

## **Egészségben elmaradott országban élünk**

*„Leszakadásunk a Visegrádi Országokhoz képest is jelentős és növekvő”*

Interjú Dr. Vitrai Józseffel

Nem meglepő olyan egészségügyi statisztikákról olvasni, amelyek azt állapítják meg, hogy az Európai Unió régebbi tagállamaiban élőkhez képest a magyar mutatók rosszabbak. Megnyugtató információ viszont, hogy a magyar egészségmutatók az elmúlt két évtizedben javultak. A napokkal lapunk megjelenése előtt publikált „Jelentés egy egészségben elmaradott országból...” című elemzés azonban rámutat: semmi okunk optimizmusra, hiszen a fejlődés az elvárhatónál jóval lassabb ütemű vagy stagnáló. A betegségek gyakoribb előfordulása és a kimagasló halandóság miatt leszakadásunk – ami 1987 óta általában még növekedett is – nem csak az osztrákokhoz és a svéddekhez, de a hozzánk hasonló fejlődési pályát bejáró lengyelekhez, csehekhez és szlovákokhoz képest is jelentős – olvasható az Egészség-Monitor által kiadott összehasonlító elemzésben, amelyet Dr. Vitrai József és munkatársai készítettek.

**– Mit gondol, miért nincs Magyarországon átfogó egészség-stratégia?**

– Az Egyesült Államokban már az 1940-es években törvény született arról, hogy évente fel kell mérni a lakosság egészségi állapotát, de Európában is megszokott gyakorlat az évenkénti adatgyűjtés és az ezeken alapuló átfogó egészségügyi stratégiák készítése és végrehajtása. Magyarországon 2009-ben külső nyomásra jött létre ilyen léptékű lakossági egészségfelmérés, amelyet az Európai Unió tett kötelezővé tagállamai számára. Míg más európai országokban az egységes európai felmérés előkészítése 8 évet vett igénybe, – mert az egészségfelméréseknek régóta használt gyakorlata volt minden tagállamban és a különböző módszereket csak hosszadalmas folyamat során lehetett egységesíteni – Magyarországon egyáltalán nem volt korábbi referencia. 2000-ben Vokó Zoltán epidemiológussal együtt készítettük el az első nemzetközileg elfogadható színvonalú egészségfelmérést, amely csak azért történhetett meg, mert a Világbank által folyósított kölcsönnek ez a feltétele volt. Külső nyomás nélkül nálunk nem születnek felmérések, így elemzések sem, ezért nincs is mire stratégiát készíteni.

**– Az EgészségMonitor viszont elvégzett és nyilvánosságra hozott egy összehasonlító elemzést. Mitől rendkívüli ez a dokumentum?**

– A referenciaországokkal való összehasonlítás mellett az elemzésnek időbeli síkja is van: a súlyozott átlagértékeket 1987, 1997 és 2007 években tettük összevethetővé úgy, hogy az EU15-ök és a V3-ak értékeivel elosztottuk a magyar egészségmutatókat. Így jól érzékelhetővé vált az eltérés mértéke. Magyarországon a szakapparátusok hosszú időn keresztül csak arról beszéltek, miért is jó a mi egészségügyünk: magas a védőoltásokat megkapó csecsemők aránya (azt

azonban kevesen tudják, hogy a csecsemőhalandóság a jelentős javulás ellenére nálunk még mindig másfélszerese a régebbi EU-tagállamok átlagának), alacsony a HIV-fertőzöttek száma, de arról, hogy a keringési és a daganatos betegségek morbiditását tekintve világsők vagyunk, nem volt illő beszélni. Eddig csak próbáltuk bizonygatni, hogy a halandósági mutatóink nem jobbak, mint húsz éve, más országokhoz képest egyenesen nőtt a lemaradásunk. Most ez adatokkal alátámasztva olvasható is a jelentésben.

**– Az Európai Unió 15 korábbi tagállama lakosságának egészségmutatói azt az állapotot jelzik, „ahová szeretnénk eljutni”, a hasonló fejlődési pályán haladó Visegrádi Országok lakosságáé pedig azt, „ahol kellene lennünk”. Hol tartunk most?**

– Az eltelt húsz év során Magyarországon a mortalitás nem javult folyamatosan, sőt, az 1990-es évek elején még romlott is. Ha a magyar korcsoportos halandóságot az EU15 megfelelő átlagával hasonlítjuk össze, megállapítható, hogy 1987 óta a 45-74 éves korosztály relatív helyzete a nők körében csekélyebb, a férfiak körében jelentősebb mértékben romlott.

**– Mi az oka annak, hogy a magyarok rövidebb és rosszabb minőségű élettartamra számíthatnak?**

– A halálozások felét okozó keringési és a negyedét okozó daganatos betegségekben megfigyelhető jelentős és növekvő leszakadás okolható elsősorban a magyarok jóval rövidebb várható élettartamáért. A leszakadás mértékét jól érzékelteti, hogy ha 1987 és 2005 között Magyarországon az osztrák halandósággal számolhattunk volna, közel 1 millióval, de ha „csak” a szlovákkal, akkor is 200 ezerrel kevesebb haláleset fordult volna elő.

**– Ezek rendkívül sokkoló számok – milyen reakciókkal találkoztak a jelentés nyilvánosságra hozatalát követően?**

– Nagyjából semmilyenekkel. Szerintem a szakértők, döntéshozók nem igazán hiszik el ezeket a számokat, pedig hiteles adatforrásokra építettük az elemzést, például az Egészségügyi Világszervezet, az OECD, a KSH számaira, illetve olyan adatbázisokra, mint például a Human Mortality Database (University of California és a németországi Max Planck Institute for Demographic Research) gyűjtéseire. Pedig azért azzal mégiscsak szembe kell néznünk, hogy gyakorlatilag nincs olyan betegségcsoport, ahol jobb eredményeket produkálnánk, mint Szlovákia.

**– A betegségek előfordulását tekintve is nagy az elmaradásunk. Az asztmát leszámítva mindegyik vizsgált betegség esetén rosszabb a helyzet Magyarországon, mint a referencia országokban. Ebből milyen következtetéseket von le?**

– Nehéz konkrétan megnevezni az okokat. Az elemzés tulajdonképpen egy látlelet, a szakmának kellene elkezdenie feltárni az okokat. Az, hogy az asztma előfordulási gyakorisá-

ga miért nem tér el a vizsgált országok átlagától, vizsgálandó terület. Ahogyan az is, hogy miért 3,5-szörös a visegrádi országokhoz képest a magyar férfiak keringési halálózása: vagy mert későn kerülnek kórházba vagy azért, mert egészségkárosító életmódot folytatnak? Pusztán az alkoholfogyasztásra és a dohányzásra nem lehet fogni, hiszen a szlovákok, a lengyelek és a csehek is szoktak italozni és füstölni.

**– A daganatos betegségek alacsonyabb gyakorisága és magas halálózása mire utal?**

– Feltehetően azt jelzi, hogy Magyarországon kevesebben élnek ilyen betegséggel, azaz a daganatos betegek – nyugati társaikkal összevetve – rövidebb ideig élnek. Európában a legrosszabb mortalitási adatokat produkáljuk, a világon pedig a harmadik legrosszabbat Mongólia és Bolívia után. Ennek ellenére nincs olyan intervenció Magyarországon, ami azt a törekvést tűzte volna ki célul, hogy ezen az évtizedek óta magunkkal cipelt terhen könnyítsünk. Költünk ugyan az onkológiára pénzt, de eredménytelenül. A dohányzás és az alkoholfogyasztás, illetve a stressz (tehát az életmód-tényezők) önmagukban nem adnak az ennyire nagy eltérésre magyarázatot, valószínűleg a környezeti terhelés és az ellátórendszer elégtelen működése olyan szinergia-hatást fejt ki, aminek ez a következménye. Jelenleg csak találgatni lehet, mivel még mindig nincs működő országos rákregiszter és a legfrissebb rosszindulatú daganatok okozta halálózási adatok is 2006-osak. Nem tudjuk, hogy hányan és milyen típusú betegségekkel küzdenek.

**– Magyarországon 2007-ben az újszülött fiúk 8,5 évvel rövidebb életre számíthatnak, mint a lányok. Európában a két nem várható élettartama között izlandon volt tapasztalható a legkisebb különbség, amely nem érte el a 4 évet sem. Ebből mire következett?**

– A két nem közötti biológiai eltérések legfeljebb ekkora különbségeket magyarázhatnak. Ebből következően a 4 év feletti különbségért a férfiakat hátrányosan érintő társadalmi tényezők felelősek. Magyarország esetében ezek a tényezők 4,5 évvel rövidítik meg a férfiak életét. 2007-ben az EU15 országokban ez a különbség átlagosan mintegy 3 évvel kevesebb volt, mint hazánkban. Magyarország lemaradása e téren 1987 óta növekedett, hiszen a női-férfi élettartam-eltérés akkor még csak 1,5 évvel volt több az EU15 átlagánál. 2008-ban Hollandia az izlandi adatnál is jóval kevesebbet, 1,8 évnyi differenciát jelentett.

**– A biológiai okok „számlájára” tehát minimális eltérés írható. Mi lehet a magyarázata annak, hogy a magyar férfiak ennyivel rövidebb életre számíthatnak, mint a nők?**

– Minél nagyobb a várható élethossz nemek közti különbsége, annál inkább kapcsolható ez az egyenlőtlenség a nők és a férfiak társadalmi szerepének különbözőségéhez, és eltérő szellemi, fizikai és társadalmi megterheléséhez. Ezt az egyenlőtlenséget tekintve – a hasonló társadalmi fejlődés okán – a V3 országokkal azonos szinten vagyunk.

**– A két csoportra osztott referenciaországokhoz képest az ezredfordulón hazánk az elkerülhető halálózás tekintetében a nők esetében utolsó előtti, a férfiak esetében az utolsó helyen állt. Ez visszavezethető az egészségügyi ellátás hozzáférhetőségére?**

– A lakóhely közelében lévő egészségügyi ellátás hozzáférhetősége és színvonala, emellett a betegek igénybevételi hajlandósága is természetesen megszabja, hogy egy betegség fellépése milyen következményekkel járhat. Hiszen az elkerülhető halálózás a meg nem történt beavatkozások mutatója. 2008-ban az orvosi szempontból indokolt és elvárható beavatkozások időben történő alkalmazásával elkerülhető lett volna a 75 éves kor előtt bekövetkezett halálózások 30 százaléka, összesen több mint 18 ezer haláleset. Az ideális teljesítményű, a rangsorban első helyen álló Svédországhoz képest a magyarországi elkerülhető halálózás a nők esetében 220 százalékos, a férfiak esetében 250 százalékos többletet mutatott.

**– Milyen jelenségekre utal, hogy az elkerülhető halálózás Magyarországon belül is nagy különbségeket mutat?**

– Az elkerülhető halálózás kistérségi egyenlőtlensége szoros összefüggést mutat a kistérségek társadalmi-gazdasági helyzetével, deprivációjával. A leginkább deprivált kistérségekben a nők elkerülhető halálózása 40 százalékkal, a férfiak esetében 60 százalékkal haladta meg a legjobb helyzetű kistérségben élőkét. 2001 óta az elkerülhető halálózás a nők körében több mint 20 százalékkal, a férfiak körében ennél kisebb mértékben csökkent Magyarországon. Az Egészségügyi Világszervezet évek óta javasolja az alapellátás megerősítését, hiszen a betegségek korai felfedezése, illetve az egészségügyi magatartás kialakítása általában ezen a szinten dől el.

**– Hogyan jellemezhető hazánkban az orvoshoz fordulás gyakorisága, az igénybevételi hajlandóság?**

– Abban az esetben, amikor az egyén felismeri, hogy egészségi problémája miatt szükséges lenne felkeresni egy orvost, különböző akadályok miatt akkor sem mindig jön létre az orvos-beteg találkozás. A gátló tényezők egy része összefügg az egyén anyagi helyzetével. Az alsó jövedelem-ötödbe tartozók gyakrabban halasztják el az ellátás igénybevételét, mint a felső kvintilisbe soroltak. Magyarország e tekintetben a középmezőnyben helyezkedik el. A szakorvoshoz fordulásban már nagyobb egyenlőtlenség tapasztalható más európai országokhoz képest: nagyobb valószínűséggel és gyakorisággal fordulnak szakorvoshoz a tehetősebbek, mint a rosszabb anyagi helyzetben élők.

**– Említette, hogy kutatások hiányában nehéz konkrét választ adni, mégis adódik a kérdés: milyen okok húzódnak a kiugróan rossz egészség-teljesítmény mögött?**

– Elsőként az egészséget közvetlenül befolyásoló egészségkárosító életmódnak a többi országhoz képest jelentős hazai elterjedtsége hibáztatható. A keringési betegségek kiugróan magas halandóságához – a dohányzáson és az alkoholfogyasztáson túl – az egészségtelen táplálkozás, és a testmozgás hiánya is hozzájárulhat. Az egészséges választások akadályai az elégtelen hozzáférés mellett az egészségfejlesztési ismeretek hiánya. Az egyént érő stressz, a bizalomhiány, illetve a támogató közösségek, az emberi szolidaritás gyakori hiánya, az emberek közti ellentéteket szító közhangulat egyaránt hozzájárul lelki és testi egészségünk megromlásához. Az egészségügyi és szociális rendszerek nem megfelelő működtetése közvetlenül is okolható a magyar lakosság Európától leszakadó egészségéért.

**– Miért éppen a választási kampány idejére időzítették az elemzés publikációját?**

– Azt gondoltuk, hogy ezzel az időzítéssel jobban felkeltjük az egészségpolitikusok, a döntéshozók és a választók érdeklődését. Az volt a preconcepciónk, hogy hozzájárulhatunk ahhoz, hogy a választási kampánytémák közé beemeljük az egészség ügyét. Szerettük volna tudatosítani, hogy a magyar lakosság egészségi állapota kirívóan rossz. Munkatársaimmal együtt úgy érezzük, hogy a lakosság nincs teljesen tudatában annak, hogy az egészségügy területén mekkora a probléma nagysága. Ha ez így lenne, kikényszerítenék, hogy a döntéshozók foglalkozzanak a mortalitással, a morbiditással csökkentésével. Illúzióink persze nincsenek.

**– Az egészségügyi ellátórendszer tervezésekor mire figyelnek a döntéshozók?**

– Általában lakosságszám alapján dől el, hogy hol építenek szakrendelőt. Pedig a szükséglethez kellene ezt igazítani, elérhetőséget kellene elemezni. Nálunk ez nem így zajlik, aminek olyan abszurd döntések a következményei, mint például az, hogy elutasították egy Balaton melletti település pályázatát, mondván, a lakosságszám 20 ezer alatti. Hiába érveltek azzal, hogy a turistaszezonban a környék létszáma megtöbbszöröződik.

**– A diagnózist elkészítették, amely lesújtó. Melyek lennének a következő lépések?**

– A szörnyülködésen túl kell lépni és konkrét egészségstratégiát kidolgozni. Ha feltesszük azt a kérdést, hogy például miben különbözik Magyarország Szlovákiától, amely indokolja az egészségügyi adatok ilyen mértékű statisztikai eltérését, arra jelenleg senki sem tud hiteles választ adni. A problé-

ma gyökere ott keresendő, hogy a szakpolitikai irányítás nem látja a problémát megfelelő komplexitásában. Az egészségügy nem egyenlő a kórházüggyel, de az egészségügyi miniszterek mintha ezt nem ismernék fel. Az egészségügy átalakítása pedig csak rendszerszemlélettel lehet eredményes. Akárhol nyúlunk bele a rendszerbe, a következmények más területeken is jelentkeznek.

**– Hogyan lehet az egészségügyi egyenlőtlenségeket csökkenteni?**

– Ha elkezdünk rendszerszemléletben gondolkodni és ennek megfelelő cselekvési terveket készíteni. Ha nem a gyógyszerárak növekedését nevezzük romló egészségügyi teljesítményünk okának, ha nem az lesz a fő kérdés, hogy hová építsünk szakrendelőt. Pillanatnyilag fényévekre állunk attól a gondolkodásmódtól, amely nálunk fejlettebb egészségügyi országokban bevett gyakorlat, teljesen hétköznapi dolog.

**– Melyik ország gyakorlata lehet követendő példa Magyarországnak számára?**

– Míg 1970-ben a 65 évnél fiatalabb finn férfiak halandósága 660/100 ezer, addig Magyarországon csupán 570/100 ezer volt. 2008-ban ugyanez az érték azonban Finnországban 290-re csökkent, míg nálunk 570 maradt. Finnországban 1972-ben indult az Észak-Karélia néven ismertté vált projekt, amely átfogó társadalmi-gazdasági-egészségügyi változások révén produkálta ezt az eredményt. Az elemzésben idézzük a projektet 25 évig vezető Pekka Puska professzor egyik nyilatkozatát: „Egyáltalán nem volt könnyű! Egyidejűleg figyelembe kellett vennünk kulturális, gazdasági és egészségügyi problémákat, és megoldásukhoz szükség volt az összes döntéshozó szerv bevonására, a politikum segítségére is.”

A fejlett országok gyakorlatának megfelelően a lakosság egészségét bemutató egészségjelentést publikált és tervez megjelentetni évente az Egészségünkért Együtt Civil Kezdeményezés megbízásából az EgészségMonitor. A szakembereknek, a döntéshozóknak valamint az érdeklődőknek egyaránt szánt áttekintés a nemzetközi ajánlásoknak megfelelő mutatók segítségével hasonlítja össze Magyarországot, az Európai Unió 15 korábbi tagállama valamint a Visegrádi Országok lakosságának egészségét. A magyar lakosság egészségi állapotát 1987 és 2007 között a jelentést készítő szakemberek számos mutató mentén hasonlították össze. Egyrészt az Európai Unió 2004 előtti tagországai, másrészt a hasonló fejlődési pályán haladó Visegrádi országok, vagyis a Cseh Köztársaság, Lengyelország és Szlovákia lakosságának egészségi állapotával. Az előbbi országcsoport az ideálshoz közeli célállapotot, az utóbbi egy számunkra elérhetőbb célt képvisel.

**NÉVJEGY**



**Dr. Vitrai József** az ELTE biológus szakán végzett, majd szerzett egyetemi doktori címet 1983-ban. Kutatói pályafutása első szakaszában az agy elektromos jeleinek többváltozós statisztikai elemzésével foglalkozott, azt követően az Egyesült Államokban farmakoepidemiológiai kutatásokban vett részt. Hazatérve 1994-től pszichiátriai epidemiológiával foglalkozott, majd 1998-tól a modern egészségfelmérési gyakorlat hazai bevezetésén munkálkodott. 2000-ban és 2003-ban az Országos Lakossági Egészségfelmérés végrehajtását irányította. Kezdeményező szerepet játszott a

korszerű egészségmonitorozás hazai elindításában, nevéhez köthető többek között a Magyar Egészségadattár, a Népegészségügyi Jelentés, az Egészséginformációs Fórum, valamint a Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ megalapítása. Újabb az egészséginformációnak a szakpolitikai döntéshozatalban való alkalmazása fő érdeklődési területe. 2003-ban részt vett az hazai egészséginformációs stratégia elkészítésében, 2005-ben vezetésével készült el az Egészségügyi Fejlesztéspolitikai Konceptió. 2004 és 2005 között az Egészségügyi Minisztérium Stratégiai Tervezési és Területfejlesztési Főosztályát vezette. 2006 tavaszától a TÁRKI – Egészség Tudásközpont vezetőjeként dolgozott, 2007. közepétől az EgészségMonitor ügyvezetője.