

Pécsi Tudományegyetem
Természettudományi Kar
Földtudományok Doktori Iskola

Az egészségi állapot és az egészségügyi ellátórendszer jellemzői
Nógrád megyében

PhD értekezés tézisei

Kajtor Erzsébet

Témavezető:

Prof. Dr. Tóth József
rector emeritus, egyetemi tanár

Pécs, 2010

A doktori iskola címe: PTE TTK Földtudományok Doktori Iskola

Vezetője: Dr. Tóth József, egyetemi tanár, rector emeritus,
a földrajztudomány doktora
PTE TTK Földrajzi Intézet, Társadalomföldrajzi és
Urbanisztikai Tanszék

A doktori témacsoport címe: Terület- és településfejlesztés

Vezetője: Dr. Tóth József, egyetemi tanár, rector emeritus,
a földrajztudomány doktora
PTE TTK Földrajzi Intézet, Társadalomföldrajzi és
Urbanisztikai Tanszék

Az értekezés tudományága:egészségföldrajz

Témavezető: Dr. Tóth József, egyetemi tanár, rector emeritus,
a földrajztudomány doktora
PTE TTK Földrajzi Intézet, Társadalomföldrajzi és
Urbanisztikai Tanszék

Bevezetés

Az egészségföldrajzi folyamatok vizsgálatát napjainkban több tényező is indokolja. Ezek közül kiemelést érdemel a magyar népesség egészségi állapotának romlása, a magyar egészségügy működésében kialakult válságjelenségek és az egészségügyben meglévő területi különbségek.

Az egészségi állapot hazai romlása a hatvanas évek közepe óta tart, amely a kilencvenes évek elejére epidemiológiai válsággá súlyosbodott. *„Magyarországon elhúzódó epidemiológiai válság van; ez a válság kvalifikált (nem általános) amennyiben nem az egész népességet, hanem főleg, de nem kizárólag a középkorú férfi populációt sújtja, nagyobbrészt azokat, akik a társadalom leszakadt rétegét alkotják.”* (JÓZAN P. 2002. p. 419.)

Az egészségi állapotot jól tükrözi a születéskor várható átlagos élettartam. A várható átlagévek hosszú távú trendjének nemzetközi összehasonlításából Orosz Éva azt a következtetést vonta le, hogy Magyarországon a fejlett nyugati országok fejlődési irányától elkanyarodó trend alakult ki, amelyet társadalmi és területi egyenlőtlenségek fokozódása kísér (OROSZ É. 1993).

Az Európai Unióban a 2007-ben született férfiak 75,6 év, a nők 81,8 év körüli átlag életévre számíthatnak. Magyarországon átlagosan hat évvel rövidebb életet élünk, mint az európai országok többségében. A születéskor várható élettartam alakulásában országon belül is jelentős területi egyenlőtlenségek figyelhetők meg. Az Észak-magyarországi Régióban a 2007-ben született fiúk várható élettartama 67,5; a lányoké 76,4 életév. Észak-Magyarországon a legrosszabbak az életésélyek mindkét nem vonatkozásában. A magyar nők és férfiak átlagától a Nógrád megyében élő nők 0,2, a férfiak 1,3 évvel alacsonyabb születéskor várható élettartamot remélhetnek.

Rendkívül magas az idő előtti halálozások száma. Nemzetközi összehasonlításban is kimagasló. Nógrád megyében a halálozások közel 30%-a 65 év alatt – a munkaképes aktív korúak körében – következett be. A 65 év alatti halálozás az összegzését adja az elkerülhető halálokoknak. A korai halálozás csökkentésében jelentős a szerepe a prevenciónak, a szemléletváltásnak. *„Szemléletváltásra van szükség, mind a politikában, mind az egészségügyben, hogy ez a szemléletváltás a népességben is végbemelessen.”* (KISS I. – SÁNDOR J. – NAGYMAJTÉNYI L. – EMBER I. 2003. p.127.)

A rendszerváltás óta számos olyan egészségügyi reform és reformkísérlet történt, amely az egészségügyi ellátórendszer minden szintjét érintette. Ezek a változások az egészségügyi ellátórendszer hatékonyságának növelését és korszerűsítését célozták meg, azonban érdemi átalakulást nem eredményeztek.

A népesség egészségi állapotának romlása, valamint az egészség-egyenlőtlenség az emberek életkilátásaiban és az egészségügyi ellátórendszerhez való hozzáférésben több tudományterületnek az érdeklődésébe került. Az egészségkutatások interdiszciplinális jellegéből következően különböző kutatási irányzatok alakultak ki a hazai szakirodalomban.

A '60-as évek orvos szociológiai kutatásai után a '70-es években megjelentek a statisztikai, demográfiai és az epidemiológiai elemzések. A népesség egészségi állapotának térbeli jelenségeit vizsgáló tanulmányok földrajzi szakirodalmon belüli publikálását segítette a Magyar Földrajzi Társaság Orvosföldrajzi Bizottságának folyóirata, a Geographia Medica Hungarica, a magyar szerzők idegen nyelven közölt cikkeivel. A lap 1969-1970 között az orvosföldrajz nemzetközi szaklapjaként jelent meg Geographia Medica címen. Finanszírozási problémák miatt 1994-ben kiadása megszűnt, illetve beolvadt a Journal of Health and Place című folyóiratba (PÁL V. 1998).

Az egészségföldrajz fiatalabb irányzata, mely az egészségügyi rendszer területi egyenlőtlenségeivel és problémáival foglalkozik, a '70-es '80-as években kapott egyre nagyobb teret. Ennek a kutatási területnek jeles képviselője *Orosz Éva*, aki számos publikációjában vizsgálja az egészségügyi rendszer térbeli differenciáit és az ebből adódó problémák következményeit (OROSZ É. 1984; 1988; 1989; 1993; 2001).

A hazai egészségföldrajz fogalmi és tudományelméleti kérdéseit főképpen *Tóth József* és *Pál Viktor* tanulmányai alapozták meg (TÓTH J. 2002), (TÓTH J. – PÁL V. – ANTAL G. 2005), (PÁL V. 1997; 2002). Ezekre az alapokra épülve a doktori iskolákban növekszik az egészségföldrajz tudományággal foglalkozók száma. A korábbi kutatási irányzatok folytatása mellett új kutatási témák feldolgozását ismerhettük meg: Az egészségügyi infrastruktúra területi különbségei (BODÁNÉ GÁLOSI M. 2001). A betegjogok érvényesítésének konkrét lehetőségei (ANTAL G. 2002; 2006). Az orvosdiagnosztikai laboratóriumok helyzetének elemzése (KALMÁR G. 2006). Az irányított betegellátási rendszer lényegét képező tényezők területi bemutatása (KAJTOR E. 2006; 2008; KAJTOR E. – CSORDÁS P. 2007). A társadalmi konfliktusok bizonyítása az egészségföldrajz eredményeinek felhasználásával, valamint az egészségi állapot társadalmi területi különbségei Magyarországon (UZZOLI A. 2001; 2005). Az egészségföldrajzi jelenségek társadalomföldrajz kutatóinak érdeklődése egyes térségek komplex egészségföldrajzi folyamatainak vizsgálatára is kiterjedt: Dél-Alföld (PÁL V. 2004), Budapest VIII. kerület (UZZOLI A. 2000), Nógrád megye (KAJTOR E. 2007), Békés megye (BEKE SZ. 2009).

Az értekezés készítése folyamán az egészségföldrajz fogalmi és tudományelméleti kérdései, valamint a kutatási irányzatok mellett figyelemmel kísértem a területi különbségekre, az életminőségre, az egészség-egyenlőtlenségre, valamint Nógrád megye természeti-és társadalmi tényezőire vonatkozó szakirodalmat. Többek között az MTA Orvosi Osztályának kezdeményezésére az Epidemiológiai Munkabizottság tagjainak szerkesztői, szerzői és lektori közreműködésével készült, hiánypótló összefoglaló tanulmányt, ami az ezredforduló népegészségügyi helyzetelemzésének tekinthető. A szerzők a hazai népegészségügyi helyzet jellemzésére az általánosan elfogadott demográfiai és halálozási adatok mellett bemutatták a megbetegedési viszonyokat és az egészségügyi állapotot döntően meghatározó egészség-magatartási tényezőket.

A könyv több fejezetében az elemzés tárgyát képezik az országon belüli térségi egyenlőtlenségek (ÁDÁNY R. szerk. 2003).

Céltűzések

A disszertáció céltűzése, hogy komplex módon elemezze az egészségi állapotban és az egészségügyi rendszerben meglévő térbeli egyenlőtlenségeket, hogy átfogó képet kapjunk Nógrád megye helyzetéről és az egészség térséghez kötött társadalmi esélyéről.

További céltűzésem a prevenció fontosságának hangsúlyozása, az egészségnek, mint értéknek a közvetítése, az egészségfejlesztő és az egészségmagatartás javítását elősegítő felvilágosító programok szükségességének igazolásával és megvalósításával.

A vizsgálat során két fő kérdésre keresem a választ.

1. Milyen tényezők befolyásolják Nógrád megye lakosságának egészségi állapotát?
2. Milyen egészségföldrajzi folyamatok vezettek a területi különbségek kialakulásához, Nógrád megye lemaradásához?

Az egészségföldrajzi jelenségek hatótényezőinek feltárásához részkérdéseket is megfogalmaztam:

1. Hogyan határozható meg az egészségi állapot, és milyen módszerekkel, mutatókkal mérhető?
2. Milyen megállapításokat fogalmaznak meg a – témával kapcsolatosan – az egészségföldrajz, a demográfia, az epidemiológia, az egészség-gazdaságtan és a szociológia kutatásai?
3. Milyenek az Észak-magyarországi Régió – a régióon belül elsősorban Nógrád megye – gazdasági és egészségügyi paraméterei?
4. Milyen területi különbségek mutathatók ki az egyes paramétereknél a régiók és a megyék, Nógrád megyén belül a kistérségek között?
5. Milyen térbeli struktúrát alkotnak a megye egészségügyi szolgáltatói?
6. Hogyan alakult a kórházi kapacitás és az igénybevétel összhangja?
7. Milyen következményei vannak az egészségügyi reformnak?

Az alkalmazott módszerek

Az értekezésben a célkitűzés komplex vizsgálati igénye az alábbi módszerek alkalmazását tette szükségessé:

A szakirodalmi elemzés alapját a hazai egészségföldrajz, a demográfia, az epidemiológia, az egészség-gazdaságtan és a szociológia kutatásai képezték. A külföldi szakirodalom a trendek és a módszerek irányának figyelemmel kísérésében segített.

Értekezésemben a nógrádi népesség egészségföldrajzi jelenségeit a fontosabb társadalmi-gazdasági tényezőkkel együtt tanulmányoztam, összehasonlítva a régiós, az országos és a nemzetközi adatokkal. A vizsgálat térbeli keretét főképpen a megyei szint alkotja, időbeli keretét elsősorban a 2000-2007 közötti időszak elemzése teszi ki. A jelenségek tendenciájának áttekintéséhez a korábbi évek adatbázisát is igénybe vettem. Az értekezés elméleti részét az egészséggel kapcsolatos fogalmak, valamint a válogatott szakmai-tudományos publikációk és a földrajzi epidemiológiai kutatások eredményei képezik.

A gyakorlati részben bemutatok minden olyan térségi jellemzőt, amely Nógrád megye lakosságának az egészségi állapotára hatással lehet.

Az egészségügyben jó gyakorlatnak bizonyult, hogy mielőtt a lakosság egészségügyi ellátásában új szervezeti formát vezetnének be kísérleti jelleggel, szűkebb területen modellezik az új eljárást. Az irányított betegellátási rendszer modellkísérletként indult, amelyhez Nógrád megye is csatlakozhatott. Értekezésemben esettanulmányként bemutatom a modellkísérlet sikereit és kudarcait, valamint legfontosabb eredményét, a prevencióos tevékenységet. A tanulmányban a modell és a rendszer kifejezést egyaránt alkalmazom, mivel az irányított betegellátási modell 2006. január 1-től irányított betegellátási rendszerként működött tovább.

Elemzéseimet döntően az országos és a megyei adatforrásokra építettem, melynek zömét a Központi Statisztikai Hivatal évkönyvei és adatbázisai képezik. Ezen túlmenően alkalmaztam a GYÓGYINFOK, OEP-FIFO, a MEDINFO, az ESKI-IMEA, az Országos Lakossági Egészségfelmérések (OLEF), az Országos Epidemiológiai Központ és a Nemzeti Rákregiszter adatait. Tanulmányoztam a lakosság egészségi állapotára és az egészségügyi ellátórendszerre vonatkozó válogatott szakirodalmat, az Egészség Évtizedének Nemzeti Programját, az NKI Kutatási jelentéseit, a régiós tisztifőorvos éves beszámolóit, valamint a megyei közgyűlés elé kerülő tájékoztatókat, szakmai fejlesztési koncepciókat.

A nógrádi népesség demográfiai helyzetének, egészségi állapotának az időbeli és térbeli összehasonlításához a statisztika módszereit alkalmaztam. Az elemzések során különféle viszonyszámokat és arányszámokat használtam.

A népesség egészségi állapotának mérésére a népmozgalmi és egészségügyi statisztika adatait, a morbiditás és a mortalitás mutatóit vettem igénybe. A halálozás vizsgálatát kiegészítettem a halálloki struktúra felállításával, és ezen arányszámok nemek szerinti és területi megoszlásával. A népesség egészségi állapotának fontos indikátora a morbiditás, amely a betegségek előfordulási arányait tükrözi. Kutatásom témájában meghatározó szerepe van a mortalitáshoz kapcsolódó élettartam mutatóknak. Az egészségügyi alapellátásról kialakított lakossági vélemények megismerésére kérdőíves módszerrel betegelégedettségi vizsgálatot folytattam.

Az értekezésem elkészítéséhez, az információk feldolgozásához az informatika eszköztára jelentős segítséget nyújtott. A megállapítások és eredmények szemléltetéséhez térképes, diagrammos ábrázolást és folyamatábrákat használtam. Az adatok feldolgozásához és bemutatásához MS Excel táblázatkezelőt alkalmaztam.

A tematikus térképek az elemzések egyik legfontosabb eszközének tekinthetők, amelyek Mapinfo 8.5 szoftver segítségével készültek.

Az empirikus kutatás feltáró jellegű, elsősorban a figyelem felkeltése az egészségügyi rendszerben meglévő térbeli egyenlőtlenségekre és a térséghez kötött egészségesélyre.

Eredmények

Az egészségföldrajzi jelenségek vizsgálata alapján meghatározható, hogy a megye lakosságának egészségi állapotát milyen tényezők – egymástól nem függetlenül – befolyásolják. A megfogalmazott kérdésekre az alábbi megállapításokat teszem:

A külső környezet a népesség egészségi állapotának fontos meghatározója, ezért nagyon lényeges szerepe van az egészséget támogató környezet kialakításának.

Nógrád megyében a társadalmi-gazdasági folyamatok következtében az elmúlt évszázadban egyre nagyobb mértékben alakult át a természeti környezet. Az egészségi állapot szempontjából a legfontosabbak a környezeti tényezők közül a levegőminőség, a vízminőség, a zajártalmak és a hulladékkezelés. A rendszerváltást megelőzően a megye egyes ipari körzetei az ország legszennyezettebb levegőjű térségei közé tartoztak. Így Nógrád levegő minősége rosszabb volt az országos átlagnál, ami az ipari telepek nagy számával és a nem megfelelő technológiák alkalmazásával volt magyarázható. A 90'-es években az ipari termelés visszaesésével, majd a vezetékös gázhálózat kiépítésével a megye térségeiben javult a levegő minősége. Jelentősebb levegőszennyező források nem létesültek az utóbbi időszakban, mégis országosan Nógrád megyében a legmagasabb a légzőrendszer betegségei miatt bekövetkezett halálozások aránya (2007-ben: országos 67,3; Nógrád 119,1 százezer lakosra).

Ma már főleg a közlekedés miatti környezeti ártalom (levegőszennyeződés, zajártalom) veszélyezteti a települések lakosságát, nagyrészt a főútvonalak mentén és a nagy átmenő forgalommal rendelkező közlekedési csomópontokban. A szennyező forrást erősíti a megye korszerűtlen, öreg gépjárműállománya.

Különösen fontos a megyeszékhely levegőminőségének védelme. Ugyanis Salgótarján sajátos, völgyvárosi elhelyezkedéséből adódóan a levegő öntisztulása jelentősen akadályozott. A megyeszékhely környezetének védelme azért is lényeges, mert a halálozási aránya kirívóan magas (2007-ben 21,3 ezer lakosra), Veszprém halandósági mutatójának (9,7) több mint kétszerese. Salgótarjánban él a megye népességének közel 20%-a, továbbá hagyományosan sokan ingáznak naponta a környező településekről a város munkahelyeire és iskoláiba. A térség lakossága a nagybevásárlásait is zömmel itt bonyolítja le.

A megye társadalmi-gazdasági viszonyai hozzájárultak az igen súlyos demográfiai, morbiditási és mortalitási helyzet kialakulásához.

Észak-Magyarország a 90'-es évekig Magyarország egyik legiparosodottabb régiója, a bányászat és a nehézipar, valamint a vegyipar egyik hazai központja volt. A hagyományos ágazatok hanyatlásának, az ipari termelés visszaesésének következtében radikálisan megváltozott a megye gazdasági helyzete. Az egyoldalúan a bányászatra és a kohászatra épült gazdaság vállalatainak gyors leépülése Nógrád megye hosszan elhúzódó, tartós válságához vezetett. A bányák visszafejlesztése és bezárása, majd az ipari üzemek felszámolásának következtében megszűntek a munkahelyek, nagymértékű lett a munkanélküliség. Mindezen tendenciák következtében folytatódott a megye leszakadása és a fiatalok elvándorlása. Nógrád a fejlett ipari térségből depressziós, elmaradott terület lett. Ezt a jelenséget igazolják a pszichiátriai gondozók országos átlagot meghaladó betegforgalmának arányai is (2007-ben: országos 124,4; Nógrád 143,4 ezer lakosra). A viszonylag rosszabb szociális-gazdasági helyzet nem önmagában, hanem elsősorban a depressziós tünetegyüttes közvetítésével idéz elő magasabb megbetegedési arányokat (KOPP M. – SKRABSKI Á. 2007).

Szoros összefüggés található a bruttó hazai termék és a születéskor várható élettévek között.

A magasabb nemzeti jövedelem általában magasabb születéskor várható élettartammal társul. Ez a megállapítás országon belül is érvényes. Egy régió, megye, kistérség gazdasága meghatározza a lakossága egészségi állapotát, és a területi különbségek kialakulását. Az ország gazdasági térszerkezetének változása nagymértékben befolyásolja a kedvező és kedvezőtlen egészségi állapotú megyéinek helyzetét. Nógrádban tartósan a legalacsonyabb az egy főre jutó GDP (2006-ban: országos 2 363 ezer Ft/fő; Nógrád 1 169 ezer Ft/fő, az orsz. 49,5%-a).

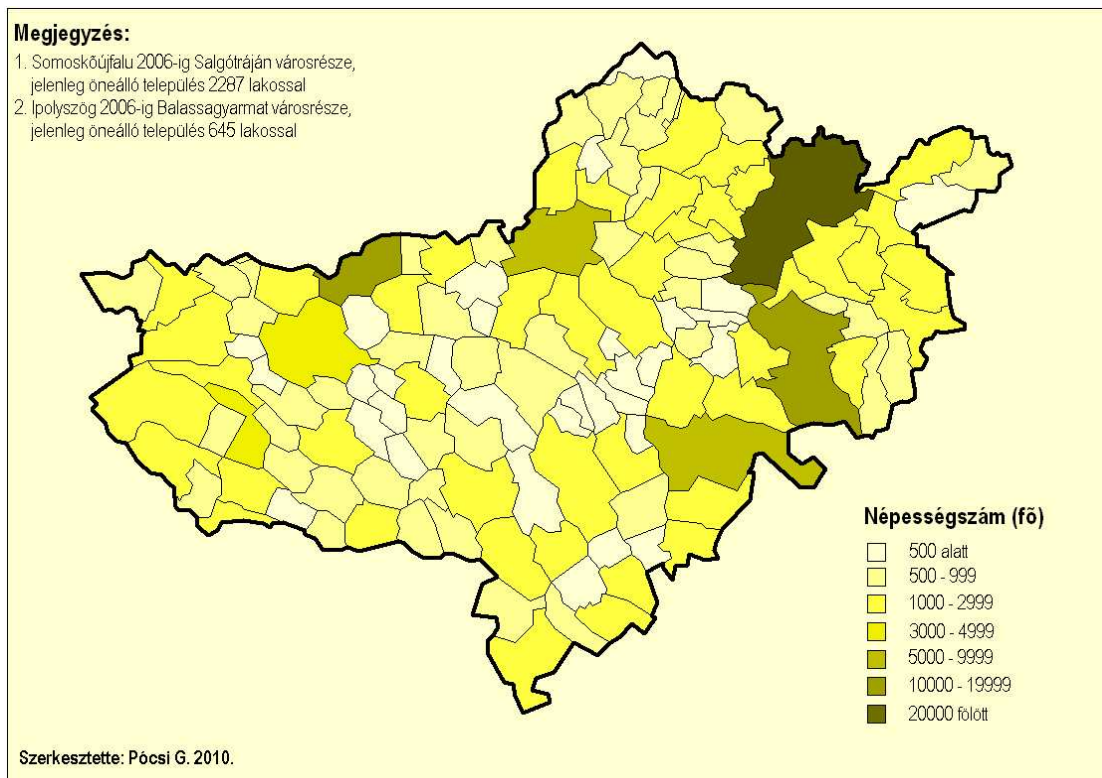
A munkanélküliség közvetetten és komplex módon hat az egészségi állapotra.

A témát érintő vizsgálatok eredményei nem igazolták a munkanélküliség és az egészségi állapot közötti oksági kapcsolat létét, de bizonyították a munkanélküliség és az egészség rosszabbodásának együttjárását. A munkanélküliek elvesztik jövedelmüket, és ennek következtében szegénységbe süllyednek, mindez kihat az életkörülményekre, a táplálkozásra. A *Hungarostudy* Egészség Panel 2006 követéses vizsgálatában a férfiaknál a biztos munkahely hiánya a korai halálozás legjelentősebb kockázati tényezője volt.

Az Észak-magyarországi munkanélküliségi ráta 1990 és 1996 között nőtt megrássszerűen – 3,2%-ról 18,2%-ra –, amely a 2005-ös mikrocenzus idejére mérséklődött (16,4%-ra). Borsod-Abaúj-Zemplén legkedvezőtlenebb munkanélküli helyzetét tartósan Nógrád megye követte.

A településszerkezet hatása a szakirodalomban kimutatott, az egészségben várható élettartamok a településnagysággal együtt nőnek.

Növekvő településnagysághoz hosszabb várható élettartam, rövidebb betegidőszak és így hosszabb, egészségesen várható élettartam tartozik. Nógrád megye településhálózatában az aprófalvas jelleg a meghatározó (1. ábra).



1. ábra. Nógrád megye települései népességnagyság-kategóriák szerint, 2007 év végén

Forrás: Nógrád megye statisztikai évkönyve, KSH, 2007 (terv. KAJTOR E.)

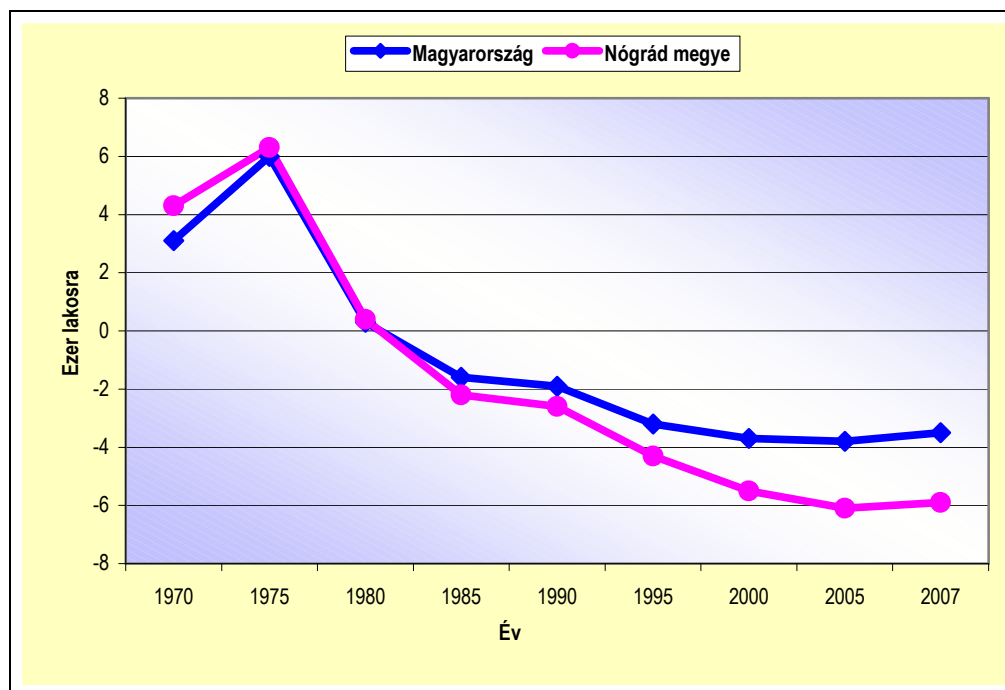
Az aprófalvas szerkezetre utal, hogy a községek átlagos népessége nem éri el az ezer főt (979 fő), mely az országos átlagnak (1 136 fő) a 86%-a. A megye 125 községéből 32-ben a lakosok száma 500 fő alatti, további 45-ben 500-999 fő közötti.

A városok-községek aránya a megyében jelentősen eltér az országostól. Az egy városra jutó községek száma (20,8) több mint duplája a hazai átlagnak (9,6). Részben már ebből is következik, hogy a megyében igen alacsony (41,8%) a városi népesség aránya. Országosan ez a hányad 67.7%.

A községek lakosságának jelentős része igen hátrányos helyzetben van, ami a napi orvosi ellátáshoz való hozzáférhetőséget illeti. A 125 község 66 kistelepülésén és 12 csatolt községben hetente csak egyszer vagy kétszer van helyben rendelés. A hét többi napján vagy a székhely községben, vagy a másik településen érhető csak el az orvos, amely esetlegesen több kilométerre van a beteg lakhelyétől.

A demográfiai jellemzők közül az egészségi állapotot leginkább befolyásoló tényezők a lakosság korösszetétele, az iskolai végzettség, a családi állapot és az etnikai csoportok aránya.

A nógrádi térség legjellemzőbb demográfiai trendje a megye lakosságának tartós és folyamatos csökkenése. A népességszám-csökkenés egyik oka a természetes népmozgalmi folyamatok kedvezőtlen alakulása (2. ábra), emellett a migrációs adatok is tartósan negatív egyenleget mutatnak. Ezek következtében Nógrád megye lakónépessége az ezredfordulót követő hét évben több mint 5%-kal fogyott, 2008. január 1-jén 210,2 ezer fő volt. Országosan ez idő alatt 1,5%-os mérséklődés figyelhető meg.



2. ábra. A természetes szaporodás, fogyás rátája Nógrád megyében és országosan, 1970-2007

Forrás: Nógrád megye statisztikai évkönyve, 1970-2007, Demográfiai évkönyv, KSH, 2007 (szerk. KAJTOR E.)

Az erősödő népesség csökkenés a megye erőforrásainak gyengüléséhez vezethet, miután a vándorlási különbözetet főleg a fiatal lakosság elvándorlása adja. Mindezt alátámasztja a házasságkötések alakulásának aránya is. Folyamatosan csökken a gyermekvállalási kedv, ami további romlást fog eredményezni a korösszetétel alakulásában. Nógrád megyében a cigány lakosság szülési kedve kisebb csökkenést mutat, mint a nem cigány családoké. Ebből következik, hogy a népesség összetételében további előnytelen változások várhatóak, és ez az egészségi állapotban is megmutatkozik, még kedvezőtlenebb jelenséget indukálhat. A roma népességgel kapcsolatos előreszámítások szerint az 1990-et követő 30 év folyamán a roma népesség hányada csaknem megkétszereződik, további jelentős területi különbségekkel (HABLICSEK L. 2007).

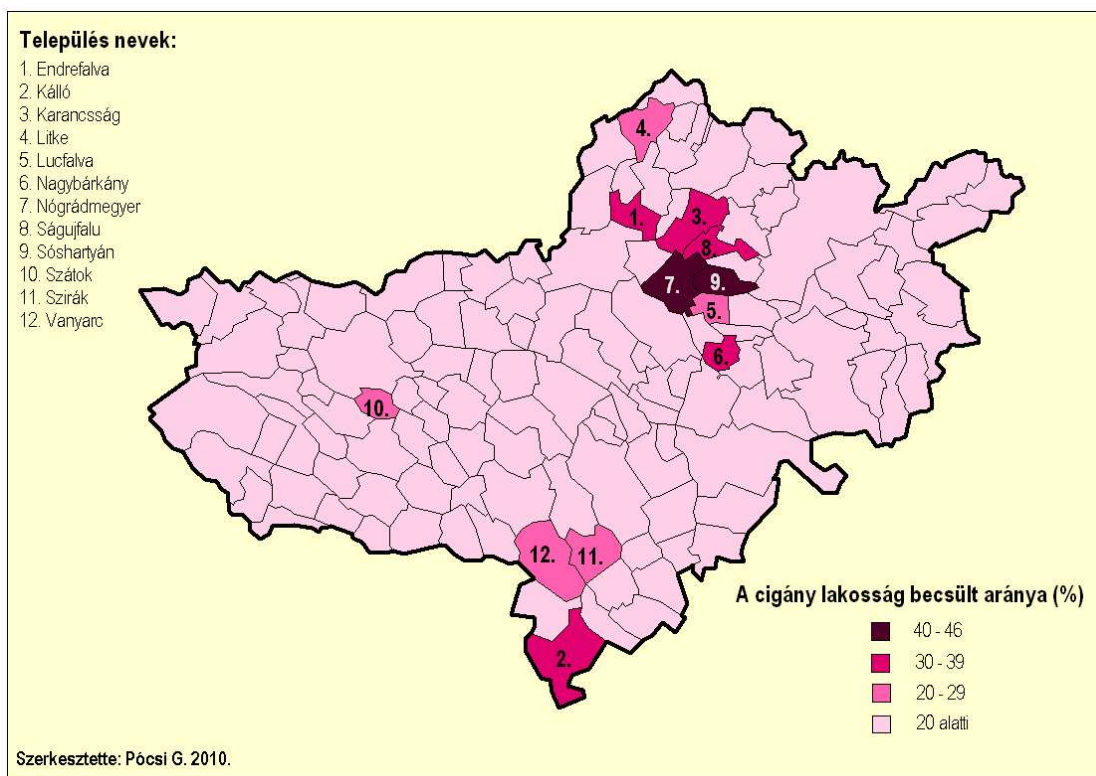
Az *időskorúak megnövekedő részaránya* maga után vonja a nem fertőző krónikus, valamint degeneratív betegségek gyakoriságának fokozódását, a halálozások számának növekedését és az egészségügyi kiadások emelkedését. Nógrád megye népességének öregedése az ezredforduló után a hazai átlagtól gyorsabb mértékben folytatódott, ezt jelzi az öregedési index alakulása. 2000-ben a megyei és az országos öregedési index között több mint 6,4 százalékpontos eltérés volt. A különbség 2007-ben 1%-al növekedett (7,4%).

A házi orvosok kétévenkénti (OSAP) jelentése alapján – 2005-ben – három jelentős diagnózissal történő orvoshoz fordulást kell kiemelni a megyében. A felnőttek körében kiugró a magas vérnyomással orvoshoz forduló aránya, amely meghaladja az országos átlagot és gyakoribb a nők körében. Ugyancsak jelentős az ischaemiás szívbetegségek és a cukorbetegség miatt orvoshoz forduló aránya. A nőknél tapasztalt magasabb arány mögött feltehetően a nagyobb törődést tanúsító betegség tudatuk áll.

Egy területi egység népességének *iskolai végzettségi színvonala* és a halandóság között szoros összefüggés figyelhető meg. Ez a kapcsolat az iskolázottsági szinttel ellentétesen erősödik. Az alacsonyabb végzettséghez rövidebb várható élettartamok és hosszabb betegidőszakok tartoznak. A magasabb iskolázottság segíti az egyén problémáinak megoldását, és a tudatosabb, egészségesebb életmódot. Nógrád megyében a lakosság iskolázottsága jelentősen elmarad mind a régiós, mind az országos átlagtól. Az idegen

nyelvek ismeretében pedig Nógrád a „nyelvszegény” megyék egyike. A K+F kapacitásból a megye részesedése minimális. A fiatal diplomások elvándorlásának folytatódásával, valamint az alacsony iskolai végzettségűek növekvő aránya következtében folyamatosan csökken a megye – egyébként is alacsony – innovációs képessége.

A cigány kisebbséghez tartozók magas területi aránya hozzájárul a halandósági különbségek alakulásához. Szociális körülményeik, társadalmi, gazdasági helyzetük valamennyi fő jellemzői alapján a megye leghátrányosabb helyzetű csoportját a romák alkotják. A nagyipar összeomlását követően a romák helyzete erőteljesebben rosszabbodott, felzárkóztatásukra nem jutott elégséges forrás és kellő figyelem. A társadalmi egyenlőtlenségek, a kulturális hátrányok legkifejezettebben az egészséghez való esélyegyenlőségben mutatkoznak meg. Szánalmas foglalkoztatási helyzetük – közvetetten – egészségi kockázati tényező. A romák magas betegségarányai közvetlenül összefüggnek a szegénységgel, életesélyeik nagyon rosszak, a születéskor várható élettartamuk 9-10 évvel kevesebb az országos átlagnál. Nógrádban a cigányság becsült száma a városokban a legtöbb: Salgótarjánban 3 982 fő; Bányterenyén 1 919 fő; Balassagyarmaton 909 fő; Pásztón 416 fő; Rétságon 205 fő; Szécsényben 248 fő. Az aprófalvakban átlagosan tíz-húsz százalékos a romák aránya, de Észak felé haladva számarányuk növekszik, és helyenként megközelíti az ötven százalékot (3. ábra).



3. ábra Községbokrok Nógrád megyében, ahol a cigány népesség becsült aránya meghaladja a 20%-ot (1992. évi becslés)

Forrás: A cigány népesség Magyarországon, KERTESI G. – KÉZDI G. 1998, (terv. KAJTOR E.)

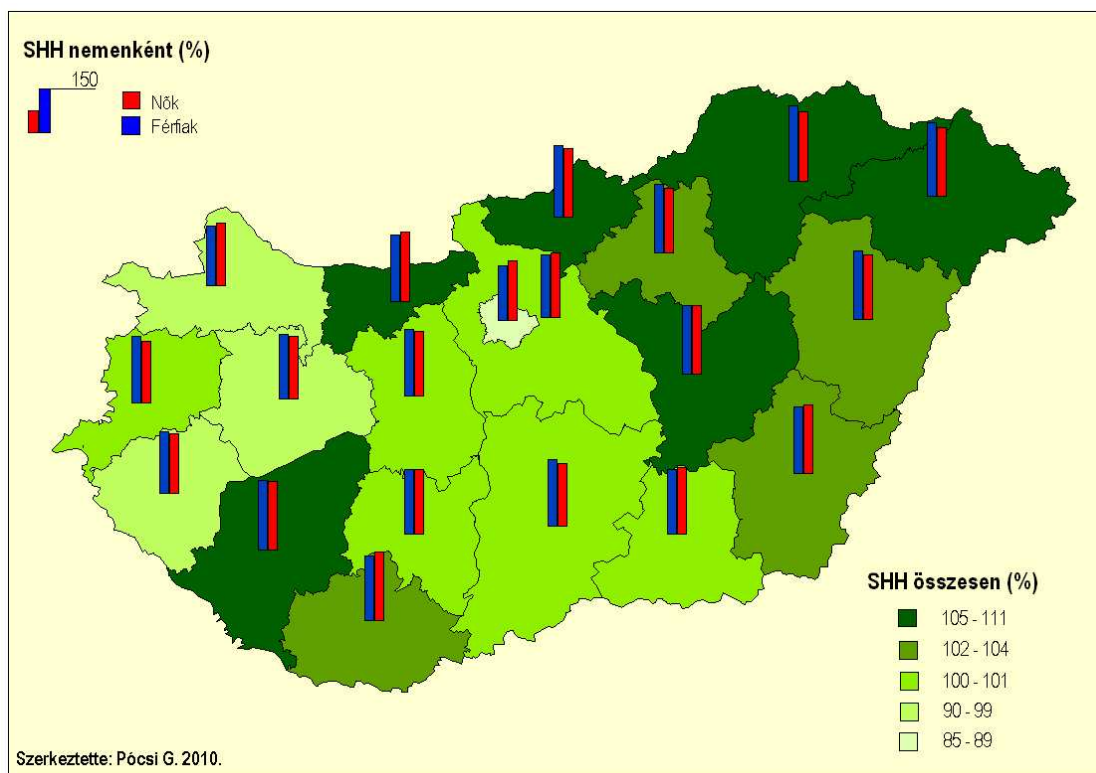
A legszegényebb aprófalvak roma lakossága különösen súlyos helyzetben van, hiszen egyidejűleg sújtja őket a szegénység és a gyakrabban jelentkező betegségek, valamint az, hogy lakóhelyükön közvetlenül nem jutnak hozzá az azonnali orvosi ellátáshoz.

A települések infrastruktúrája meghatározza az ott élő emberek esélyegyenlőségét, életminőségét, egészségi állapotát.

A megye infrastrukturális fejlettsége összességében gyengének mondható, legtöbb mutatójában az országos és a vidéki átlagtól is elmarad. Nógrád az ország egyik leghátrányosabb helyzetben lévő régiójának megyéje. Az elmaradás mérséklése, a felzárkóztatás elősegítése érdekében az ezredfordulót követően több területen jelentős pénzforrások érkeztek a megyébe. Felhasználásuk pozitív hatása elsősorban az úthálózat korszerűsítésében, a víz-csatornahálózat, a gázvezeték építésében és a kórház-rekonstrukciókban mutatkozott meg. A közműfejlesztési programok nyomán jelentős infrastrukturális beruházások valósultak meg az elmúlt években (2007-ben a vízhálózatba bekapcsolt lakások aránya: országos 94,7%; Nógrád 89,1%, a szennyvízcsatorna hálózatba bekapcsolt lakások aránya: 69,8%; Nógrád 62,5%, vezetékes gázt fogyasztó háztartások a lakásállomány %-ában: országos 76,3; Nógrád 59,8). Mindezek a beruházások az egészségi állapotban majd később éreztetik hatásukat. A gazdaságban, a munkahelyekben érdemi változás, előrelépés nem tapasztalható.

Az elmúlt három évtizedben Magyarországon a halálózások jelentős átrendeződése figyelhető meg a megyék között.

Nógrád megye '70-es évek-béli kedvező halálózási mutatói a '80-as évek második felétől kedvezőtlen irányba fordultak. Ez a jelenség egyebek mellett azzal is magyarázható, hogy Nógrád halálózási arányszáma korábban jobb volt, mint az országos, azonban 1985-re ennek a mértéke meghaladta az országos átlagot. A '90-es években már a megyében a halálózások népességre vetített hányada az egyik legrosszabb értéket mutatta. Ez az előnytelen halálózási tendencia az ezredfordulóra odavezetett, hogy Nógrád halálózási mutatói a legkedvezőtlenebbek lettek (4. ábra).



4. ábra. SHH Standardizált halálózási hányados (%), terület és nemek szerint, 2007

Forrás: ESKI-IMEA, 2007 (terv. KAJTOR E.)

A keringési rendszer megbetegedései okozta halálozás a felelős az összes halálozás több mint feléért, ezért az ország valamennyi térségében gyakran fordul elő. Nógrádban a gyakoriság jelentősen meghaladja az országos átlagot a férfiaknál és a nőknél egyaránt (2007-ben: országos 683,5; Nógrád 843,1 százezer lakosra).

Nagyobb gyakoriságot mutat, és a további országos sorrendtől eltér a megyében a légzőrendszer betegségei okozta halandóság értéke. Feltehetően ebben a környezeti ártalmaknak és a korábbi kedvezőtlen foglalkoztatási szerkezetnek nagy szerepe lehet. A mortalitási viszonyok kistérségi vizsgálata megerősítette a halálozások összefüggését a kistérségek fejlettségével. 2000-2007 között legrosszabb a nyers halálozási mutató a szécsényi és a bátonyterenyei, míg a legjobb a rétsági kistérségben.

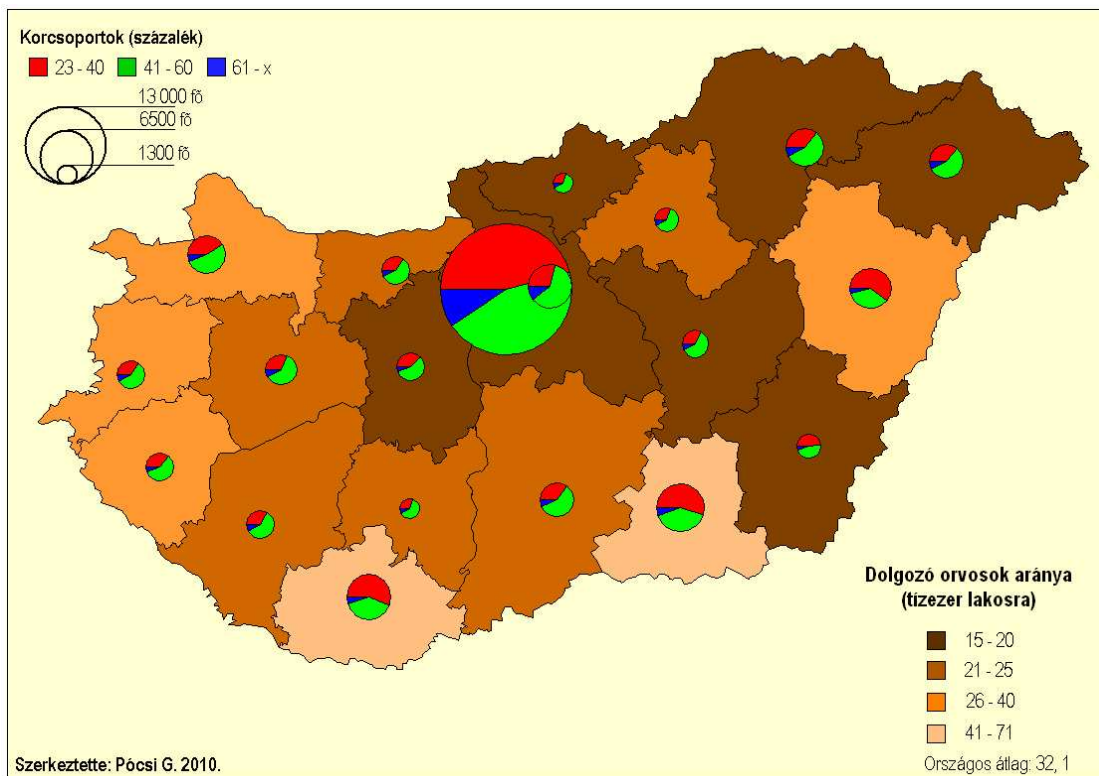
A lakosság egészségi állapotáért döntően nem az egészségügyi ellátás a felelős, mivel ez csupán csak egyik eleme az egészségi állapotra ható tényezőknek. A térségek egészségügyi rendszerének hiányosságai azonban tovább mélyíthetik – a már meglévő – területi különbségeket.

A megye háziiorvosi ellátottsága a vizsgált időszakban tendenciájában évről évre rosszabb lett. A háziiorvosi létszámcsökkenés mértéke meghaladta a 11%-ot. Az egy háziiorvosra és házi gyermekorvosra jutó lakosságszám a megyék között Pest és Szabolcs-Szatmár-Bereg után Nógrádban a legmagasabb. Országos összehasonlításban az egy háziiorvosra jutó – folyamatos ellátás miatti – lakáson történt meglátogatottak száma viszont Nógrádban a legalacsonyabb. Mind az ellátandó lakosságszám, mind a betegforgalom kistérségenként jelentős eltéréseket mutat. A legjobban leterheltek a szécsényi és a pásztói kistérség háziiorvosai.

Nógrád megyében három kórház látja el a szakellátás feladatait. Korábban működött egy száz ágyas pulmonológiai szakkórház is, azonban Nógrád Megye Önkormányzatának Közgyűlése 2005. november 1-vel megszüntette a nógrádgárdonyi Megyei Tüdőgyógyintézetet. A megszüntetésre kerülő tüdőgyógyintézet feladatait a Szent Lázár Megyei Kórház és a Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet vette át. A közelmúltban a megye mindhárom kórházában folytak rekonsztrukciós munkálatok. A kor színvonalának – esztétikailag és felszereltségét tekintve egyaránt – megfelelő kórházak szolgálják ki a megye lakosságát. Ezek az intézmények önkormányzati tulajdonban vannak, de a gazdasági kényszer miatt egyes egységeit az önkormányzatok hosszabb távon szerződéses formában működtetésre kiadták (radiológia, gyógyszerár, ételmezés, mosoda, biztonsági szolgálat). A megyék sorában – Pest megye után – Nógrádban tartósan a legrosszabb a szakorvosi óra ellátottság. A szűkös járóbeteg szakorvosi kapacitás miatt a lakosság jelentős része rákényszerül a fizetős magánrendelések igénybevételére, vagy kivárja az előjegyzés időpontját.

A megyének nincs szakembereket vonzó, illetve megtartó ereje.

Nógrád megye megítélése sajnos az egészségügyben különösen érezteti előnytelen hatását. Kevés az orvos, a fogorvos, a gyógyszerész, a pszichológus a védőnő, a gyógytornász és a logopédus. A megye orvosellátottsága a progresszivitás minden szintjén kedvezőtlen (5. ábra).



5. ábra. Orvosellátottság terület és kor szerint, 2007

Forrás: Egészségügyi statisztikai évkönyv, KSH, 2007 (terv. KAJTOR E.)

A megye orvosainak az országos átlagnál öregebb a korstruktúrája. A betöltetlen szakorvosi álláshelyek számának további növekedése veszélyeztetheti a folyamatos betegellátást. A mennyiségi paraméterek mellett sajnálatos tény az is, hogy az orvosok között elenyésző a tudományos fokozattal rendelkezők száma. A megye kórházaiból csak rendkívül nagy erőfeszítés alapján lehet megszerezni a tudományos minősítést. Nógrád megye kedvezőtlen orvosellátottsága kapcsolatban van azzal is, hogy ebben a régióban nem működik orvosi egyetem. A hátrányos helyzetű térségben a paraszolvencia esetleges és mértéke is alacsony.

Az egészségi állapotot befolyásoló társadalmi környezethez tartozik az egészségügyi ellátás elérhetősége, mennyisége és minősége.

Rendkívül magas azoknak a betegeknek az aránya (28,6%), akik megyén kívül veszik igénybe a kórházi ellátást. Ezzel szemben Nógrád megyének szinte nincs külső betegforgalma (csupán 2,1%). 2007-ben a megyéből távozó és a megyébe érkező betegforgalom nettó vesztesége jelentős, 26,5%-os. Pest megye után Nógrádból kapnak legtöbbször máshol kórházi ellátást. Erős vonzást gyakorol a megye délnyugati településeire Budapest, amelyek közül néhány csak 30 km-re fekszik a fővárostól, továbbá hagyományosnak mondható a nyugati települések Váchoz való kötődése. Ezt a kapcsolatot megerősítik a közlekedési viszonyok, az idő- és a költségtényezők. A rétsági és a balassagyarmati kistérségek települései területi ellátási kötelezettség megváltoztatására irányuló kérelmet nyújtottak be az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatához, kezdeményezve a váci Jávorszky Ödön Kórházhoz való kerülésüket. A kezdeményezés folyamata nem zárult le, ezért a következmények még nem prognosztizálhatók.

Az egészségügyi szervezés hiányossága, a döntések lassú meghozatala is növelte az egészség-egyenlőtlenségeket, mivel a betegség korai felismerhetősége, a gyors diagnózis felállítása, a kor színvonalának megfelelő eredményes gyógyítása napjaink kihívása.

A megyék között legkésőbb Nógrádban vált elérhetővé a CT, az izotópdiagnosztika, a mammográfia és még ma sem biztosított az MRI és a sugárdiagnosztika. Műszerezettségben a kórház-rekonstrukciók és a pályázatok hoztak időleges felzárkóztatást. Nógrád megyében csak 2003 áprilisában indult meg a célzott lakossági emlőszűrés, de akkor is technikai problémákkal. Korábbi bevezetése mérsékelhette volna a daganatos halálozás emelkedését.

A nógrádi lakosság éveken keresztül hátrányt szenvedett az alapellátás ügyeleti rendszerének igénybevehetősége miatt, mivel nem működött sem gyermek, sem fogászati ügyelet. Ezek elérhetősége még napjainkban is csak részleges. A megye kórházai között nem zökkenőmentes a kommunikáció és az együttműködés, mivel eltérő a fenntartó és a kórházak érdekeltsége. A betegszállítás szervezettsége sem optimális. A betegszállítás lakosságszám arányos, de a területi felosztás aránytalan. Az egyeztetések csak részmegoldásokat hoztak. Célszerű lenne Nyugat-Nógrád területére új betegszállító kapacitást biztosítani. Ennek hiányában a területi felosztást szükséges ismételtén áttekinteni.

Nógrád megyében az elmúlt években a lakosság egészségi állapotának trendjében nem következett be jelentős változás.

Annak ellenére, hogy a megye közegészségügyi-járványügyi helyzete stabil, és az ÁNTSZ a civilszervezetekkel együtt próbálja elfogadtatni az egészséges életmódot, életvitelt, a lakosság egészségi állapotában nem tapasztalható érdemi javulás. A halálozások aránya 1987-ben kedvezőtlen irányt vett, amely a rendszerváltozást követő években – a vizsgált időszakban is – tovább romlott. Nógrád megyében a rendszerváltás lélektani és gazdasági háttere képedelmesen érezteti hatását. A statisztikai adatok elemzése bizonyítja a területi egyenlőtlenségek kialakulását, és azt, hogy a megye lakosságának egészségügyi helyzete rosszabb az országos átlagnál. Nemcsak szegényebbek, de betegebbek is a nógrádi emberek. Jellemzőek az elhanyagolt krónikus betegségek.

Ennek oka főképp a lakosság életkörülményeiben, az egészségügyi kultúrájában, a 60 éven felüliek nagyobb arányában, a szerkezetváltás elmaradásában, a munkanélküliségben, az alacsony életszínvonalban, az egészségügyi ellátórendszer hiányosságaiban keresendő. Megoldást az jelenthetne – a foglalkoztatás, jövedelmi viszonyok javulása mellett –, ha működne a megelőzés, az ellátásszervezés, a gondozás és az utógondozás.

Tagadhatatlan azonban, hogy Nógrád megyében is mutatkoznak a születéskor várható élettartamokban az életkilátások javulásának jelei. Az 1980-ban születettekhez képest a 2007-ben született nőknél 4,4 évvel, a férfiaknál 2,4-el növekedett az életesély. Különösen a nők esetében biztató a helyzet. A várható átlagévek számának növekedése közel kétszerese a férfiakénak. A területi különbségek – amelyben Nógrád kedvezőtlen helyen áll – mérséklése azonban további összefogást és beavatkozásokat igényel.

A kutatás megállapításaiból levonható következtetések, javaslatok

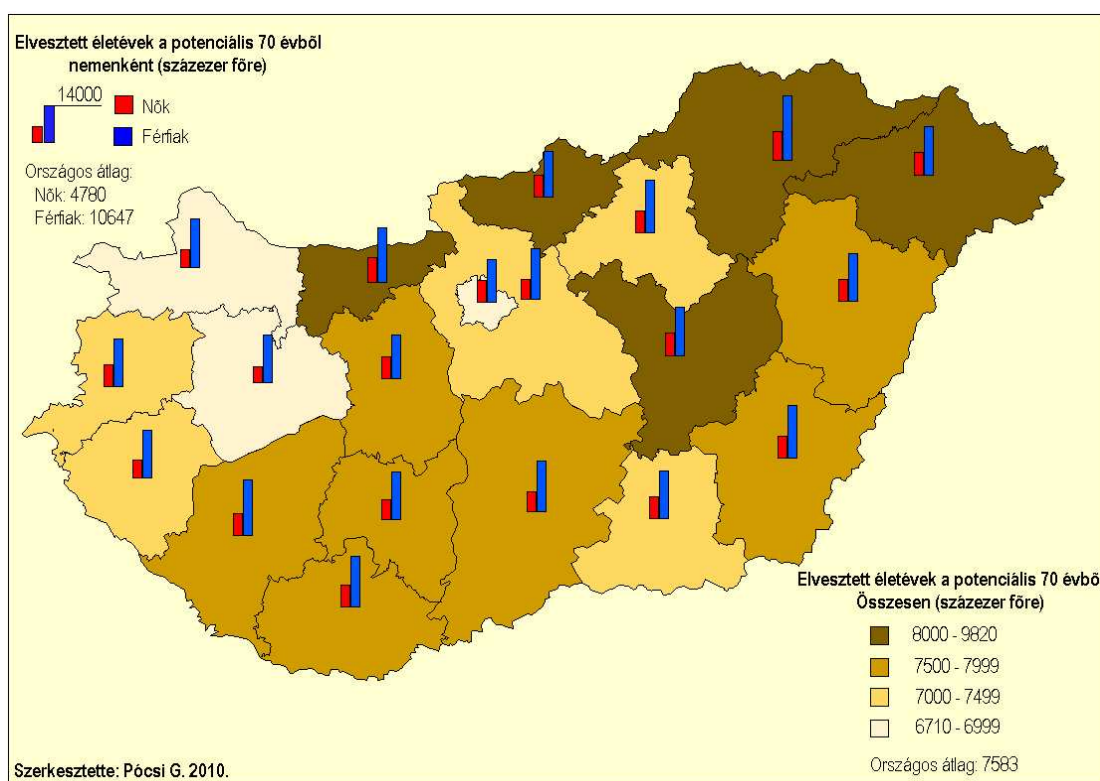
1. Javítani szükséges az egészségügyi humánerőforrás mennyiségi és minőségi paramétereit. Ennek érdekében hatékonyabb humánpolitikai tevékenységgel mielőbb be kell tölteni az üres állásokat. Törekedni kell arra, hogy a kórházban több tudományos fokozattal rendelkező orvos működjön.

A sikeres pályázatok feltételeit elsősorban a fenntartó önkormányzatoknak kell megteremteni megfelelő színvonalú lakások biztosításával. Másodsorban piacképes illetményekkel, mert a közalkalmazotti bértábla illetményalapjáért Nógrád iránt sem orvos, sem hiányszakmás egyéb egészségügyi szakember nem érdeklődik. Az önkormányzatoknak alkalmaznia kellene az ösztöndíj adás eszközrendszerét.

Javíthatna a humánerőforrás helyzetén a kompetencia szintek meghatározása, amely alapján a diplomás, szakképzett nővérek végezhetnének olyan feladatokat is, amelyeket jelenleg csak orvosok láthatnak el. Az Európai Unió tagországaiban már bevezettek hasonló intézkedéseket az orvoshiány pótlására (az angol NHS¹-ben a nővérek receptfelírási joga).

2. A prevenció szemlélet erősítése, a primer és szekunder prevenció és egészségfejlesztő programok kidolgozása és eljuttatása az érintettekhez. Az elsődleges és a másodlagos prevenció hangsúlyozásával és hatékonyabbá tételével a megbetegedések nagy részben megelőzhető, illetve a halálozások száma csökkenthető. A prevenció jelentőségét megerősíti a 65 év alatti halálozások magas szintje, amely hazánkra és Nógrád megyére is jellemző.

A korai halálozás egyik széles körben használt összefoglaló mutatója az elvesztett életek száma százezer főre. Jelentős területi különbségek figyelhetők meg a korai halálozás alakulásában is összesen és nemenként egyaránt (6. ábra).



6. ábra. Százezer főre jutó elvesztett életek a potenciális 70 évből, terület és nemek szerint, 2007 (standardizált)

Forrás: stADAT-táblák, KSH (terv. KAJTOR E.)

¹ Az Egyesült Királyságban az egészségügyi irányításban és a szolgáltatások koordinálásában központi szerepet tölt be az 1948-ban alakult Országos Egészségügyi Szolgálat (National Health Service, NHS).

A megye lakosságának több mint 50%-a a dohányzással összefüggésbe hozható betegségek (az ajak-szájüreg-garat, a gége, a nyelőcső, a légcső, a hörgő és tüdő rosszindulatú daganata, az ISZB, az agyérbetegségek és a krónikus obstruktív tüdőbetegségek) következtében hal meg. A halálozások közel 13%-a az elsődleges prevenció által nagymértékben csökkenthető halálozások (légcső, a hörgő és tüdő rosszindulatú daganata, a bőr rosszindulatú melanómája, ISZB, krónikus májbetegség és májzsugor, közlekedési balesetek) közé tartozik. A daganatos halálozások 29% -át a szűrhető daganatos betegségek miatt bekövetkező halálesetek teszik ki.²

3. Prioritást kell kapni a halmozottan hátrányos helyzetű kistérségeknek, a településeknek és a társadalmi rétegeknek (elsősorban a roma lakosságnak).

A felzárkóztatásuk nélkülözhetetlen a régió uniós szinthez történő közelítésének. A magas betegségearány erősen indokolja a szűrések koncentrálását, amelyek megvalósításához a pályázatok lehetőségét biztosítanak.

A 2007 óta nemzetközileg támogatott „Egyenlő eséllyel a Rák ellen” program keretében Nógrád megyében is rendeztünk szűréssel egybekötött egészségnapokat, amelyek folytatása szükséges. A program központi része a szociálisan hátrányos helyzetű lakosságot megszólító szervezett emlőszűrés és felvilágosítás.

A program jelentőségét emeli az a tény, hogy a hátrányos helyzetű, kiemelten a roma lakosság körében a daganatos megbetegedések aránya háromszorosa-négyszerese a hazai és a megyei átlagoknak.³

4. Az egészség megőrzésében a civilszervezetek szerepvállalása a jövő egyik kihívása, mivel az egyéni egészségismeret nagymértékben az egészségügyön kívüli eszközökkel befolyásolható, alakítható. Az egészséges életmód elterjesztése és általános társadalmi normává tétele többek között a helyes egészségmagatartási szokások ösztönzése révén lehetővé tenné, hogy a halálozások és megbetegedések döntő százalékát kitevő keringési és daganatos betegségek aránya csökkenjen, vagy megjelenésük későbbi életkorra tolódjék, és ezzel az egészségben leélt életévek száma lényegesen növekedjen. A nógrádi lakosság körében emelni kell a mellkas, méhnyakrák, emlő és egyéb szervezett szűréseken való megjelenési arányt (70%-ra). Mindemellett kiemelt feladatnak kell tekinteni a lelki egészség elősegítését, a káros szenvedélyek csökkentését. Elsőrendű feladat a leszakadó rétegek helyzetének jobbítása, az egészségtudatos magatartásuk fejlesztése. Az egészségmagatartás akkor optimális, ha a korai életszakaszban alakítjuk ki, mivel így nem igényel külön figyelmet, szokásossá válik. A lakosság egészségi állapotának javítása érdekében ajánlatos lenne egy egészségkoalíció létrehozása. Az Észak-magyarországi Regionális ÁNTSZ koordináló szerepével összefogná a különböző civil és társadalmi szervezeteket, intézményeket, elősegítve a partnerségi együttműködést, felkutatva és felhasználva a közösségi erőforrásokat.

5. Nagyobb figyelmet kell fordítani a gondozási tevékenységre mind az alapellátás, mind a szakellátás szintjén. Fontos lenne az érrendszeri, a daganatos és a cukorbetegség minőségi és mennyiségi gondozási paramétereinek javítása. Az egy háziiorvosra jutó – folyamatos ellátás miatti – lakáson történt meglátogatottak kedvezőtlen arányszáma a háziiorvosi munka kritikájául is szolgál, mert azt jelentheti, hogy a térségben nem megfelelő gondozási tevékenység folyik. Ez a jelenség még akkor sem fogadható el, ha a háziiorvosok az országos átlagnál leterheltebbek. Ennek változtatásához szakmai és

² Az adatok az ÁNTSZ 2008. évi tájékoztatójából származnak.

³ A kutatást a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Területfejlesztési Tanács kezdeményezte, a megye roma népessége felzárkóztatási programját előkészítő projekt keretében 2002 tavaszán. A kutatást a Delphi Consulting végezte, Babusik Ferenc vezetésével. BABUSIK F. – PAPP G. 2002.

finanszírozási eszközök szükségesek. A módszerek az irányított betegellátási rendszerből átvehetők.

6. *A járóbeteg kapacitás fejlesztése rendkívül indokolt, különösen a legnagyobb morbiditást és mortalitást eredményező területeken.* Ezek: a belgyógyászat, a kardiológia, az endokrinológia és a reumatológia.

Jelenleg a felsorolt szakterületek rendkívül alacsony szakorvosi órában működnek. Nógrád a szakorvosi óra ellátottság területén a leghátrányosabb megye. A kapacitások elosztásánál figyelmet kell fordítani az öregedő népességre és a férfiaknál jellemző korai elhalálozásokra, valamint arra, hogy a megye valamennyi kistérségében egyenlő esélyek teremthetők az elérhetőségre (a bátonyterenyei, a rétsági és a szécsényi kistérségben járóbeteg-szakorvosi rendelőintézetek építésével, bővítésével).

7. *A határon átívelő együttműködés egy jövőbeni lehetőség a határrégiók hátrányainak csökkentésére és a lakosság életkörülményeinek javítására.* Nógrád megye több mint száz kilométer hosszan határos a Szlovák Köztársasággal, ezért célszerű lenne a határ menti területeken az egészségügyi ellátást összehangolni. Az Európai Unió tagországaiként lehetőség mutatkozik arra, hogy a Trianon utáni peremhelyzetből adódó hátrányokat – mindkét ország lakossága érdekében – az egészségügy területén is csökkentjük.

A megyében két nagy kórház is elérhető a határ közvetlen közelében. A salgótarjáni Szent Lázár Megyei Kórház és a balassagyarmati dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet. Mindkét kórház épületrekonstrukciója korszerűsítéssel és komfortnöveléssel a közelmúltban megvalósult. A két kórház adottságait azért is érdemes lenne kihasználni a határ túl oldalán, mert a legközelebbi ellátó helyek – a füleki vagy ipolysági rendelőintézet, valamint a losonci kórház – több felvidéki településtől távolabb vannak, mint az említett nógrádi intézmények.

A salgótarjáni és a losonci kórház között a '90-es évek második felében kialakulni látszott egy gyümölcsöző együttműködés. Ennek voltak sikeres mozzanatai, mint a tudományos konferenciák, a kórházbemutatók, valamint a lehetőségek, a tapasztalatok és a problémák megbeszélése. Az ezredfordulóra azonban ez a kapcsolat félbemaradt. A tulajdonosok, az intézményvezetők és az egészségbiztosítók között már több megbeszélés történt, elsősorban magyar kezdeményezéssel. A tárgyalások időről időre megszakadnak, de azokat az előrelépés érdekében újra és újra kezdeményezni kell.

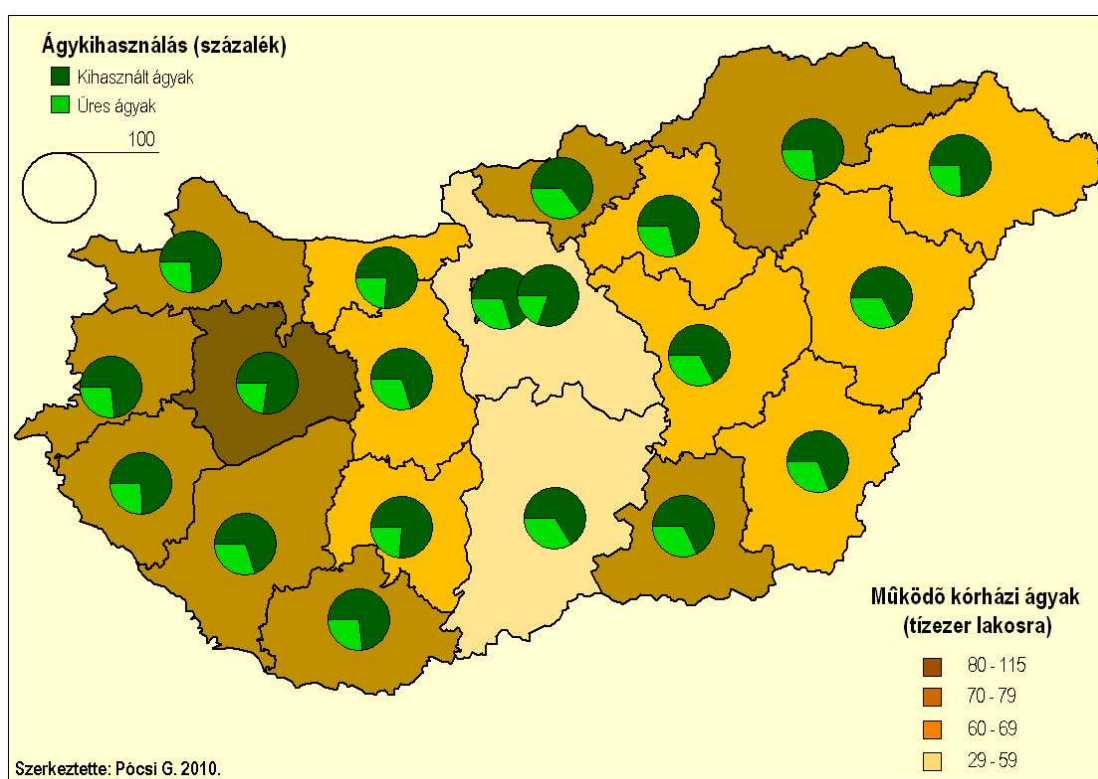
8. *Az irányított betegellátási rendszer egy lehetséges kivezető útnak bizonyult, ahol egymásra épültek olyan folyamatok, amelyek a háziorvosi gyakorlatban kevésbé voltak ismertek, mint a kommunikáció, a szakmai protokollok, a prevenció, az oktatás-képzés és az informatika.* A nógrádi IBR működése alapján elmondható, hogy a modellkísérletként induló tevékenység új dimenziót nyitott az egészségügyi ellátásban, különösen az alapellátás továbbfejlesztésében. A rendszer küldetése és a finanszírozásának motivációja a háziorvos „kapuőr” szerepének megvalósítását szolgálta. Elindult és működött a progresszív ellátási szintek közötti tudatos kommunikáció. A fejkvóta alapú finanszírozás előnye az volt, hogy a kifizetés nem a kapacitásokhoz, hanem a szükséglethez igazodott és ösztönzést gyakorolt a hatékonyság növelésére. Vitathatatlan érdeme a prevenció szemlélet kialakítása és a tervszerű prevenció tevékenység, amely remélhetően később éreztetni hatását.

Meggyőződésem, hogy az ellátásszervezés eredményeinek a jövő egészségügyi rendszerében helye van, és e tapasztalatok felhasználását kár lenne elmulasztani.

A kutatás további lehetséges irányjai, az eredmények hasznosításának lehetőségei

1. A légzőrendszer betegségei miatti halálozásban Nógrád megye vezető szerepét tovább kell tanulmányozni egy komplex, egészségföldrajzi, ökológiai és epidemiológiai vizsgálattal, kistérségi szintű megfigyelésekkel. A légzőrendszer betegségei miatti halandóság a férfiak körében magas, az országra jellemző mértéket jelentősen meghaladó. A nőknél ugyanez kevesebb, de annak mértéke ugyancsak felülmúlja szinte minden évben az országos értéket. Ez a kedvezőtlen, tartós térségi jelenség indokolja annak további célirányos kutatását.

2. A kórházi kapacitás és az igénybevétel összhangjának megteremtése a megye kórházainál a szakmai tevékenység, az osztálystruktúra, az ágykapacitás további vizsgálatát indokolja. A kórházreformot követő – és az országos átlagot meghaladó – aktív ágyszám csökkentés után a kórházi ágykihasználás Nógrádban a legalacsonyabb (7. ábra).



7. ábra. Működő kórházi ágy tízezer lakosra, ágykihasználással, terület szerint, 2007

Forrás: Területi statisztikai évkönyv KSH, 2007 (terv. KAJTOR E.)

Ennek oka lehet – többek között – az egy napos sebészet térhódítása, a szükséglet feletti ágyszám, a betegek megyén kívüli kórházválasztása, valamint a kórházak finanszírozási problémája a teljesítmény volumen korlát (TVK), amely nem térít meg minden szükséges beavatkozást. Célszerű lenne a szakmai tevékenységet és az alacsony ágykihasználtságú osztályok működési rendjét áttekinteni, mert a folyamatos (három műszakos) osztályszerkezet fenntartása ezekben a szakmákban nem gazdaságos.

A salgótarjáni és a balassagyarmati kórháznál indokolt vizsgálni a mátrix osztályszerkezet működési lehetőségének feltételeit.

A pásztoi kórház infrastrukturális színvonala, valamint a természeti értékekben gazdag környezete egyaránt alkalmassá tennék a kórházat arra, hogy bekapcsolódjon egy minőségi

egészségturizmusba. Tevékenységét kiegészítve, a gyógyturizmushoz köthető üzleti alapú egészségügyi szolgáltatásokkal.

A további kutatásnak fontos részét kell, hogy képezze a megyéből távozó, (más megyében ellátott) betegmozgások oki tényezőinek feltárása is.

3. *Sem a betegutak, sem a várólisták bevezetése nem volt problémamentes, ezért ajánlatos működésük további tanulmányozása.* Az egészségügyi reform részeként a kórházaknak kötelező várólistát vezetni. A reform másik meghatározó eleme a betegutak átalakítása. Az értekezésemben a részletesebb vizsgálatokra – a bevezetés óta eltelt idő rövidsége miatt – nem tértem ki, de a betegségek korai gyógyításához viszont alapvető fontosságú ezek folyamatának megfigyelése, vizsgálata.

4. *Az egészségügyi ellátórendszer korszerűsítésére az útkeresés a rendszerváltozás óta folytatódik, de az irányított betegellátás mellett nem született másik olyan módszer, ami az elégedettséget, fenntarthatóságot és a területi egyenlőtlenséget legalább kismértékben javította volna.* Evidensnek tűnik, hogy a közel egy évtizedig a lakosság jelentős részét ellátó, több régióban kipróbált működési forma tapasztalatait, előnyeit és hiányosságait az egészség politikusok tanulmányozzák, és a hibáit kijavítva, az eredményeit továbbfejlesztik.

A legfrissebb kutatások megállapítják, hogy a finanszírozás kistérségenként eltérő mértékét nem a lakosság szükségletei határozzák meg. Az igénybevételi egyenlőtlenségek nemcsak a hatékonyság szempontjából hátrányosak, hanem sértik a társadalmi igazságot is. A kutatók kívánatosnak tartanak olyan módszereket, amelyek a lakossági szükségletek figyelembevételével elemeznék a legköltségesebb ellátások igénybevételét, a rendelkezésre álló ellátási kapacitások földrajzi eloszlását és az azokhoz való hozzáférés lehetőségét.⁴

Az irányított betegellátási rendszer továbbfejlesztése minderre alkalmasnak bizonyul.

A kutatás hasznosítható területei: az egészségpolitika, a területfejlesztés, az egészségfejlesztés, az ellátásszervezés, az Észak-magyarországi Regionális Egészségügyi Tanács, a megye egészségügyi szolgáltatói, a helyi önkormányzatok, pályázatok, egészségtervek, szlovák-magyar határmenti együttműködés, roma felzárkóztatási programok, a civil szervezetek.

A kutatás eredményeinek felhasználása elsősorban Nógrád megye lakosságának érdekeit szolgálná.

Publikációk

A.) A témához kapcsolódó publikációk

1. **KAJTOR E.** – REICHARD J. 1995: Egy megyei kórház válasza a kihívásokra. Egészségügyi Gazdasági Szemle, Budapest, 33. 6. pp. 643-653.
2. **KAJTOR E.** 1999: Lehet-e rentábilis az egészségügyben a „minőségi emberbefektetés”? – egy lehetséges példa és a küzdelmek a Salgótarjáni Kórházban. EOQ Magyar Nemzeti Bizottság Magyarországi Tanúsított Cégek VI. Nemzeti Konferenciája, Minőség és az ember, Konferencia-kiadvány, Balatonfüred, pp. 209-216.

⁴ Szükségletre korrigált egészségügyi ellátás igénybevételének egyenlőtlenségei Magyarországon. Kutatási Jelentés, Egészségmonitor Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhasznú Kft. Budapest, szeptember, (VITRAI J. és munkatársai. 2009)

3. **KAJTOR E.** 2000: Adalékok az egészségügyi integráció kapcsolatrendszeréről Nógrád megyében. Földrajz az egész világ. Geográfus Doktoranduszok V. Országos Konferenciája, Konferencia-kiadvány, Miskolc, pp. 390-394.
4. **KAJTOR E.** 2002: Ajándékot kapott a megye. Palócföld, Salgótarján, XLVIII. 3-4. pp. 441-453.
5. **KAJTOR E.** 2002: A humán erőforrás-gazdálkodás napjainkban. Egészségügyi Menedzsment, Szeged, IV. 3. pp. 44-46.
6. **KAJTOR E.** 2002: Régiós remények Nógrád megyében. Egészségügyi Gazdasági Szemle, Budapest, 40. 1. pp. 45-55.
7. **KAJTOR E.** 2002: Európai színvonalú kórház magyar gondokkal. Egészségügyi Gazdasági Szemle, Budapest, 40. 3. pp. 302-314.
8. **KAJTOR E.** 2002: Európai színvonalú megyei kórház Salgótarjánban. COMITATUS önkormányzati szemle, Veszprém, XII. 6. pp. 56-67.
9. **KAJTOR E.** 2003: Az egészségügy a regionalizálódás útján, régiós dilemma Nógrád megyében. Szegedi Tudományegyetem. Európai kihívások 2. Tudományos konferencia, Konferencia-kiadvány, Szeged, pp. 321-325.
10. **KAJTOR E.** 2003: A nógrádi szénbányászat természeti és társadalmi hatásai. Közlemények, a Pécsi Tudományegyetem Földrajzi Intézetének Természetföldrajz Tanszékéről, Pécs, 22. pp. 1-12.
11. **KAJTOR E.** 2003: A magyar egészségügy humánpolitikai helyzete. Egészségügyi Gazdasági Szemle, Budapest, 41. 5. pp. 49-54.
12. **KAJTOR E.** 2004: Hogyan készül fel egy kórház az UNIÓS munkaidő szabályainak alkalmazására. In: BARÁTH L. szerk.: A bizonyítékokon alapuló orvoslás szakmai irányelvek fejlesztése. Szegedi Tudományegyetem, Gazdaságtudományi Kar, Oktatási segédanyag az egészségügyi szakosító képzéshez. Szeged, pp. 79-81.
13. **KAJTOR E.** 2006: Felmérés az egészségügyi rendszer humán erőforrásáról. Pécsi Tudományegyetem TTK Földrajzi intézet, Földrajzi Tanulmányok a pécsi doktori iskolából V. Pécs, pp. 218-230.
14. **KAJTOR E.** 2006: Irányított Betegellátási Rendszer (IBR) Nógrád megyében. COMITATUS önkormányzati szemle, Veszprém, XVI. 7-8. pp. 110-122.
15. **KAJTOR E.** 2007: Az életminőség kihívásai Nógrád megyében a morbiditási és mortalitási mutatók alapján. Területi Statisztika, Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 10. (47.) 2. pp. 151-169.
16. **KAJTOR E.** – CSORDÁS P. 2007: Prevenációs program a nógrádi irányított betegellátási rendszerben. Magyar Epidemiológia, Pécs, IV. 2. pp. 115-128.

17. **KAJTOR, E.** 2007: Hospital management during the time of medical reforms. Faculty of Economics Matej Bel University, Scientia Iuventa 2007. Proceedings of abstracts from international conference of PhD. students, Banská Bystrica, Slovakia, pp. 25-26. Nemocničný manažment v období zdravotníckych reforiem. CD-ROM, 1-11.
18. **KAJTOR, E.** 2008: Managed Care in Hungary. Tradecraft Review, Periodical of the Scientific Board of Military Security Office, Special Issue, pp. 91-99.
19. **KAJTOR, E.** 2008: Half Success or Half Failure? Hungary's Health Care Reform in Focus Confronting Economical, Geographical and Social Views on the Reforms. Faculty of Economics Matej Bel University, Scientia Iuventa 2008. Proceedings of abstracts from international conference of PhD. students, Banská Bystrica, Slovakia, pp. 28-29. CD-ROM, 1-8.
20. **KALMÁR, G. – KAJTOR, E.** 2009: Health-Geography researches in Hungary: Local characteristics of the Medical Diagnostics Laboratory Provision System at the beginning of the 21th century. Tradecraft Review, Periodical of the Scientific Board of Military Security Office, Special Issue, pp. 139-155.

B.) A témához kapcsolódó előadások

1. **KAJTOR E.** 1995: Egy megyei kórház válasza a kihívásokra. II. Magyarországi Egészségügyi Napok, Siófok, 1995. szeptember 20-22.
2. **KAJTOR E.** 1999: Lehet-e rentábilis az egészségügyben a „minőségi emberbefektetés”? – egy lehetséges példa, és a küzdelmek a Salgótarjáni Kórházban. ISO 9000 Fórum Magyarországi Tanúsított Cégek nemzeti Konferenciája, Balatonfüred, 1999. szept. 16-17.
3. **KAJTOR E.** 1999: Napjaink humánpolitikájának anomáliája. VI. Magyarországi Egészségügyi Napok, Siófok, 1999. június 3-5.
4. **KAJTOR E.** 2000: Adalékok az egészségügyi integráció kapcsolatrendszeréből. Geográfus Doktoranduszok V. Országos Konferenciája, Miskolc, 2000. október 6-7.
5. **KAJTOR E.** 2001: Regionalizáció dilemmái, különös tekintettel Nógrád megyére és egészségügyére. Geográfus Doktoranduszok VI. Országos Konferenciája, Pécs. 2001. november 21-23.
6. **KAJTOR E.** 2000; 2001: A magyar kórházak humán erőforrás helyzetének bemutatása. A franciaországi Nemzeti Egészségügyi Főiskola (ENSP, Rennes) hallgatóinak szakmai gyakorlatán, Népjóléti Képzési Központ, Salgótarján.
7. **KAJTOR E.** 2002: Az egészségügyi ellátórendszer területi egyenlőtlenségei. Geográfus Doktoranduszok VII. Országos Konferenciája, Budapest, 2002. október 25-26.
8. **KAJTOR E.** 2003: Az egészségügy a regionalizálódás útján, régiós dilemma Nógrád megyében. Európai kihívások 2. Tudományos Konferencia, Szeged, 2003. május 16.

9. **KAJTOR E.** 2003: A magyar egészségügy humánpolitikai helyzete. X. Jubileumi Magyarországi Egészségügyi Napok, Siófok, 2003. május 28-30.
10. **KAJTOR E.** 2004: Hogyan készül fel egy kórház az UNIÓS munkaidő szabályainak alkalmazására. Nagy lépések az egészségügyben, SZTE Gazdaságtudományi Kar IV. Országos Konferencia, Szeged, 2004. április 2.
11. **KAJTOR E.** 2005: Az egészségügy humánpolitikai aktualitásai. Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete Pest- és Nógrád megyei Régiós szakmai napja, Kistarcsa, 2005. november 19.
12. **KAJTOR E.** 2006: Nógrádi irányított betegellátási rendszer. II. Salgótarjáni Hagyományörző és Egészségnap, Salgótarján, 2006. július 17-18.
13. **KAJTOR E.** 2007: Nemocničný manažment v období zdravotníckych reforiem. Ekonomická fakulta Univerzita Mateja Bela, 2. ročníku medzinárodnej doktorandskej konferencie, Scientia Iuventa, 1. júna 2007 v Banskej Bystrici, Slovakia.
14. **KAJTOR E.** 2008: Half Success or Half Failure? Hungary's Health Care Reform in Focus Confronting Economical, Geographical and Social Views on the Reforms. Ekonomická fakulta Univerzita Mateja Bela, 3. ročníka medzinárodnej doktorandskej konferencie, Scientia Iuventa, 13. júna 2008 v Banskej Bystrici, Slovakia

C.) Egyéb publikációk

1. **FARKAS S. – KAJTOR E.** 1989: Beralapkööttségektől mentes gazdálkodási kísérlet. Egészségügyi Gazdasági – Műszaki Ankét. Konferencia-kiadvány, Siófok, pp. 19-33.
2. **CSELÉNYI, J., KOVACS, L., TELEK, P., KAJTOR, E.** 2007: Optimization process of the lead time and the stocks between operations of manufacturer and assembly systems producing mechatronics products. Annals of MteM for 2007 and Proceedings of the 8th International Conference, Modern Technologies in Manufacturing, Cluj-Napoca, Romania, pp. 476-480.

D.) Egyéb előadások

1. **KAJTOR E.** 1989: Beralapkööttségtől mentes gazdálkodási kísérlet. Egészségügyi Gazdasági - Műszaki Ankét, Siófok, 1989. május 30-31.