

# A MAGYARORSZÁGI MORBIDITÁS/ MORTALITÁS JÖVŐBELI VÁLTOZÁSAI ÉS AZ EBBŐL SZÁRMAZÓ TEENDŐK

Csiba László Vokó Zoltán

az MTA levelező tagja, egyetemi tanár,  
Debreceni Egyetem Neurológiai Klinika, Debrecen  
Csiba@dote.hu

az MTA doktora, tanszékvezető egyetemi tanár,  
ELTE Társadalomtudományi Kar  
Egészségpolitika és Egészség-gazdaságtan Tanszék  
voko@tatk.elte.hu

## Bevezetés

Az iparosodott országokban a következő évtizedekben is a nemfertőző betegségek lesznek a vezető halálokok (szív-, agyérbetegségek, bizonyos daganatos betegségek). A felnőttkori cukorbetegség prevalenciája duplázódik, kb. 300 millió beteg lesz világszerte 2025-ben (Mathers – Loncar, 2006). Emellett jelentősen növekszik majd az egyéb, időskorra jellemző megbetegedések gyakorisága is, például az érzékszervi zavaroké (Roth et al., 2011).

2015-ben a 129 ezer fős magyarországi halálozás 49%-át érbetegségek okozták, jelentőségük az elkövetkező évtizedekben tovább nő, és a jelenlegi 37 379 fős érbetegség okozta halálozás 2051-re várhatóan 42 000 lesz (WHO, 2014). 2051-ben légzőszervi betegségben (idiült alsó légúti betegségek és asztma) közel 700 ezer, cukorbetegségben kb. egymillió ember szenved majd hazánkban.

Az egészségügyi ellátórendszer számára az egyik legjelentősebb kihívást 30 év múlva is a 2,7 millió szív- és érrendszeri beteg (agyérbetegségek, az idiült reumás szívbetegségek, a koszorúér-betegség és a szívbetegségek egyéb formái), illetve a 3,2 millió magas vérnyomá-

sos beteg ellátása jelenti majd (Király, 2015). Az érbetegségek legfontosabb rizikótényezői: dohányzás, magas vérnyomás, egészségtelen étrend, fizikai inaktivitás, következményes elhízás és cukorbetegség. A lakosság életmódja az egészségkockázatok szempontjából igen kedvezőtlen hazánkban: ma a dohányzók aránya 29%, átlagosan évi 20 (férfiak), illetve 7 (nők) liter tiszta alkoholt fogyaszt egy magyar állampolgár, és minden ötödik ember elhízott (testtömeg-index  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>), a férfiak 39, a nők 28%-a túlsúlyos (testtömeg-index 25–29,99 kg/m<sup>2</sup>) (KSH, 2015).

A WHO adatai szerint a tüdőrák okozta halálozás a magyar férfiak körében a világon a leggyakoribb, nők esetében a harmadik leggyakoribb (KSH, 2015). A férfiak esetében a betegség incidenciája is a legrosszabb, a nők esetében pedig az ötödik legkedvezőtlenebb. Még rosszabb a kép a vastag- és végbélrák esetében. Ebben a betegségben a magyar férfiak és nők halálása a legkedvezőtlenebb a világon (KSH, 2015). A rosszindulatú daganatok miatti kórházi kezelések száma Magyarországon Európában a harmadik legmagasabb, 2300 kórházi elbocsátás 100 000 lakosonként.

Hazánk jelenleg 9,96 milliós lakossága 2051-re várhatóan 8,44 millióra csökken, a hatvanöt év feletti lakosok aránya 19%-ról 32%-ra nő. Az ellátás fejlesztésének tervezésekor azt is figyelembe kell venni, hogy az elkövetkezendő 30 év során jelentős népességcsökkenés lesz a délnyugati és déli megyékben, Zala, Somogy, Baranya, Bács-Kiskun, Szolnok, Csongrád, Békés, illetve Nógrád és Borsod egy részén. A népességcsökkenés egyes régiókban meghaladhatja a 30%-ot. A lakosság számának növekedése csak Budapesten és vonzáskörzetében, illetve a megyei jogú városokban várható (Tagai, 2015).

Kevés megbízható adat létezik, de az 1,2–1,3-as átlagos gyerekszám per család, a fiatalok külföldi és belföldi mobilitása miatt valószínűleg drámaian nőni fog a magányos és gondozásra szoruló idősök száma (a hosszabb várható élettartam miatt elsősorban a nőké).

Összegezve: zsugorodó népesség mellett a hatvanöt év feletti arányának drasztikus növekedése (19-ről 32%-ra) és egy mérsékelten javuló várható élettartam mellett olyan betegek százazeivel kell számolni, akik tartós gyógyszeres kezelésre, gondozásra és ápolásra szorulnak. A morbiditásban és a mortalitásban a keringési betegségek, a különböző daganatos betegségek, a légzőszervi betegségek, a cukorbetegség, a magas vérnyomás fognak dominálni, a nőknél a következő évtizedben még a tüdőrák gyakoriságának emelkedésével is számolni lehet. Egyes, a halálozásban kisebb súllyal szereplő betegségek, mint például a mentális, mozgásszervi és érzékszervi betegségek az életminőség rontása révén szintén jelentős betegségterhet jelentenek.

A megbetegedési és a halálozási viszonyok várható alakulása jelentős kihívást jelent az egészségügyi ellátórendszer számára, a következmények súlyosak, az egészségügy egyedül

nem tud megfelelni ezeknek a kihívásoknak. A nemfertőző megbetegedések járványszerű terjedése életmódbeli és környezeti okokkal magyarázható (Jousilahti et al., 2016), ezek viszont elválaszthatatlanok a társadalmi tényezőktől (Wilkinson – Marmot, 2003). A lakosság egészségét az határozza meg, hol és hogyan élnek az emberek, ezt pedig társadalmi, gazdasági és kulturális tényezők alakítják. Ebből következik, hogy ha a várható megbetegedési és halálozási viszonyok kihívásaira válaszokat akarunk adni, nem hagyhatjuk magára az egészségügyet, ami csak a feladatok egy részét tudja kezelni. A teendők egy részének megoldása (például krónikus betegek gondozása, időskorúak produktivitásának megőrzése, egészséges idősödés, a betegségek megelőzése) a társadalom egészének a feladata (szociálpolitika, oktatáspolitikai, foglalkoztatáspolitikai, gazdaságpolitika).

## Teendők

Az elmúlt húsz évben a magyar lakosság egészségi állapota jelentősen javult, a férfiak várható élettartama 1993 és 2013 között 7,6 évvel, a nőké 5,2 évvel nőtt. Ugyanakkor a lemaradásunk az EU 2004 előtt csatlakozott államaihoz képest még mindig jelentős, férfiak esetében 6,9 év, nők esetében 5,0 év. Ez a különbség 1993-ban 9,0 év, illetve 6,3 év volt. Azaz valamelyest csökkent a lemaradás, de még mindig jelentős.

Minek köszönhetjük az eredményeket? A lakosság egészségi állapota a társadalmi fejlettség egyik tükré, a társadalmi, gazdasági, kulturális változásokkal együtt módosul (Virchow, 1848). Mivel társadalmi méretekben a felsoroltak a meghatározóak, a társadalom egészségi állapotát is csak ezeken keresztül lehet javítani. Aktív beavatkozásokkal katalizálni lehet az egészség szempontjából kedvező

zöld társadalmi folyamatokat, és csökkenteni a kedvezőtlenek egészségre gyakorolt hatását. A népegészségügyi programok ilyen katalizátorok. Az elmúlt évtizedek eredményei a radikális társadalmi változások és az aktív beavatkozások eredőjének következményei.

A közelmúlt népegészségügyi kutatásai megállapították, hogy a népegészségügyi programok akkor sikeresek, ha a teljes társadalom mobilizálására törekkenek és a kormányzat a lakosság egészségét prioritásként kezeli (Kickbusch – Gleicher, 2012; Kickbusch, 2015). Napjaink népegészségügyének másik fontos megállapítása, hogy a lakosság egészsége társadalmi-gazdasági tényezők függvénye, ezért közös az egyén és a társadalom felelőssége. A társadalmak azért felelősek, hogy tagjaik számára biztosítsák az egészség előfeltételeit, illetve csökkentsék az egészség-egyenlőtlenségeket, mert „a társadalmi igazságosság élet-halál kérdés, meghatározza az életminőséget, a betegségek valószínűségét, a korai halálozás kockázatát.” (Commission on Social Determinants of Health, 2008)

Magyarországon sürgős szükség van egy új, átfogó népegészségügyi programra, mely megfelelő stratégiai és politikai keretet biztosít az elkövetkező évtizedben a népegészségügyi feladatok megvalósításához, mozgósítani tudja a társadalom szereplőit.

Egy népegészségügyi program többnyire középtávú stratégiai keret, amelyet konkrét beavatkozásokkal, cselekvési programokkal kell kitölteni. Az egészségügy szereplőinek szempontjából alapvető elvárás, hogy az intézkedések magukban foglalják az elsődleges és másodlagos megelőzés, az akut betegségkezelés és a rehabilitáció/gondozás/harmadlagos megelőzés feladatait, a stratégia tehát integrálja az egyes cselekvési programokat. Az alábbi konkrét javaslatok, melyek korántsem

teljesek, az érbetegek kezelésével szerzett tapasztalatainkon alapulnak, és ezekre a betegségre terjednek ki.

**2.1. Megelőzés** • Az egészséges életmóddal és táplálkozással kapcsolatos ismeretek terjesztése, a népbetegségek és rizikótényezők oktatása jelenjen meg önálló tantárgy (egészségtan) formájában a középiskolákban és a nem egészségügyet oktató főiskolákban, egyetemeken. Mobilapplikációk fejlesztése a lakosság széles rétegei számára.

A média, véleményformáló közéleti személyek felhasználása az egészségtudatos életmód terjesztésében. Hatékony és folyamatos egészségkommunikáció a célcsoportokkal (korosztályhoz, társadalmi helyzethez, egészségi állapothoz igazított tartalommal és csatornákon).

A közétkeztetés szigorú ellenőrzése, a só- és cukorbevitel csökkentése, a káliumbevitel növelése, az alkoholfogyasztás visszaszorítása (például a forgalmazás korlátozása, adóemelés, reklámok tilalma).

A jogosítványhoz kapcsolódó orvosi vizsgálatok szigorítása, ötven év fölött kibővített szív-érrendszeri szűrés, rizikófaktorok diagnosztizálása esetén szigorúbb egészségügyi ellenőrzés legyen a további jogosítvány-hozzájárulás feltétele.

Adókedvezmény cégeknek, magánszemélyeknek, ha szűrővizsgálatokra költenek, munkahelyi egészségfejlesztési programokat indítanak, vagy azokban részt vesznek.

Nyugdíjba vonuláskor minden dolgozó kapjon egy *voucher*-t (a SZÉP kártyához hasonló), amely csak érbetegségek és egyes rosszindulatú daganatok ambuláns szűrővizsgálatára használható mind az állami, mind a privát intézményekben.

**2.2. Az akut ellátás javítása** • Az egyre drágább kórházi kezeléseket racionalizálásával már évek óta próbálkozik az eu. kormányzat

(például egynapos sebészet). Az akut ellátást nagyobb és jobban felszerelt kórházakba kell koncentrálni. A felszabaduló kórházak/ágyak gondozási, ápolási, rehabilitációs, hospice stb. célra hasznosíthatók. Az egyre drágább gyógyszeres és műtéti eljárásokhoz való hozzáférés biztosítása érdekében a befogadási és támogatási rendszert korszerűsíteni kell, innovatív finanszírozási mechanizmusokat (például kockázatmegosztási finanszírozási sémák) kell bevezetni. Egyes nagyon drága ellátásokat speciális központokra kell szűkíteni.

**2.3. Rehabilitáció/gondozás/másodlagos megelőzés** • Az érbetegség bármelyikében szenvedő betegnek az alábbiakra van szüksége: Gondozás, harmadlagos prevenció az újabb esemény megelőzésére. A multimorbid érbetegek hatékony kezelése és gondozása érdekében komplex ambuláns vaszkuláris átvizsgáló központokat kell létrehozni a nagy megyei és néhány fővárosi kórház területén. Lényegében csak egymás mellé kell helyezni a jelenleg is működő szakrendeléseket/gondozásokat. Jelenleg az adott kórházak belgyógyászatán, kardiológiáján, neurológiáján, angiológiáján térben és időben szétszórva működnek a szív-agyai és perifériás erek artérioszklerotikus eredetű betegségeit vizsgáló gondozások. A multimorbid beteg tehát vándorol. Ezeket egy épületben kell elhelyezni a kórház területén, integrálva a már működő szakrendeléseket, országos rendszerbe kap-

csolni és közös protokoll szerint működtetni. A háziorvosi alapellátást alkalmassá és érdekeltté kell tenni abban, hogy a gondozási tervben kidolgozott programot a szakellátással és az egészségfejlesztési szolgáltatásokat nyújtókkal együttműködve (például egészségfejlesztési irodák) menedzselje.

Rehabilitáció: ez a tevékenység túlnyomóan speciális rehabilitációs osztályokhoz kötött, kisebb része ambuláns. A jelenlegi infrastrukturális és humán kapacitások elégtelenek, ezek mindenképpen fejlesztendők.

Ápolási osztályok szervezése olyan betegek tömeges ellátására, akik nem rehabilitálhatók, otthoni ellátásuk nem megoldott, mert elemi szükségleteik ellátása is eu. személyzetet igényel (étkezés, felfekvés-megelőzés, katéter, infúzió, mesterséges táplálás stb.). Az ilyen férőhelyek megteremtésére kormányzati programot kell indítani.

Az előzőnél is nagyobb számban lesz szükség az ágyhoz még nem kötött, de önálló életvitelre már nem képes egyedülálló személyek tömeges elhelyezésére (a hosszabb várható élettartam miatt elsősorban nők). Kormányzati feladat a bölcsődeprogramhoz hasonló program megindítása, a kapacitások és szolgáltatások fejlesztése és az otthonápolás bővítése mellett.

Kulcsszavak: *halálozás, érbetegségek, daganatos betegségek, Magyarország-prognózis*

## IRODALOM

- Commission on Social Determinants of Health (2008): *Closing the Gap in a Generation – Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*. Geneva: WHO • <http://tinyurl.com/m584nbv>
- Jousilahti, Pekka – Laatikainen, Tiina – Salomaa, Veikko et al. (2016): 40-year CHD Mortality Trends and the Role of Risk Factors in Mortality Decline: The North Karelia Project Experience. *Global Heart*.

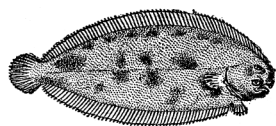
11, 2, 207–212. DOI: 10.1016/j.gheart.2016.04.004 • <http://tinyurl.com/y6vaaw5y>

Kickbusch, Ilona – Gleicher, David (2012): *Governance for Health in the 21st Century*. Copenhagen: WHO European Regional Office • <http://tinyurl.com/zfs97km>

Kickbusch, Ilona (2015): The Political Determinants of Health—10 Years on. *British Med. Journal*. 350:h8. DOI: 10.1136/bmj.h81 • <http://tinyurl.com/y79rw55j>

- Király Gábor (2015): A magyarországi népesség „status quo” morbiditási és mortalitási jövőképe 2016 és 2051 között. In: Czirfusz Márton – Hoyk Edit – Suvák Andrea (szerk.): *Klímaváltozás – társadalom – gazdaság: Hosszú távú területi folyamatok és trendek Magyarországon*. Pécs: Publikon Kiadó, 167–178. • <http://tinyurl.com/y7em487y>
- KSH (2015): Európai lakossági egészségfelmérés, 2014. Összefoglalás. *Statisztikai Tükör*. 29. • <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/elefi4.pdf>
- Mathers, Colin D. – Loncar, Dejan (2006): Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLOS Medicine*. 3, 11, 2011–2030. DOI: 10.1371/journal.pmed.0030442 • <http://tinyurl.com/yaxuk6ef>
- Roth, Thomas Niklaus – Hanebuth, Dirk – Probst, Rudolf (2011): Prevalence of Age-related Hearing Loss

- in Europe: A Review. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. 268, 8, 1101–1107. DOI: 10.1007/s00405-011-1597-8 • <http://tinyurl.com/y9vzqhxq>
- Tagai Gergely (2015): Járési népesség előre számítás 2051-ig. In: Czirfusz Márton – Hoyk Edit – Suvák Andrea (szerk.): *Klímaváltozás – társadalom – gazdaság: Hosszú távú területi folyamatok és trendek Magyarországon*. Pécs: Publikon Kiadó, 142–166. <http://tinyurl.com/y7dlhfpt>
- WHO (2014): Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles 2014. Geneva: WHO • <http://tinyurl.com/ya6sf59m>
- Wilkinson, R. – Marmot, M. (eds.) (2003): *Social Determinants of Health. The Solid Facts*. Copenhagen: WHO European Regional Office • <http://tinyurl.com/29w9byr>
- Virchow, Rudolf (1848): Der Armenarzt. *Medicinische Reform*. 18, 125–127.



# AZ EMBERI ÉLETTARTAM MEGNÖVEKEDÉSÉNEK EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAI

Karádi István

az MTA levelező tagja

Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar III. sz. Belgyógyászati Klinika  
karadi.istvan@med.semmelweis-univ.hu

A XX. század pusztító világháborúi fiatal életek millióit oltották ki. Közben és ezt követően a szörnyű tragédia mellett a tudományos-technikai fejlődés az orvostudományban is robbanásszerű eredményeket ért el, aminek következtében a fejlett társadalmak népességének átlagos életkora jelentősen megnövekedett. *Az öregség maszk, mely elfedi az esszenciális identitást* – mondta Mike Featherstone és Mike Hepworth, akik a test-szociológia neves brit képviselői, és a modern ember testi, szociális és kulturális fejlődésének új szemléletét alakították ki (Featherstone – Hepworth, 1991).

Az idősödő ember megtarthatja testi és szellemi frissességét, de ehhez az egészségügyi ellátás egyes területeinek folyamatos fejlődésére, illetve adaptálódására van szükség.

Az emberi élet szakaszai is arrébb tolódtak, és az emberi kor WHO szerinti aktuális felosztásában az időskor már csak a 75. életév után jelenik meg (1. táblázat).

*Az idősödő ember – egy új kategória*

Az idősödő ember szellemi és munkaképességét egyre inkább megőrzi, illetve folyamatosan törekszik rá. E törekvés jelentős anyagi

terhet ró a társadalomra, illetve a munkaképesség megőrzése egyfajta kompenzáló tényezőként jelenik meg. Az elmúlt évtizedekben az európai országokban a várható élettartam

az első 6 élethét (más beosztás szerint csak az első hónap)	újszülöttkor
7. élethétől (vagy a második élethónap kezdetétől) az 1. életév végéig	csecsemőkor
1–3 év	kisdedkor
3–6 év	kisgyermekkor
6–14 év	iskoláskor
kb. 11–18 év	serdülőkor
18–50 év	felnőttkor
<i>A WHO szerint ezt követően</i>	
50–60 év	áthajlás kora
60–75 év	idősödés kora
75–90 év	időskor
90 év felett	aggkor
100 év felett	matuzsálemi kor

1. táblázat • Az emberi élet szakaszai