

A népegészségügyi programok múltja, jelene és várható jövője Magyarországon *

Gyebnár Brigitta és Vokó Zoltán

Összefoglalás

Ugyan az elmúlt majd két évtizedben a magyar lakosság életkilátásai jelentősen javultak, abszolút értelemben a lemaradásunk Európa fejlett államaitól továbbra sem csökkent. Az elért kedvező eredmények azonban kevéssé tulajdoníthatók a szervezett népegészségügyi cselekvésnek. Történtek ugyan érdemi beavatkozások, de nem kellő intenzitással, nem kellő ideig, és nem voltak képesek a lakosság széles rétegeit elérni. Ennek főbb okai a hosszantartó, megfelelő politikai támogatottság és a kiszámítható finanszírozás hiánya, a népegészségügyi intézményrendszer nem megfelelő szervezettsége, valamint az ágazatközi interszektoralis együttműködések elégtelensége voltak. A Semmelweis Terv népegészségügyi prioritása a hosszú távú, konzisztens, intenzív népegészségügyi cselekvés feltételrendszerének megteremtése, valamint a nem-fertőző megbetegedések kockázati tényezőinek befolyásolása a teljes lakosság körében, a közegészségügyi és járványügyi biztonság megőrzése mellett. A közlemény áttekinti a népegészségügyi cselekvés és programalkotás jelenlegi nemzetközi környezetét, a magyar közelmúlt

* A tanulmány megjelent: *Népegészségügy*, 89. évfolyam 2. szám (2011). 126-134. o. Másodközlés a szerzők engedélyével.

ezirányú kezdeményezéseit, illetve a jelenlegi kormányzat népegészségügyi törekvéseit.

Az Országgyűlés 2010. június 14-én fogadta el a Nemzeti Együttműködés Programját. Az „Itt az idő, hogy megmentjük az egészségügyet!” című 3. fejezet népegészségügyre vonatkozó 3.7 pontja szerint olyan átfogó intézkedésekre van szükség, amelyek fokozottan segítik elő a lakosság egészségi állapotának javulását - ezzel elismerve azt a sürgető igényt, hogy nem lehet tovább halogatni a tényleges beavatkozásokat. A közlemény áttekinti a népegészségügyi cselekvés és programalkotás jelenlegi nemzetközi környezetét, a magyar közelmúlt ezirányú kezdeményezéseit, illetve a jelenlegi kormányzat népegészségügyi törekvéseit.

Az aktuális nemzetközi környezet

Az elmúlt néhány év nemzetközi népegészségügyi prioritásai közül látványosan hangsúlyosabbá vált az egészségi állapot méltánytalan egyenlőtlenségeinek csökkentése. Az egészség társadalmi meghatározó tényezőinek különbségeiből fakadó méltánytalan egészségi egyenlőtlenségek („health inequities”) csökkentése az elmúlt évtizedekben mind az Egészségügyi Világszervezet (EVSZ), mind az Európai Unió tevékenységében kiemelt fontossággal bír. Az EVSZ 2005-ben külön bizottságot - Commission on Social Determinants of Health - hozott létre azzal a céllal, hogy felmérje, mire van szükség az országok közötti és országokon belüli egészség terén megnyilvánuló méltányosság („health equity”) elősegítéséhez, és támogassa az annak megvalósítását szolgáló globális mozgalmat az egyenlőtlen egészség egy generáción belüli

felszámolása érdekében (Kósa, 2009; http://www.who.int/social_determinants/thecommission/en/index.html). A Bizottság 2008-ban publikált jelentésének átfogó ajánlásaiban a mindennapi életfeltételek javítását; a hatalom, a pénz és az erőforrások egyenlőtlen elosztása elleni küzdelmet és a méltánytalan egészségi egyenlőtlenségek problémakörének felmérését, megértését, valamint az egyenlőtlenségek csökkentését szolgáló intézkedések hatásainak vizsgálatát szorgalmazta (Commission on Social determinants of Health, 2008; OEFI, 2008).

Az egészségi egyenlőtlenségek csökkentése az Európai Bizottság 2008-2013-as időszakra szóló Egészségügyi Programjának („Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013) is egyik célkitűzését képezi (Decision, 2008). A Program fő alapelvei között szerepel többek között az egészség és a gazdasági teljesítmény közötti kapcsolat elismerése is. Az egészségi egyenlőtlenségek csökkentése célkitűzésen belül nevesítésre került az egészség társadalmi meghatározóinak kezelése, a főbb betegségek megelőzése, az egészségben töltött életek számának növelése és az egészséges idősödés elősegítése. Az Európai Bizottság 2009-ben közleményt jelentetett meg az egészségi egyenlőtlenségek csökkentéséről „Szolidaritás az egészségügyben: Az egészség terén mutatkozó egyenlőtlenségek csökkentése az Európai Unióban” (2009) címmel. A közlemény konkrét javaslatokkal szolgál az egészségi egyenlőtlenségek csökkentésére, melyek végrehajtása során a Bizottság aktívan együtt kíván működni a tagállamokkal, a régiókkal és az érdekelt felekkel, az EU szakpolitikáinak az egészségi egyenlőtlenségekre gyakorolt hatásvizsgálata, az egyenlőtlenségekre vonatkozó rendszeres statisztikai adatgyűjtés és

adatközlés, valamint az EU támogatásokról való jobb tájékoztatás révén. A közlemény által számba vett legfontosabb, megoldásra váró kérdések és az ezekhez rendelt uniós szintű lehetséges fellépések: az átfogó társadalmi-gazdasági fejlődés részeként kiegyenlítettebb egészségi állapot biztosítása, az adat- és tudásbázis javítása, mérési, nyomonkövetési, értékelési és jelentéstételi mechanizmusok kimunkálása, társadalmon belüli kötelezettségvállalás, a sebezhető csoportok szükségleteinek kielégítése, az uniós politikák hatékonyságának növelése.

Az egészség társadalmi meghatározó tényezőivel foglalkozó, EVSZ keretein belül működő Bizottság ajánlásai alapján elsőként az Egyesült Királyságban készült országos stratégia. 2010 februárjában került publikálásra az ún. Marmot-jelentés, „Igazságos társadalom, egészséges életek” (Fair Society Healthy Lives, 2010) címmel, amely kormányzati megbízásból készített független ajánlás az angliai egészségi egyenlőtlenségek csökkentésének bizonyítottan leghatékonyabb stratégiáinak megvalósításáról. A jelentés hat fő szakpolitikai célt jelöl meg: biztos kezdet minden gyermek számára; az egyén képessé tétele képességeinek maximalizálására és saját életének irányítására; tisztességes foglalkoztatás és megfelelő munka biztosítása; egészséges életszínvonal biztosítása mindenki számára; egészséges és fenntartható terek és közösségek építése; a betegségmegelőzés szerepének és hatásának erősítése. A jelentés mindezek végrehajtásában a központi intézmények mellett hangsúlyozza a helyi szervek, a magánszektor és a közösségek jelentős szerepét, amely megkívánja a lakosság bevonásával történő döntéshozást és az egyének, közösségek döntési joggal való felruházását. A riport megjelenése óta számos kezdeményezés alapult az abban foglalt

ajánlásokon. A közlemény következtetéseiben megállapítja, hogy az egészségügyi egyenlőtlenségek mérséklése, megszüntetése hosszú távú folyamat. A dokumentumban rögzített intézkedések célja az, hogy megteremtsék az e területen megvalósuló, fenntartható fellépés kereteit.

2011 februárjában az EU tagállamainak részvételével és az Európai Bizottság támogatásával hivatalosan is elindult az „Egészségügyi egyenlőtlenségek elleni együttes fellépés”. Ebben az együttes fellépésben hazánkat az Országos Egészségfejlesztési Intézet (OEFI) képviseli, amely részt vesz az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentését célzó hálózat létrehozásában, melynek célja a felmerülő kihívásokról történő tapasztalatcsere, továbbá a strukturális alapok felhasználásában rejlő lehetőségek és kihívások azonosítása. Az OEFI részt vesz továbbá a részes felek széleskörű együttműködésének elősegítésében.

Az Európai Parlament 2011. március 8-án állásfoglalást adott ki az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentéséről az EU-ban (Európai Parlament, 2011). Az állásfoglalásban az Európai Parlament többek között felkéri a Bizottságot és a tagállamokat, hogy folytassák a társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek kezelésére irányuló erőfeszítéseiket, amelyek végül lehetővé teszik az egészségügyi ellátás terén mutatkozó egyes egyenlőtlenségek csökkentését. Az EP továbbá felkéri a Bizottságot és a tagállamokat, hogy az emberi méltóság, szabadság, egyenlőség és szolidaritás egyetemes értékei alapján a figyelmet a kiszolgáltatott csoportok szükségleteire összpontosítsák. Hosszú távon az emberek egészségi állapotának általános javulásához vezető társadalmi-gazdasági és környezeti fejlődés ellenére bizonyos tényezők, például a higiénia, az élet- és munkakörülmények, az alultápláltság, az iskolázottság, a jövedelem, az

alkoholfogyasztás és a dohányzás még mindig közvetlenül kihatnak az egészség terén mutatkozó egyenlőtlenségekre. Az egészségben mutatkozó egyenlőtlenségek nem csak gazdasági, környezeti és életmódhoz kapcsolódó tényezők, hanem az egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréshez kapcsolódó problémák eredményei is. A jelenlegi gazdasági és pénzügyi válság számos uniós tagállamban súlyos hatással lehet az egészségügyre, mind az ellátási, mind a keresleti oldalon. A szegénység és egyéb sebezhető állapot - mint például a gyermekkor vagy az időskor, a fogyatékoság vagy a kisebbséghez való tartozás - hatásában összeadódik és tovább növeli az egészségügyi egyenlőtlenségek kockázatát, valamint fordítva, a betegség szegénységhez és/vagy társadalmi kirekesztéshez vezethet. Az egészség terén mutatkozó egyenlőtlenségek jelentős gazdasági hatást gyakorolnak az EU-ra és a tagállamokra, mivel a hozzá kapcsolódó veszteségek a becsléselv szerint a GDP nagyjából 1,4%-át teszik ki. A Parlament felhívja a Tanácsot és a Bizottságot, hogy az „Európa 2020” stratégián belül fektessenek nagyobb hangsúlyt annak elismerésére, hogy a fizikai és mentális egészség és jólét kulcsfontosságúak a kirekesztés legyőzésében, valamint hogy az „Európa 2020” stratégia nyomon követési eljárásaiban alkalmazzanak olyan összehasonlítható mutatókat, melyek tükrözik a különböző társadalmi-gazdasági státuszokat és a lakosság egészségi állapotát.

Ehhez némiképp kapcsolódva, 2011. április 4-én jelent meg a Bizottság az Európai Parlamentnek, a Tanácsnak, az Európai Gazdasági és Szociális Bizottságnak és a Régiók Bizottságának szóló közleménye „Nemzeti romaintegrációs stratégiák uniós keretrendszere 2020-ig” címmel (2011). Az új növekedési pályát jelentő „Európa 2020” stratégia - amely az

intelligens, fenntartható és innovatív növekedést célozza - a romákkal folytatott aktív párbeszéd során határozott fellépésre ösztönöz nemzeti és uniós szinten egyaránt. A tagállamoknak ezért a lakosság többi részéhez hasonlóan a romák számára is hasonló szinten és hasonló feltételek mellett kell biztosítaniuk a minőségi egészségügyi ellátáshoz (különösen a gyermekek és a nők esetében), valamint a megelőző szolgáltatásokhoz és a szociális szolgáltatásokhoz való hozzáférést.

Az „Európa 2020” stratégiában kiemelten kezelt gazdasági növekedéshez, a foglalkoztatás növeléséhez elengedhetetlen az aktív népesség egészségének fejlesztése. Az Európai Unióban, sőt az egyes tagállamokon belül is jelentős különbségek vannak a lakosság egészségi állapotában, az egészségügyi ellátórendszer teljesítményében és az ellátáshoz történő hozzáférésben. Az unió polgárai egészségi állapotának javítása, magas szintű egészségének biztosítása, a tagállami ellátórendszerek szolgáltatásai színvonalának közelítése, a tagállami ellátórendszerek közötti érintkezési felületek megteremtése az egységes belső piac feltételei között új értelmezést nyert. Az egészségügyi szektornak még komolyabb kihívásokkal kell szembenéznie a pénzügyi, gazdasági válság, a tartósan növekvő munkanélküliség és a mindezek hatásaként bekövetkező növekvő társadalmi, szociális, egészségügyi problémák körülményei között, miközben a pénzügyi források szűkülnek.

2011. április 28-29-én Moszkvában került megrendezésre az első globális egészséget befolyásoló életmód tényezőkről és a nem fertőző betegségek megelőzéséről szóló konferencia. Ennek eredményeként megalkotásra került egy deklaráció, melyben elismerik az egészségi egyenlőtlenségek országok közötti, valamint országokon belüli

különbségeit. A deklaráció a nem fertőző betegségeket befolyásoló magatartási, szociális, gazdasági és környezeti faktorokra irányulóan szükséges politikák megalkotását és végrehajtását szorgalmazza. E szerint interszektoriális együttműködések kiépítésére van szükség az egészségen kívül egyéb politikákban is, továbbá erősíteni kell az egészségügyi ellátást, így segítve elő a fenntartható megelőzést és kezelést (WHO, 2011).

Népegészségügyi programok az elmúlt évtizedekben

Az elmúlt közel húsz évben több népegészségügyi program került meghirdetésre azzal a szándékkal, hogy végrehajtása révén javuljon a lakosság egészségi állapota.

Az első átfogó program a hosszú távú egészségfejlesztési politika alapelveiről szóló 1030/1994. (IV. 29.) Korm. határozat volt, amely meghatározta a népegészségügy prioritásait az ezredfordulóig. A Program a következő öt nemzeti cél megvalósítására irányult: a lakosság mind nagyobb része vallja, hogy az egyik legfőbb emberi érték az egészség; és ezzel egyidejűleg el kell érni, hogy a döntéshozók mind a jogalkotásban, mind a költségvetésben kiemelt jelentőséget tulajdonítsanak a lakosság egészsége javításának; a betegségmentes élet éveket legalább 55 évre kell kiterjeszteni, a születéskor várható átlagos élettartamot férfiaknál legalább 67, nőknél legalább 75 évre kell meghosszabbítani; a különösen jó és a különösen rossz szociális körülmények között élő lakosság születéskor várható élettartama nem mutathat 3 évnél nagyobb különbséget; a halálozások és az élve születések száma közötti különbséget jelentősen csökkenteni kell az élve születések javára. A program néhány pontja számszerűsíti is a célokat. A program célkitűzéseinek megvalósítása

érdekében többnyire meghatározott logika nélkül rendezte a következő célterületeket és eszközöket: az oktatás, a tömegkommunikáció és az egészségnevelés, valamint az egészségügyi felvilágosítás, amelyek keretében tudatosítani kell a kedvezőtlen táplálkozási szokások, a dohány- és alkoholfogyasztás, a mozgásszegény életmód káros hatásait, valamint széles körben ismertetni kell a helyes életmód kialakítását elősegítő módszereket. Ennek érdekében a nemzeti alaptantervben hangsúlyozott szerepet kell biztosítani az egészségneveléssel, felvilágosítással összefüggő feladatoknak, az egészségügyi ellátás során pedig a gyógykezelés mellett az ellátás részévé kell tenni a személyre szabott tanácsadó tevékenységet. Továbbá figyelmet fordított a környezeti tényezők javítására, az egészségügyi ellátás során kiemelt feladatként határozta meg a gyermekek és a fiatal felnőttek preventív gondozását, a társadalom perifériájára sodródott, illetve az időskorú népesség gondozásának fejlesztését. Főként betegségközpontú megközelítéssel hangsúlyozta a keringési és daganatos betegségek megelőzését. A feladatok között megjelent az egészségügy társadalmi megbecsültsége. A program előrehaladásáról - a többihez hasonlóan - éves jelentések formájában kellett beszámolni. Külön erényként említendő, hogy a kormányhatározat a program végrehajtására kérte az önkormányzatokat, a tömegtájékoztató szervek vezetőit és munkatársait, a társadalmi és érdekképviseleti szerveket, valamint a társadalom minden tagját. A koordinációt az Országos Népegészségügyi Bizottságra bízta, melynek legfontosabb feladatául szabta a törvénytervezetek véleményezését népegészségügyi szempontból, a gazdaságpolitikai intézkedések népegészségügyi hatásainak véleményezését, az országos népegészségügyi feladatok koordinálását, az

éves népegészségügyi jelentés véleményezését. A Bizottság elnökeként a népjóléti miniszter, titkárának az országos tisztifőorvos lett kinevezve. Tagja volt a tárcák delegáltjain túl a Központi Statisztikai Hivatal elnöke, az Országos Testnevelési és Sporthivatal elnöke, a Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőség elnöke, a Környezetvédelmi Főfelügyelőség elnöke, valamint az Országos Munkabiztonsági és Munkaügyi Felügyelőség elnöke, illetve a tagok megbízottai.

Az ezredforduló utáni évtized népegészségügyi célkitűzéseit az 1066/2001. (VII. 10.) Korm. határozat keretében létrehozott 2001-2010. évekre szóló „Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program” fogalmazta meg. A program legfontosabb céljai a következők voltak: el kell érni, hogy a lakosság meghatározó többsége számára az egyik legfőbb érték az egészség legyen, s az egészség megőrzéséért kész is legyen tenni; a döntéshozók mind a jogalkotásban, mind a költségvetésben kitüntetett jelentőséget tulajdonítsanak a lakosság egészsége javításának; a felnövekvő generáció számára biztosítani kell az egészséges fejlődés feltételeit a fogantatástól a felnőttkorig; az egészségben eltöltött éveket mind a férfiaknál, mind a nőknél ki kell terjeszteni, törekedni kell arra, hogy a születéskor várható átlagos élettartam a férfiaknál legalább 70, a nőknél legalább 78 esztendőre meghosszabbodjék; a társadalmi egyenlőtlenségeket, a születéskor várható élettartamban mutatkozó különbséget csökkenteni kell. A fenti nemzeti célok megvalósítása mellett 10 kiemelt nemzeti feladatot is megfogalmaztak, melyek a következők voltak: egészséges életre nevelés, oktatás és tudatformálás erősítése, célzott lakossági szűrővizsgálatok bevezetésével a nagy népegészségügyi jelentőségű betegségek korai felismerése, egészséges táplálkozás

széleskörű elterjesztése, egészséges élethez szükséges mozgáskultúra fejlesztése, káros szenvedélyek elleni küzdelem, egészséges élethez való egyenlő esély megteremtése és megtartása, járványügyi biztonság erősítése, élelmiszerbiztonság feltételeinek javítása, felkészülés az új kihívásokra, egészséget támogató környezet kialakítása, külső okok miatti halálozás visszaszorítása, valamint az egészségügyi ellátórendszer népegészségügyi szempontokat is figyelembevevő fejlesztése.

A program végrehajtásáért a Népegészségügyi Tárcaközi Bizottság felelt, amelynek feladata volt: ütemterv jóváhagyása a programban megfogalmazott célok eléréséhez szükséges intézkedésekről, a program végrehajtásához szükséges feladatok ágazatokra történő lebontásának jóváhagyása, a programban foglaltak megvalósulásának rendszeres értékelése, javaslattétel a kitűzött célok teljesítéséhez szükséges eszközökre, pénzügyi forrásokra. A népegészségügyi program végrehajtásának koordinálásáért felelős kormány megbízott volt a Népegészségügyi Tárcaközi Bizottság elnöke, az oktatási miniszter, az ifjúsági, családügyi, szociális és esélyegyenlőségi miniszter, valamint az egészségügyi miniszter a társelnöke, az országos tisztifőorvos pedig a titkári feladatokat látta el. A bizottság tagjai ugyancsak a társtárca képviselői, illetve az OEP és a KSH voltak. A kormányhatározat külön kitért a költségvetés meghatározására évtizedes viszonylatban, továbbá a program eredményessége érdekében a társadalom széles rétegeit elérő kommunikációs stratégia kialakítását, valamint a szakmai, civil és helyi közösségek elérését tűzte ki.

A program 2003-tól újabb átalakuláson ment keresztül. Az „Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról” szóló 46/2003.

(IV 16.) OGY határozat - a program nevét a 4/2006. (II. 8.) OGY határozat „Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programjára módosította - célrendszerét tekintve illeszkedett a korábbiakhoz, szakmailag lényegében azok továbbfejlesztett folytatásának tekinthető. Az érintett tárcák koordinált együttműködésének biztosítása érdekében az 1142/2004. (XII. 15.) Korm. határozat a Népegészségügyi Program végrehajtásának koordinálásáért felelős kormány megbízott létrehozásáról intézkedett, ehhez kapcsolódóan az 1063/2005. (VI. 23.) Korm. határozat pedig meghatározta a Népegészségügyi Tárcaközi Bizottság működését.

A program alapvető célkitűzése, hogy 2013-ig a lakosság születéskor várható élettartama legalább 3 évvel hosszabbodjon meg, növekedjen a rokkantságtól és betegségtől mentes életévek száma. A program alapvető küldetése, hogy választ adjon az egészséget érintő kihívásokra, segítse és felgyorsítsa, hogy a magyar lakosság életésélyei minél hamarabb megközelítsék az Európai Unió átlagát. A program négy alprogram keretében határozta meg a feladatokat: I. Egészséget támogató társadalmi környezet kialakítása, ezen belül egészséges ifjúság, idősek egészségi állapotának javítása, esélyegyenlőség az egészségért, egészségfejlesztés a mindennapi élet színterein; II. Egészséges életmód programja, az emberi egészség kockázati tényezőinek csökkentése - dohányzás visszaszorítása, az alkohol és drogmegelőzés, egészséges táplálkozás és élelmiszerbiztonság, aktív testmozgás elterjesztése, közegészségügyi és járványügyi biztonság, nemzeti környezetegészségügyi akcióprogram; III. Az elkerülhető halálozások, megbetegedések, fogyatékoság megelőzése - koszorúér- és agyérbetegségek okozta megbetegedések, halálozások visszaszorítása,

daganatos megbetegedések visszaszorítása, a lelki egészség megerősítése, mozgásszervi betegségek csökkentése, HIV/AIDS megelőzés; IV. Az egészségügyi és népegészségügyi intézményrendszer fejlesztése az egészségi állapot javítása érdekében - népegészségügyi szűrővizsgálatok, ellátásfejlesztés, erőforrás fejlesztés és monitorozás-informatika.

Ugyan az elmúlt majd két évtizedben a magyar lakosság életkilátásai jelentősen javultak, abszolút értelemben a lemaradásunk Európa fejlett államaitól továbbra sem csökkent. A magyar lakosság egészségi állapota még mindig jelentősen elmarad attól, amit az ország társadalmi-gazdasági fejlettsége alapján várnánk. Az elért kedvező eredmények sokkal inkább az elmúlt évtizedek társadalmi változásainak, illetve egyes egészségügyi szolgáltatások hatékonyság-növekedésének tulajdoníthatók, semmint a szervezett népegészségügyi cselekvésnek. Annak ellenére igaz ez a megállapítás, hogy 1994 óta célrendszerét tekintve konzisztens és folytonos stratégia jellemzi a népegészségügyi programokat. A programok elvben megfelelő koncepcionális és stratégiai keretet biztosítottak a szükséges intézkedésekhez. Rövid időszakokban és egyes területeken történtek érdemi beavatkozások, de nem kellő intenzitással, nem kellő ideig, és nem voltak képesek a lakosság széles rétegeit elérni. Ennek főbb okai a hosszantartó, megfelelő politikai támogatottság és a kiszámítható finanszírozás hiánya - 2003-ban pl. 1833 millió Ft, ugyanakkor 2010-ben 371 millió Ft állt rendelkezésre a költségvetésben a népegészségügyi feladatok ellátására -, a népegészségügyi intézményrendszer nem megfelelő szervezettsége, valamint az ágazatközi interszektoriális együttműködések elégtelensége voltak.

Az összes eddigi népegészségügyi programról elmondható, hogy nem helyeztek kellő hangsúlyt a végrehajtás feltételrendszerének biztosítására. Az ambiciózus tervek így jobbára megvalósíthatatlanok maradtak. A kormányzati szakpolitikákban az ágazatok közötti, egészség szempontú koordináció sem volt hatékony. A népegészségügy nem vált horizontális közpolitikává. Az egészséget meghatározó legfontosabb tényezők nagy része az egészségügyi szektoron kívül esik. A népegészségügyben szükséges országos és helyi szinteken megjelenő tevékenységek ágazatközi és szakmák közötti koordinációt igényelnek, amelyek mechanizmusai elégtelenül működtek, vagy ki sem alakultak. Az egészséghatás vizsgálatok széleskörű bevezetése elmaradt. A népegészségügy finanszírozása nem biztosította az intézmények fenntarthatóságát, a szükséges fejlesztési forrásokat és a népegészségügyi intézkedések fedezetét. A népegészségügyi intézményrendszer jelenlegi szervezeti keretei a népegészségügyi lakossági szolgáltató funkciók biztosítására nem alkalmasak. Az egészségügyi alapellátás preventív tevékenysége nem kielégítő. Az országos és helyi szintek összekapcsolása nem hatékony, együttműködésük esetleges.

A jelenlegi kormányzat népegészségügyi törekvései

A 2010 októberében bemutatott, és kormányhatározatban elfogadott „Simmelweis Terv az egészségügy megmentésére” c. vitairat szintén fontos céljának tűzte ki a népegészségügy megújítását: a feltárt problémákra válaszolva, a felkutatott és újragondolt fejlesztési forrásokra építve paradigmaváltó akcióterv készítését vállalja, amely a népegészségügyi célok elérése érdekében mozgósítani kívánja az egész

lakosságot. A megfogalmazott népegészségügyi politika értékközpontú, probléma-orientált, célvezérelt, bizonyítékokon alapuló és megvalósítható. A Semmelweis Terv szerint a népegészségügy a legszélesebb értelemben vett közügy, amelyben szerepe van az egyéntől a helyi és országos közösségekig a társadalom minden szereplőjének. A lakosság egészségi állapotának javítása, egészségének fejlesztése társadalmi prioritás. Minden magyar állampolgárnak alapvető emberi joga az elérhető legkedvezőbb egészségi állapot. A jó egészség önmagában is jelentős egyéni és társadalmi érték, ugyanakkor egyéni és társadalmi erőforrás is. A központi állami intézményeken kívül, partnerségi keretek között, a társadalom valamennyi alrendszerének és szereplőjének bevonása szükséges a Népegészségügyi Programba. Az önkormányzatok, a magánszektor, a civil közösségek, a lakosság kezdeményező és cselekvő részvétele nélkül a Program nem lehet sikeres. A központi intézményeknek szakmai segítséget, pénzügyi forrást és egyéb ösztönzőket kell biztosítaniuk annak érdekében, hogy a közösségek a saját problémáikhoz igazodó autonóm egészségfejlesztési tevékenységet folytathassanak. A koordinált és egy irányba mutató, az egészség ügyét szolgáló befektetések és programok, akciók közösségi támogatottságának erősítése az összbefektetés mértékének növelése nélkül is a lakosság egészségi állapotának javulását eredményezi.

A Nemzeti Népegészségügyi Program működési módjának kialakítása, a működtetéshez szükséges népegészségügyi intézményrendszer fejlesztése és a népegészség ügyét szolgáló ellátási formák koordinálása kiemelt feladat. Ennek keretében ki kell alakítani egy támogató tudás- módszertani bázist, a népegészségügyi stratégiaalkotást, a

végrehajtás koordinációját, monitorozását és szakmai felügyeletét biztosító szervezeti háttérrel. Továbbá szükséges az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat intézményrendszerének átszervezése. Az Országos Tisztifőorvosi Hivatal látja el továbbra is a népegészségügyi igazgatási, hatósági funkciókat, azonban a szakmai irányítási, módszertani, koordinációs feladatokat ellátó országos intézetek rendszere átszerveződik: létrejön az Országos Járványügyi Központ, az Országos Közegészségügyi Központ és az Országos Népegészségügyi Központ (ONK). Az Országos Járványügyi Központ az Országos Epidemiológiai Központ alapján jön létre. Az Országos Közegészségügyi Központba integrálódik az OKK, OSSKI, OKBI és az OÉTI.

Az Országos Népegészségügyi Központ az Országos Egészségfejlesztési Intézet bázisán alakul meg, amelyhez kapcsolódik az Országos Gyermekegészségügyi Intézet, az Országos Alapellátási Intézet, az Országos Szakfelügyeleti és Módszertani Központ feladataiból a Veszélyes Rendellenességek Országos Nyilvántartása, az Egészségmonitorozás/nem fertőzőbetegségek epidemiológiája, az Országos Addiktológiai Központ és a Ritka Betegségek Központja, valamint az Országos Élelmezéstudományi Intézetből a táplálkozás egészségügyi feladatai. Továbbá az Országos Környezet-egészségügyi Intézetből átkerülnek a környezet-epidemiológiával és az egészséghatás előrejelzéssel kapcsolatos feladatok. Ugyancsak az Országos Népegészségügyi Központba integrálódik a Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ. Az ONK koordinációs központként a végrehajtásban közreműködők széleskörű partneri hálózatát fogja létrehozni.

Az Országos Népegészségügyi Központ legfontosabb feladatai az alábbiak lesznek:

- a népegészségügyi stratégia szakmai megalapozása, népegészségügyi programok tervezése és végrehajtásuk koordinálása;
- népegészségügyi monitorozás, népegészségügyi előrejelzések, egészséghatás vizsgálatok készítése, koordinálása;
- egészségkommunikációs, egészségnevelési, egészségfejlesztési programok kidolgozása, koordinálása, részvétel azok megvalósításában, valamint megvalósításuk és eredményességük monitorozásában;
- népegészségügyi szakemberképzés, együttműködve a felsőoktatási intézményekkel.

A népegészségügyi tevékenység fenntartható finanszírozásának biztosítása nélkül e jelenlegi tervek sem fognak hosszútávon megvalósulni. A „népegészségügyi termékdíj” bevezetése révén biztosítható, hogy az Új Széchenyi Terv keretében európai uniós forrásból megvalósuló népegészségügyi fejlesztések fenntarthatóak legyenek, ill. az egyéb népegészségügyi tevékenységek finanszírozási háttere hosszútávon biztosíthatóvá váljon.

Az EVSZ ajánlása szerint „a közpolitikák egymástól való függése új kormányzati megközelítést igényel, melyek összehangolásakor a kormány közös célokat, integrált beavatkozásokat meghatározó, megnövelt összkormányzati felelősségre építő stratégiai tervet készíthet”. Az „egészséget minden szakpolitikában” elvnek megfelelően szükséges az egészséget támogató közpolitika szervezeti kereteinek kialakítása, az egészséghatás vizsgálatok bevezetése és alkalmazásának bővítése.

A népegészségügyi fejlesztési források felhasználásában szakmai prioritások érvényesítendőek. A forrásokat a Népegészségügyi Programban megfogalmazott prioritásokkal és célkitűzésekkel összhangban kell felhasználni. Fontos biztosítani, hogy a fejlesztési forrásokból finanszírozott programok a fejlesztési ciklust követően beépüljenek a népegészségügyi gyakorlatba, és finanszírozásuk a fejlesztési szakaszt követően is megoldható legyen.

Szükséges a közösségi szintér alapú (munkahelyi, iskolai, települési) egészségfejlesztési programok elterjesztése, folyamatos támogatása. Ennek feltétele a fenntartható finanszírozás, az ösztönző mechanizmusok kialakítása, a megvalósítók számára a tudástranszfer biztosítása, az önkormányzatok, a gazdasági élet szereplői, az egyéb munkáltatók és a civil szervezetek részvétele. A helyi erőforrásokat, azaz az egészség koalíciókat (egészségterv partnerségi csoportok) minél teljesebb mértékben be kell vonni a népegészségügyi dolgozók kapcsolati hálójába.

Az alapellátásban résztvevők prevenciós, egészségfejlesztési szerepének erősítése elengedhetetlen. A háziorvosi és a foglalkozás-egészségügyi ellátás prevenciós szemléletű átalakítása fontos feladat a megfelelő érdekeltségi rendszer megteremtése, egészségfejlesztési, mentálhigiénés szakemberek, pszichológus, dietetikus, gyógytornász bevonása révén. Ehhez kapcsolódóan szükséges a védőnői preventív tevékenység bővítése.

A népegészségügyi szűrőprogramok hatékonyságának javítása kiemelt feladat, amely elsősorban lakossági ismeretközléssel, a helyi közösségek és az önkormányzatok bevonásával, a szervezeti keretek

fejlesztésével érhető el. A szervezett szűrőprogramok mellett a pilot jellegű szűrőprogramok - pl. védőnői méhnyakszűrési, illetve vastagbéliszűrési programok - országos kiterjesztését is elő kell készíteni.

A gyógyszerészek bevonása az egészségfejlesztési tevékenységbe, a gyógyszerészi gondozás kiterjesztése és ösztönzése új partnerekkel bővítheti az egészségfejlesztési tevékenységet végzőket.

A hatékony forrásfelhasználás egyik biztosítéka lehet az igazoltan eredményes és fenntartható hazai és nemzetközi jó gyakorlatok átvétele, felhasználása és kiterjesztése. Ennek érdekében ki kell dolgozni a transzparens finanszírozás és az egységes szakmai értékelés feltételrendszerét.

A lakosság egészségműveltségének javítása érdekében a tervezett programok között szerepel a folyamatos, konzisztens, célcsoportokhoz igazított, programokat támogató egészség-kommunikáció alkalmazása, a teljeskörű egészségfejlesztés bevezetése a közoktatási intézményekben (egészségtan oktatás, egészséges táplálkozás az iskolai közétkeztetésben, mindennapi testnevelés, személyiségfejlesztés személyközpontú pedagógiai módszerekkel), valamint készségfejlesztés a felnőttoktatásban és az egészségügyi ellátórendszerben.

A Kormány a korábbiakhoz képest hatékonyabban kíván élni az egészséget támogató közpolitikák eszközével. Ennek első aktusa volt a 2011. évi XLI. törvény a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvény módosításáról. A Nemzeti Táplálközpolitika részeként előkészületben van a közétkeztetés keretében szolgáltatott élelmiszerekre vonatkozó táplálkozás-egészségügyi előírásokról szóló jogszabály. A

Nemzeti Táplálkozáspolitikai fő cselekvési területei az elkövetkezendő három évben az egészséges ételválasztás elérhetővé tétele, az egészségtudatos választáshoz elengedhetetlen minőségű fogyasztói tájékoztatás, valamint a végrehajtott intézkedések nyomon követése. A prioritási célok megvalósítása érdekében új jogi szabályozás várhatóan magas cukor-, só- és zsírtartalmú élelmiszerek kínálatának visszaszorítására vonatkozóan. Ezen túlmenően folyamatosan biztosítani kell, hogy a fogyasztók hozzájussanak a táplálkozással, a túlsúllyal, elhízással, azok kockázataival kapcsolatos információkhoz, kiemelten az élelmiszerek csomagolásán feltüntetett adatok útján. Ehhez kapcsolódik a közösségi egészségfejlesztési programokban a fizikai aktivitás javítására irányuló programok számának növelése.

A tervezett közösségi, kommunikációs és egészségfejlesztési programok az életmódbeli tényezőkre koncentrálnak. Ugyanakkor az ezek hátterében álló pszicho-szociális tényezők befolyásolása nélkül nem várható érdemi áttörés. A Semmelweis Terv alapján a méltánytalan egyenlőtlenségek csökkentése érdekében kiemelt feladat a szociális, oktatási, foglalkoztatási és egészségügyi ellátások összehangolt fejlesztése és alkalmazása a hátrányos helyzetű térségekben - különös tekintettel a gyermekvállalásra készülőkre és a gyermekeket támogató ellátásokra.

A feladatok között szerepel a lelki egészség védelme és fejlesztése célzott kisközösségi programok, valamint az öngyilkosság és a depresszió megelőzését támogató helyi programok feltételrendszerének kialakításán keresztül, a közösségi gondozói hálózatok megerősítése és fenntarthatóságának biztosítása és az addiktológiai ellátórendszer fejlesztése.

A Semmelweis Terv népegészségügyi prioritása a hosszú távú, konzisztens, intenzív népegészségügyi cselekvés feltételrendszerének megteremtése, valamint a nem-fertőző megbetegedések kockázati tényezőinek befolyásolása az egész lakosság körében. Emellett azonban kiemelten fontos a környezet-egészségügyi és a járványügyi biztonság megőrzése, javítása, így a Nemzeti Környezet-egészségügyi Akcióprogram folytatása, a védőoltási rendszer folyamatos korszerűsítése, a HIV/AIDS prevenciók programok folytatása, a TBC szűrés szabályozásának korszerűsítése és hatékonyságának fokozása.

A szakember-utánpótlás biztosítása és a bizonyítékokon alapuló népegészségügyi politika szempontjából kiemelt jelentőségű az akadémiai szféra és az állami népegészségügyi intézményrendszer együttműködésének fejlesztése, a népegészségügyi humán erőforrások átgondolása az életpálya modell vonatkozásában is.

A közeljövő azonnali cselekvéseinek megfelelő stratégiai keretet biztosít a jelenleg hatályos Nemzeti Népegészségügyi Program, ezen belül kijelölhetők a prioritások és cselekvési irányok. Ugyanakkor az új kihívásokhoz és lehetőségekhez igazodva elengedhetetlen a népegészségügyi stratégia megújítása is, és legkésőbb 2013-ban új népegészségügyi program létrehozása.

Irodalom

A bizottság közleménye az Európai Parlamentnek, a Tanácsnak, az Európai Gazdasági és Szociális Bizottságnak és a Régiók Bizottságának. Szolidaritás az egészségügyben: Az egészség terén mutatkozó egyenlőtlenségek csökkentése az Európai Unióban.

Brüsszel, 2009. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2009:0567:FIN:HU:PDF>

A Bizottság közleménye az Európai Parlamentnek, a Tanácsnak, az Európai Gazdasági és Szociális Bizottságnak és a Régiók Bizottságának. A nemzeti romaintegrációs stratégiák uniós keretrendszere 2020-ig. Brüsszel, 2011. http://www.eu2011.hu/files/bveu/documents/A_nemzeti_romaintegracios_strategiak_unios_keretrendszere_2020-ig.pdf

Az Európai Parlament 2011. március 9-i állásfoglalása az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentéséről az EU-ban. Strasbourg, 2011. <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEST+TA+P7-TA-2011-0081+0+DOC+XML+V0//HU>

Commission on Social Determinants of Health (2008): *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva. World Health Organisation, 2008. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf

Decision No 1350/2007/EC of the European Parliament and of the Council of 23 October 2007 establishing a second programme of Community action in the field of health (2008-13). <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:201:0003:0013:EN:PDF>

Fair society, healthy lives. The Marmot Review. Strategic review of health inequalities in England post-2010. <http://www.marmotreview.org/AssetLibrary/pdfs/Reports/FairSocietyHealthyLives.pdf>

- Kósa Karolina (2009): A társadalmi esélyegyenlőtlenségek népegészségügyi hatáisi Magyarországon. *Népegészségügy*, 87: 329-335.
- OEFI (2008): Számoljuk fel egy generáció alatt a szakadékot. Az egészséggel összefüggő esélyegyenlőség megteremtése az egészség társadalmi meghatározóin keresztül. Budapest. OEFI. <http://www.oefi.hu/modszertan11.pdf>
- WHO (2011): Moscow Declaration. World Health Organization. Moszkva. http://www.who.int/nmh/events/moscow_ncds_2011/conference_documents/moscow_declaration_en.pdf
- 1030/1994. (IV.29) Korm. határozat a hosszú távú egészségfejlesztési politika alapelveiről, amelyet az 1066/2001. (VII. 10.) Korm. határozat II. pontja hatályon kívül helyezett 2001. július 10-től.
- 1066/2001. (VII. 10.) Korm. határozat a 2001-2010. évekre szóló Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program alapelveiről, amelyet az 1063/2005. (VI. 23.) Korm. határozat 5. pontja hatályon kívül helyezett 2005. VI. 23-től.
- 46/2003. (IV. 16.) OGY határozat az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról szóló 46/2003. (IV. 16) OGY határozat módosításáról.
- http://www.who.int/social_determinants/thecommission/en/index.html