

A MAGYAR HIGIÉNIKUS TÁRSASÁG „A közegészségügy fogalmának egységes meghatározása” CÍMŰ PÁLYÁZATA

III. DÍJAT NYERT MUNKA

A közegészségügy: egy gyakorlatban dolgozó szakember szemével
Jelige: Goldie

KOVÁCS ARANKA

Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Budapest VIII-IX. Kerületi
Intézete, Budapest

Összefoglalás: A pályamunka a jelenlegi magyarországi közegészségügyi helyzetet jellemzi, elsősorban a közegészségügyi hatóság szempontjai, és tevékenységi lehetőségeinek elemzésén keresztül. A jelen állapot hiányosságai és erősségei segítségével kísérli meg meghatározni, mi is az a közegészségügy, és mivel is kellene foglalkozni ennek keretében. A dolgozat részei éppen ezért a közegészségügyi hatóság tevékenységi ágazatainak megfelelően tagozódnak, figyelembe véve a jövőben beépítendő tudományos eredmények létét is.

Kulcsszavak: Közegészségügy, hatósági tevékenység, természetes környezet, járványügy, épített környezet, kémiai Biztonság, higiéné, egészségnevelés

Bevezető

Magyarországon kétféle névvel illetik az. angolszász nyelvterületeken public health nevű tudományágat és annak gyakorlati alkalmazását. Már arról is viták vannak, hogy helyesebb-e népegészségügyről, vagy inkább közegészségügyről beszélni. Számomra, a gyakorlatban dolgozó szakember számára, mindez polémia. Hiszen a népesség egészségi állapotát vizsgáló, javító, fejlesztő alkalmazott tudományágról van szó, mely közös ügyünk, tehát közegészségügy. A magyarban mindkét szónak (köz-, nép-) van egy kicsit lenéző és egy magasztos jelentése, de, ha elfogadjuk a magasztosabb közügy, népesség eredetet a köz, nép, mint plebs jelentés helyett, kevesebb kifogásunk lehet ez irányban. A magam részéről a népegészségügyet kissé szűkebb fogalomnak látom, mint a közegészségügyet, illetve az előbbiben a dolog tudományosabb, leíróbb, általánosítóbb részét utóbbiban, pedig a hatósági, a közigazgatásban vállalt szerepet érzem a másikkal szemben hangsúlyosabbnak. Szívesebben teszem le a voksot a közegészségügy szó mellett a hozzá fűződő hagyomány miatt, tiszteletadásul az előttünk járó szakmai nagyságok előtt.

Háttér

Egy népesség egészségét 23-30%-ban a genetikai anyag, 25-30%-ban a környezeti hatás, 25-40%-ban a szociális helyzet az életmód, iskolázottság, család, 9-15-20%-ban az egészségügyi ellátás határozza meg. Az egyes egyének számára a fenti arányok betegségenként, személyenként különböznek és lényegesen más módszerekkel vizsgálандók, írandók le, amelyek elsősorban a klinikus, másodsorban a szűrésekben segédkező prevenciós szakember kompetenciái.

A népességi szintű egészségi állapot és az azt befolyásoló tényezők leírása, vizsgálata, értékelése, a lehetséges beavatkozási módok kidolgozása a közegészségügyi hatóság mögött álló, egyetemi és országos szintű tudományos intézetek feladata. Ezek vizsgálják a mortalitást, morbiditást, többlethalálózást, elkerülhető halálózást, elveszített potenciális életéveket, egészségesen leélt életéveket, tehát az egészségi állapotot a társadalomban. Megállapítják, hogy milyen a jelenlegi állapot, milyen hatások érik, hogyan hatottak az elmúlt tényezők, és hogyan hatnak a tervezettek.

Fentiek hatósági szintű alkalmazása az engedélyezés és az ellenőrzés szintjén, illetve a gyors beavatkozási lehetőségek kézben tartása jelenti számomra a közegészségügyet. Az ügyben szereplők részben azok, akiknek az egészségi állapota érintett, tehát minden ember, bár néhányan helyzetüknél fogva védettebb vagy éppen védtelenebb pozíciót foglalnak el, részben azok, akik felelősek a befolyásoló tényezők alakulásában, tehát vonatkozik minden személyre (jogi, természetes), de itt is nagy különbségek vannak a tudatosság, a tenni akarás és a tenni tudás szintjén. Mindenesetre botor dolog lenne feltételezni, hogy hatósági beavatkozás hiányában, központi akarat híján, és kikényszerítő erő nélkül akár szinten tartásig eljuthatunk.

Genetikai anyag

Helyzetértékelés

A korábbi elképzelés, hogy ez a terület nem alkalmas arra, hogy a preventív medicinában alkalmazzuk, régen megdőlt. Természetesen, továbbra is etikátlan az a beavatkozás, hogy nem szerint, vagy bármilyen vonatkozásban szelektáljunk, genetikailag módosítsunk, vagy klónozzunk emberi magzatokat. Ugyanakkor azok a kezdeményezések, melyek korábban empirikus alapon bizonyították, hogy javítani lehet a genetikai, genomikai eredetű betegségek megjelenésének gyakoriságán, mára már tudományos magyarázatra leltek, és átlépni látszanak a gyakorlati világba.

Természetesen a széles körben való alkalmazás nem érhető el, de nem is mindig kívánatos, a válogatott, fokozottan rizikós csoportokban lehet felhasználni, illetve a tapasztalatokat akár népesség szinten is.

Azok a hatások, amelyek a népesség morbiditását és mortalitását döntően befolyásolják genomikai szinten, kétféle szintéren jelölhetők meg. Az egyik: azok a csoportok, amelyek koruknál, nemüknél, foglalkozásuknál fogva veszélyeztetettebbek. A kor, nem szerinti (gyermek és fogamzóképes illetve várandós nők) monitorizálásának és egészség nevelésének megfelelő személyi eszközrendszere a védőnői és iskola-egészségügyi hálózat, melynek presztízse a korábbiakhoz képest erősen romlott.

A másik ilyen jelentős csoport a veszélyes anyagokkal, fizikai hatásokkal dolgozók csoportja, akikről a foglalkozás-egészségügyi hálózat szakmai ellenőrzése révén lehetnek információink, illetve beavatkozási lehetőségünk. Jelenleg a közegészségügy művelőitől ezen szolgáltatások részben vagy teljesen függetlenek, jelentési kötelezettséggel sem tartoznak minden vonatkozásban.

A másik szintér: általában azoknak az élő és élettelen kórokozókknak a monitorizálása, amelyek minden ember számára környezeti kóroki tényezőkként szerepelhetnek. Ezek részletezésére a következő részben térnek ki.

Talán nem utópia, hogy anamnézis és később genomikai térkép alapján kiemelhetjük a lakosságnak azt a részét, akik bizonyos meghatározott hatások kerülésével, szorosabb követéssel időben menthetőek lehetnek azoktól a súlyos betegségektől, melyek korai halálozást vagy rokkantságot okozhatnak. Mindez bizonyos biomarkerek monitorizálása révén; kockázat azonosítás, kockázatbecslés révén lehetséges. Nyilván, ennek tárgyi feltételei valahol az egészségügyi ellátó rendszerben működtethetőek, de az odairányítás, a szervezés a közegészségügy része kell, legyen.

Következtetések

Fontos tehát azoknak az ismereteknek a folyamatos bővítése, hogy milyen hatások játszanak szerepet a daganatok, vagy egyéb betegségek keletkezésében, kifejlődésében. Ezek környezeti jelenlétének monitorizálása, befolyásolása, ha kell hatósági intézkedésekkel, fontos befolyásolója a népesség egészségi állapotának. Bizonyos protektív befolyásoló tényezők bevezetésére és hatásának ellenőrzésére is volt már példa, melynek letéteményese csakis a közegészségügyet felelősen képviselő grémium lehet. Alkalmanként egy-egy ilyen (megalapozott, és gazdaságilag is kivihető) akciónak óriási népegészségügyi hatása lehet. Mindent összevetve ennek eredményes működtetéséhez nemcsak a tudomány fejlődése kell majd, hanem az is, hogy a most „szétszedett” hatáskörök beszélő viszonyban legyenek egymással, vagy ugyanabban a központban egyesüljenek.

Környezeti hatások

Helyzetértékelés

Természetes környezet

Mindazon hatások, melyek a természetes környezetből érik és befolyásolják az emberek egészségi állapotát monitorizálandók a közegészségügy részéről, de a riasztáson, informáláson túli befolyásolás olyan beavatkozást igényel mely helyi vagy kormány szintű közigazgatási feladat. Sokszor a konkrét kivitelezés olyan összehangolást igényel, mely igénybe veszi a közrendvédelmi, de akár a katonai szerveket is. Ennek a közigazgatási garanciája a Védelmi Bizottság, melynek a helyi szintű közegészségügyi hatóság is része. A jelenlegi legfontosabb színterek a hőségriadó, klímaváltozással kapcsolatos teendők, a szmogriadók, általában a levegőben lévő egészségre

ártalmas szennyeződésekkel kapcsolatos teendők, ideértve az allergizáló tényezőket is. Úgy tűnik, hogy presztízs és pénzügyi okok miatt ez a terület (is) erősen csonkolásra került, amely tény az információ kezelésének nehezítő tényezője.

„Békeidőben” viszonylag kevés ponton van szükség a közegészségügyi hatóság személyes jelenlétére, ellenőrzésre. Ezek azok a természetes helyek, amelyek szabadidőeltöltés vagy egyéb emberi tevékenységet érintenek. (játsszótér, strand) Az élelmiszertermelésre használt talajnak és magának a tevékenységnek az ellenőrzése hagyományosan az állategészségügyi hatóság feladata. A két hatóság immáron mesterségesen felszított ellentéte illetve a dolog természetéből adódó érdekellentét (az a tárca ellenőriz, aki a főbb szennyezésért felelős) továbbra is fenn fogja tartani azt a jelenséget, hogy csakis akkor szerzünk tudomást valamilyen talajszennyeződésről, vagy élelmiszer/víz szennyeződésről, ha az ipari eredetű, látványos, vagy már emberi egészségkárosodást okozott.

Épített környezet

Az épített környezet kialakításakor elkészített hatástanulmány közegészségügyi szempontjai sajnos csak elvi lehetőségként szoktak érvényesülni. Jelenleg a már kialakított városkép erős korlátokat teremt a további közegészségügyi javításokra, ezért a közegészségügy részvétele csupán elméleti, egy-egy elvi engedélyezésnél a hatóság beavatkozása sokszor formális. Szerencsére a korábban városok közepén kialakított (vagy inkább körbeépített) ipari központok egyéb szempontok miatt megszűnnek. Ez a spontán változás, és a korábbi, a szocialista időszakban más hasonló országokra nem éppen jellemző közegészségügyi szemlélet hatása még látszik, de a jelenleg várostervezés nem vesz igénybe ilyen irányú szaktanácsadást. Egy-egy botrányos eset, inkább a lakók felháborodását és a nyilvánosságot gerjesztve jut el csak a közegészségügyi szemlélet érvényesítéséhez (mélygarázs kialakítás stb.).

A jogi szabályozás tovább csonkította mindezt, hiszen a csak lakóépületek kialakításában megszűnt a szakhatósági véleményezés joga. Pedig a belső terekben sokféle kialakításbeli közegészségügyi vonatkozás lehet, mégis, bár ennek tudományos, elméleti háttérét már sokkal korábban megalapozták a közegészségügy elméleti szakemberei, ennek a hatósági munkában egyre kevesebb hatása van.

A különböző fizikai, kémiai, hatások a nap egy harmadában a munkahelyén érik az embert. Ennek a közvetlen ellenőrzése kikerült az egészségügyi hatóság hatásköréből, súlyos hiányt hagyva maga után. Ugyanakkor, a szintúgy metodikai szakértelmet igénylő szakhatósági véleményadás az új kialakításokhoz megmaradt, hiszen az OMMF nem rendelkezik, hatáskörrel, de ami, fontosabb, személyi feltételekkel sem ennek a feladatnak a végrehajtásához. Ennek hosszú távú következménye, sajnos, az lesz, hogy a szakhatósági véleményezések konkrét visszajelzések hiányában mechanikusak, rugalmatlanok lesznek.

Hulladék kezelés

Érinti mind a mesterséges, mind az épített környezetek, valamint a kémiai biztonságot, és létfontosságú lenne a részvételünk a hibák feltárásában, és kiküszöbölésében. Valójában a dolog egyre inkább senki földjévé válik.

Kémiai Biztonság

Mivel fentiek, és a további kiüresedőben lévő hatásköri jogszabályaink konkrét intézkedést nem tesznek lehetővé, sokszor ehhez a területhez nyúlunk, ha nem tudunk más kikényszerítő lehetőséget. Megítélésem szerint ez a terület még nem nyerte el a megfelelő helyet a tevékenységünkben, hiszen pontosan azokon a területeken vannak fehér foltok, amelyek a legnagyobb veszélyt hordozhatják. A riasztási és a hatósági tevékenység fejlesztésében az infrastrukturális háttér fejlesztése elengedhetetlen lenne.

Járványügy

A közegészségügy hagyományos része, melynek egy gyors reagálású, akár katasztrófahelyzethez való alkalmazkodás, valamint egy állandó monitorizálási, jelentési rendszer az alapja. Klasszikusan a fertőző betegségekkel kapcsolatos tevékenység a legkörülírtabb, legkonkrétabb, legelvitathatatlanabb része, mégis, megmaradt különállóként (a közegészségügy és járványügy fogalomban). Nem hagyható ki semmilyen olyan kórkép terjedési módjának ellenőrzése, amely megbetegedéssel fenyegeti az embert.

A fertőzések forrása egy igen jelentékeny csoportban a haszonállat, forrását hagyományosan az állategészségügy ellenőrzi, de az étel- és élelmiszer-higiéne terén az egyik főbb közvetítő, az élelmiszer, az étel, az általános közegészségügyi feltételek vizsgálata, a kéz, a személyi higiéné, a fertőtlenítés, a tárolási és ételkészítés higiénés feltételei, a hulladék-kezelés; ezek, közegészségügyi feltételek. Az esetleges étel eredetű fertőzés kivizsgálásának metódusában fontos tudni mindezt, illetve a prevenciós intézkedések között szerepelni kell mindezeknek a szakhatósági és ellenőrző tevékenységben.

Higiéne

A legtágabban, és a legszűkebben is értelmezhetnénk. Erre a helyre mégis az kíváncsnék, ami a fentiekben nem kapott kellő hangsúlyt. Vannak az ember tevékenysége során olyan kiemelt helyek, melyekben fokozott veszélynek van kitéve vagy védtelenebb a szokásosnál. Ilyenek az iskolák, óvodák, szociális ellátó helyek, az étel, élelmiszer kiszolgáló helyek, a különböző közösségek által használt tartózkodási helyek, lakások. És ilyen az egészségügy, melyről később lesz szó.

Ebbe a sorba tartozik azonban a senki által nem szívesen felvállalt, nehezen kezelhető alapkövetelmény, hogy a fenti helyeken és úgy általában a környezetünkben milyennek kell lennie az embertársaink egészségét nem veszélyeztető, és szokványos életét negatívan nem befolyásoló személyi és tárgyi környezet higiénés viszonyainak. Erről szólnak azok a bejelentések, amelyeket végső elkeseredésként segítségkérésként ma is megkapunk, és már minden blöff intézkedést végig próbálva, egyre kevesebb hatékonysággal próbálunk orvosolni.

Következtetések

A közegészségügy riasztási időszakban vállalt szerepe: a döntéshozó közvetlen tanácsadója, a nem egész kistérséget vagy régiót érintő járvány (veszély) esetén: döntéshozó. Fontos szerep még, hogy kialakult katasztrófa vagy krízis helyzet esetén az egészségügyi háttér megteremtésében hatékonyabban tudunk fellépni, feltéve, ha igénybe is veszik a munkánkat.

A természetes és épített környezet szempontjából részben a jogszabályi háttér, részben a hatóság belső és külső késztetései hiányoznak. Ugyanakkor a különböző közterületi és lakóházbeli panaszok, bejelentések szaporodnak, amelyek részben a régi, elavult, „átbuherált” kialakításoknak, részben az új igénytelen lakásépítéseknek köszönhetőek. A hulladék kezelés és kémiai biztonság

területe nem kellően indokolt módon különül el az ember egészségét befolyásoló tényezőktől.

A szűkebb és tágabb értelemben vett higiéné ellenőrzése, mindenképpen a közegészségügytől elvárt követelmény, mégis vannak olyan törekvések, amelyek csak a nehezen értelmezhető, kellemetlen feladatokat kívánják beleérteni, és ez által azok orvoslása is lehetetlenné válik.

Szociális helyzet az életmód, iskolázottság, család

Helyzetértékelés

Életmód, szociális helyzet

Az életmód tekintetében meghatározó szerepe van az iskolázottságnak a szociális helyzetnek, és mindannak, amelyek az előző fejezetben szerepelnek. Egyáltalán, az, hogy milyen fontosnak tartjuk, azt hogy egészségesek vagyunk-e, milyen az egyéni felelősségvállalásunk ebben a kérdésben az jórészt a családtól, és valamelyest az oktatástól függ. Paradox módon azonban a család életmódbeli szokásait leginkább a gyermekeken keresztül, vagy a kisgyerekes anyán, várandós anyán keresztül lehet befolyásolni. Ezért az egészségnevelésnek legnagyobb jelentősége és hatékonysága a gyermekintézményekben van. A szociális helyzet és az iskolázottság befolyásolása társadalmi méretű mozgásokat igényel, nem szűkíthető le a közegészségügy feladatává, csupán azt vállalhatjuk fel, hogy az adott helyzeten belül próbáljuk pozitívan befolyásolni a lakosság egészségtudatos magatartását. Ezen a helyen a szenvedélybetegségek és káros magatartások mellőzését, helyes stressz kezelést, és a táplálkozásbeli eltéréseket kell feltétlenül megemlíteni. Ez lehet fő tárgya az egészségnevelésnek.

Egészségnevelés

Különös kettősség, hogy a feladat maga állami, kormányzati szintű lenne, a hálózat (védőnői, oktatási) pedig helyi önkormányzati tulajdonú, így a feladat adequat körvonalazója nem egyezik a finanszírozó, munkáltató személyével. (ha a két vélemény között van eltérés, természetesen a közelebbi, nagyobb veszélyt vállaló munkáltató győz). Ennél is távolabbi a kapcsolat az oktatás felé, pedig kézenfekvő, hogy a sokat emlegetett egészségtudatos magatartás tananyagba való beépítése hatékonyabb lenne. Ugyanakkor még a személyi higiénés kérdések említése is csak a pedagógus személyes részvállalásától függ, a felelős hatóságot pedig idegenként utasítja el az iskolák többsége.

Abszolút skizofrén állapot, hogy az egészségügyi oktatás ellenőrzésének sincsen köze az egészségügyhöz, annyira, hogy akkreditálni lehet egészségügyi oktatást megfelelő egészségügy képzettség nélkül is. Azokon a helyeken, ahol a védőnő, vagy egyéb elhivatottságot érző és tapasztalt egészségnevelő tud részt venni az iskola munkájában, és az iskola vezetése is elfogadja ezt a tevékenységet, lehetőség nyílik akár személyes krízismegoldásra, tanácsadásra is. Ezek az apró, egymásra épülő jelenlétek az egészségmegőrzés, és egészséges életmódra nevelés alapjai. Mivel a legfontosabb a közvetítő hitelessége, fontos lenne, hogy először azokat a személyeket keressük meg, és segítsük munkájukat, akik már amúgy is végeznek ilyen feladatot. Csak a tudásanyag bővítésével, esetleg módszertani tréninggel, de semmiképpen sem kész programokkal kellene bombázni.

Következtetések

A tárgyi feltételek kialakításában nagyobb szerepet kellene adni a közegészségügyi, higiénés szempontoknak.

Az egészségnevelést a kistérségi szintre kell levinni, de a közegészségügyi hatóságon belül, megteremtve annak pénzügyi és jogszabályi alapját is. Fontos lenne érzékelni azt, hogy azok a helyi erők, akiknek már volt ilyen tevékenységük, jogosan érzik visszalépésnek, a külső szabályozást, mert ezt csak helyi szinten lehet kezelni. A kistérségnek viszont semmilyen támogató háttere nincs arra, hogy a helyi folyamatokat kézben tudja tartani.

Egészségügyi ellátás

Helyzetértékelés

Az arányokat tekintve is nagyon eltérő megítélések jellemzik, de szinte mindenki egyetért abban, hogy a másik három tényezőhöz képest nem olyan jelentős az egészségi állapot befolyásolásában, mint ahogyan azt a laikusok megítélik. Egy európai szintű egészségügyi ellátás, ha nem működik extrém rosszul, nem fogja a mérhető halálozási mutatókat feltűnően befolyásolni. Ám ha összehasonlítjuk azokkal az országokkal, ahol pl. az ayurvedikus orvoslás a hivatalosan elfogadott, és kórház-higiénéről még csak hallomásból sem tudnak, bizonyos technikák egyáltalán nem elérhetőek, nincsen járványügyi munka, ott az egészségügyi ellátás hiányosságai miatt számos életet veszítenek.

Természetesen, az evidenciákon alapuló medicinában is igen sokat lehet elérni egy-egy betegcsoport akut ellátásának vagy akár rehabilitációjának megszervezésével, egy adekvát technika protokollizált ellátásának utasításával (az orvosnak azt kell igazolnia, miért nem követte a kiadott algoritmust, nem begyűjteni a kontraindikációkat), de ez csak az adott betegcsoportban már megbetegedettek túlélési viszonyait javítja, amely a populációszintű mortalitási adatokat csak csekély mértékben befolyásolja. Nyilván az infrastruktúra, a hatékony szervezés lényeges javulást hoz, vagy, inkább mutatja, hogy ezek hiánya komoly problémát okoz az egyén számára.

Egészségügyi igazgatás - Kórházhygiéne:

Ez az egészségügyben alkalmazott eljárások megfelelőségének ellenőrzése tárgyi, személyi, szakmai, és higiénés szempontból. A tárgyi feltételek ellenőrzése arról szól, hogy, egyrészt megvannak-e szükséges szakmai feltételek, másrészt teljesülnek-e azok a járványügyi feltételek, amelyek minimalizálják a nozokomiális fertőzés veszélyét.

Igen csekély hatósági lehetőség van, kikényszeríteni mindezeket. A leghumánusabb lehetőségként adódna a kialakítás, engedélyezés folyamatába beleszólni. A rossz jogszabálykövetés, az ellátási érdekre való hivatkozás és a gyenge pénzügyi lehetőségek, változó körülmények, gyors pályázati határidők, és személyes presszió gyakran kész helyzet elé állít, az elkészült kialakítás láttán. A jogszabályok is időben folyton változóan, és gyakran szétválasztva adják meg a hatáskört ezekre a tevékenységekre (gyakran más az első fok az engedélyezésben illetve a közegészségügyi feltételekben) ez a szétválasztás a két, egymással nem feltétlenül beszélő hatósági szint egymás elleni kijátszásának lehetőségét is magában hordja.

Ellátásszervezés:

Mivel az egészségügyi ellátások nagy részét OEP finanszírozott, önkormányzati, vagy túlsúlllyal

önkormányzati tulajdonú ellátók végzik, valahogy átcúsított ezeknek a szabályozása az OEP-re, időnként a minisztérium is magához veszi. Ez lehetőséget biztosít egy-egy szakterület rendeletszerűen való szabályozására, pl. stroke, akut kardiovaszkuláris ügyelet, baleseti ellátás, ugyanakkor teljesen kiveszi a valódi hatóság irányító szerepét és átteszi ezt egy quázi-hatóság kezébe.

Az országos ellátás ugyanakkor igen lomhán szerveződik, nem alkalmazkodik az aktuális igényekhez, hacsak a felsőbb körökben sikeresen lobbizókat nem tekintjük ennek. Azok az információk, melyek visszajelzést jelentenének, nem jutnak el a szervezéshez, az nem is rendelkezik azzal a tudásanyaggal, amivel valóban működő-képesen tudná szabályozni.

A megfelelő információkat még mindig az ÁNTSz hálózatán szedik be, sokszor szakszerűtlenül feltett kérdésekkel, mindenképpen irreálisan megszabott határidőkkel, így aztán a kapott adatok is megfelelő torzítással érkeznek. Mivel a spontán kiskapukeresés, találás művelete mögött jó rutinnak rendelkezik az ország nagy része, a centralizáló törekvések komoly ellenállásba ütköznek, ha azt a szakmai és finanszírozási érdekek kívánják, illetve engedik.

A legfőbb irányító a pénz, tehát az OEP finanszírozás hatóságként működik, szemben a gyenge, vagy inkább gyengített valódi hatósággal szemben. A gyors reagálás biztos alapja az, hogy az ügyelet szervezése régiós szinten megoldható legyen. Nem elhanyagolható, specifikusan magyar probléma, hogy az ellátáshoz kialakított infrastrukturális háttér meglétének, illetve a bejelentett személyi és egyéb feltétel hiányának következmény nélküli tudomásulvétele.

Szakmai felügyelet:

A több biztosítós rendszer létrehozása kapcsán, vagy inkább ürügyén létrejött egy olyan hatóság, a Biztosítás Felügyelet, amely az OEP finanszírozott intézmények felett rendelkezik minden fenti és még egyéb körben körbeírt hatósági jogkörrel, de fentiekkel szemben pontos szankcionálási lehetőséggel is, tehát komoly kikényszerítő ereje van. (eredetileg a biztosítók működését lett volna hivatott ellenőrizni) Az OEP szerződéssel nem rendelkező ellátókkal azonban csak nagyon gyenge kikényszerítő ereje van az ÁNTSz-nek. Az utóbbi rendelkezik viszont, szakemberi gárdával, mennyiségben és minőségben megfelelő apparátussal.

Az ÁNTSz-hez tartozik, bár ösztönösen autonómiára törekszik a Szakfelügyelet, amely a saját adatkéréseken első-, másod-, harmadfok meglétén keresztül, háttérbe szorítja a valódi tisztiorvosi szolgálatot, amely a végső döntést lenne hivatott kiadni. Ilyen módon úgy tűnik, (lassan igaz is lesz), hogy az apparátusra már nincs is szükség, hiszen csak a folyamatokat lassítja. A szakfelügyelet önjáró módon foglal állást komoly munkát jelentő ellenőrzési metódusokban, melyeket, ha végrehajtnak is, valószínűleg nem követ semmilyen intézkedés. Mivel a szakmai kollégiumok dolgozzák ki a szakmai protokollokat, a bonyolult ellenőrzési módszer újbóli létrehozása nem is látszik túlságosan szükségesnek.

A szakfelügyelők önállósága miatt, illetve a (nagy tisztelet a kivételnek) határidők nem betartása, a nem a konkrét kérdés megválaszolásából fakadó nehézségek, valamint a nem komplex jogi gondolkodásuk miatt inkább ellenérzést és nem együttműködést váltanak ki az apparátus dolgozóiból. Gyakran fordul elő az a szituáció, amikor az illetékes szakfelügyelő nem hajlandó kommunikálni a megfelelő ügyben és konzultánsként részt venni az ügy megoldásában a tisztifőorvossal, de elvárja, hogy az apparátus a rendelkezésre álló kapcsolatain és szűkös anyagi lehetőségeivel szedje be az adatokat a területről. Eredmény, a tényleges kapcsolat rövid idő alatt formálissá válik, bármikor szétszakítható, lényegében szükségtelen. Slussz poénként a Biztosítás Felügyelet, az ÁNTSz-től kér szakvéleményt, meghatározva, hogy vegye a szakfelügyelőt igénybe, és a köztes véleményt, ne a végső, saját összegzését adja át számára.

Következtetések

A magyar egészségügyi ellátás alulszervezett, és a sok hatóság közötti egyedi lobby-érdekek miatt egyre inkább az. A centralizált „kézivezérés” képes arra, hogy az ellátás egy-egy mozzanatát látványosan hatékonyra tegye, eredményes, jól publikálható halálozási mutatókkal is, de nem is veszi észre, hogy ez csak azért ilyen látványos, mert az általános alulszervezettségben és megosztottságban végre sikerült egy kórkép számára járható ösvényt vágni. Szükséges lenne, hogy minden kórkép vonatkozásában meg lehessen teremteni a szakmai monitorizálást, a hatékonyság ellenőrzését, annak kikerülésével, hogy az ellátók a megfelelő finanszírozás érdekében áladatokat közöljenek, vagy ennek megfelelően „válogassanak”

A rendszer „darabolása” oda vezet, hogy követhetetlen, irányíthatatlan hajtások nőnek ki. Lehet, hogy később, a piaci viszonyok, de nem a valós igények és népegészségügyi szempontok hatására, ezeknek a vadhajtásoknak egy része el fog halni, de ez a lehető legköltségesebb, legnagyobb veszteséggel járó formája a fejlődésnek. A szakmai ellenőrzés is feldarabolódott, erősen keveredett a finanszírozási rendszerrel, utóbbi egyértelműen befolyásolja az előbbit.

Mivel a magyar egészségügy régen túl van azon a korszakon, amelyben még a fertőző betegségek, és az akut ellátás hiánya komoly életév veszteséget okoz, nem az egészségügyi ellátás javítása a fő csapásirány a mortalitási arányok javításában. A szinten tartás, a iatrogénia, az esélyegyenlőség terén azonban nagy szerepe lenne egy objektív, protektív jellegű ellenőrzésnek.

Joghézag, a hatóság tapasztalatának és sokszor hozzáértésének hiányossága, de főleg nagyfokú rugalmatlansága eredményeként a különböző egészségügyi vagy álegészségügyi vállalkozások gombamód szaporodnak. Ezek nem törődnek a hatóság szakmakód rendszerbe és/vagy szakfelügyeleti rendszerbe, élelmiszer/táplálékkiegészítő/gyógyszer/kozmetikum kategóriákban való gondolkodásával, hanem a „tisza, egyetlen gyógyító igazság” hirdetésével hódítják el a betegeket az ellenőrzött, szakmai evidenciákon, de legalábbis ellenőrzött személyi, képzési, tárgyi minimumfeltételeken alapuló medicinától.

Mi is a közegészségügy ?

A népesség egészségi állapotának felmérése, nyomon követése befolyásolása. A demográfiai, epidemiológiai elemzések, és a belőlük levont következtetések alapuljanak pontos szakmai elveken. Az ezekre épülő hatástanulmányok teremtik meg a közegészségügyi szempontok érvényesülését a társadalom minden területén.

A szakmailag elfogadható egészség felmérés – betegség szűrések, melyek után további vizsgálathoz vagy ellátáshoz juttatjuk a kiszűrteket, fontos része lehet ennek a munkának, bár nem ez a lényege. Nem elhanyagolható hozománya azonban a szűrésekkel járó társadalmi elismertséghez való hozzáférés sem.

Kémiai, vagy járvány veszélyben és másodlagosan ilyen állapotához vezető krízis helyzetekben a helyi vagy regionális (országos) közigazgatási team elsődleges szakmai tanácsadójaként, az egészségügyi ellátás gazdaságos és hatékony szervezőjeként kell fellépni, mintegy kiszolgálva a központi intézkedőt. Ennek letéteményese a jelenlegi ÁNTSz apparátus, ügyeleti és riasztási rendszer.

Az épített és természetes környezet tekintetében prevencióként, a szakhatósági véleményezésben a jogszabályi változások, belső szakmai válság miatt a szakhatósági véleményezés sokszor formálissá vált, szükséges ez irányban a jogszabályok konkretizálása, és a szakember gárda képzése, továbbképzése a régi értékek megmentésével. A különböző, régen is külön nevesített, és újonnan jelentkező témák, mint a hulladék kezelés és a kémiai biztonság kérdése teljesen önállóan futnak, holott egy keretjogszabály, vagy módszertani levél módján be kellene építeni a prevenció tevékenységbe.

A klasszikus járványügyi tevékenység akár a fertőzések, akár az oltási rendszer monitorizálása. Járvány veszélye, vagy már bekövetkezettnek a kivizsgálása esetén az elsődleges hatóság a közegészségügyi, ezért rendelkeznie kell minden olyan információval, és hatáskörrel, amely segítségével megakadályozhatja a járvány továbbterjedését, illetve biztosíthatja a már megbetegedettek ellátását. Mindezek alapján a járványok kialakulásának kérdése, a fertőzés tekintetében legalább a terjedési mód és a fertőzés által érintett emberek, azok fogékonyságbeli státusza feltétlenül megismerendő.

A járványügy azonban nemcsak a baj elhárítása, hanem a prevenció is, tehát, járvány (veszély) nélkül is ezeket ellenőrizni és eltérés esetén befolyásolni kell. Ez a szűkebben, de akár tágabban értelmezett higiéné, melynek kritikus pontjai mindazon helyek, ahol közösségek, emberek, laknak, tartózkodnak, dolgoznak, étkeznek, tisztálkodnak stb. Sajnos, amúgy is hiányos jogszabályi háttér megdőlni látszik. Mindenesetre, akárhogy értelmezzük, higiéné csak egyfajta van az üzleti vállalkozásokban és a magánéletben is, hiszen a járványos betegségek ugyanúgy figyelmen kívül hagyják az összes társadalmi határt és hovatartozást.

Az egészségnevelés terén mind az oktatásban, mind a családban, mind kisebb nagyobb közösségekben helyi szinten kell jelen lennünk, ehhez elméleti, információs, jogszabályi és pénzügyi támogatást kellene adni a kistérségi ÁNTSZ-eknek, hogy szakmailag megfelelően és hatékonyan tudjanak beavatkozni, ráépíteni a már kialakult folyamatokra.

Az egészségügyi ellátórendszer higiéniai, képzési, személyi, tárgyi feltételeinek a tevékenységhez alkalmazott kialakítása és annak monitorizálása szükséges, ideértve a szakmailag nem megfelelő ellátók radikális kizárását. Nagyon fontos, hogy konkrét, rövid és hosszú távú beavatkozási lehetősége legyen a közegészségügyi hatóságnak, melynek szigorúan szakmai alapokon és hatástanulmányokon kell nyugodnia.

Mindebből látható, hogy a közegészségügyi tevékenység elsősorban protektív, és másodsorban szankcionáló, kikényszerítő hatósági munka, mely mögött a preventív medicina és vele határos egyéb interdiszciplináris tudományág eredményein alapuló, másoktól független tudományos team áll. Függetlenül kell működnie minden aktuális politikai és egyéb nem szakmai befolyástól, hiszen prevenció tevékenysége az eljövendő nemzedékre is kihat. Bár a végrehajtó tevékenység subsidiaritást igényel, az irányok megadása, azok jelentősége miatt, mégis nemzeti, vagy nemzetközi szintű. Az apparátusnak rendelkeznie kell egy olyan gyors reagálási rendszerrel, melyben katonai pontossággal riasztható, és megfelelő szinteken ütőképes, hatáskörrel és alkalmas tudásszinttel rendelkező szakemberek tudják a helyzetnek megfelelően segíteni egy fenyegető vagy kialakult katasztrófahelyzet vagy havaria esetén az emberek életének megmentését, és a további veszélyek kialakulását.

IRODALOM:

1. *Kertai P.*: Megelőző orvostan. A népegészségügy elméleti alapjai
2. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1999.
3. *Ádány Róza* (szerk.): A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2003.
4. *Ádány Róza*: A daganatos betegségekkel szembeni genetikai fogékonyság népegészségügyi megközelítésben. Magyar Tudomány, 2005 8 981-988
5. *V.Hajdú Piroska, Boján F.*: A családi állapot szerepe az idő előtti halandóság alakulásában. *Lege Artis Medicinae*, 1994. 4(6). 530-535.
6. *Ember .I.* (szerk.): Népegészségügyi orvostan
7. Dialóg Campus Könyvkiadó, Budapest, 2007.
8. *Ember I.* (szerk.): Környezet-egészségtan. Dialóg Campus Könyvkiadó, Budapest, 2007.
9. *Klinger: A.* (szerk.): Demográfia. KSH, Budapest, 1996
10. *Józán P.*: A budapesti halandósági különbségek ökológiai vizsgálata 1980-1983.
11. Demográfia, 1986. 29: 193-240.

ARANKA KOVÁCS MD

18. Nagyfuvaros str. Budapest, H-1084

Phone: (36-1)-313-9894, Fax: (36-1)-313-9894

e-mail: goldie19@t-online.hu;

Public health by the eye of a professional working in the practice

Abstract: The application analyses the current Hungarian public health situation mainly through an examination of the official and activity aspects of the public health authority. This paper will try to define the term „public health”, and areas of expertise of public health by review of deficiencies and strengths of the current status. The structure of application is based on the public health official activity considering the results of scientific research to be incorporated in the future.

Keywords: public health, official activities, epidemiology, natural environment, built environment, chemical safety, hygiene, promotion of health education
