a Kormány ügyrendjéről (10.)

¹⁰ Kopp M, Székely A, Skrabski Á: Mi magyarázhatja a magyar férfiak idő előtti egészségromlását és halálozási arányait? Polgári Szemle, 2007,6:2-12.

¹¹ W. Zatonski, M. Manczuk, U. Sulkowska: Az egészség területén fennálló egyenlőtlenségek csökkentése az Európai Unióban, Országjelentés: Magyarország, HEM-Closing the Gap. http://www.hem.home.pl/index_ml.php?idm=5&cmd=1&lang=4 (2008.12.04.)

¹² Egészségügyi Fejlesztéspolitikai Konceptió; <http://www.eum.hu/archivum/sikeres-magyarorszagert/egeszsegugyi> (2008.11.27.)

¹³ A kétségekhez lásd: Kovács A, Döbrössy L, Budai A, Boncz I, Cornides Á: A népességügyi méhnyakszűrés helyzete Magyarországon 2006-ban. *Orvosi Hetilap* 2007,12: 535-540.