

NYUGAT-MAGYARORSZÁGI EGYETEM
KÖZGAZDASÁGTUDOMÁNYI KAR
SZÉCHENYI ISTVÁN GAZDÁLKODÁS – ÉS SZERVEZÉSTUDOMÁNYOK DOKTORI ISKOLA
KÖZÖSSÉGI GAZDÁLKODÁS ALPROGRAM

A KARDIOLÓGIAI REHABILITÁCIÓ NEMZETGAZDASÁGI JELENTŐSÉGE

MEGOLDÁSI JAVASLATOK A KÖLTSÉGHATÉKONYSÁG JAVÍTÁSÁRA

Készítette:
Dr. Simon Éva

Témavezető:
Prof. Dr. Dézsy József

Sopron
2011

A KARDIOLÓGIAI REHABILITÁCIÓ NEMZETGAZDASÁGI JELENTŐSÉGE
MEGOLDÁSI JAVASLATOK A KÖLTSÉGHATÉKONYSÁG JAVÍTÁSÁRA

Értekezés doktori (PhD) fokozat elnyerése érdekében

Készült a Nyugat-magyarországi Egyetem
 Széchenyi István Gazdálkodás – és Szervezéstudományok Doktori Iskola

Közösségi gazdálkodás programja keretében

Írta:
 Dr. Simon Éva

Témavezető: Prof. Dr. Dézsy József
 Elfogadásra javaslom (igen / nem) (aláírás)
 A jelölt a doktori szigorlaton%-ot ért el.

Sopron,
 Szigorlati Bizottság elnöke

Az értekezést bírálóként elfogadásra javaslom (igen /nem)
 Első bíráló (Dr.) igen /nem
 (aláírás)

Második bíráló (Dr.) igen /nem
 (aláírás)

A jelölt az értekezés nyilvános vitáján%-ot ért el.

Sopron,
 Bírálóbizottság elnöke

A doktori (PhD) oklevél minősítése.....

 Az EDT elnöke

TARTALOMJEGYZÉK

Ábra- és táblázatjegyzék	3
1. BEVEZETÉS	5
2. IRODALMI ÁTTEKINTÉS	7
2.1. Definíciók változása	7
2.2. Nemzetközi kitekintés	10
2.2.1. A Stanford vizsgálat	10
2.2.2. Finnország egészségügye, az Észak-karéliai Program	11
2.2.3. Svéd egészségügyi rendszer	13
2.2.4. Ausztria egészségügye	15
2.2.5. Visegrádi országok egészségügye	19
2.2.6. Az egészségügyi rendszerek összehasonlíthatóságának korlátai	21
2.3. Az orvosi rehabilitáció fejlődése Magyarországon	24
2.3.1. A rehabilitáció komplex megközelítése, törvényi szabályozása	27
2.3.2. Kardiológiai rehabilitáció sajátos jellemzői	31
2.3.3. Kardiológiai rehabilitáció javallatai, elemei, megoldatlan problémái	35
3. A KUTATÁS TARTALMA, MÓDSZEREI, INDOKLÁSA	39
3.1. A kutatás tartalma, hipotézisek	39
3.2. Az értekezés módszere	40
3.3. A választott témák indoklása	41
4. KUTATÁSI EREDMÉNYEK	43
4.1. Krónikus betegségteher, magyarországi sokkoló adatok	43
4.1.1. Különösen veszélyeztetett csoportok	43
4.1.2. Az egészségi állapot és a jövedelemviszonyok	44
4.1.3. Demográfiai, morbiditási és mortalitási adatok elemzése	44
4.2. Új tudományág a kardiológiai rehabilitáció	52
4.2.1. Kardiológiai rehabilitáció preventív és multidiszciplináris szemlélete	54
4.2.2. Szociális-gazdasági meghatározók	61
4.2.3. Magatartásbeli tényezők	62
4.2.4. Rizikófaktorok felőli megközelítés	65
4.3. Saját kérdőíves felmérések eredményei	68
4.3.1. A kardiológiai rehabilitációban részesülő betegek életmódvizsgálata	68
4.3.1.1. A vizsgálat leírása, jellemzői	68
4.3.1.2. A válaszok értékelése	73
4.3.1.3. A vizsgálat összefoglalása	80
4.3.2. Szívérrendszeri betegségben szenvedő cukorbetegség felmérése	80
4.3.2.1. A vizsgálat célkitűzése	81
4.3.2.2. A felmérés eredményei	81
4.3.2.3. Következtetések	88
4.4. Ellentmondásos napi gyakorlat, egyenlőtlen hozzáférés	89
4.4.1. Gyenge pénzügyi kondíciók, finanszírozás újragondolásának igénye	92
4.4.2. A szükséges struktúra változtatás koncepciója	97
4.5. A rehabilitált betegek visszavezetése a munkaerőpiacra	98
4.5.1. Törvényi szabályozások	102
4.5.2. Rehabilitáció nemzetgazdasági haszna saját számítások alapján	105
4.6. Adatgyűjtés, indikátor rendszerek következetes működtetése	113

4.6.1. Egészségügyi szolgáltatások az EU-ban	113
4.6.2. Indikátorok rendszere	114
4.6.3. Indikátorfejlesztés javasolt modellje	116
5. KÖVETKEZTETÉSEK ÉS JAVASLATOK	124
6. ÖSSZEFOGLALÁS	127
SUMMARY	129
MELLÉKLETEK	I
M1. Irodalomjegyzék	II
M2. Adattáblák	VII
M3. Saját felmérés kérdőívei	XXV
KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS	XXXIX
NYILATKOZAT	XL

Ábra- és táblázatjegyzék

Ábrajegyzék

1. ábra: Egészségügyi kiadások, 2008	21
2. ábra: Az egy főre jutó gyógyító-megelőző ellátás kiadásainak alakulása	22
3. ábra: Az egy főre jutó egészségügyi közkiadások relatív értékének alakulása Magyarországon, 2008.....	23
4. ábra: Néhány fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátási mutató.....	24
5. ábra: A halálozások száma halálokok szerint, 1949–2009	32
6. ábra: A születéskor várható átlagos élettartam, férfiak.....	45
7. ábra: A születéskor várható élettartam, nők.....	45
8. ábra: Egészségesen várható élettartam születéskor és 65 éves korban, 2008	46
9. ábra: Az OECD népesség kormegoszlására standardizált halálozási arányszámok (SHA/százezer fő), kiemelt halálloki főcsoportok szerint	47
10. ábra: Keringésszervi megbetegedések okozta halandóság alakulása 0-64, 25-64 éves férfiak és nők körében Magyarországon és az Európai Unióban (SHA/100e fő), 1980–2008.....	48
11. ábra: Az ischaemiás szívbetegek okozta halandóság alakulása Magyarországon és az Európai Unióban a 0-64 éves férfiak és nők körében (SHA/100e fő), 1996–2008.....	49
12. ábra: Keringésszervi-halálloki struktúra a 0-x, 0-64 és 65-x éves férfiak körében Magyarországon, 2004–2008.....	50
13. ábra: Keringésszervi-halálloki struktúra a 0-x, 0-64 és 65-x éves nők körében Magyarországon, 2004–2008.....	51
14. ábra: Táppénzesek aránya (%), táppénzkiadás (millió Ft).....	54
15. ábra: Azonosságok és különbségek a megelőző és a gyógyító orvoslásban.....	57
16. ábra: Az OLEF 2000-ben alkalmazott egészségmodell.....	66
17. ábra: Régiók szerinti megjelenés	69
18. ábra: Életkor szerinti megoszlás	69
19. ábra: Nemek	70
20. ábra: Családi állapot.....	70
21. ábra: Iskolai végzettség.....	70
22. ábra: Milyen betegségek után került sor most a rehabilitációs kezelésre?	71
23. ábra: A szubjektív egészségi állapot az elmúlt 12 hónapban.....	72
24. ábra: Mióta érzi magát betegnek?	72
25. ábra: Véleményük szerint mit tehetnek a saját egészségükért	73
26. ábra: Ismeretek az egészséges táplálkozásról	74
27. ábra: Milyennek ítéli meg saját táplálkozását?	75
28. ábra: Válaszadók BMI megoszlása	75
29. ábra: Véleményük saját felelősségükről a BMI tükrében	76
30. ábra: Táplálkozási ismeretek és alkalmazásuk közötti összefüggés	76
31. ábra: Táplálkozási ismeretek és saját táplálkozás megítélése közötti összefüggés	77
32. ábra: Mi befolyásolja erősebben családjá táplálkozási szokásait?.....	77
33. ábra: Szokott-e dohányozni, cigarettát, szivart, esetleg pipát szívni?.....	78
34. ábra: Körülbelül hány cigarettát szív el naponta átlagosan?.....	79
35. ábra: Mikor hagyta abba a dohányzást?.....	79
36. ábra: Átlagosan naponta mennyi időt tölt az alábbi helyeken olyan helyiségekben, ahol mások dohányoznak	80

37. ábra: A felmérésben résztvevő betegek száma az egyes intézetekből	81
38. ábra: Nemek szerinti megoszlás.....	82
39. ábra: Iskolai végzettség	82
40. ábra: Lakókörzet	83
41. ábra: Rendszeres testmozgás végzése	83
42. ábra: Derék és csípőbőrség normál és mért átlagértékei	84
43. ábra: A diagnózisok előfordulásának megoszlása a családi anamnézis tükrében.....	86
45. ábra: Diétás tanácsadás	87
46. ábra: A megkérdezettek ismereteinek forrásai	87
47. ábra: A kardiológiai rehabilitációs osztályok teljesítménye, 2000–2010	91
48. ábra: 100 000 lakosra jutó kardiológiai rehabilitációs ágyak száma megyénként 2011. márciusban	93
49. ábra: A működő 29 intézmény ágykihasználása 2010-ben.....	94
50. ábra: A 29 intézményben az egy ágyra jutó havi díj (eFt) 2010-ben.....	95
51. ábra: Kardiológiai fekvőbeteg-ellátás 2010-ben.....	95
52. ábra: Kardiológiai járóbeteg-ellátás 2010-ben.....	96
53. ábra: Az új rokkantak tízezer munkavállalási korúra jutó gyakorisága betegfőcsoport szerint	99
54. ábra: Az I. és II. fokú orvosi bizottságok által végzett véleményezések aránya.....	100
55. ábra: A véleményezett új rokkantak száma.....	100
56. ábra: Az új rokkantak aránya nem, korcsoport és betegségfőcsoport szerint, 2009.....	101
57. ábra: Az SRGY I. KRO-ra felvett betegek kor szerinti megoszlása	107
58. ábra: Az SRGY I. KRO-ra felvett betegek sürgősség szerinti megoszlása	107

Táblázatjegyzék

1. táblázat: A szív – és érrendszeri megbetegedések kockázati tényezőinek csoportosítása.....	37
2. táblázat: Laborparaméterek	85
3. táblázat: A kardiológiai rehabilitációs osztályok eredménye, 2000–2010.....	90
4. táblázat: A kardiológiai rehabilitációs osztályok teljesítménye 2010-ben	90
5. táblázat: Az AMI-t követő fekvőbeteg-rehabilitáció főbb esetszámai és ellátással kapcsolatos mutatói 2000–2005 között évente.....	108
6. táblázat: Az AMI HBCS kódokkal aktív kardiológiai fekvőbeteg-ellátásban részesülők száma, 2006–2010.....	109
7. táblázat: Becslés a 2006–2010-es esetszámok tényadatai és a 2000–2005-ös rehabilitációs tényadatok alapján a 2006–2010-es rehabilitációs adatokra.....	109
8. táblázat: Egy főre jutó rokkantnyugdíj költsége, valamint a járulékbérvétel becslése	110
9. táblázat: Egy fő után, a minimálbérrel megegyező bruttó bér alapján a költségvetést megillető bevételek kalkulációja.....	111
10. táblázat: A rehabilitáció után aktív munkavállalóként kikerülők növekvő arányának hatásai	112
11. táblázat: Indikátorok alkalmazása a kardiológiai rehabilitáció értékelésében	122

1. BEVEZETÉS

*„Az élet mértéke nem a hossza, hanem hogy milyen jól éljük le”
(Epikuros)¹*

A szerző több évtizede dolgozik a Soproni Rehabilitációs Gyógyintézetben, illetve annak jogelőd intézményében, amelynek nagy hagyományai vannak az orvosi rehabilitáció területén. Belgyógyász-kardiológusként, valamint rehabilitációs szakemberként országos jogkörrel felruházott egészségügyi rehabilitációs intézményben rehabilitációs tevékenységet folytat. Orvos-közgazdászként érdeklődése az orvosi tevékenységen túl a rehabilitáció társadalmi jelentősége felé fordult. Eddigi klinikai gyakorlata idején az Európai Unió néhány országában (Svédország, Finnország, Ausztria) lehetősége volt tanulmányutak, illetve orvosi munkavégzés során közvetlen tapasztalatszerzésre. Aktívan részt vett a kardiológiai rehabilitáció kialakulásának és az utóbbi 30 évben végbement fejlődésének folyamatában. A mindennapi beteg ellátásban és annak szervezésében szerzett tapasztatai motiválják ezen dolgozat elkészítését. Munkája során azzal a betegcsoporttal foglalkozik, akik a magyar lakosság 54%-át érintő szív-érrendszeri betegségek túlélését követően részesülnek intézeti, majd az utóbbi néhány évben elkezdődött kardiológiai rehabilitáción.

Magyarországon kívül közvetlen tapasztalatokat szerzett az osztrák, svéd, finn egészségügyi rendszerekben. Dolgozatában megkísérelti a magyar adatokat a történelmi és gazdasági fejlődésben más utakat bejárt gazdaságilag fejlettebb országok és a bennünket közvetlenül körülvevő és hasonló történelmi és gazdasági változásokat megélt Visegrádi országok – Csehország, Lengyelország, Szlovákia – adataival összevetni.

A szerző által kitűzött célok:

- Összehasonlítja az egyes országok népegészségügyi jellemzőit tükröző statisztikai adatokat.
- Bemutatja a társadalmi és gazdasági környezetet, annak változását az utóbbi évtizedekben. A társadalmi változásokhoz való alkalmazkodás nehézségeit ismerteti, ami a megbetegedések halmozódását idézi elő.
- Ismertetni egy új tudományág, a még helyét kereső kardiológiai rehabilitáció helyzetét, fejlődését, átalakulását Magyarországon. Ennek segítségével egy külö-

¹ <http://hu.wikipedia.org/wiki/Epikuros>

nösen veszélyeztetett betegcsoport kaphat lehetőséget a társadalomba való vissza-illeszkedésére az akut betegséget követően.

- Megvizsgálja annak lehetőségét, hogy a betegek minél szélesebb körben rehabilitálhatók legyenek, ez ne okozzon nagyobb társadalmi terhet, sőt kimutatható társadalmi hozadéka legyen azáltal, hogy megőrzik életminőségüket és visszatérnek a munkaerőpiacra.
- Felhívja a figyelmet arra, hogy a jelenlegi gyakorlat a kardiológiai rehabilitációban nem eléggé hatékony. A sikeres rehabilitáció elengedhetetlen feltétele a prevenciós szemlélet alkalmazása. Ennek át kell hatni minden területen az egyén az egészségügy és a társadalom gondolkodását.
- Javaslatokat tesz az európai jól működő és költséghatékony gyakorlatok magyarországi bevezetésére. Felhívja a figyelmet az informatikai technika (e-Health) alkalmazás kiterjesztésének előnyeire, az indikátor rendszerek fejlesztésének szükségességére.

2. IRODALMI ÁTTEKINTÉS

2.1. Definíciók változása

Amennyiben az egészségügyi rehabilitáció csupán a betegség következtében megrendült egészség helyreállítására törekedne, akkor a nem betegségből (például baleset vagy veleszületett fejlődési rendellenesség) származó károk esetében nem volna lehetőség rehabilitációra. A XXI. század elejének egészségügyi rehabilitációs tevékenysége, a nevében szereplő idejétmúlt hozzáállásról árulkodó „re” előtag miatt, óvatosan bánik a fogalomhasználatlalt, igyekszik minél ritkábban alkalmazni azt, helyette inkább egyszerűen csak egészségről beszélni. Az egészség nyilvánvalóan nem visszatérés valamely korábbi állapotba, nem helyreállítás, hanem valamitől (betegség) történő megszabadulás felé való mozgást jelent. Ezt a szemléletet tükrözi az Egészségügyi Világszervezet által 2001-ben kiadott „*A működőképesség, fogyatékos és egészség nemzetközi osztályozása*” című dokumentum², amely radikálisan szakított a korábbi, diagnózishoz kötött, orvosi észjárást követő rehabilitációs megközelítéssel.

Az új egészség centrikus szemléletmódot a 2001-ben megjelent „Funkcióképesség, fogyatékos és egészség nemzetközi osztályozása” című WHO kiadványban rögzítették, melyet Magyarország is átvett. A működészavart és fogyatékos, etiológiától³ és jogi szemponttól (rokkantság) függetlenül, testi, személyiségi és szociális tényezők kölcsönhatásában ragadja meg. A működészavar, például végtaghiány, egyaránt lehet baleset, fejlődési rendellenesség és betegség következménye. A fogyatékos élő életminősége, jólléte rendszerint gyógykezeléstől független személyes (képzettség) és környezeti (képződési lehetőség) tényezők kölcsönhatásán múlik (Kelemen, 2007).

A WHO által 1986-ban közreadott Ottawai Egészség Promóciós Chartában immár egy rangos nemzetközi szakértői testület állt ki a dinamikus egészségfogalmon alapuló közösségi és társadalmi (közpolitikai) bázisú egészségfejlesztés mellett.⁴ A krónikus betegség előfordulási gyakoriságának szembetűnő emelkedése mellett mind nyilvánvalóbbá vált,

² A mű eredeti címe: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). World Health Organization, 2001. A funkcióképesség, fogyatékos és egészség nemzetközi osztályozása (FNO) Kiadta az Egészségügyi Világszervezet. A kiadásért felel az Országos Egészségbiztosítási Pénztár főigazgatója. Szegedi Kossuth Nyomda Kft., Szeged, 2003

³ Az etiológia (más néven aetiológia, aitiológia) az ok-okozat összefüggését tanulmányozó tudomány. A kifejezés a görög aitia ('ok') és logos ('tudomány') szavakból származik.

⁴ WHO Ottawa Charter for Health Promotion. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf, 1986

hogy ezekben az esetekben nem elég a betegség felismerésére, a helyrehozatalra és a fájdalmak enyhítésére összpontosító gyógykezelés. Szükség van a páciensek érzelmi, szimbolikus, szociális szükségleteire válaszoló, a páciens kompetenciáit alakító, fejlesztő, egészségtanulást magában foglaló orvoslásra is, amely révén a beteg – ha nem is áll helyre a régi állapota – sok tekintetben egészségesebb lehet, mint valaha is volt (Aldridge, 2000). A betegségek ismeretelméleti hozadékát becsben tartó modern rehabilitáció kezdeményező szerepet vállal az egészség kategóriájának fejlesztésében. Az egészség és egészségtanulás olyan új horizontja látszik kibontakozni, amely valóságos helyet kínál a nozológia⁵ számára.

Az irodalmi adatok arra utalnak, hogy a fogyatékosságból adódóan a korlátozottság összefügg a jövedelemmel, az iskolázottsággal és a foglalkozással (Perrin, 2000). Az International Classification of Functioning, Disability and Health dokumentumban használt korszerű egészség-modellben a funkcionalitás csökkenésének három kategóriája különböztethető meg:⁶

- zavar (impairment): a test anatómiai szerkezetét és/vagy valamely funkcióját érintő probléma;
- tevékenység akadályozottsága (activity restriction): valamely (fizikai vagy mentális) tevékenység végrehajtásában jelentkező probléma;
- részvétel korlátozottsága (participation restriction): a társadalmi szerep betöltésében, a társadalmi életben való részvételben megnyilvánuló probléma.

Kissé egyszerűsítve, a zavar a szervezetben magában, az akadályozottság a tevékenységben, a korlátozottság pedig a társadalmi életben való részvétel során jelentkező problémákat jelenti (Boros et al., 2002). A három fogalom megkülönböztetését jól példázhatja a súlyos memóriazavar esete, amely akadály a tanulásban és így korlátot jelent a képzés során.

Az Európai Unió Szakorvosainak Egyesülete (EUMS⁷) – bár egyes országokban az elnevezés ettől eltérő – Fizikális és Rehabilitációs Medicina (PRM⁸) névvel jelöli a szakterületet.

A szakmai szervezet az alábbi definíciót használja.

„A fizikális és rehabilitációs medicina önálló orvosi szakma, amely a fizikai és kognitív funkciók, a tevékenységek (beleértve a viselkedést), a részvétel (beleértve az életmi-

⁵ Betegségekről szóló tudomány.

⁶ Common Position (EC) No 34/2001 Decision of the European Parliament and of the Council adopting a programme of Community action in the field of public health *Official Journal* C 307, 31/10/2001, p. 27

⁷ European Union of Medical Specialists: UEMS.

⁸ Physical and Rehabilitation Medicine: PRM

nőséget) fejlesztésével, és a személyes és környezeti tényezők módosításával foglalkozik. Felelős tehát a fogyatékossgot okozó egészségi állapotú, társbetegségekben szenvedő betegek prevenciójáért, diagnosztikájáért, kezeléséért és rehabilitációjának irányításáért, valamennyi életkorban.”⁹

2001-ben az Egészségügyi Világszervezet (WHO) összefoglaló dokumentumot adott ki a funkcióképesség, fogyatékossg és egészség nemzetközi osztályozására (FNO)¹⁰ (Juhász, 2004). Az egységes értelmezés lehetőséget ad arra, hogy közös nemzetközi terminológia alapján értelmezzék és írják le az egyén és a populációk állapotát, közös kritériumok alapján határozzák meg az egészség és a csökkent teljesítőképesség fogalmát és azonos kritériumok alapján írják le az egészségügyi ellátást. Az FNO egységesíti az egészség és a fogyatékossg mértékét, miközben meghatározza az egészség összetevőit, és a jóllét egészséghez kapcsolódó összetevőit is. A dokumentum az emberi test funkcióképességét vizsgálja az egyén és a társadalom szempontjából.

Az orvostudomány fejlődésével és az emberi élettartam hosszabbodásával egyre gyakoribb szükségletté válik a rehabilitáció. A technológia fejlődésével egyre több beteg menthető meg, minden korcsoportban, s a társadalom feladata, hogy számukra a lehető legteljesebb életet biztosítsa. Számos nemzetközi állásfoglalás, dokumentum született e cél érdekében, amelyekből néhányat az alábbiakban áttekintek.

2003-ban Madridban gyűltek össze az európai illetékes miniszterek és politikai nyilatkozatot¹¹ és akciótervet fogadtak el a fogyatékkal élők integrációjának segítésére és az időskorúak méltóságteljes életvitelének biztosítására. A regionálisan és egyénileg is igen eltérő szociális, kulturális, gazdasági, demográfiai, technikai és politikai eltéréseket mutató helyzetben kiemelt feladat a fogyatékkal élők számára tudatosítani jogaikat, megismertetni lehetőségeiket. A tanácskozás kiemelte a társpolitikák, mint pl. a népegészségügy felelősségét is a témában. A nyilatkozat hitet tesz a fogyatékkal élők diszkriminációmentes élethez való jogáról. A társadalom érdekeit is szolgálja, hogy a fogyatékkal élők és családjuk életminősége javuljon, s egyenlő feltételekkel élhessenek a társadalomban. Ezért olyan gazdasági, szociális, foglalkoztatási egészségügyi intézkedések meghozatalára vállaltak a tagországok kötelezettségek, amely segíthetnek abban, hogy minden ember maximális mér-

⁹ The Section and the Board of Physical and Rehabilitation Medicine represent specialists in Physical and Rehabilitation Medicine within the the European Union of Medical Specialists. <http://www.euro-prm.org/> Letöltés dátuma: 2011.03.04.

¹⁰ FNO A funkcióképesség, fogyatékossg és egészség nemzetközi osztályozása WHO Egészségügyi Világszervezet. JUHÁSZ F. (szerk.): Irányelvek a funkcióképesség, a fogyatékossg és megváltozott munkaképesség véleményezéséhez, Budapest: Medicina Kiadó, 11–45 p.

¹¹ Improving the quality of life of people with disabilities: enhancing a coherent policy for and through full participation. Political Declaration, Council of Europe, Malaga, Spain, 2003, CONFMIN-IPH (2003)

tékben megőrizhesse funkcionális képességeit az idők folyamán. Alapvető cél a fogyatékkal élők munkapiaci integrációjának elősegítése is. Az európai miniszteri nyilatkozatot követően az ENSZ¹² is egyezményt hozott létre a fogyatékkal élő személyek jogairól, melyet a Magyar parlament a 2007. évi XCII. törvényben¹³ emelte be a hazai jogrendbe. A szerződésben foglaltak szerint a ratifikáló tagállamok kötelezettséget vállalnak arra, hogy biztosítják a jogi háttérrel ahhoz, hogy a fogyatékkal élők korlátozás nélkül élhessenek alapvető emberi és szabadságjogaikkal.

2.2. Nemzetközi kitekintés

Mindezek a sajátosságok érvényesek a kardiovaszkuláris betegségekre, amelyek Európában a leggyakoribb halálozási okként ismertek. 2008-ban 4,3 millió ember halt meg Európában kardiovaszkuláris betegség következtében (a halálozások 48%-a), és a betegség terhek 23%-át is ez okozta. Bár a technológiafejlődésnek köszönhetően a betegek túlélése lényeges mértékben növekedett a betegek társadalmi re-integrálódása országonként jelentősen eltérő. A rehabilitáció nem csupán az életévek számát növeli tovább, de az életminőséget is emeli. Felmérések szerint európai átlagban az akut szívbeteget túlélő betegek 34%-a kerül a kórházi kezelés után járó, illetve fekvő ellátásban rehabilitációra. Országonként eltérő a szabályozás, a finanszírozás és a betegirányítás is. A magyarországi adatok szerint a betegek 30%-a kerül rehabilitációra. Ez az európai átlagnak megfelelő (Bjarnason-Wehrensa, 2010).

A súlyosan romló egészségi adatoknak és az előre törő kardiovaszkuláris betegségeknek köszönhetően a 70-es években több közösségi program indult ezen a területen világszerte, melyek sikere a későbbi programokhoz mintául és biztatásul is szolgált. Ezek közül is kiemelkedő példát szolgáltat a Stanford Three Community Study – *Három Közösség Vizsgálata* – (Fortmann, 1981) és az Észak-karéliai Projekt (Puska, 2002).

2.2.1. A Stanford vizsgálat

A Stanford vizsgálat – amely 1972-ben indult – a tömegtájékoztatás és a személyes tanácsadás szerepét volt hivatva bizonyítani a szívbetegek előfordulásának csökkentésében. Ennek továbbfejlesztése volt a Stanford Five-City Project – *Öt Város Projekt* (Winkleby, 1996), mely tágabb közösségben vizsgálta az egészségnevelési programok prevenciós ha-

¹² Egyesült Nemzetek Szervezete

¹³ 2007. évi XCII. törvény a Fogyatékkal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről <http://jogilexikon.hu/jurispedia/index.php> Letöltve: 2010.11.30.

tását a keringési betegségek esetén. A program jelentőségét növelte, hogy a lakosság aktív közreműködését is igénybe vette. A program 1980 és 1986 között 120 ezer ember bevonásával került megvalósításra, mely kiterjedt a megelőző időszak vizsgálatára és a követés időszakában kontroll népesség vizsgálatára is. Az eredmények azt mutatták, hogy a közösségi egészségnevelési programok és az egyéni konzultációk nagymértékben csökkentették a szívizominfarktusok és a szélütések számát.

2.2.2. Finnország egészségügye, az Észak-karéliai Program

Finnország az Európai Unió egyik legfejlettebb tagállama. Az 5,3 milliós lakosság egészségi állapota folyamatosan javuló tendenciát mutat. A születéskor várható élettartam 2007-ben a férfiak esetében 75,9 év volt, a nők esetében pedig 82,9 év. A halálozások csökkennek, azonban a halálozási rátában is megmutatkozó társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek növekedtek az elmúlt időszakban. A legfontosabb egészségügyi problémákat a keringési rendszer betegségei és a daganatok okozzák. A magas alkoholfogyasztás következtében számottevő a közvetlenül vagy közvetetten alkohol okozta halálozások száma. 2006-ben az összes egészségügyi kiadás a GDP 8,2%-át tette ki (13,6 milliárd euró). Az egészségügyi rendszer finanszírozása alapvetően három fő forrásból történik. A finanszírozás legnagyobb részét (61%-át) az adóbevételek (önkormányzati és állami) biztosítják. Ebből a forrásból finanszírozzák az önkormányzati egészségügyi központokat és az önkormányzatok felügyelete alatt álló kórházi körzeteket. Az önkormányzatok meglehetősen nagy szabadságot élveznek az ellátás megtervezésében és irányításában, az állami irányítás pedig gyenge. A finanszírozás következő jelentős forrása a társadalombiztosítás (15%), mely bevételei a munkáltatók és a munkavállalók, nyugdíjasok járulékaiból, valamint az állami hozzájárulásokból származnak. A társadalombiztosításból részlegesen finanszírozzák a magán ellátást (átlagosan 30%-os), a foglalkozás-egészségügyet, továbbá fedezik a betegszállítás költségeit, a járóbeteg-ellátásban igénybevett gyógyszereket, valamint a pénzbeli juttatásokat (táppénz, anyasági segély stb.). A munkáltatók számára kötelező módon működtetendő foglalkozás-egészségügyi ellátás a munkavállalóknak nyújt preventív szolgáltatásokat. Finnország lakossága kb. 19%-ban járul hozzá az egészségügy finanszírozásához. A háztartások egészségügyi kiadásainak jelentős részét a betegek közvetlen kifizetései (out-of-pocket) képezik. A források elosztása terén a finn egészségügyi rendszer két fő kihívását a földrajzi, és a társadalmi-gazdasági csoportok közötti egyenlőtlenségek képezik. Az önkormányzatok között jelentős különbségek vannak az ellátásban (pl. orvosi vizitek, fogászati ellátás, mentális egészségügyi ellátás, programozott sebészeti ellátás) és a vára-

kozási időben. Számottevő különbségek mutatkoznak az önkormányzati egészségügyi ellátásba investált összeget illetően is, amelyek eltérésekhez vezetnek az önkormányzati szolgáltatások mennyiségében és minőségében. Ezek az egyenlőtlenségek ugyanakkor részben az önkormányzatok közötti egyéb különbségekkel is magyarázhatók, pl. korstruktúra, morbiditási ráták, magán és foglalkozás-egészségügyi ellátások igénybevétele. A finn egészségügyi rendszer viszonylag jó ellátást biztosít, ésszerű költségek mellett a lakosság körében mérhető magas elégedettség mellett. A legnyilvánvalóbb problémát a hosszú várakozási idő, valamint a szakemberhiány okozza egyes önkormányzatok esetében. A finn egészségügyi rendszer ugyanazokkal a gondokkal küszködik, mint Európa többi országa: a lakosság elöregedése, az új orvos-technológia, a gyógyszer-innovációk és a lakosság növekvő elvárásai jelentik a közeljövő kihívásait. Emellett néhány struktúra is problematikus: a decentralizáció szintje, az alacsony irányító kapacitás a rendszerben, az alapellátás relatíve gyenge pozíciója, a kooperáció hiánya az alapellátás és a szakellátás között, valamint a kettős finanszírozás¹⁴.

Az Észak-karéliai Program Finnország (Puska, 2010) 1972-ben indult azzal a céllal, hogy csökkentse a nemzetközi és országos viszonylatban is kiemelkedően magas, keringési betegségek okozta halálozások számát a térségben. A program jelentőségét az is növelte, hogy széles körű közösségi és politikai támogatást élvezett. A program koordinálására hivatalt jelöltek ki, a megvalósításban az egészségügyi szakma és a civil szervezetek jelentős számban vettek részt, továbbá a települések, munkahelyek és iskolák is színtereket biztosítottak. A program értékét az is emeli, hogy hosszú – 20 éves – követést valósított meg 1972 és 1992 között, öt évenként végzett értékeléssel. Az időszak – a program kampányainak köszönhetően – átfogó változásokat hozott az élelmiszeripari és mezőgazdasági termelés területén is. A program részét képezte a dohányzásról történő leszoktatás is. A felmérések szerint a 20. év végére, a felnőtt férfiak körében a keringési betegségek okozta halálozás 57%-kal csökkent (ezen belül a koszorúsér betegségek 75%-al), továbbá jelentős mértékben csökkent a daganatos betegségek okozta halálozás is. A program bizonyítottan javította az egészség-tudatos életmódot, csökkentve a rizikótényezőket és jelentős mértékben javította a mortalitási és morbiditási mutatókat a kardiovaszkuláris betegségek és más, nem fertőző betegségek esetén. Jelentőségét növeli, hogy egy teljes régió életmódját és szemléletmódját módosította az egészség megőrzése érdekében, mely az üzleti szféra együttműködését is magába foglalta. A projekt tartalmazott egy szervezett magas vérnyomás alprog-

¹⁴ Az ESKI Egészségügyi Rendszertudományi Irodájának Finnország egészségügyéről szóló 2010-es ország tanulmánya. <http://www.eski.hu/hol/cikkh.cgi?id=1815> Letöltve: 2011.01.30

ramot is. Ebbe 17 ezer beteget monitoroztak, oktattak és kezeltek 5 éven keresztül azzal a céllal, hogy megelőzzék a kardiovaszkuláris betegségek kialakulását. A program fontos eleme volt az egészségügyi személyzet oktatása is. A törvényi támogatás biztosította 12 egészségügyi központ kötelező megalakulását Észak-Karéliában. Az orvosokat önálló feladatokat ellátó nővérek munkája támogatta, ami a közösségi színtereken folyt. A cél az volt, hogy a még nem diagnosztizált betegeket bevonja a kezelésbe, a kezelést egységes protokollokon alapuló, magas színvonalú elveken végezzék, a betegek gondozása folyamatos legyen és oktatással, felvilágosítással párosuljon. Megalakult a központi, magas vérnyomással élőket regisztráló adatbázis is a konszolidált adatok gyűjtését biztosítva. A tájékoztatás nem csak szórólapokkal történt, hanem a média is aktív részt vállalt benne. A felmérések szerint a közvetlen írott tájékoztatás a teljes lakosság 25%-át érte el. Postai kérdőíves felméréseket is sikeresen vettek igénybe. A programban a civil szervezetek is aktív részt vállaltak. A sikert követően a program módszertana integrálásra került az Egészségügyi Világszervezet nemzetközi programjába, és számos későbbi programnak szolgált mintaként világszerte.

2.2.3. Svéd egészségügyi rendszer

Tekintsük át egy általánosabb perspektívából a svéd egészségügyi rendszert, megvizsgálva a hasonlóságokat és a különbségeket a magyar gyakorlattal szemben. A svéd rendszer hosszú ideje, minden nemzetközi felmérés szerint, a világ élvonalába tartozik a teljesítménye alapján. Az elmúlt két évtized alatt különböző hullámok jellemezték az egészségügyi reformokat (verseny, integráció, betegjogok). Végül megemlíthetők az ideológiai tényezők. A hatalmon levő kormányok politikai irányultsága bizonyos értelemben hatással volt a reformok tartalmára (Toth, 2010).

Az elmúlt 20 évben az ország a GDP átlag 9,2%-át költötte évente az egészségügyre. Bár az egészségügy a nemzeti felelősség körébe tartozik, de jelentős mértékben decentralizáltan működik és a költségek mintegy 70%-át a helyi adókból fedezik. Svédországban 21 megye és 290 önkormányzat nyújtja az egészségügyi szolgáltatást, és csak mintegy 10%-a a szolgáltatóknak tartozik a magánszektorhoz. A szolgáltatást a teljes lakosság számára biztosítják. A szolgáltatás három alapelvre épül: azonos hozzáférhetőség, szükséglet alapú ellátás és költséghatékonyság. A gyermekek számára a fogorvosi szolgáltatás ingyenes, míg a felnőttek számára egyes kiemelkedően magas fogorvosi ellátást térítenek csak. A betegek szabad választással élhetnek a szolgáltató megválasztásakor. A szolgáltatás igénybe vételekor a betegnek fizetni kell, az összeget a megyei tanács határozza meg, de országo-

san limitálják az egy éven belül fizetendő összes díjat betegenként. A betegek részben a gyógyszer árát is megfizetik, de ennek a felső határa is limitált. A gyermekek számára az ellátás ingyenes. A betegek által fizetendő szolgáltatási díjak csupán a teljes egészségügyi kiadások mintegy 3%-át képviselik. Miután 2004-ben a kórházak számára lehetővé vált a profit-orientált operatív ellátás a vállalatok dolgozóik számára egyre nagyobb számban kötnek magán biztosításokat. Az alapellátást nagyrészt a megyei tanács által alkalmazott orvosok nyújtják, kis számban vannak magánpraxisok, melyek szintén a megyei tanáccsal állnak szerződésben. A kórházak is nagyrészt a megye működtetésében dolgoznak, de a kevés számú magán intézmény is szerződéses kapcsolatban van a megyével. A kórházak ambuláns ellátást is nyújtanak. A megye és a helyi önkormányzat egyaránt nyújt és finanszíroz egészségügyi ellátást, s egyaránt felelősséget viselnek az ellátás szervezéséért. Bár a magán szolgáltatók aránya a teljes ellátáson belül 10%, az alapellátás esetében ez az arány 25%. Az Egészségügyi és Szociális Nemzeti Testület országosan felügyeli a személyi és a szolgáltatási feltételeket. Időszakonként az állam és a megye megállapodásokat köt a költségek és a finanszírozást szolgáló helyi adók emelkedésének korlátozására. Az új technológiák értékelésére és bevezetésére nemzeti intézményt hoztak létre, mely célja az ellátórendszer a költséghatékony támogatása.¹⁵ Az egészségügyi ellátórendszer szoros együttműködést ápol az egyetemekkel, a kutatóintézetekkel, az ipar képviselőivel, megvalósítva ezzel a svéd kutatási és fejlesztési modellt, mely számos kiemelkedő eredményt ért el (pl. Karolinska Institute, Stockholm). Az utóbbi évek során jellemző az ellátórendszerre, hogy a szakorvosok száma növekszik az alapellátással foglalkozókkal szemben, gyakran a betegek közvetlenül őket keresik meg. Svédország jelentős erőfeszítéseket tesz a csökkent munkaképességűek ellátására és társadalmi re-integrálására. Külön törvényben szabályozzák a segédeszközöket és szolgáltatásokat, melyhez a betegnek joga van az újra munkába álláshoz, illetve a hétköznapi életvitel megvalósításához. Hasonlóan az időskori ellátásra is nagy hangsúlyt helyeznek, hiszen Svédországban él a legtöbb 80 év feletti állampolgár Európában. A 90-es évek második felében az ország – több más európai társával együtt – törvényt hozott a betegjogokról, melynek alapelve, hogy a beteg a saját betegkartonjának tulajdonosa, abba korlátlanul betekinthet, és a felett rendelkezhet. A betegnek továbbá joga van a teljes körű informáltsághoz betegségével kapcsolatban és a tájékoztatást követően a kezelésével kapcsolatos döntések meghozatalában. Az utóbbi időben az egészségügyi ellátás hatékonyságának köszönhetően az időskori intézményi ellátás igénybe vételének száma

¹⁵ Health Care in Sweden, Fact Sheet Health Care, Sweden.se The official gateway to Sweden.
<http://www.sweden.se/eng/Home/Society/Health-care/Facts/Health-care-in-Sweden/> Letöltve: 2010.12.23.

radikálisan csökkent annak köszönhetően, hogy az idősök mind jobb egészségi állapotnak örvendenek, s saját otthonukban önellátóak. A gyakorlat szerint a svéd egészségügy az ellátórendszer liberalizálása és a szabad piaci folyamatok helyett a szerződéseken alapuló, a költségvetési korlátokat beépítő egészségügyi rendszert valósította meg. Mindemellett szem előtt tartja az EU tagországok egészségügy miniszterei által 2006-ban elfogadott közös értékeket és elveket, melyek a tagországok egészségügyi rendszereit érintik¹⁶ (2006/C 146/01, 2006). A közös értékek és elvek az alábbiak:

- univerzalitás (minden ember számára az EU-ban biztosítani kell az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést);
- jó minőségű egészségügyi ellátáshoz történő hozzáférés;
- egyenlőség (azonos hozzáférés az ellátáshoz, amely független az etnikai hovatartozástól, a nemtől, kortól, a társadalmi helyzettől, és a fizetési képességtől);
- szolidaritás (az egészségügyi rendszer finanszírozási szabályaihoz kötötten).

Az állásfoglalás a tagországok vállalását tartalmazza az egészségügyben tapasztalható egyenlőtlenségek leküzdésére és a prevenciós intézkedések felé történő elmozdulásra. Az egészségügy működése vonatkozásában a tagországok alapelveket rögzítettek, úgy, mint: minőség, biztonság, a bizonyítékon és etikán alapuló gyógyítás, a betegek bevonása, jogorvoslat, titoktartás. Ezek az alapelvek figyelembe vettek olyan európai bírósági állásfoglalásokat, melyek a kezeléshez, a visszatérítéshez és a betegek mozgásszabadságához való jogokat rögzítik. Bár a szolgáltatási direktívák az egészségügyi ellátásszervezést kívonja az európai közös törvénykezés fennhatósága alól, a gyakorlat és számos bírósági ügy azt mutatja, hogy lépéseket kell tenni bizonyos közös szabályozás irányában, mert az egészségügyi szolgáltatások gyakorlata számos, határon átnyúló kérdést vet fel (Simon, 2010).

2.2.4. Ausztria egészségügye¹⁷

Az ESKI tanulmány szerint 8,3 millió lakosú Ausztriában az egészségügy rendszere társadalombiztosításon alapul. Az országban 22 szociális (nyugdíj, baleset, betegbiztosítás) biztosító közül 19 foglalkozik betegbiztosítással, ezek területi és foglalkoztatási kategóriába tartozás alapján szervezettek. Minden tartomány rendelkezik egy területi biztosítóval, rajtuk kívül a közalkalmazottaknak, a vállalkozóknak (ipari és kereskedelmi), a mezőgazda-

¹⁶ Council Conclusions on Common values and principles in European Union Health Systems (2006/C 146/01) 22.2.2006 Official Journal of the European Union C 146/1

¹⁷ Az ESKI Egészségügyi Rendszertudományi Irodájának Ausztria egészségügyéről szóló 2010-es legfrissebb ország tanulmánya. <http://medinfo.hu/hol/cikkh.cgi?id=2452> Letöltve: 2011.01.31.

ságban dolgozó vállalkozóknak valamint a bányászoknak és vasutasoknak van önálló biztosítójuk, valamint 6 vállalati biztosító is működik még az országban. A biztosítók között nincs verseny. Egyes csoportok: pl. az orvosok, gyógyszerészek, ügyvédek stb., kiléphetnek a kötelező betegbiztosítás rendszeréből. A törvény által előírtak szerint a lakosok foglalkozásuk vagy lakóhelyük szerint kerülnek besorolásra a biztosítóhoz. Az egészségügyi rendszerben a hatáskörök megoszlanak a szövetségi kormány és a kilenc tartományi hatóság között. A kormány a felelős az egészségügyi ellátásért a törvényben rögzített kivételek mellett. A legfontosabb kivétel a kórházi szektor, ahol a kormány felelőssége az alaptörvényre terjed ki, amely alkalmazása a tartományok hatásköre. Szövetségi feladat a kórházi szektor egészségügyi szakmai felügyelete, ellenőrzése. Az állami és a magánszektor egyaránt részt vesz a szolgáltatásokban. Az egészségügyi kiadások 2006-ban a GDP 10,1%-át tették ki. A társadalombiztosítás az egészségügyi kiadások kb. 45%-át adta, adóból (szövetségi kormány, tartományi és helyi önkormányzatok) finanszírozták a kiadások 31%-át, a magánkiadások 24%-ot tettek ki. A betegbiztosítási járulék együttes mértéke 2008-tól a bruttó kereset 7,65%-át teszi, minden foglalkozási kategória számára egységes.

Ausztriában a betegbiztosítás 2009-ben 8,3 millió főre, azaz a népesség 99 százaléka-ra terjedt ki, az egy főre jutó GDP folyó áron számolva 33 090 euró volt. A legfrissebb adatok szerint az egészségügyi kiadások az ország GDP-jének 10,5%-át teszik ki, az egy főre jutó egészségügyi kiadás 3970 USD PPP.

A betegbiztosítás legnagyobb kiadási tételei: a kórházi ellátás 29% (4,098 milliárd euró), orvosi ellátás 24% (3,430 milliárd euró) és a gyógyszerek 20% (2,840 milliárd euró). Az adminisztrációs költségek mértéke 3%. 2008-hoz viszonyítva a kiadások 2,4%-os növekedése figyelhető meg. 2009-ben az osztrák betegbiztosítók az évet 0,169 milliárd eurós többlettel zárták.

Azonban a csökkenő bérhányad, a munkanélküliek és nyugdíjasok után fizetett állami hozzájárulás csökkenése miatt a társadalombiztosítás bevételi bázisa egyre lassabban növekszik. A kiadások növekedésére hat többek között a magas akut ágyellátottság, a lakóhely közeli ellátás biztosítása valamint a fekvőbeteg és az ambuláns szektor közötti hiányzó kapcsolódás. Mindezek következtében a területi betegpénztárak hiánnyal küzdenek. A kórházon kívüli ellátás szereplői a társadalombiztosítókkal szerződnek. A kereteket szerződésben az Osztrák Társadalombiztosítás Főszövetsége és az orvosi kamarák tartományi szervezetei határozzák meg; szabályozzák a honoráriumokra, a szolgáltatások mennyiségére, a szolgáltatók számára és az orvosi szolgáltatások díjazására vonatkozó feltételeket. A kórházak finanszírozása részben (mintegy 50%) a tartományi alapokon keresz-

tül történik, amelyek a társadalombiztosítás forrásain (40%) kívül szövetségi, tartományi és helyi önkormányzati pénzeszközöket (kb. 10%) tartalmazzak. Ebben a formában a biztosítók által nyújtott finanszírozást a szövetségi kormány és a tartományok között kötött megállapodások szabályozzák úgy az állami kórházak, mint az ellátásban résztvevő magánkórházak számára. Ez az összeg a 9 tartományi alapon keresztül jut el a kórházakhoz, a teljesítményelvű kórház-finanszírozási rendszer alapján. A teljesítményelvű kórházfinanszírozási-rendszer keretében a magánkórházak meghatározott eseteinek, illetve szolgáltatásainak finanszírozását is a társadalombiztosítás végzi a Magánkórházak Finanszírozási Alapjába történő befizetés révén. Itt olyan szolgáltatások térítéséről van szó, amelyek a kötelező betegbiztosítás hatáskörébe tartoznak.

A kórházak költségvetésének fennmaradó 50%-ából 40% a tulajdonosok hozzájárulása (beruházási és fenntartási költségek), 10% magánbiztosítás vagy önrész. Ezek az összegek közvetlenül a kórházakhoz kerülnek. A finanszírozási rendszerben a helyi autonómia következtében tartományonként jellemzőek a különbségek.

A lakossági önrész a járóbeteg-ellátásban részben az e-card¹⁸ éves költsége (a lakos a társadalombiztosításnak fizet), részben meghatározott biztosítóknál százalékban kifejezett kezelési hozzájárulás (közalkalmazottakat, vállalkozókat tömörítő biztosítók esetében 20%, vasutasok és bányászok biztosítói esetében 14%). Szintén a járóbeteg-ellátásban a nem szerződött orvos felkeresése esetében a szerződött orvos díjának csak 80%-át térítik a biztosítók.

További önrész fizetendő a kórházi ellátásban napidíj formájában és a hozzátartozó családtagok ellátásánál 10%-os mértékben. Rehabilitáció és preventív célú ellátás esetében (pl. gyógyfürdő) szintén napidíjat kell fizetni.

Gyógyszerekért receptdíjat, gyógyászati segédeszközökért százalékos díjat (10%) számolnak fel. Az önkéntes magánbiztosítás, amellyel a lakosság harmada rendelkezik, legnagyobb arányban a jobb kórházi elhelyezés külön felszámított költségeit finanszírozza, valamint napi juttatást nyújt a kórházi tartózkodás idejére. A reformoknak köszönhetően tartományi szinten kilenc egészségügyi platformot hoztak létre, illetve szövetségi szinten egy Szövetségi Egészségügyi Irodát a szektorokat átfogó egységes tervezés és finanszírozás megvalósításaért a kórházon belüli és a kórházon kívüli területeken.

Az egészségügyi platformok a kórházak és a letelepedett orvosok területeinek ellátását tervezik és irányítják, illetve e két terület koordinációját végzik. A tartományi egész-

¹⁸ elektronikus kártya

ségügyi platformokban, ahol az egészségügy szervezése és finanszírozása részletes tervének kidolgozása folyik, az egészségügy minden fontos szereplője helyet kapott. Ezzel a társadalombiztosító és a tartományok közös felelőssége valósult meg a teljes egészségügyi ellátás finanszírozása és a szektorokat átfogó tervezés és irányítás felett, kiegészítő intézmények létrehozása nélkül.

A létrehozott Szövetségi Egészségügyi Iroda végrehajtó szerve a Szövetségi Egészségügyi Bizottság, amelyben szavazati jogokkal a szövetségi kormányzat, a tartományok, a társadalombiztosítók, a városok és önkormányzatok érdekképviselői szervei, betegjogi szervezetek az orvosi kamara és kórházak kapnak helyet, végzi az egységes tervezést mind a kórházak szükségleteire, mind a letelepedett orvosi ellátás szükségleteire vonatkozóan. A minden területre vonatkozó integrált, egységes szolgáltatástervezés alapja a 2006-os Osztrák Egészségügyi Strukturális Terv, ami 2006. január 1-jén váltotta fel az addig érvényes kórházakra és nagy értékű berendezésekre vonatkozó tervet. A szolgáltatásokra vonatkozó tervezés a 2004-es állapotot alapul véve 2010-ig került kidolgozásra. A reformnak köszönhetően a szövetség és a tartományok között az egészségügyi szolgáltatások tervezése integrált regionális ellátási terv 4 ellátási zóna és 32 ellátási régió keretében történik. Jelenleg az Osztrák Egészségügyi Strukturális Tervben 32 régióban koordinálják a kórházak, az ambulanciák és letelepedett orvosok által nyújtott szolgáltatásokat, a rehabilitációs, az ápolási és szociális területeteket, ezek egymás közötti kapcsolatát, ami a koordináció, a kooperáció és a kommunikáció javítására irányul.

Ausztria egyre nagyobb hangsúlyt helyez a rehabilitáció kérdésére. A társadalombiztosítási törvények számos orvosi, foglalkozási és társadalmi intézkedést hozott a rehabilitáció körében annak érdekében, hogy a csökkent képességű emberek egészsége hosszú távon javuljon és integrálódásuk a társadalomba és a munkaerőpiacba megtörténjen. A törvénykezésben markánsan elkülönül a rehabilitáció az egészségügy egyéb ágaitól. 1992 óta a biztosítás kötelező fedezetet nyújt az orvosi rehabilitációra a biztosított, családtagjai és a nyugdíjban részesülők számára is. A biztosítók mintegy 4000 rehabilitációs ágyat tartanak fenn 29 szakkórházban, 1000 ágy a non-profit szervezeteké. További 11000 ágy áll Ausztriában rendelkezésre, mely wellness szolgáltatást, a lábadozást, a gyógyfürdőzést szolgálja. „A kilencvenes években az igénybe vevők száma jelentősen növekedett, míg a fajlagos tartózkodás – hasonlóan a kórházihoz – csökkent. A társadalombiztosítók orvosi rehabilitációra történő költsége 1996 és 1998 között 30%-al nőtt” (Hofmarcher, 2001). Ez a folyamat folytatódik. Ausztriában jelenleg a kardiológiai rehabilitáció az un. „top” prioritások között

szerepel. 2011-ben új fekvőbeteg kardiológiai központokat építenek, többek között Voralberg tartományban.

2.2.5. Visegrádi országok egészségügye

Lengyelország¹⁹

Lengyelországra jellemző, hogy a GDP-ből az egészségügyre fordított kiadások aránya nemzetközi összehasonlításban nagyon alacsony (2006-ban 6,2%). Az egy főre jutó egészségügyi kiadás 910 PPP \$ volt. Az egészségügy finanszírozásában az állami kiadások aránya 69,9% volt 2006-ban, ennek nagy részét (58,6%) az egészségbiztosítás tette ki, kisebb hányadát pedig az adóbevételek (11,3%). A magánkiadások aránya 30,1% volt, ebből 25,6%-ot a betegek out-of-pocket kiadásai és 0,6%-ot a magánbiztosítás képezte. Lengyelországban az állami erőforrások korlátozott volta a magánfinanszírozás magas arányához vezetett. A beteg által igényelt szolgáltatások – a beutaló-köteles szakszolgáltatások is – gyakran informális finanszírozás révén érhetőek el. A betegek önrészesedése a különböző nem hivatalos kifizetésekkel együtt eléri az egészségügyi kiadásoknak a 40%-át.

Csehország²⁰

Csehországban 7,1% az egészségügyi ellátás részesedése a GDP-ből. 2008. január 1-jén Csehországban elindult az egészségügyi reform első szakasza, nevezetesen a kormány megszorító stabilizációs intézkedéseinek részeként a regulációs díjak bevezetése. A betegeknek 30 korona vizitdíjat, 60 korona kórházi tartózkodás díjat, 30 korona receptdíjat és 90 korona ügyeleti díjat kell fizetniük.

Az Egészségügyi Minisztérium összességében elégedett a reform előkészületével, és a vártnál jobbnak tartja a kezdeti nehézségek alakulását. A díjfizetés új rendszerének működésében tapasztalt hiányosságokat elemezni fogják, és az értékelés alapján elvégzik a törvényben a szükséges korrekciókat. A regulációs díjak bevezetését komoly kritika érte Csehországban. Tavaly decemberben közéleti személyiségek, neves művészek polgári engedetlenségre, a díjfizetés elutasítására szólították fel a lakosságot. Az ellenzéki képviselők alkotmánybíróshoz fordultak a vizit – és egyéb díjak eltörlése érdekében. A kritikusok egy része elismeri a díjak szükségességét, és azt is, hogy a törvényt respektálni kell, azonban túlzottnak és aszociálisnak tartják a díjak mértékét, amelyek kiterjednek a gyermekekre, nyugdíjasokra és az idős krónikus betegekre. Rámutatnak arra, hogy ilyen túlzás az Eu-

¹⁹ Az ESKI egészségügyi rendszertudományi irodájának Lengyelország egészségügyéről szóló 2010-es tanulmánya. <http://www.eski.hu/hol/cikkh.cgi?id=1996> Letöltve: 2011.02.21.

²⁰ Az ESKI egészségügyi rendszertudományi irodájának Csehország egészségügyéről szóló 2010-es tanulmánya. <http://www.eski.hu/hol/cikkh.cgi?id=1398>. Letöltve: 2011.03.04.

rópai Unió országaiban sehol nem fordul elő, és feltétlenül szükség van a törvény átgondolására.

Az Egészségügyi Minisztérium álláspontja szerint a regulációs díjak bevezetése lehetséges út az egészségügyben folyó pazarlás csökkentésére. A reform célja annak a mítosznak az eloszlatása, hogy az egészségügy ingyenes, és kísérlet az ellátásra költött kiadások, valamint a tényleges árak közötti aránytalanság mérséklésére. Jelenleg Csehországban az orvoshoz fordulások száma kétszerese az EU országok átlagos mutatójának. Az egészségbiztosítók több milliárd korona értékű gyógyszert térítenek évente feleslegesen. A díjak kialakításánál figyelembe veszik a hátrányos helyzetűek szempontjait, egyes díjak pedig csak szimbolikusak, de igen nagy a pszichológiai jelentőségük, erősítik a valódi reformhoz való átmenet folyamatosságát. A reform hét alaptörvénnyel folytatódik, amelyeket az idén a minisztérium előterjeszti a kormány és a parlament elé. A díjakkal kapcsolatban először áttekintést nyernek a betegek reális anyagi leterheléséről, és ennek alapján korrigálni fogják a rendszert a betegek érdekében. Jelenleg sorra jelennek meg cikkek a regulációs díjakról és fejtegetések arról, milyen hatása lesz az új rendszernek az egészségbiztosítók, az egészségügyi szolgáltatók és a betegek helyzetére, milyen következményekkel lehet számolni.

Szlovákia²¹

Az egészségügyi kiadások a GDP-hez viszonyítva 2008-ban 7,8%-ot tettek ki. Az egy főre jutó egészségügyi kiadás nagysága vásárlóerő-paritáson számítva 1738 US\$ volt. Az egészségügyi kiadások finanszírozása 2008-ban 69%-ban állami forrásokból történt (ebből 90,4% az egészségbiztosítás és 9,6% a központi költségvetés), ugyanakkor a magánkiadások aránya 31% volt. A magánkiadásokon belül az out-of-pocket kiadások aránya 83%.²² Az állami egészségügyi finanszírozás nagyobb részét, az összes kiadás 62,4%-át a társadalombiztosítás képezi. A magánkiadások alakulására hatást gyakoroltak a Szlovákiában végrehajtott intézkedések: 2003. július 1-től került sor a biztosítottak hozzájárulásának (co-payment) bevezetésére. Ezek a díjak az egészségügyi ellátással kapcsolatos szolgáltatásokra vonatkoztak (hotel –, étkezési, takarítási, adminisztrációs hozzájárulás). 2006-ban az új kormány első intézkedései között szerepelt a hozzájárulási díjak megszüntetése, illetve változtatása. (2006. szeptember 1-jén lépett életbe az a módosítás, amely megszüntette az egészségügyi ellátással kapcsolatos hozzájárulási díjak közül a 20 koronás vizitdíjat, vala-

²¹ Health Statistics Yearbook of Slovak Republic 2008. http://data.nczisk.sk/rocenky/rocenka_2008.pdf
Letöltve: 2011.02.02

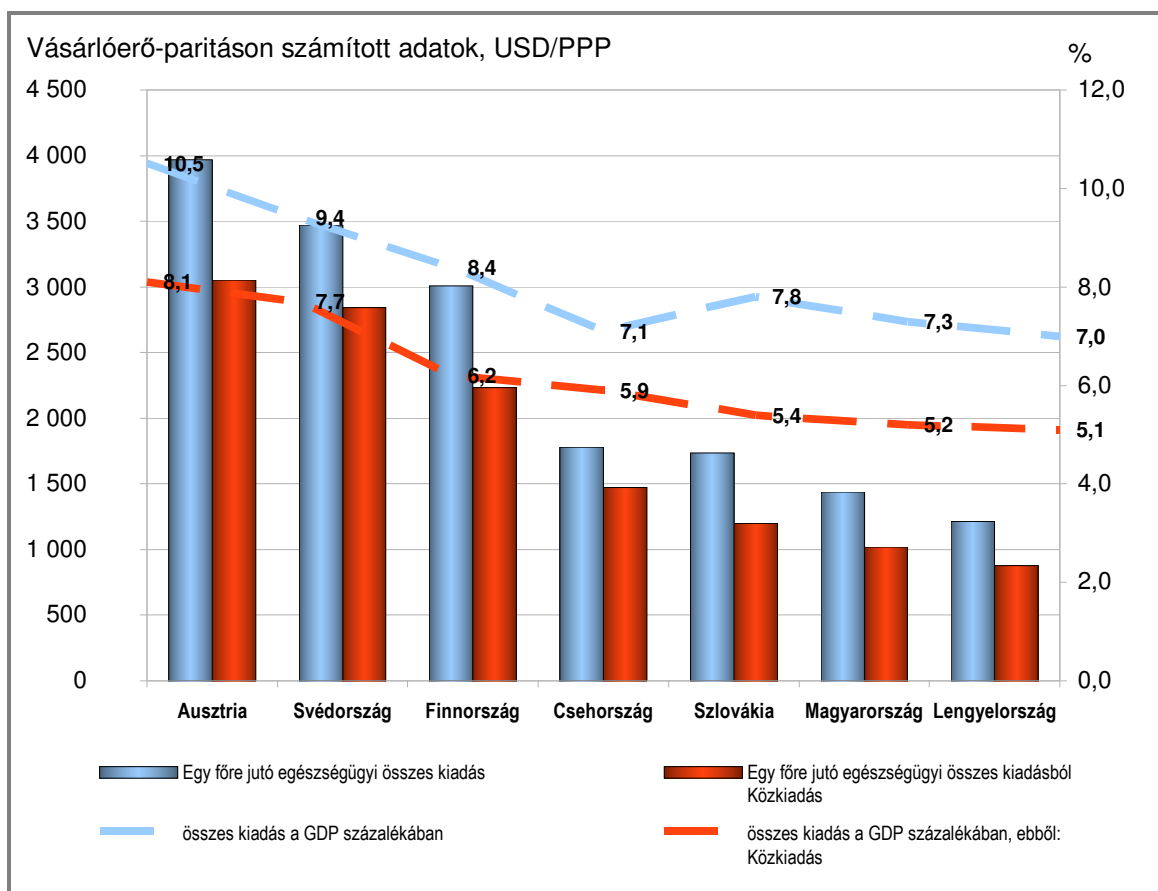
²² OECD Health Data 2010 – Version: June 2010

mint az 50 koronás napi kórházi hozzájárulást. Változatlan maradt a 60 koronás ügyeleti díj és a kilométerenként 2 koronás betegszállítási díj. 2007. október 1-jétől jóváhagyták a receptdíj 20-ról 5 koronára történő csökkentését, és változás történt abban is, hogy a díjak teljes összege a gyógyszerárak bevételeit képezze.) Magas, de pontosan nem mérhető az informális fizetések mértéke, ezekhez a betegek a gyorsabb ellátás, a választott orvoshoz fordulás érdekében, esetleg olyan ellátásokért folyamodnak, amelyek különben nem képezik részét a finanszírozott ellátásnak.

2.2.6. Az egészségügyi rendszerek összehasonlíthatóságának korlátai

A vizsgált országok egészségügyi összehasonlítása a nemzeti sajátosságok miatt nem könnyű feladat, más az országok gazdasági ereje, eltérő a finanszírozási rendszerük.

Az 1. ábrán összefoglalva látható a Melléklet M2.1. adattáblájában részletezett tanulmányozott országok egy főre jutó egészségügyi összes kiadása, az összes kiadás a GDP százalékában, valamint az egy főre jutó egészségügyi összes kiadásból a közkiadások mértéke 2008-ban.

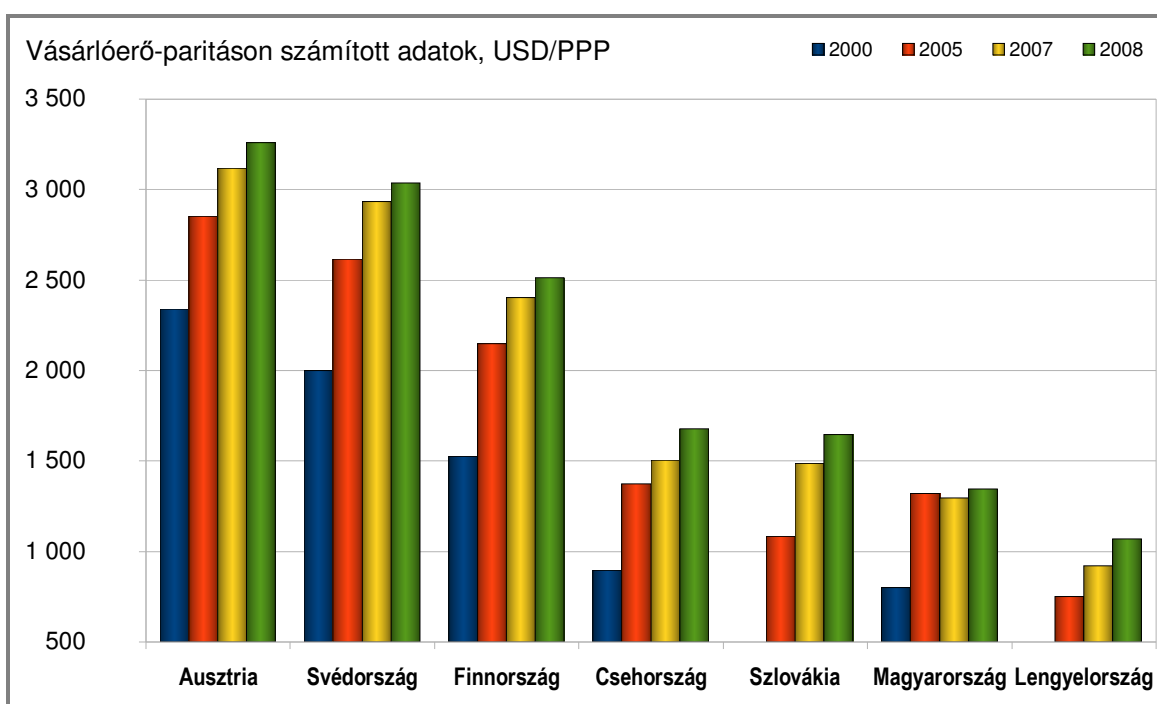


1. ábra: Egészségügyi kiadások, 2008

Forrás: Statisztikai Évkönyv 2009. Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Budapest, 2010

Az ábrázolt adatok rávilágítanak arra, hogy Ausztria, Svédország és Finnország gazdasági ereje nagyobb, ebből a gazdasági erőből nagyobb százalékban fordítanak az egészségügyre, mint a Visegrádi országok. 2008-ban Ausztria a közel háromszoros egy főre jutó egészségügyi összes kiadásból a rendelkezésre álló GDP 10,5%-át, míg Magyarország 7,8%-át fordította az egészségügyre.

Az egészségügyre fordítható erőforrások nagymértékben eltérnek egymástól és az anyagi ráfordítások növekedésének üteme is eltér. A 2. ábra összefoglalva mutatja a *Meléklet M2.2.* adattáblájában részletezett vizsgált országok egy főre jutó gyógyító-megelőző ellátásának változását 2000-től 2008-ig.



2. ábra: Az egy főre jutó gyógyító-megelőző ellátás kiadásainak alakulása²³

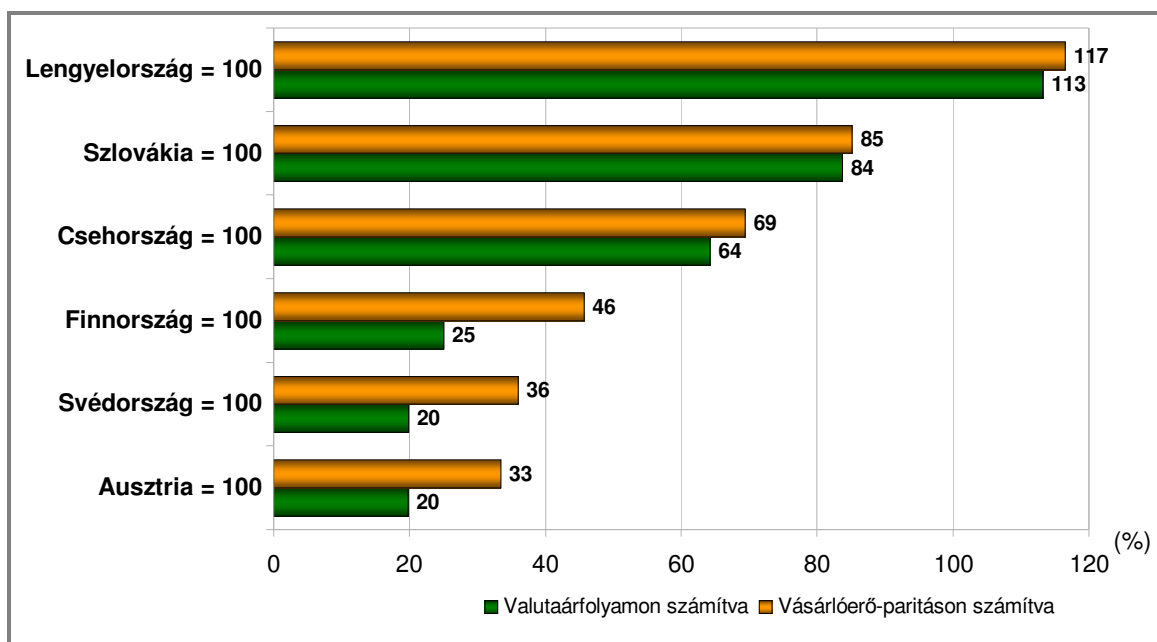
Forrás: Statisztikai Évkönyv 2009. Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Budapest, 2010

A fenti ábra jól szemlélteti, hogy szemben a többi ország egyenletes növekedési tendenciájával, Magyarországon a növekedés megtorpan, sőt 2007-ben átmenetileg még csökken is. Ilyen megtorpanást egyetlen más országban sem figyelhető meg.

²³ Az Egészségügyi Számlák Rendszere (SHA) szerinti besorolás alapján a táblázatban szereplő adatok összegezve tartalmazzák a gyógyító ellátás és rehabilitációs célú ellátás (HC.1 + HC.2), a kiegészítő szolgáltatások (HC.4), az egészségügyi termékeknek a járóbeteg ellátásban (HC.5), valamint a prevenció és nép-egészségügyi ellátás, illetve az egészségügyi adminisztráció (HC.6 + HC.7) kiadásait.

The data of table include the sum of expenditure on curative and rehabilitative care (HC.1 + HC.2), expenditure on ancillary services to health care (HC.4), expenditure on medical goods (HC.5) and expenditure on collective services (HC.6 + HC.7) on the basis of classification of System of Health Accounts (SHA).

Az egy főre jutó egészségügyi közkiadások relatív értékét mutatja a 3. ábra 2008-as adatok alapján. Az adatok részletesen a *Melléklet M2.3.* adattáblájában láthatók. Az Egészségügyi Számlák Rendszerét (SHA)²⁴ használó OECD országok adatainak összehasonlítása lehetséges.



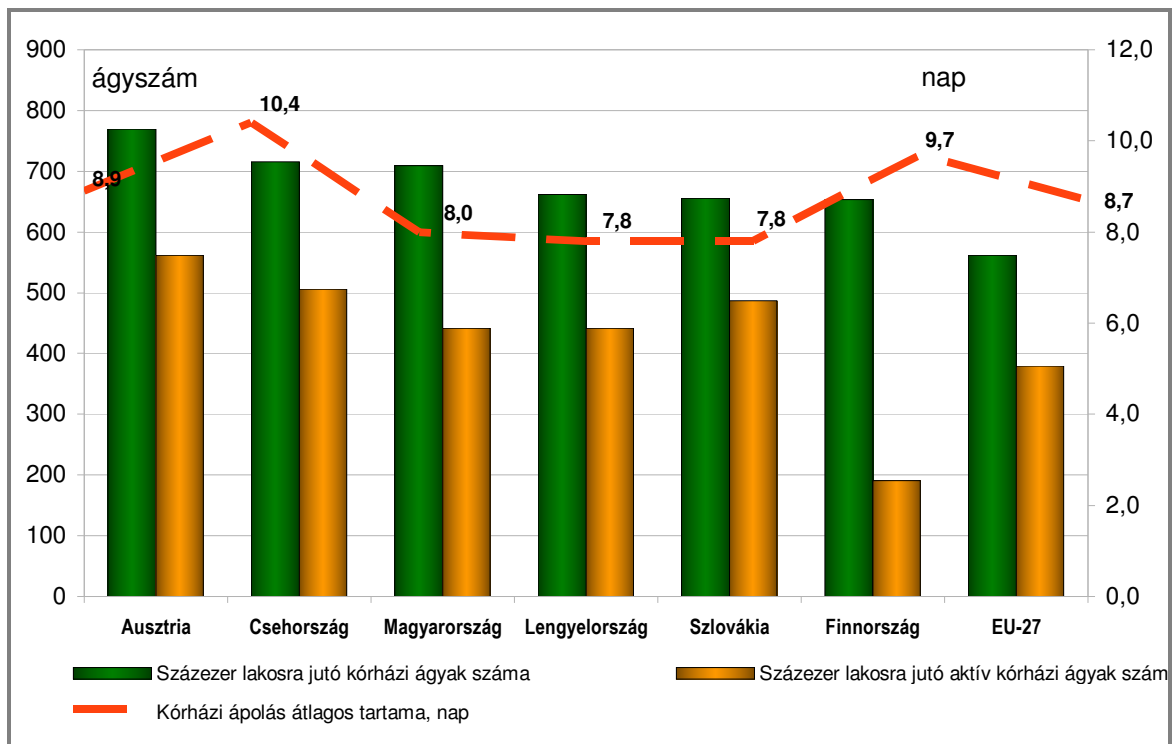
3. ábra: Az egy főre jutó egészségügyi közkiadások relatív értékének alakulása Magyarországon, 2008

Forrás: Statisztikai Évkönyv 2009. Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Budapest, 2010

A vizsgált országokkal összevetve Magyarország nem helyezkedik el előkelő helyen. Magyarország egy főre jutó egészségügyi közkiadását 100-nak tekintve Ausztriában vásárlóerő-paritáson számítva 33%, Svédországban 38% a relatív érték. A vizsgált országok közül csak Lengyelországban magasabb az egy főre jutó relatív érték 117%-al.

A fekvőbeteg gyógyintézeti jellemzők képet adhatnak egy ország egészségügyéről. Egy ország egészségügye azonban nem jellemezhető csupán a kórházi ágyak számával, a kórházi ápolás átlagos tartamával, illetve a rendelkezésre álló aktív ágyak számával. Az adatok összehasonlítása csalóka lehet, mert a befolyásoló tényezők országonként mások. Az alapellátás helyzete, a szociális és kulturális közeg erősen befolyásolja a fekvőbeteg-ellátás szervezését. A 4. ábra a vizsgált országok fekvőbeteg gyógyintézeti ellátási mutatóinak grafikus ábrázolását tartalmazza a *Melléklet M2.4.* adattáblája alapján.

²⁴ A táblázatban azon országok szerepelnek, amelyek az egészségügy pénzügyi erőforrásai keletkezésének és felhasználásának elemzésére az OECD által kidolgozott Egészségügyi Számlák Rendszerét (SHA: System of Health Accounts) használják.



4. ábra: Néhány fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátási mutató

Forrás: Statisztikai Évkönyv 2009. Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Budapest, 2010

A történeti fejlődés és a hagyományok eredményeképpen például Ausztriában sok kórházi ágy van, míg a skandináv országokban kevés. Finnországban különösen kevés az akut ágyak száma. Az akut ágyak fenntartása a lehető legdrágább. Gazdaságossági szempontok alapján fokozatosan leépítettek ágyakat, de a járó beteg ellátás fejlesztésével a minőségi színvonalat biztosítani tudják. Csak akkor lehet ugyanis csökkenteni az akut ágyak számát, ha biztosított a betegek további ellátása az aktuális állapotuknak megfelelő egészségügyi illetve szociális ellátási szinten.

Összességében megállapítható, hogy az egyes egészségügyi rendszerek összehasonlíthatósága több mutató elemzésével is csak korlátozottan valósítható meg. Az adatokból azonban egyértelműen kiderül, hogy Magyarországnak nagyon sok lemaradása van, amelynek javítása a jövőben sürgető, komplex feladat.

2.3. Az orvosi rehabilitáció fejlődése Magyarországon

Rövid történeti áttekintést szükségesnek tartok annak érdekében, hogy láthassuk, milyen hosszú volt az út és mennyi nehézségen át vezetett a jelenlegi formák kialakulásához. Nagyszerű történeti hagyományaink vannak, amelyeket meg kell becsülnünk és be kell építenünk most formálódó rendszerünkbe (Katona, 2004).

Az embereknek az a törekvése, hogy betegségeikből felépüljenek, testi, lelki és szellemi károsodásukat leküzdjék – vagyis a rehabilitáció eszméje – egyidős az emberiség szájhagyományokon alapuló és írott történelmével. Az iparosodás kora már fokozottabb igényeket támasztott. Az iparban adódó balesetek, valamint a háborúk minden korban szedték áldozataikat. Ez már az intézményesült rehabilitáció korszaka. A fogyatékos emberek jogai is történelmileg alakultak. Az eltartáshoz, később függetlenséghez való jogok a törvénykezésben általában az I. világháború idején kezdtek realizálódni.

Magyarországon ebben az időben két rehabilitációs tartalmú rendelet látott napvilágot, igaz csupán a katonákról gondoskodtak. Fontos szerepet játszott a közoktatás területén kívül ebben a munkában is gróf Klebelsberg Kunó.

Meghatározó személyisége a hazai rehabilitáció történetének Dollinger Gyula (1849–1929). Széles látókörű sebész volt, aki már 1913-ban önkéntes ápolónőképzést indított a Vöröskereszt szervezetén belül. Nagy jelentőséget tulajdonított a korai jó kezelésnek, azt a rokkantság legfontosabb profilaxisának tartotta. Ugyanakkor nagy hangsúlyt helyezett az utókezelésre. Ő alapította a gyógyászati segédeszközök gyártására alkalmas intézményt, amely a magyarországi protetizálás bázisintézményeként működött. Munkásságában fontos helyet kapott a hadirokkantak foglalkozási rehabilitációja.

A tüdőbetegek és pszichiátriai betegek rehabilitációjában érdekes kölcsönhatásokat figyelhetünk meg. A krónikus betegség elkeseredést és letargiát vált ki. Magyarországon rehabilitációjuk terén Gárdi Jenő (1866–1945), Vass Imre (1898–1966) és Levendel László (1919–1994) tevékenysége emelkedik ki.

Pető András (1893–1963) a magyarországi rehabilitáció történetének nemzetközi hírnevet kiérdemelt alakja. Módszere sajátos átmenetet képez az orvosi és a pedagógiai tevékenység között. Az un. konduktorok ma már főiskolai végzettséggel dolgoznak. Itt említést érdemel még Bárczi Gusztáv (1890–1964), aki a gyógypedagógiai képzést vezette be hazánkban.

A gondozó hálózat kiépülése mellett a pszichiátriai rehabilitáció fejlődésében jelentős előrelépésnek számított a munkaterápiás intézetek létrejötte. A mintát Hermann Simon (1867–1947) dolgozta ki. Magyarországon az 1950-es években alakultak meg az első intézetek. Az egykori munkaterápiás intézetek és az azóta létrejött rehabilitációs intézetek aktív szociális terápiás műhelyként tevékenykednek, sajátos profilokat alakítanak ki, és új rehabilitációs modelleket dolgoznak ki. A módszerek sokrétűsége, komplexitása ellenére a pszichiátriai rehabilitáció eredményeit is elsősorban a gazdasági tényezők határozzák meg, a szakmai erőfeszítések mellett csak azok javulásától várható a fellendülés.

Az iparosodás fejlődésével a munkaerő egyre nagyobb értéket jelentett. Annak betegség és baleset által történő károsodása, a termelésből történő kiesése, és az ezzel kapcsolatos gazdasági és szociális kérdések szükségessé tették a biztosítások létrejöttét és azok működtetése szakmai-jogi háttérének kialakítását. A szakmai háttérrel olyan felkészült, széles tapasztalatokkal rendelkező orvosok végezhettek, akik a sérült/beteg állapotát megfelelően tudták megítélni.

Az 1907-ben létrejött XIX. Törvénycikk 185.§-a szabályozta a keresőképtelenséget tárgyaló választott bíróságok mellé kötelező jelleggel, megfelelő sorrendben meghívott orvosok közreműködését. Ez után jött létre 1908-ban az első elismert szakmai szervezet, mely – a társadalombiztosításban is jártas – szakértő orvosokat tömörített.

1927-ben a XXI. Törvénycikk, mely a betegség és baleseti kötelező biztosításra nézve hozott rendelkezéseket.

1929-ben ezt a törvényt egészítették ki, kötelezővé tették három orvos szakértőből álló bizottság véleményének kikérését a rokkantság megállapításához.

1932. után a rokkantság megállapítását végző eljárások a bíróságok fennhatósága alá kerültek, s átmenetileg csökkent az orvosi szakma szerepe.

A II. Világháború után kezdett formálódni a jelenlegi struktúra, amikor 1948-ban létrejött a Rokkantsági Megállapítási és Felülbírálati Osztály, melynek határozatait bíróságon lehetett megfellebbezni.

Nagy előrelépést jelentett, amikor 1951-ben egészségügyi miniszteri rendeletben 136/1951. (XII.18.) hozták létre az intézményi szintű orvos szakértést. Az első – és másodfokú orvos szakértői bizottságok a következő évben jöttek létre sebészek, belgyógyászok és ideggyógyászok közreműködésével. A következő évek a központosítás, a szakmai tagozódás, a képzés és az egységes irányelvek kialakítása jegyében teltek el.

A 44/1960. (Eü.K. 24.) EüM számú utasítás létrehozta a Munkaképesség-csökkenést Véleményező Orvosi Bizottságok Országos Igazgatóságát 1960-ban.

Az 1/1967. (Eü.K.1.) EüM számú utasítás a szervezet hatáskörébe utalta a munkaköri alkalmassági vizsgálatok elvégzését is.

Végül az Országos Orvossalakértői Intézet a 45/1970. (Eü. K. 24.) EüM számú utasítás alapján jött létre 1971-ben az Országos Egészségbiztosítási Pénztár keretein belül. A korábbi feladatok a keresőképtelenség ellenőrzésével bővültek.

Korunkat a rehabilitáció integrációs korszakának nevezzük. Ennek egyik példája az ISPO (International Society for Prosthetics and Orthotics), melynek munkájába Magyarország 1994-ben kapcsolódott be (N. N. 2006). A jelenleg is működő Nemzetközi Rehabili-

tációs Társaság jogelődje 1922-ben alakult, amely a rehabilitáció összes területét igyekszik tevékenységével átfogni. Az ENSZ-el konzultatív státuszban van. Világkongresszusának és több más rendezvényének Magyarország is adott már otthont.

Magyarország 1999-ben ratifikálta az Európai Szociális Charta 9. cikkelyét, amely a pályaválasztási tanácsadáshoz való jog tényleges gyakorlásának biztosításáról, 2005-ben pedig 15. cikkelyét, amely a fizikailag vagy szellemileg fogyatékos személyek szakmai képzéshez, a rehabilitációhoz és a társadalomba történő újra beilleszkedéshez való jogáról rendelkezik.

Fontos állomás a 2003. évi CXXV. törvény hatályba lépése az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról, 2005 őszén megkezdte munkáját az Egyenlő Bánásmód Hatóság.

Az intézményi rehabilitáció formái fokozatosan, de egyes szakterületeken alapvetően egymástól elszigetelten fejlődtek az utóbbi évtizedekben Magyarországon. Az országban sok gyógyfürdő található, itt a hagyományos passzív gyógyfürdőkúrák mellett a rehabilitációs tevékenység fokozatosan erősödik.

Professzor dr. Borsai János elévülhetetlen érdemeket szerzett a magyar orvosi rehabilitáció történetében. Vezetésével jött létre 1975-ben az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, amely kezdetben a mozgásszervi rehabilitáció tevékenységét országos szinten összefogta, majd folyamatosan bővült a tevékenysége. Dr. Kullmann Lajos igazgatása alatt az intézet a rehabilitációs szakorvosképzés, továbbképzés elismert központja lett, mindezek mellett folyamatosan segítette a társszakmák (fizioterapeuták, gyógypedagógusok, orvosi biológiai szakmérnökök, szociális munkások stb.) képzését együttműködve az oktató intézetekkel²⁵.

2.3.1. A rehabilitáció komplex megközelítése, törvényi szabályozása

A rehabilitáció alapfogalmának értelmezése: valaki becsületének, jó hírének vagy elvesztett fizikai képességének helyreállítása. A meghatározás jól kifejezi a célt és a dinamikus folyamatot, amit a munka során szem előtt kell tartanunk. A kardiológiai rehabilitációra vonatkozó meghatározás ennél tovább megy, hiszen kiemeli a beteg aktív közreműködésének szükségességét is: „mindazon tevékenységek összessége, amelyekkel a szívbeteg a lehető legjobb fizikai, szellemi és társadalmi feltételek mellett, saját erőfeszítése révén a le-

²⁵ Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet története. <http://www.rehabint.hu/new/bemut/5os.htm>
Letöltve: 2011.11.27

hető legnagyobb mértékben visszanyeri helyét a közösségben és visszatérhet az aktív életvitelhez, munkavégzéshez.²⁶

A rehabilitáció törvényi meghatározása a rehabilitációs járadékról szóló 2007. évi LXXXIV. törvény szerint „külön jogszabályban meghatározott orvosi, foglalkoztatási, szociális, képzési és egyéb tevékenységek komplex rendszere, amelynek célja az egészségkárosodást szenvedett személy szakmai munkaképességének biztosítása.”²⁷

Az utóbbi évek során, a protokollok és programok, az intézményi struktúra fejlesztése mind differenciáltabb megközelítéssel szemléli a rehabilitáció kérdését. Eszerint megkülönböztetjük a rehabilitációs medicina és az orvosi rehabilitáció fogalmát is, mely segítségünkre van abban, hogy ezen tevékenységeket és strukturális hátterüket egyre magasabb szinten szervezzük meg.

„A rehabilitációs medicina (teljes néven: fizikális és rehabilitációs medicina) az orvostudomány egyik önálló diszciplínája, szemléletében egységes, interdiszciplináris klinikai szakterület. Tevékenysége az egészségkárosodás miatt fizikailag (testileg) fogyatékos vagy a fogyatékoság szempontjából fokozottan veszélyeztetett személyek funkcióképességének optimalizálására irányul. A képességek fejlesztése a környezettel való kölcsönhatás figyelembevételével, specifikus módszerek alkalmazásával, multi-professzionális team munka formájában történik, reálisan kitűzhető rehabilitációs cél(ok) érdekében, építve a páciens tevőleges részvételére a rehabilitációs program során. Kórháztól a lakóhely közeli ellátásig az ellátórendszer minden szintjén szolgáltatható.

Orvosi rehabilitáción értjük azt a tevékenységet, amelyet az orvostudomány saját eszközeivel (diagnosztika, terápia, prevenció, gondozás) nyújt a fogyatékos személyeknek, hogy meglévő képességeik kifejlesztésével önállóságukat részben vagy egészben visszanyerjék és képessé váljanak a családba, munkahelyre, társadalomba való beilleszkedésre. Lényege tehát a meglévő funkciók és a teljesítőképesség pontos megítélése (állapotfelmérés), kompenzatórikus fejlesztése és tréningje.”²⁸

A fentiek megmutatják, hogy a kérdés komplex szakmai és intézményi háttért kíván meg, melyet szükséges az orvosi technológia gyors fejlődésével és a társadalmi igények növekedésével összhangban fejleszteni.

²⁶ A Rehabilitációs Szakmai Kollégium 2010. március 10-i ülésén elfogadott definíciók. <http://www.rehab-kollegium.com/Home/fogalmak3> Letöltve: 2010.12.20.

²⁷ 2007. évi LXXXIV. törvény. 321/2007. (XII. 5.) Korm. rendelet a komplex rehabilitációról http://komplexrehabilitacio.hu/index.php?option=com_content&task=view&id=27&Itemid=18 Letöltve: 2010.12.22.

²⁸ A Rehabilitációs Szakmai Kollégium 2010. március 10-i ülésén elfogadott definíciók <http://www.rehab-kollegium.com/Home/fogalmak3> Letöltve: 2010.12.20.

Ma már egyértelmű, hogy a lakosság előregedése, valamint a munkaerőpiac változásai miatt szükséges az egészségügyi, az egészség-gazdaságtani és a közgazdaságtani szakemberek összefogása. Fontos olyan szemlélet kialakítása, amely lehetővé teszi a rehabilitációra szoruló egyének egységes rendszerben történő ellátását.

Ma Magyarországon a munkanélküliség megoldásának egyik lehetséges módja a rokkantnyugdíj. Ma még összekeverednek a szociális ellátórendszer és a munkaerőpiac megoldási lehetőségei. A felismerésig már eljutottunk, cselekvésre van szükség.

A rendszerváltást követően, a jelentősen átstrukturálódott munkaerőpiac és a lakosság egészségi állapotának általános romlása komoly feladat elé állította a kormányzatot. A gazdasági szükségszerűségek felvetették egy differenciáltabb rendszer megvalósítását, melynek intézményi hátterét a 2007-ben a 213/2007. (VIII.7.) Kormányrendelettel létrejött Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet volt hivatott biztosítani.²⁹ Új szemlélet kialakítása volt a cél, melynek alapelve az volt, hogy nem a csökkent munkaképesség megítélése legyen a cél, hanem a megtartott képességek felmérése, mobilizálása, fejlesztése kerüljön előtérbe. Ennek kereteit a 2007. évi LXXXIV. törvény szabályozta, mely alapján az intézet feladatköre kiterjed a fogyatékoságról, beteg állapot fennállásáról, baleset üzemi voltának megállapításáról, keresőképtelenségről, baleseti táppénz meghosszabbításáról, mozgáskorlátozottak közlekedési kedvezményéről, egyes alkalmassági vizsgálatokról történő szakvélemények kiadására. A szakértői tevékenységen felül az intézet módszertani feladatokat is ellát a rehabilitációs és szociális szükségletek felmérése, a vizsgálati rendszerek korszerűsítése és a feladatkörébe tartozó szakértői tevékenység fejlesztése vonatkozásában.

A kormány 2011. január 1-jei hatállyal 331/2010. (XII. 27.) Kormányrendelettel létrehozta a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatalt (rövidítve: NRSZH), mely egyrészt átvette az ORSZI tevékenységét, másrészt jogköre számos új elemmel bővült.³⁰ A hivatal felügyelete alá került a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatások, a személyes gondoskodást nyújtó szolgáltatások felügyelete, a szociálpolitikai, a gyermekvédelmi, az esélyegyenlőségi és a jeltolmács szakértői névjegyzékek kezelése. Feladatköre szerint feladatokat lát el az aktív korúak szociális ellátásával kapcsolatban is, összehangolva ezt a tevékenységét az önkormányzatokkal és a Foglalkoztatási Hivatallal. A hivatal jövőbeni tevékenysége kiterjed a központi szociális információs rendszerek fejlesztésére, a

²⁹ ORSZI (Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet) története. <http://www.orszi.hu/index.php?ID=85> Letöltve: 2011.01.24.

³⁰ 331/2010. (XII. 27.) Korm. rendelet. <http://joglexikon.hu/jurispedia/index.php> Letöltve: 2011.03.04.

közúti járművezetők egészségi alkalmasságának vizsgálata is. Munkáltatóként a betegjogi, ellátott jogi és gyermekjogi képviselők tevékenységét felügyeli. A rendelet kiterjed az orvos szakértői munka szabályozására, a szakértő bizottságok felállításának feltételeire és a komplex elbírálás folyamatának részleteire is. A rendelet előírja továbbá, hogy az orvos-szakértők legkésőbb 2013. december 31-ig egészségbiztosítási szakvizsgát kötelesek tenni.

A rehabilitáció komplex, összevont kezelése nagymértékben hozzájárulhat az eredményességhez.

Ennek érdekében a rehabilitációs munkahelyek akkreditációját a kormány 331/2010. (XII.27.) Kormányrendeletével 2011. január 1-től szintén a NRSZH fennhatósága alá helyezte. Várhatóan ez lehetővé teszi a munkahelyek szakszerű felügyeletét és a rehabilitációban résztvevők megfelelő irányítását a rehabilitációra való alkalmasság megállapításával párhuzamosan.³¹

2011-től szigorodik a rehabilitációs hozzájárulást szabályozó jogszabály (1991. évi IV. tv. a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról, 41/A.§ Rehabilitációs hozzájárulás). A törvény kimondja, hogy „A munkaadó a megváltozott munkaképességű személyek foglalkozási rehabilitációjának elősegítése érdekében rehabilitációs hozzájárulás fizetésére köteles, ha az általa foglalkoztatottak létszáma a 20 főt meghaladja, és az általa foglalkoztatott megváltozott munkaképességű személyek száma nem éri el a létszám 5 százalékát (kötelező foglalkoztatási szint)”. A remények szerint a törvény szigorítása elősegíti a csökkent munkaképességűek nagyobb számban történő foglalkoztatását.³²

Érdekes megvizsgálunk az 1997. évi, egészségügyről szóló CLIV. törvény rehabilitációs vonatkozásait is. A törvény a rehabilitáció színtereként meghatározza az alapellátást, a járóbeteg-ellátást, a fekvőbeteg-ellátást, illetve az otthonápolást is. A törvény a rehabilitációt a következőképpen határozza meg: „A rehabilitáció olyan szervezett segítség, amit a társadalom nyújt az egészségében, testi vagy szellemi épségében ideiglenes vagy végleges károsodás miatt fogyatékos személynek, hogy helyreállított vagy megmaradt képességei felhasználásával ismét elfoglalhassa helyét a közösségben. 100. § (1)”.³³

Továbbá: „A rehabilitáció egészségügyi, pszichológiai, oktatási-nevelési, foglalkoztatási és szociális intézkedések tervszerű, együttes és összehangolt, egyénre szabott, az érintett személy tevékeny részvételével megvalósuló alkalmazása. 100. § (2)”

³¹ 331/2010. (XII.27.) Korm. rend. <http://www.kozlonykiado.hu/kozlonyok/index.php?m=1&p=0100&k=6>
Letöltve: 2011.02.22.

³² 1991 évi IV. tv. http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99100004.TV×hift=0
Letöltve: 2011.02.22.

³³ 1997 évi CLIV. tv. http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700154.TV Letöltve: 2011.01.22.

Bár a törvény egyértelművé teszi a rehabilitáció fontosságát és egyértelműsíti annak mibenlétét, a gyakorlat sajnos azt mutatja, hogy a rehabilitáció intézményi struktúrája nem különül el kellőképpen a krónikus betegek ápolásától. A rehabilitáció szakmai presztízse sem ér fel a fontosságához és a társadalmi elvárásokhoz. A probléma finanszírozási eredetű, a költségek besorolásánál a rehabilitáció háttérbe szorul, s így gyakran már „nem telik” rá. Talán a szakmák közötti verseny is indukálja a háttérbe szorulást, hiszen egy finanszírozási büdzből kell fenntartani a rendszereket, s amennyiben a rehabilitáció előtérbe kerül féltő, hogy más szakmák költségvetése bánná azt. Mindez viszont teljes mértékben elmenthető mind az állampolgári érdekekkel, mind a gazdasági ésszerűséggel!

A „Simmelweis Terv az egészségügy megmentésére” vitairat is – a tervek szerint – új perspektívában kívánja kezelni a csökkent teljesítőképességet, hangsúlyt helyezve a komplex rehabilitációra, a társadalmi re-integrációra a társszervezetekkel együttműködve.³⁴

Javaslat született a dokumentumban a rehabilitációs szakma egyetemi oktatására, mely felemeli a szakma presztízst – jogosan – a többi szakma szintjére. A dokumentum a rehabilitációs hálózat progresszív, hierarchikus rendszerét az aktív ellátáshoz hasonló szinten kívánja megvalósítani, leválasztva róla az ápolási, szociális feladatok ellátását. Kitér a rehabilitáció kapcsán a hozzáférési aránytalanságok megszüntetésére, a hatékonyság és a minőség javítására is. A fentiek szakmai és intézményi fejlesztést is jelentenek.

2.3.2. Kardiológiai rehabilitáció sajátos jellemzői

A rehabilitációs medicina definíciója érvényes a kardiológiai rehabilitáció szakterület-specifikus tevékenységére, szem előtt tartva a kardiológiai betegségek sajátosságait.

Szűkebb szakterületem, a kardiológiai rehabilitáció története az orvosi rehabilitáción belül lényegesen rövidebb múltra tekint vissza. Sokáig azt tartották, hogy a szívbetegek számára legfontosabb a pihenés, betegségüket követően ismételt munkavállalásra nem is gondolhatnak. Az 1950-es években például a szívinfarktuson átesett betegek számára a hegszövet kialakulásáig (kb. 4-6 hétig) teljes ágynyugalmat javasolta. E tekintetben az első lényeges változást Levine és Lown által bevezetett „karosszék-kezelés” jelentette. Ők már a szívinfarktust követő 4. héttől napi 3-5 perc sétát írtak elő betegeiknek³⁵.

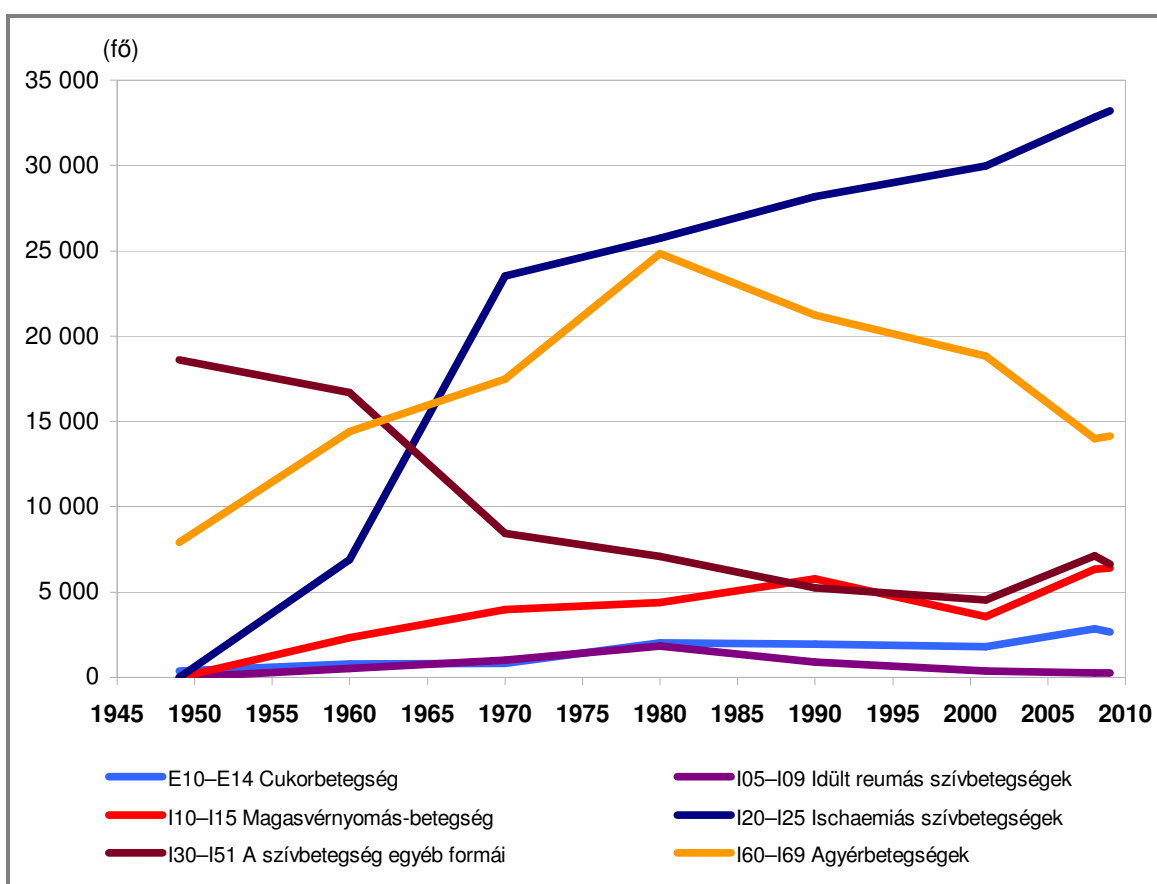
³⁴ Simmelweis Terv <http://www.weborvos.hu/adat/files/EgpolVitairat2010%5B1%5D.pdf>
Letöltve: 2011.03.14.

³⁵ Szívbetegek rehabilitációja. Történeti áttekintés <http://mek.oszk.hu/01100/01161/html/rehab.htm>
Letöltve: 2010.12.10.

Az igai áttörést Hellerstein munkája jelentette, aki az addigi gyakorlattal ellentétben multidiszciplináris megközelítést javasolt, s ezzel lefektette a mai kardiológiai rehabilitációs programok alapjait (Perk, 2007).

Az 1960-as években az akut eseményt követő ágynyugalom negatív hatásainak csökkentése volt a fő cél. A szívinfarktuson átesett betegek felé fordult a figyelem, akiket ekkor még 6 hetes szigorú ágynyugalommal kezeltek, de a gyógyszeres terápia lehetőségei bővültek. Szívelégtelenségben szenvedő betegek számára továbbra is a „karosszék” lehetőség maradt. Az is hozzátartozik a valós képhez, hogy korábban jóval kevesebb szívbetegségben szenvedő személyt tartottak számon.

Magyarországra vonatkozóan 100 évre visszamenően vannak pontosabb ismereteink a fő halálokok előfordulásáról. A mai vezető halálokok, a keringési rendszer betegségei az I. világháború után fokozatosan törtek előre. A Melléklet M2.5 adattábla adatainak feldolgozását mutatja az 5. ábra, amely a szív-érrendszeri betegségekkel összefüggő halálozások számát mutatja 1949 és 2009 között egyes halálokok szerint.



5. ábra: A halálozások száma halálokok szerint, 1949–2009

Forrás: Demográfiai évkönyv, 2009. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2010

Az ábra adatai szerint az elmúlt 60 évben jelentősen nőtt az idült ischaemiás szívbetegség³⁶, cukorbetegség, magas vérnyomás betegség és agyér-betegség okozta halálozások száma. Más betegségek pedig, mint például a heveny reumás láz, szinte eltűntek. Figyelemre méltó, hogy az utóbbi években sem csökkent a magas vérnyomás betegség és az szív érlemeszedése következtében történő halálozás. Kedvező tendencia látszik az agyér-betegségek halálozása tekintetében.

Szükség van országos intézetekre, mint szakmai módszertani központokra, akik a módszertani leveleket, szakmai protokollokat a minőségbiztosítás szabályai szerint elkészítik, olyan regionálisan szakmavezető intézményekre, melyek koordinálják az adott régió területi rehabilitációs tevékenységét. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár rendelkezik ma már olyan adatbázissal, melynek elemzésével költség-hatékony módon valósulhat meg minden magyar régió megfelelő ellátása. A magyar gazdaság elemi érdeke, hogy a rehabilitált személyek visszatérjenek a munkaerőpiacra, ott részt vegyenek a javak termelésében, ne pedig tartósan járulékon élők maradjanak.

A kardiológiai rehabilitációnak az orvosi rehabilitáció más szakágaival megegyező, de ugyanakkor eltérő jellegzetességei vannak. Az alapelvek azonosak más (gyermek-, pulmonológiai, pszichiátriai, mozgásszervi rehabilitáció) feladataival. A kardiológiai rehabilitáció a később részletesen is kifejtendő népegészségügyi adatok alapján a társadalom jóval több tagját érinti, melyhez kevesebb ortézis³⁷ szükséges, de annál több speciálisan képzett egészségügyi szakdolgozó. Célja, hogy a betegek saját tevételes közreműködésükkel a legjobb egészségi állapotba kerüljenek, és ennek révén visszanyerhessék társadalmi pozíciójukat és aktív életvitelüket. Specifikus prevenció célja a betegség kiújulásának megakadályozása, a progresszió megállítása és a fogyatékossgot okozó komplikációk kivédése, összességében az élettartam növelése és az életminőség javítása.

Alapvető programelemei közé tartozik a diagnosztikus kockázatfelmérés (rizikó stratifikáció), az alap és társbetegségek gyógyszeres kezelése, rizikófaktorok befolyásolása, mozgásterápia, pszicho-szociális gondozás, betegoktatás, a helyes táplálkozás, a dohányzásról való lemondás elősegítése és életmód tanítása. A team összeállítását, a személyi és tárgyi feltételeket a programelemek figyelembe vételével kell kialakítani, biztosítva az alapvető kardiológiai ellátás feltételrendszerét is.

³⁶ Az ischaemiás szívbetegség a szívet ellátó artériák érlemeszedéses folyamata.

³⁷ Ortézis (segédeszköz) olyan anyag, eszköz vagy készülék, mely védi, rögzíti a mozgásszervek sérült részeit. Gyakran használt ortézis pl. a gipszkötés és a sín.

A kardiológiai betegek hatékony terápiájában bekövetkező robbanásszerű kedvező változások megnyitották az utat a kardiológiai rehabilitáció területén végbemenő változások előtt. Az utóbbi évtizedekben jelentős hangsúlyt kapott a multi faktoriális szemlélet. Ma már egységes elvek alapján kezeljük és rehabilitáljuk nemcsak a szívbetegeket, hanem a stroke és perifériás érbetegségben szenvedőket is. Kiemelt figyelmet fordítunk a társbetegségekre, mint a II. típusú cukorbetegség és a vesebetegségek. A gondos rizikó felmérés lehetővé teszi a halmozottan veszélyeztetett személyek időben történő kezelését. Hangsúlyoznunk kell a szív – és érrendszeri betegségekhez vezető rizikófaktorokat, azok megelőzésének társadalmi jelentőségét. A kardiológiai rehabilitációt végző szakembereknek kiemelt felelőssége van abban, hogy betegeiket visszavezessék a társadalom aktív tagjainak sorába, teljesítsék törvény adta kötelességüket a megfelelő rehabilitációs terv felállítása és megvalósítása során.

A Nyugat-Európában és az USA-ban bekövetkezett jelentős javulás ellenére Magyarországon az elmúlt években a kedvező tendencia ellenére a kardiovaszkuláris események gyakorisága sajnos nem csökkent a várt mértékben. Mindez annak ellenére, hogy egy sor új, modern gyógyszeres kezelés preventív hatását számos tanulmány bizonyította, valamint az érvényes szakmai ajánlásokban „az evidence based medicine”³⁸ alapelveinek megfelelően azok alkalmazása a szakma szabályának tekinthető. A kardiovaszkuláris rehabilitációs tevékenység számára a koszorúér-betegségek (stabil angina, szívizom infarktus, érműtétek után lévők, szívelégtelenségben szenvedők) és társbetegségei, azok rizikófaktorai jelentik a legnagyobb kihívást. Az ismételt kardiovaszkuláris történések megelőzése, a megfelelő fizikai aktivitás fenntartása, a független életvitel, a jó életminőség biztosítása a fő feladat. A kardiológiai rehabilitáció az egyik leghatékonyabb módja a szekunder prevenciónak, a kardiovaszkuláris rizikó csökkentésének illetve a kardiológiai betegek hosszú távú gondozásának. A kardiológiai rehabilitáció módszertanában és epidemiológiai szemléletében több szállal kapcsolódik a primer prevencióhoz is. Valójában azt jelenti, hogy a panaszmentes időszakban elmaradt ismereteket, információkat meg kell adni a betegnek.

Az 1980-as években határozták meg szívinfarktust követően a kardiológiai rehabilitáció fázisait (Berényi, 2010):

- Akut szak: kardiológiai őrző és fekvőbeteg osztály;
- Lábadozási szak: ennek korai (2-12 hét) és késői (3-6 hónap) fázisai;
- Fenntartó fázis: folyamatosan a beteg élete végéig, háziorvos-kardiológus együttműködésével.

³⁸ Evidence based medicine(EBM): Bizonyítékokon alapuló orvoslás.

Magyarországon az 1980–1990 közötti időszakban vetődött fel egyáltalán a foglalkozási rehabilitáció, a munkába visszatérés lehetősége. Ezen a területen nagyon lassan haladtunk és haladunk előre. Szívinfarktust túlélő betegek 2 héten belül megkezdett rehabilitációs kezelése ekkor már folyik Soproni Szanatóriumban is. Balatonfüred mellett országosan az elsők között fogadja a betegeket II. fázisú rehabilitációs programra.

Az 1990–2000-es években a másodlagos megelőzés lehetőségei kerültek előtérbe. Ez a folyamat ma is folytatódik. Olyan gyógyszerek állnak rendelkezésre, amelyek képesek az érlemeszesedés folyamatát lassítani, gátolni. 1990-es évekre jellemző új diagnózisok megjelenése:

- metabolikus szindróma³⁹, mint magas koleszterinszint és elhízás kombinációja;
- a II. típusú cukorbetegség diagnózisa = szívérrendszeri betegség diagnózisa.

A 2000–2010-es évek a prevenció és rehabilitáció tekintetében a kontinuitás elve érvényesül. Az utóbbi 20 esztendőben óriási technikai fejlődésnek lehetünk tanúi. Szívsebészet és anesztézia fejlődése korábban elképzelhetetlen mértékben halad. Megsokszorozódik a koszorúsér műtétek száma, egyre inkább nagy kockázatú, szívelégtelenségben szenvedőket is operálnak. A billentyű beültetések indikációja változik: csökken a reumás, nő az arterioszklerózis elváltozások aránya. Jellemző, hogy az operált betegek életkora állandóan növekszik.

A gyakorlatban sajnos nem valósulnak meg a rehabilitáció törvényi szabályozásában rögzített elvárások. Hiányzik a rehabilitációs szemlélet, a tevékenység összehangolása, a beteg és orvos érdekeltsége a rendszerből. A betegek gyorsan kikerülnek a kórházakból, ugyanakkor nincs idő a rizikófaktorok korrekt felmérésére, a beteg tájékoztatására és szükséges életmódi változások motiválására. Nem megoldott a halmozott rizikójú és az idős betegek II. fázisú ellátása. Az ambuláns rehabilitáció finanszírozása ellentmondásos. A rászoruló betegek alig harmada részesül szakszerű intézeti kardiológiai rehabilitációban. Az akut ellátásban dolgozó szakemberek egy része egyszerűen nem gondol a prevenció/rehabilitáció szükségességére és *nem* küldik a betegeket komplex rehabilitációs programokra.

2.3.3. Kardiológiai rehabilitáció javallatai, elemei, megoldatlan problémái

A szakmai módszertani levelek egyértelműen meghatározzák azokat a területeket, ahol a kardiológiai rehabilitáció szükséges. Prevenció/rehabilitációs program olyan, a beteg együtt-

³⁹ Az anyagcsere betegség más néven metabolikus szindróma olyan rendellenes állapotok kombinációja, amely növeli a szív és érrendszeri betegségek és a cukorbetegség kialakulásának kockázatát.
<http://www.egeszsegesbetegsegek.hu/anyagcsere-betegseg.html>

működését igénylő aktív folyamat, amely előnyösen befolyásolja az érbetegség háttérében álló alap- és társbetegségeket.

Feltételei:

- Kardiológus irányításával a beteg aktív közreműködésével, megnyugtató, kellemes környezetben.
- Egészségügyi szakemberek, gyógytornászok, dietetikusok, pszichológus, kurátor, nővérek, asszisztensek segítségével.
- Időigényes feladat!

Az indikációs területek összefoglalása:

- akut szívinfarktus, szívműtét után;
- szívelégtelenség;
- szívritmuszavar veszélye;
- alapbetegség előrehaladása;
- több betegség egyidejű fennállása;
- gyenge pszichés terhelhetőség;
- hiányos környezeti támogatás, a beteget ki kell emelni a környezetéből;
- ambuláns rehabilitáció hiánya.

A prevenció/rehabilitációs program elemei:

- optimális orvosi ellenőrzés;
- rizikóstatusz objektív meghatározás;
- gyógyszeres terápia optimalizálása
- fizikai aktivitás, mozgáskezelés;
- rizikófaktorok módosítása, testsúly;
- dohányzásról leszoktatás;
- egészséges életmóddoktatás;
- viselkedésterápia;
- pszicho-szociális intervenció.

Az 1. táblázat összefoglalja azokat a kockázati tényezőket, amelyek negatívan hatnak a szív – és érrendszeri megbetegedésekre.

1. táblázat: A szív – és érrendszeri megbetegedések kockázati tényezőinek csoportosítása

Fő módosítható kockázati tényezők	Magas vérnyomás Abnormális vérsírszint Dohányzás Fizikai inaktivitás Elhízás Egészségtelen táplálkozás Diabetes mellitus
Egyéb módosítható kockázati tényezők	Alacsony gazdasági státusz Mentális betegségek Pszichoszociális stressz Alkoholfogyasztás Bizonyos gyógyszerfogyasztás Lipoprotein (a) Bal kamra hypertrophia
Nem módosítható kockázati tényezők	Kor Öröklődés, családi halmozódás Nem Etnicitás
Újabb kockázati tényezők	Emelkedett homocysteinszint a vérben Gyulladás Abnormális véralvadás

Forrás: Kardiológiai útmutató (Berényi, 2011)

A kockázati tényezők csoportosítása ebben az összefoglalásban a befolyásolhatóság, módosíthatóság szempontjai szerint történt. A kockázati tényezők nagyobb része életvitelünkötől függő, akaratlagosan befolyásolható.

A rehabilitáció jelenleg nem tud megfelelni azoknak a kihívásoknak, amelyet a nép-egészségügyi adatok ismeretében a társadalomban be kellene töltenie. Az orvostudomány szakágainak rangsorában sem foglalja el azt a helyet, amely megilletné a rá háruló feladatok megoldása érdekében. Az egészségügyi kormányzat programjaiban sokat foglalkozik a rehabilitáció fontosságával, de a valóságban nem látjuk ezek megvalósulását. A jelenlegi orvosi rehabilitációs rendszer felépítése az 1997. évi 154. törvényre épül, amelyben nincsenek részletezve a rehabilitációs szolgáltatások. Kormányzati szinten most folyik a program részletes kidolgozása.

Az orvosi rehabilitációban leginkább érintett szakmai grémiumok (szakmai kollégiumok, tudományos társaságok, szakfelügyelet) igyekeznek közös állásfoglalásokkal, szakmai protokollok kidolgozásával segíteni az Egészségügyi Minisztérium döntéshozóit. Megfelelő információkkal, adatokkal, javaslatokkal küzdenek a jobb ellátásért.

Számos új kihívással kell szembenéznünk, amelyek döntően befolyásolják tennivalóinkat. Az orvosi rehabilitáció tekintetében sokféle probléma okoz nehézséget, ezek közül néhány kiemelkedik fontosságuk sorrendjében:

- A szakma alulértékeltsége a klasszikus orvoslás más ágaihoz képest, ami paradox módon a rehabilitáció iránti igény fokozódásával egyidejűleg nem változik olyan mértékben az elfogadás irányába, mint azt a növekvő igény alapján elvárhatnánk.
- Szűkösség a szakemberekben – elsősorban az orvosi rehabilitáció különböző területein szakorvosi képesítéssel rendelkező szakorvosok száma kevés.
- Az egyetemi tanszékek létesítésének elhúzódása – az előbbi két probléma egyik gyökere és persze további nehézségek forrása is egyidejűleg. Ez a probléma oldódni látszik, miután a Debreceni Egyetem Orvos és Egészségtudományi Centruma 2006. július 1-jétől Orvosi Rehabilitáció és Fizikális Medicina Tanszékét létesített. 2010 tavaszán a Pécsi Tudományegyetemen is megalakult a Kardiológiai Rehabilitációs Tanszék.
- Az egyenetlen hozzáférés a szolgáltatásokhoz – a regionális ellátó modell kiépítésének döccenőkkel nehezített késlekedése rányomja a bélyegét a lakosság rehabilitációs ellátására, illetve annak esélyegyenlőtlenségére.
- Gyenge pénzügyi kondíciók – a krónikus finanszírozás minden hátrányos következményével szembesülünk a fekvőbeteg-ellátásban megfűszerezve azzal, hogy „ál-rehabilitációs” ágyakon krónikus vagy elfekvő szolgáltatásokat nyújtok kanyarítanak abból a zárt kasszából, amiből így még a lehetségesnél is kevesebb jut a valóban rehabilitációt végző osztályoknak.

A felsorolt problémákra a megoldás nem is lehet más, mint az egyes területeken összehangolt stratégia alapján lépcsőről-lépésre haladva a helyzet megváltoztatása.

A kardiológiai rehabilitáció vonatkozásában lényeges lenne ezen belül fejleszteni a járóbeteg-rehabilitációt, mely mind hozzáféréseiben, mind költséghatékonyságában jelentős előrelépést jelentene a kardiovaszkuláris ellátásban. A rehabilitáció integrálása az oktatásba elősegítené a későbbiekben a betegirányítás optimalizálását.

Az ellátási struktúra és intézményi rendszer fejlesztése mellett kiemelkedően fontosnak értékelem az önszerveződő civil szervezetek, betegklubok támogatását és ösztönzését, mely információkkal segíti a betegeket, hozzájárul a megfelelő életmód – hosszútávon történő – fenntartásához. Az orvos szakma oldaláról is előnyös az együttműködés, mert felmérések során a civil szervezeteken keresztül koncentráltan elérhetők a betegek. A feltárt helyzet ellentmondásos, a továbbiakban a megoldási lehetőségeket keresem.

3. A KUTATÁS TARTALMA, MÓDSZEREI, INDOKLÁSA

3.1. A kutatás tartalma, hipotézisek

1. Az idősödő népesség, a növekvő igények, a technikai fejlődés összehangolása az EU egészségügyi rendszerei előtt álló nagy kihívás. A fejlett világ egészségügyi rendszereinek egyik legnagyobb terhe a nagyszámú krónikus beteg kezeléséből ered, ami a betegséget elszenvedő egyénen túl az egész társadalmat érinti. A nem fertőző betegségek epidemiológiai adatai rávilágítanak a szív-érrendszeri betegségek nagy számára, amelyek ellátása jelentős kihívás az egészségügyi rendszerek számára. A várható átlagos élettartam évről évre nő, a születéskor várható élettartam úgyszintén. Magyarországon a vizsgált európai országok között legmagasabb a 64 év alatti halálozás mind a férfiak, mind a nők körében. Ezek a sokkoló adatok arra figyelmeztetnek, hogy népegészségügyi szempontból szükségszerű a probléma részletes elemzése és a megoldások megtalálása. Ez összefügg azokkal a fokozott kockázati tényezőkkel, amelyek a magyar lakosságot érik. Hangsúlyozni kell a negatív stressz és az egészségtelen életviteli szokások szerepét a klasszikus rizikófaktorokon kívül.
2. Az akut kardiológia robbanásszerű fejlődésének eredményeképpen az akut szív-érrendszeri betegségek halálozása jelentősen csökkent. A megmentett betegek további eredményes kezelésének szükségessége megteremtette egy új tudományág, a kardiológiai rehabilitáció alapjait. Korábban a kardiológiai betegségek gyógyítási lehetőségei a karosszélig történő mobilizációt tette lehetővé. Az utóbbi évek gyógyszeres és technikai fejlődése lehetővé teszi az egyén életminőségének változatlan fenntartását. A rehabilitációs szemlélet, értékelésmód megváltozott. Abba az irányba mutat, hogy a halmozott rizikó faktorokkal rendelkező polymorbid beteg a megfelelő multi-diszciplináris és multi-professzionális szemléletmódú kardiológiai rehabilitáció segítségével megfelelő motivációt kaphat a szükséges életmód változások megtételére.
3. Az egyéni felelősségfelvállalása nélkül nem lehet jó eredményeket elérni a rehabilitációban. Ha az egyén nem hajlandó tenni saját magáért, akkor az egészségügy nem képes ezt a magára vett terhet tovább viselni. Más utakat kell keresni. Megtalálhatók azok az eszközök, amellyel a betegek motiválhatók, az esetleges és nem tudatosan használt ismereteik rendszerezhetőek és a mindennapi életükben a rizikófaktoraik csökkentése eredményeképpen képesek felismerni saját felelősségüket saját sorsuk alakításában.

4. A kardiológiai rehabilitáció szakmai keretei, annak szükséges fázisai kialakultak, de elmentmondásosan működnek. Nem minden beteg jut el kardiológiai rehabilitációra, jelenlegi ismereteink szerint csupán a betegek 30%-a. Ennek számos oka van, melyek okok a feltárást követően megszüntethetők. Az intézeti rehabilitációt követő, vagy azt adott objektív feltételek mellett felváltó járó beteg kardiológiai rehabilitáció nem megoldott. Jelenleg nincs Országos Egészségbiztosítási Pénztár által történő korrekt finanszírozása.
5. Folyamatos törvényi változtatások és módosítások után a 2007. évi LXXXIV. törvény a rehabilitációs járadékról van érvényben. A korábbi törvényekkel ellentétben nem az egészségkárosodás mértékét kutatja, hanem a megmaradt képességet veszi figyelembe és ennek mentén annak további fejlesztését és a munkaerőpiacon való alkalmazását helyezi fókuszba. A törvény alkalmazása azonban még nem következetes. Nincsenek meg azok a keretek, melyek között jól működhet. Ezen kívül gazdasági és társadalmi összefüggések határozzák meg alkalmazhatóságát. Ahol nincs munkalehetőség, ott az egészségügy védőhálójába menekül a beteg a munkanélküliség réme és bélyege helyett. A vizsgált országok közül Magyarországon van a legtöbb rokkant nyugdíjas személy. A munkaképes korú és orvos-szakmai szempontból sikerrel rehabilitált betegek ismételt munkába állása nem megoldott. A jó állapotú, munkaképes betegek sem tudnak ismét munkavállalókká válni, hanem rokkantnyugdíjba kényszerülnek, vagy saját maguk óhajtják ezt. Változtatni szükséges ezen a gyakorlaton.
6. Nem, vagy nehezen összehasonlíthatók a vizsgált országok adatai. Mind a szakmai szervezetek, mind az ágazati politika szándékainak megvalósulásához szükséges az egységes adatbázis a megfelelő következtetések levonásához és stratégiai tervek kidolgozásához. Az indikátorok rendszerbe foglalása és következetes gyűjtése, feldolgozása nagy lehetőségeket kínál.

3.2. Az értekezés módszere

Összehasonlítani az egyes országok népegészségügyi jellemzőit tükröző statisztikai adatokat.

Bemutatni a társadalmi és gazdasági környezetet, annak változását az utóbbi évtizedekben. A társadalmi változásokhoz való alkalmazkodás nehézségeit ismerteti, ami a megbetegedések halmozódását idézi elő a relatív gazdasági fejletlenségből következően egyén érdekérvényesítő képességének és alkalmazkodó képességének korlátai miatt.

Ismertetni az új tudományág fejlődését, átalakulását a még helyét kereső kardiológiai rehabilitáció helyzetét Magyarországon. Ennek segítségével egy különösen veszélyeztetett betegcsoport kap lehetőséget a társadalomba való visszailleszkedésére az akut betegséget követően.

Megvizsgálni annak lehetőségét, hogy a betegek minél szélesebb körben rehabilitálhatók legyenek, ez ne okozzon nagyobb társadalmi terhet, sőt kimutatható társadalmi hozadéka legyen azzal, hogy megőrzik életminőségüket és a munkaképes korosztály visszatérjen a munkaerőpiacra.

Felhívni a figyelmet a kardiológiai rehabilitáció jelenlegi gyakorlatának nehézségeire. A sikeres rehabilitáció elengedhetetlen feltétele a prevenciós szemlélet alkalmazása. Ennek át kell hatni minden területen az egyén az egészségügy és a társadalom gondolkodását.

Javaslatokat tenni az európai jól működő és költséghatékony gyakorlatok magyarországi bevezetésére. Az informatikai technika (e-Health) alkalmazásának kiterjesztése ma prioritást kell, hogy élvezzen.

Alkalmazott eszközök:

- Irodalmi adatok összegyűjtése, elemzése. A rendelkezésre álló Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, Demográfiai Évkönyv, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Statisztikai Évkönyv, valamint adatbázisok tanulmányozása.
- Szekunder statisztikai adatok összegyűjtése, elemzése, abból következtetések levonása.
- Primer adatok gyűjtése kérdőíves felmérések segítségével a szív-érrendszeri betegek különböző csoportjai körében.

3.3. A választott témák indoklása

Még nem történtek kutatások Magyarországon a kardiológiai rehabilitáció nemzetgazdasági jelentőségének elemzésére. Új szakterület ez, új feladatok várnak megoldásra. A hatékonyságra vonatkozó vizsgálatok is szükségesek.

A mindennapi gyakorlat megköveteli, hogy számba vegyük azokat a tevékenységeket, amelyektől eredményeket várunk. A komplex rehabilitációban alkalmazott elemek (módszerek, tevékenységek) költségeit nap, mint nap elő kell teremteni, ami az intézményi gazdálkodás egyik meghatározó eleme.

Vannak elengedhetetlen alapvető kiadások, ami a betegek alapvető ellátásához kötöttek és vannak a jelen szemléletből fakadó, a rehabilitációt sikeressé és társadalmilag hasznossá tevő tevékenységek (gyógytorna, diétás tanácsadás, előadások, stressz-kezelés). Ezeknek is vannak költségei, de jelenleg besűkülte és nem elégséges a finanszírozásuk. Gazdasági okok miatt a gyakorlatban ezekből a kiadásokból történnek az elvonások.

A preventív szemlélet, a rehabilitáció hatékonnyá tételének nemzetgazdasági szempontok szerinti elemzése arra hívja fel a figyelmet és ad megoldási javaslatot, hogy az erre fordított összeg hosszú távon költség hatékony, tehát új megfontolást igényel.

Jelen kutatás legfontosabb célja az, hogy a szakmai megfontolások elemzése mellett új szempontokat vonjunk be annak bizonyítására és indoklására, hogy a rehabilitáció újraértelmezése, rendszerének és hatékonyságának átgondolása nem csupán szakmai kérdés, hanem nemzetgazdasági érdek.

4. KUTATÁSI EREDMÉNYEK

4.1. Krónikus betegségteher, magyarországi sokkoló adatok

Az idősödő népesség, a növekvő igények, a technikai fejlődés összehangolása az EU egészségügyi rendszerei előtt álló nagy kihívás. A fejlett világ egészségügyi rendszereinek egyik legnagyobb terhe a nagyszámú krónikus beteg kezeléséből ered, ami a betegséget elszenvedő egyénen túl az egész társadalmat érinti. A nem fertőző betegségek epidemiológiai adatai rávilágítanak a szív-érrendszeri betegségek nagy számára, amelyek ellátása jelentős kihívás az egészségügyi rendszerek számára. A várható átlagos élettartam évről évre nő, a születéskor várható élettartam úgyszintén.

4.1.1. Különösen veszélyeztetett csoportok⁴⁰

A legtöbb fentebb említett egészségügyi probléma eredménye a rokkantság. Aránya a legtöbb tagországban 12% körüli, bár az adatok itt sem mindenütt azonos értékűek. Az idősök ezen szempontból is egy fontos csoportot képviselnek.

Bizonyos szociális csoportok külön figyelmet érdemelnek, például szegények és idősök, munkanélküliek, bevándorlók, menekültek, egy szülő családok, hajléktalanok, iskolából kikerült fiatalok. Legnagyobb figyelmet talán az idősök és a bevándorlók érdemelnek. A demográfiai változások következtében az utóbbi két évtizedben a 65 év feletti aránya, ezen belül a nők aránya egyre emelkedik, különösen a 85 év feletti körében. Az idősök aránya az EU-ban legmagasabb a világon. Számuk tovább fog nőni, ugyanakkor a 15-64 év közöttiek száma csökken, a 15 év alattiak száma pedig stabil marad. Ezek a változások kiemelik a krónikus, nem fertőző betegségek jelentőségét és az egészségügy fokozódó jelentőségét, továbbá a növekvő igényt minőségi egészségügyre. Az EU-n belül Olaszország a legöregebb, öt követi Németország és Görögország, Írország a legfiatalabb tagállam.

Bár az EU rendkívül nagy eredményeket ért el az utóbbi három évtizedben, továbbra is jelentős terület vár még kiaknázásra az egészségi állapot javításának terén. Ez világossá válik, ha például a nők és férfiak között halálozási különbséget vagy a legjobb és legrosszabb egészségi állapotú ország mutatóit nézzük.

⁴⁰ Európai Unió egészségi állapota. <http://www.antsz.hu/portal/portal/euegeszsegiallapota3.html>
Letöltve: 2011.03.02.

4.1.2. Az egészségi állapot és a jövedelemviszonyok

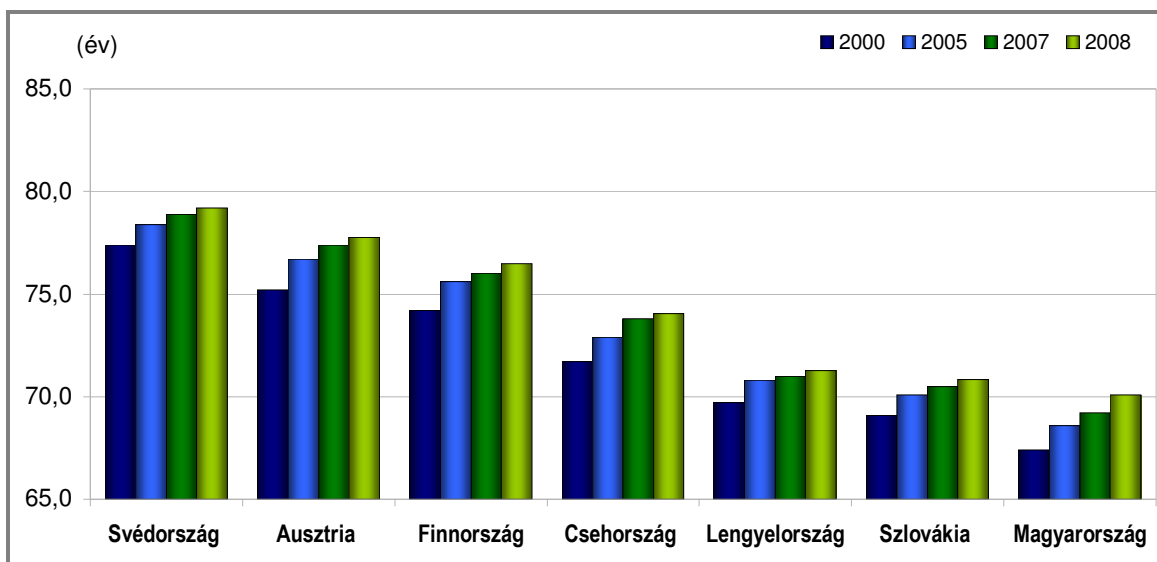
Számos közgazdasági tanulmány utal arra, hogy a népesség egészségi állapota és az azt meghatározó tényezők megjelenésében és tartalmában a születéskor várható átlagos élettartam és a jövedelmi viszonyok, a gazdasági fejlettség mutatói és az egészségügyi kiadások között szoros kölcsönhatások mutathatók ki. Ezek vonatkozásában markáns különbségek tárhatók fel az EU15 és az EU10 országok között. Az EU tagállamaiban jelentős reformfolyamatok zajlanak az egészségügyi ellátó rendszerek átalakítását illetően. Nagy gond, hogy ezek a reformtörekvések egyáltalán nem, vagy csak kismértékben épülnek a lakosság egészségi állapotát vizsgáló hatástanulmányokra, és még kevésbé a reformok következményeit bemutató elemzésekre. A fejlettebb EU15 tagállamaiban készített előrejelzések azt mutatják, hogy 2020-ra növekszik a 85 éves és annál idősebb korosztály (a IV. generáció) aránya, közel 50%-uk egyedül élő lesz, és 80%-uk nő. Valószínűsíthető, hogy egyre több idős embernek lesz szüksége intézményes gondozásra, annak ellenére, hogy az időskori rokkantság aránya csökken (Gidai, 2007).

A szükséglet az egészség megtartása, megszerzése, óvása. Ez életkoronként változik, az ember életének nagyobb részében akkor tekinthető egészségesnek, ha versenyképességét az embertársaival szemben képes megtartani. Idősebb korban viszont már nem a versenyképesség, hanem az életminőség, a fájdalommentesség áll előtérben. Meghatározó az életút alakításában az a tény, hogy az ember életének egyharmadát a tanulással, egyharmadát a pénzkereséssel és egyharmadát pusztán fogyasztással és a betegségek kezelésével, ápolással tölti. Összegezve megállapítható, hogy az egészség a legnagyobb érték az ember számára, ahogyan: az egészség nem minden, de egészség nélkül minden semmi (Dézszy, 2006).

A magyar lakosság nagy része elméletben tudja, hogy állapota elsősorban az életmódjától függ, azonban a mindennapi gyakorlatban mégis keveset tesznek meg saját egészségükért. Saját bevallásuk szerint is csak minden második megy el rendszeresen orvoshoz, kétharmaduk szedi kisebb-nagyobb rendszerességgel a gyógyszerét, egyharmaduk változtat a táplálkozásán és mindössze minden tizedik igyekszik csökkenteni a stresszt (Lantos, 2011).

4.1.3. Demográfiai, morbiditási és mortalitási adatok elemzése

Érdekes részletesen megvizsgálni az egyes országok életkorral kapcsolatos adatait. A 6. ábra a vizsgált országokban a férfiak születéskor várható átlagos élettartamát mutatja, melyet a *Melléklet M2.5.* adattáblája alapján készítettem.

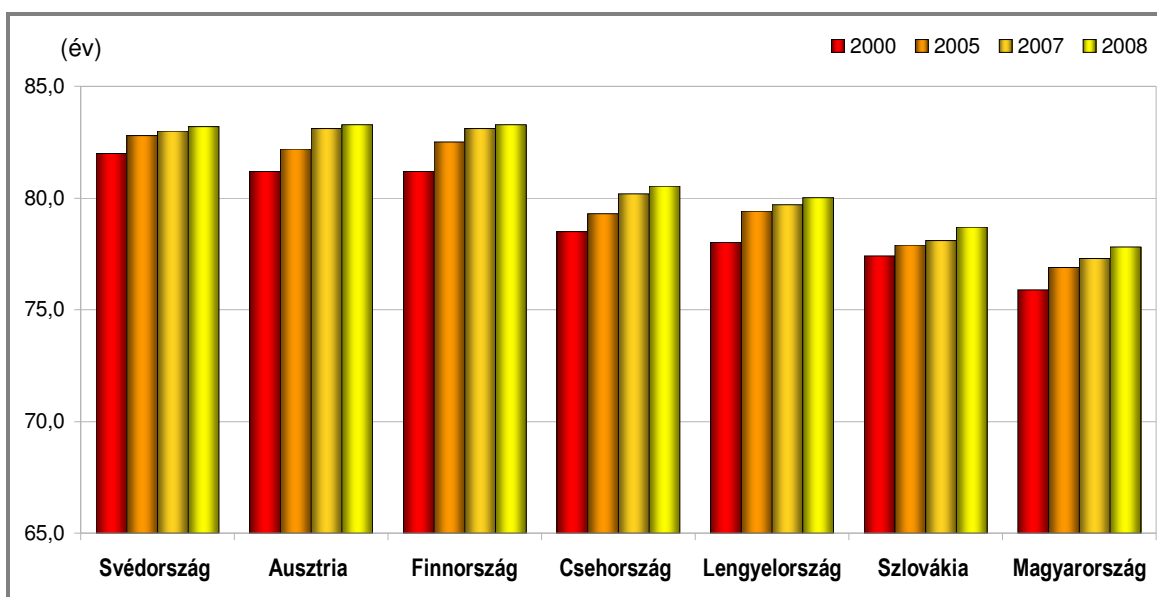


6. ábra: A születéskor várható átlagos élettartam, férfiak

Forrás: Demográfiai évkönyv, 2009. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest 2010

A férfiak születéskor várható átlagos élettartama évről évre nő ezekben az országokban, 2000–2008 között átlagosan kettő évvel. Míg Magyarországon 2000-ben 67 év volt, addig Svédországban 77 év, a különbség 10 esztendő. 2008-ban nálunk 70 évre emelkedett ugyan, de Svédországban már 79 évet mutatnak az adatok, azaz csak egy esztendővel csökkent a különbség.

A 7. ábra a nők születéskor várható élettartamát mutatja 2000 és 2008 között. A részletes adatok a *Melléklet M2.6.* adattáblájában vannak feltüntetve.



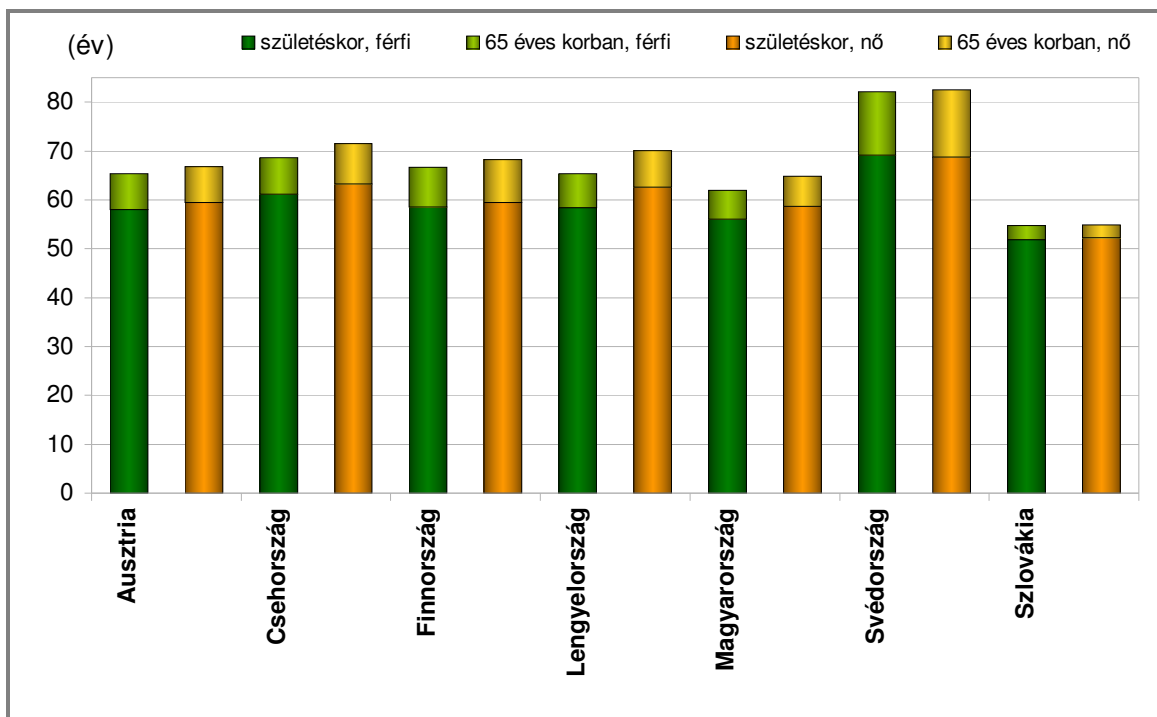
7. ábra: A születéskor várható élettartam, nők

Forrás: Demográfiai évkönyv, 2009. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2010

A nők születéskor várható élettartama mindegyik országban magasabb. Itt is Svédország vezet, 2008-ban 83 évvel. Magyarországon a vizsgált időszakban 2 évvel nőtt ugyan a nők várható élettartama, de így is 5 évvel kevesebbre számíthatnak, mint a svéd kortársaik.

A 6. és 7. ábra mutatja, hogy Magyarország mind a férfiak, mind a nők körében a legrosszabb helyzetben van.

Még szemléletesebb a 2008-ban nők és férfiak körében egészségben várható élettartam elemzése, amely a 8. ábrán látható a *Melléklet M2.8.* adattáblája alapján.



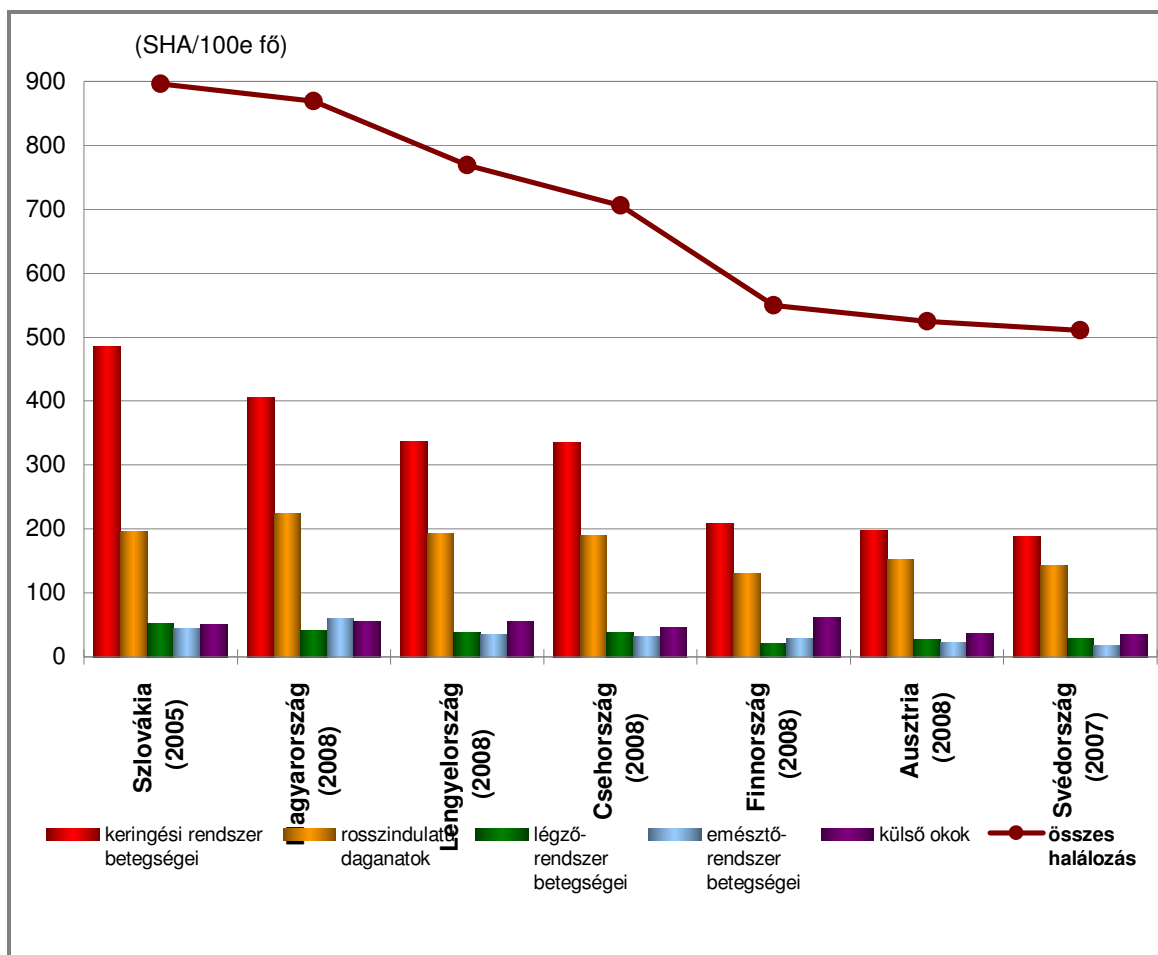
8. ábra: Egészségesen várható élettartam születéskor és 65 éves korban, 2008

Forrás: Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2009. KSH, Budapest, 2010

Szlovákia után Magyarországon legkedvezőtlenebb ez a mutató. Míg születéskor Magyarországon 56 egészséges évre számíthatnak a férfiak, addig svéd társaik 69 évre számíthatnak. A nők esélyei jobbak, születéskor 59 év nálunk és 10 évvel több Svédországban. 65 éves korban a magyar férfiak 7 évvel kevesebb egészséges évre számíthatnak, a magyar nők esélyei pedig 7,7 évvel rosszabbak.

Az adatok figyelmeztetnek: ha nem szervezünk megfelelő primer prevenciós programokat, még nagyobb teher hárul majd az egészségügyre. Ha nem olyan mértékben növekszik az egészségben várható élettartam, mint a várható élettartam, nem tudja majd az egészségügy kielégíteni a növekvő igényeket.

A 9. ábra mutatja a vizsgált országok kormegoszlásra standardizált halálozási arányszámait. Az adatok az egyes országokra vonatkozóan a *Melléklet M.2.9.* adattáblájából származnak.



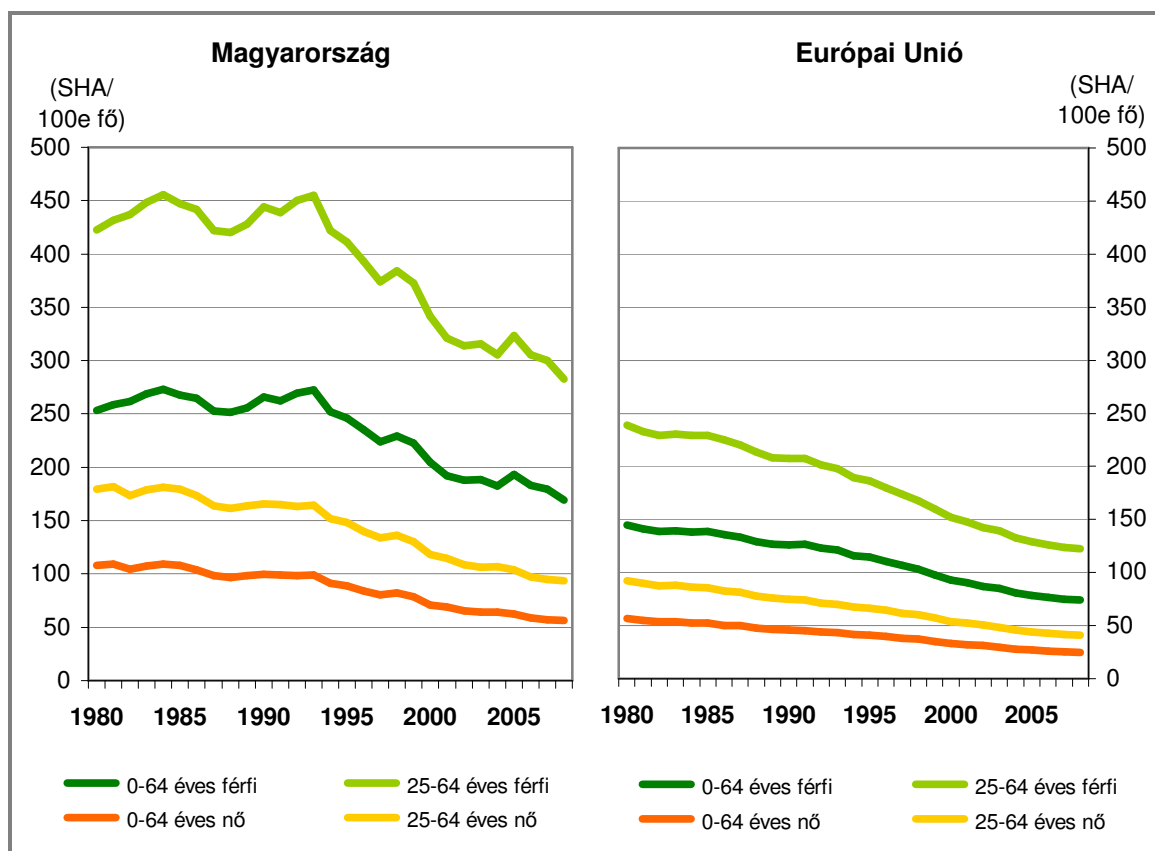
9. ábra: Az OECD⁴¹ népesség kormegoszlására standardizált halálozási arányszámok (SHA/százezer fő), kiemelt halálloki főcsoportok szerint

Forrás: Statisztikai évkönyv, 2009. Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Budapest, 2010

Jól látható, hogy a visegrádi országokban a 100000 lakosra vonatkozó standardizált halálozási arányszámok az összes halálozásra, illetve a leggyakoribb halállokokra vonatkozóan jóval nagyobb arányban vannak jelen, mint a fejlett európai országokban. Svédországban 510, nálunk 868 halálozás jut 100000 lakosra. A keringési rendszer okozta halálozás 406 fő Magyarországon a svéd 188 főhöz képest. Riasztó a rosszindulatú daganatok halálozása, ami növekvő tendenciát mutat és a vizsgált országok körül legmagasabb Magyarországon.

⁴¹ Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (OECD)

A keringésszervi megbetegedések halálozását mutatja az Európai Unióban és Magyarországon a 10. ábra 1980–2008-ig.



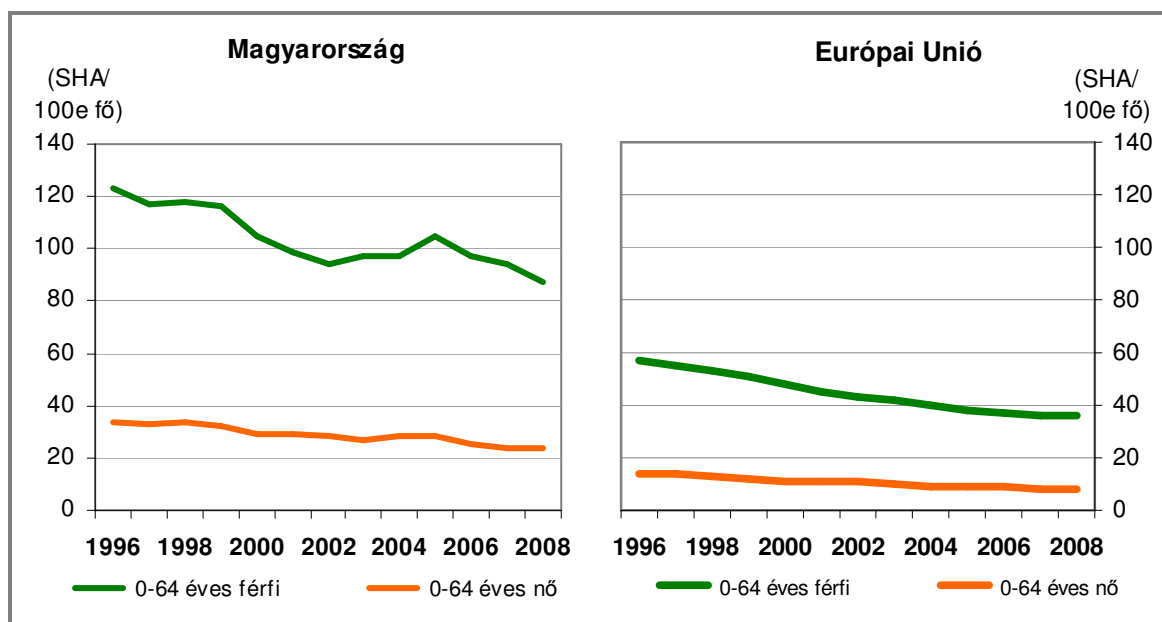
10. ábra: Keringésszervi megbetegedések okozta halandóság alakulása 0-64, 25-64 éves férfiak és nők körében Magyarországon és az Európai Unióban (SHA/100e fő), 1980–2008

Forrás: European health for all database

Az ábra tanúsága szerint minden korosztályban és mindkét nemben nagyobb a keringésszervi megbetegedések okozta halandóság Magyarországon, mint az Európai Unióban. A pontos számok a *Melléklet M2.10.* adattáblájában láthatók. A vizsgált 28 év alatt a különbség ugyan csökkenő tendenciát mutat, de a korai – 64 év alatti – keringési megbetegedések okozta halálozás Magyarországon még mindig jóval magasabb mind a nők, mind a férfiak körében az uniós átlaghoz képest. A nemek aránya is figyelemre méltó. Háromszor annyi férfi hal meg 65 éves kora előtt keringési betegségben, mint nő.

A leggyakoribb keringésszervi megbetegedés a szív ereinek érelmeszesedéses elváltozásai miatt bekövetkező, ún. ischaemiás szívbetegség okozta halandóság adatai láthatók a

11. ábrán, amely a *Melléklet M2.11.* adattáblája alapján készült 1996 és 2008 közötti adatok alapján.



11. ábra: Az ischaemiás szívbetegség okozta halandóság alakulása Magyarországon és az Európai Unióban a 0-64 éves férfiak és nők körében (SHA/100e fő), 1996–2008

Forrás: European health for all database

Mindkét nem esetén jelentősen csökkent a vizsgált időszakban az adott betegcsoportban a halandóság. Magyarországon 1996-ban 123 férfi, illetve 34 nő halt meg, 12 évvel később 87 férfi, illetve 24 nő 100000 főből. A lemaradás mégis igen jelentős az Európai Unió átlagához képest: ott 1996-ban 57 férfi, illetve 14 nő halt meg, 2008-ban pedig 36 férfi, illetve 8 nő hunyt el 64 éves kor alatt 100000 lakosra vonatkozóan.

A keringésszervi halálloki struktúra változását tükrözi a 12. és 13. ábra. Az utóbbi 5 évben csökkent Magyarországon a heveny szívizomelhalás okozta halálozás. Ez elsősorban az invazív kardiológia nagyszerű fejlődésének, az országosan hálózatosan létrehozott 16 hemodinamikai centrum⁴² létrehozásának köszönhető.

⁴² hemodinamikai centrum: szívkátéterezést végző kórházi osztály



12. ábra: Keringésszervi-halálteki struktúra a 0-x, 0-64 és 65-x éves férfiak körében Magyarországon, 2004–2008

Forrás: Demográfiai évkönyvek. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest



13. ábra: Keringésszervi-halálteki struktúra a 0-x, 0-64 és 65-x éves nők körében Magyarországon, 2004–2008

Forrás: Demográfiai évkönyvek. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest

A *Melléklet M2.11.* és *M2.12.* adattábláiban részletezett adatok szerint 2004-ben összesen 5609 férfi, illetve 4124 nő halt meg szívinfarktus miatt. 2008-ban ez a szám csökkent: 4341 férfi és 3437 nő vesztette életét. A többi ischaemiás szívbetegség okozta halálozás aránya azonban nem csökkent, ami a lakosság változatlan veszélyeztetettségét jelzi.

Összefoglalóan: Az adatokból látható, hogy Magyarországon a nemzetközi összehasonlításban meglehetősen rosszak a lakosság kilátásai a várható élettartam, az egészségben várható élettartam, valamint az egyes betegségekre vonatkozó halálozási arányszámok alapján. Ki kell emelni, hogy a vizsgált országok között minden betegcsoportban a magyarországi adatok a legrosszabbak közé tartoznak.

Az átlagos élettartam növekedésével a robbanásszerű technikai fejlődés adta lehetőségeket nem tudják finanszírozni az országok gazdasági lehetőségei, ezért prioritásokat kell tenni, melyek az ellátáshoz való hozzáférésben és a szűkös források allokációja miatt feszültségeket okoznak.

Magyarországon a vizsgált európai országok között legmagasabb a halálozás, mind a férfiak, mind a nők körében. Ezek a sokkoló adatok arra figyelmeztetnek, hogy népegészségügyi szempontból szükségsszerű a probléma részletes elemzése és a megoldások megtalálása. Ez összefügg azokkal a fokozott kockázati tényezőkkel, amelyek a magyar lakosságot érik.

4.2. Új tudományág a kardiológiai rehabilitáció

Az akut kardiológia robbanásszerű fejlődésének eredményeképpen az akut szív-érrendszeri betegségek halálozása jelentősen csökkent. A megmentett betegek további eredményes kezelésének szükségessége megteremtette egy új tudományág, a kardiológiai rehabilitáció alapjait. Korábban a kardiológiai betegségek gyógyítási lehetőségei a karosszélig történő mobilizációt tette lehetővé. Az utóbbi évek gyógyszeres és technikai fejlődése lehetővé teszi az egyén életminőségének változatlan fenntartását.

Az akut szívinfarktusban és a szívelégtelenségben meghalt beteg száma harmadára csökkent az utóbbi tíz évben. Az akut eseményt túlélő betegek igényei hozták létre a kardiológiai rehabilitáció fejlődését.

Nagyot változott az utóbbi években a rehabilitációs ágyak száma, ezen belül is a kardiológiai rehabilitációs ágyak száma, amely 2005 és 2009 között 500 ágygal nőtt. Budapesten, Debrecenben és Pécsen egyetemi tanszékek jöttek létre, amelyek koordinálják a szakmai tevékenységet, amely ma már nem csak mozgásterápiát és gyógyszeres kezelést jelent,

hanem a rizikó-faktorok komplex befolyásolását és a betegek egészséges életmód irányában történő motivációját. A szakemberek, intézmények és intézményrendszerek hatékony együttműködésének szükségessége már ismert, de a párhuzamosság, kontinuitás és komplementaritás egysége a gyakorlatban még nem kielégítő.

Az orvostársadalomban még kevés a rehabilitációs ismeret, alacsony a szakma presztízse. A lakossági civil szervezetek nagyon lassú fejlődése jellemzi országunkat nemzetközi összehasonlításban. Ennek fontossága kiemelkedő, a rehabilitációs szakemberek munkájának társadalmi támogatottsága elengedhetetlen lenne.

A minőségbiztosítás fejlődésének hatásai jelentősek a rehabilitációban, de még szükség van a javításukra. Folyamatosan készülnek a szakmai protokollok, melyek az országosan egységes szemlélet kialakítását támogatja. Ez lehetőséget nyújt a költség-hatékony ellátás jobb megvalósításában

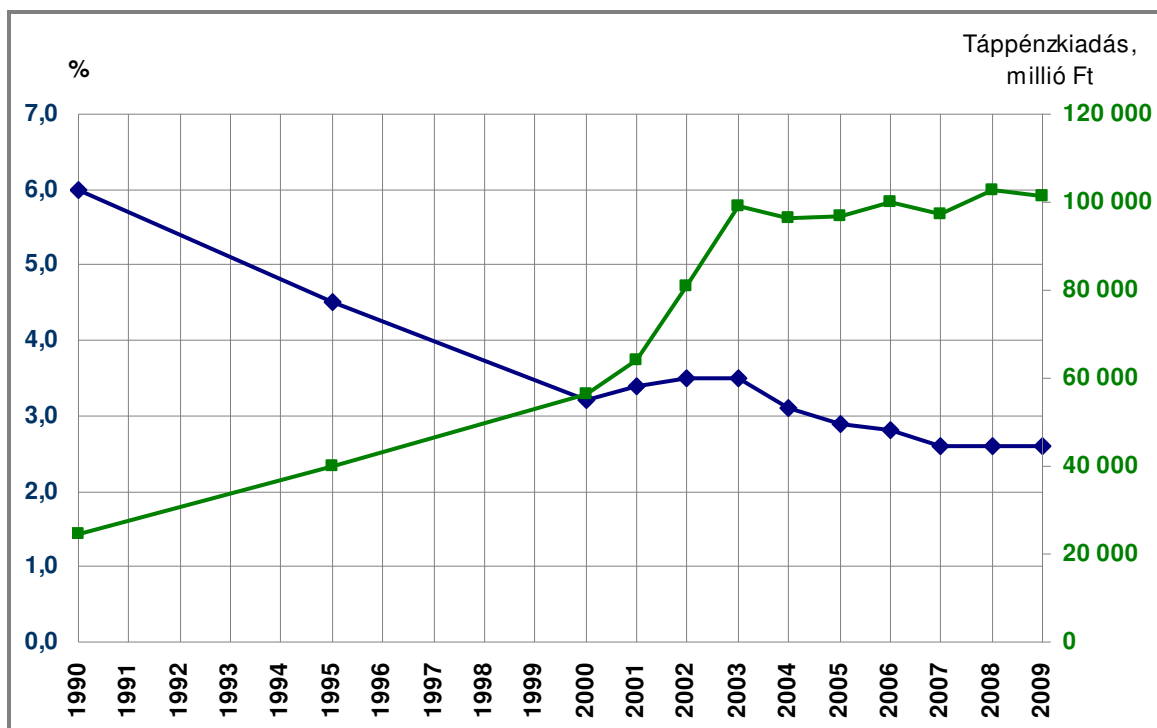
Gazdasági szempontból az elmúlt években folyamatosan válságokat kellett megélni. ezekre a válságokra a társadalomnak nem voltak jó válaszai. Az egyén nem tud alkalmazkodni ehhez a külső környezethez. Betegség fő okai: a negatív stressz, valamint az egészségtelen életmód következményei.

Az egyén környezete sem képes segíteni és az egészségügyben sem találja meg a támogató hosszú távú megoldásokat, mert érdekérvényesítő pozíciója gyenge, olyan megoldási formákat keres, ami átmenetileg enyhíti a problémáit, de fokozatosan megbetegszik. Az egészségben eltöltött életek száma jelentősen alacsonyabb, mint az EU országok, illetve a környező országok esetében.

A táppénzesek arányának csökkenése ugyanakkor jól látható az 1990-es társadalmi változások óta. A táppénzkiadásokat és a táppénzesen arányát mutatja a *14. ábra* 1990 és 2009 között.

A *14. ábrából* látható, hogy 1990-ben még 6% volt a táppénzesek aránya, meredeken csökkent arányuk 2000-re és összességében több mint felére 2009-re.

A korábbi elemzésekből tudjuk, hogy lakosság ugyan nem egészségesebb, de munkahelyféltségéből még a betegek is igyekeznek dolgozni, illetve minél rövidebb ideig betegállományban maradni.



14. ábra: Táppénzesek aránya (%), táppénzkiadás (millió Ft)

Forrás: Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2009. KSH, Budapest, 2010

4.2.1. Kardiológiai rehabilitáció preventív és multidiszciplináris szemlélete

A komplex kardiológiai rehabilitáció multi-professzionális szemléletű speciális módszerei lehetővé teszik a beteg szemléletmód változását. Valójában a kardiológiai rehabilitáció alapjaiban különbözik a más – pl. vesebetegségek, balesetek, neurológiai, pszichiátriai betegek – rehabilitációjától. Itt kevesebb segédeszközre van szükség, de annál több oktatásra, pszichológiai motivációs módszerek alkalmazására. A korábbi helytelen életmód helyett új ismeretek szerezhetők és folytathatók. A sikeres szakmai munka feltétele a jól képzett és összhangban működő team tevékenysége. A vezető kardiológiai rehabilitációs szakorvos legyen, aki egyénre szabottan határozza meg a rehabilitációs tervet.

Preventív szemlélet kiterjesztésének szükségessége

A prevenció szemlélet kialakulásának történetéhez tartozik, hogy a kínai császárok csak addig fizették busásan orvosukat, ameddig egészségesek maradtak, aztán kivégeztették őket. Lehet, ez is közrejátszott abban, hogy a prevenció, a megelőzés gondolata nem vált népszerűvé az orvoslás több évezredes történetében. Ezért nem csoda, ha csak alig száz éve került komolyabban a köztudatba, ám hosszú évtizedek teltek el, amíg a megelőzés elmélete beépült az orvosi gyakorlatba. Azonban ennyi idő sem volt elegendő ahhoz, hogy az emberek szemléletében lényeges változás következzen be.

A prevenció/megelőzős alkotóelemei:

- primer v. elsődleges: egy betegség, deviáns magatartás, társadalmi jelenség kialakulásának megakadályozása
- szekunder v. másodlagos: azok megszüntetése
- terciér v. harmadlagos: súlyosbodás elkerülése, progresszió leállítása

A 19. században – amikor még mindig ragályok és járványok tizedelték az emberiséget – a betegségek és az orvosok párharcában a küzdőtér kizárólag az emberi test volt, és az ítéletnek, Isten csapásának tartott betegségek ugyanúgy legyőzhetetlennek tűntek.

A prevenciós gondolat egyre inkább elterjedt, a 20. század második felében a társadalom szemlélete egyszer s mindenkorra változott, ám az egészségügyre szánt keretösszeg sosem volt elég. „Dívat” lett a prevenció, amit hatásos szlogenekkel tartottak életben: „Miért kell addig várnunk, amíg az emberek megbetegszenek?”, „Nem jobb-e a megelőzés?” De igen jobb, sőt kiderült, olcsóbb a megelőzés, mint egy kialakult betegség kezelése. Tehát anyagilag is megéri egészségünk megtartására akkor áldozni, amikor még nincs komoly betegség. Ám az is kiderült, senki nem lehet egészséges, ha kizárólag az orvostól várja a gyógyulást, ugyanis a mai betegségek nagyobb részét az emberiség maga okozza egészségtelen életmódjával⁴³.

A magyarországi mortalitási és morbiditási adatok egyértelműen figyelmeztetnek arra, hogy nagyon fontos lenne megfelelő prevenciós népegészségügyi programok kidolgozása. Erre az elmúlt évtizedekben deklaráltan számos kísérlet történt, az eredmény azonban még nem mutatkozik.

A preventív szemlélet komplex jelentősége összefoglaló munkákban hangsúlyozott és bizonyított (Wood, 2007). A vizsgált országok körül kiemelkedik Finnország a Karélia programmal. Számos ország átvette már, nekünk is meg kell tennünk. Az elmúlt 20 évben számos kormányzati program elindult már ebben az irányban, szép célokat tűztek ki, de az egészségügy maradékelvű finanszírozása miatt mindig elakadt. Új lendületre és hosszú távú szakmapolitikai gondolkodásra van szükség a megvalósításhoz.

1. A morbiditás és mortalitás fokozatosan eltolódik a 65 év alatti korcsoportból a 65 év felettibe.
2. Az egészségfejlesztési beavatkozásoknak rendkívül nagy potenciálja van a fiatalok között.

⁴³ A prevenció története <http://www.meditres.hu/tevekenyseg/index.html#02> letöltve: 2011.11.25

3. A színtér alapú egészségfejlesztési megközelítésnek egyre nagyobb szerepet kell kapnia az iskolákban, munkahelyeken, egyetemeken, börtönökben.
4. Nem létezik egyetlen „legsikeresebb módszer”: a sikeres egészségfejlesztés a módszerek elegyéből áll, és a lehető legtöbb szociális partnerrel dolgozik együtt.
5. Nem egészségügyi szakma politikai döntéseknek (a környezetvédelem, közlekedés, oktatás, foglalkozásügy, szegénység elleni küzdelem, mezőgazdaság, stb. terén) nagy hatásuk lehet az egészségi állapotra, ezért az inter-szektoriális együttműködés rendkívül fontos.

Ha finanszírozási szintem vizsgáljuk a kérdést, akkor azt mondhatjuk, hogy a legolcsóbb a betegségek megelőzése, ugyanis, ha nincsen kialakult betegség, nem kell a társadalombiztosításnak finanszírozni, nem kell kezelni a szövődményeket sem.

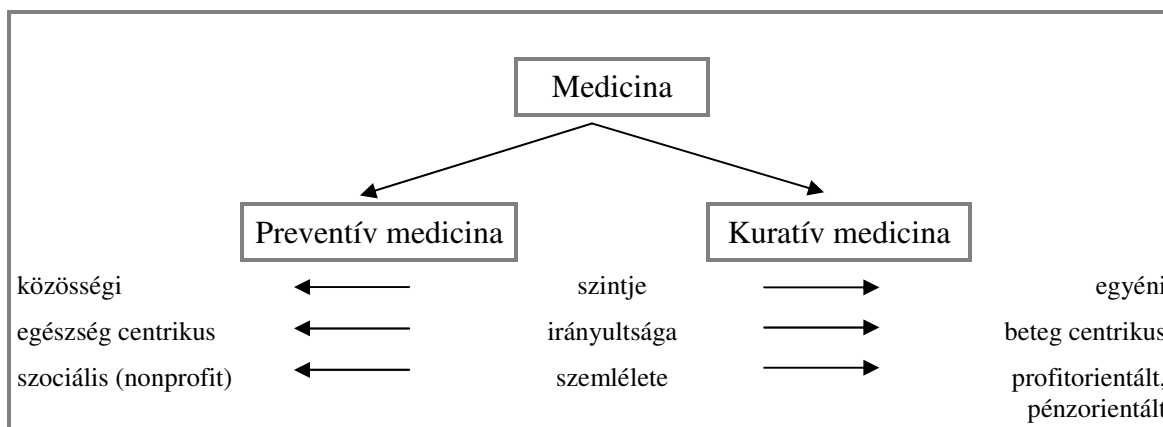
A finnországi un. Karélia program elemzései bizonyítják, hogy a prevencióra fordított anyagi ráfordítás átlagosan ötszörösen térül meg, mert nem kell jelentős összegeket kiadni a későbbiekben. (Puska, 2002)

A mai Magyarországon ezt sem a finanszírozási, sem az oktatási struktúra nem biztosítja. A prevenció finanszírozása (primer+szekunder) legfeljebb 1-2%-a az OEP összköltségvetésének, az is elsősorban szekunder prevencióra vonatkozik. A primer prevenciónak – de fakto – nincs finanszírozása.

Másrészt a megelőzést szolgáló diszciplína oktatása egy, ill. két szemeszteren kerül oktatásra az orvoscépzésben. Azt lehet tehát mondani, hogy a megelőző és gyógyító medicina aránya kb. 5-8% a 92-95%-hoz, ami elképesztő, ha figyelembe vesszük, hogy a betegségeknek gyakorlatilag a 85-92%-a az egészségügyi rendszeren kívül keletkezik és ott is vész el. Ehhez képest a megelőzés oktatásának részaránya igen kedvezőtlen.

A zömmel genetikai tényezőkön alapuló környezeti, társadalmi, szociális, oktatási és egyéb kölcsönhatásokból adódóan létrejött betegség megelőzését az államnak minden szinten finanszírozni kellene és szükség volna hangsúlyozni. A jobb hatásfokú megelőzés érdekében fontos lenne az összefüggések feltárása. Lényeges lenne értelmes célokkal eredményes népegészségügyi programokat létrehozni az egészségügyi rendszereken belül, ill. kívül inter-szektoriálisan, inter-diszciplinárisan. Ezzel lehetővé válna a betegség kialakulási folyamatok megelőzése. Olcsón lehetne hatékony prevenciót kifejteni. Sokkal olcsóbban, mint a kialakult betegségek és szövődményeinek kezelése, mint ahogyan ma történik.

A megelőző és a gyógyító orvoslás azonosságait és különbségeit mutatja a 15. ábra.



15. ábra: Azonosságok és különbségek a megelőző és a gyógyító orvoslásban

Forrás: Ember István (2007)

Eszerint a preventív orvoslás alapvetően közösségi, egészség centrikus, szociális szemléletű, míg a gyógyító orvoslás egyéni szinten történik, beteg centrikus és profitorientált.

A primer prevenció jelentőségét nem ismerik fel jelenleg a politikusok. Ha kellőképpen felismerésre kerülne az, hogy a primer prevenció támogatása mennyire fontos és hatásos az egészségügyi szektoron kívül, és nem csak az egészségügy érdekérvényesítő képessége játszik szerepet, akkor Magyarországon összefüggő, nagy, politikai választási ciklusokon átívelő népegészségügyi programokkal legalább olyan hatékonyan lehetne fellépni bizonyos népbetegségek ellen, mint azt Észak-Karéliában vagy más összehangolt WHO programok esetében.

Úgy tűnik azonban, hogy minden evidencia ellenére erre még sokat kell várni, hiszen a primer prevenció pénzügyileg csak hosszú évtizedeken keresztül térül csak meg, míg a szekunder prevenció már néhány év alatt megmutatja hatását, a terciér prevenció pedig a terápia részeként azonnal megmutatkozik. Éppen ezért a politikusok nem szoktak választási ciklusokon átívelő, nagy primer prevenciót involváló programokat készíteni, hanem le ragadnak a gyógyszerügynél, azaz a szekunder és primer prevenciónál. Az 1989-es rendszerváltás óta még nem volt kormány, amely felvállalta volna a primer prevenció hosszú távú támogatását, ami viszont visszaforgatható lenne az egészségbiztosítás kasszájába, például új szűrések, illetve prevenciós programok támogatására.

Az inter-szektoriális gondolkodás egyik különösen fontos területe a munka újfajta szervezési módjainak területe. A munka egyre inkább otthon végzendő, megélhetési szempontból viszont egyre bizonytalanabb tevékenység lesz. Ennek hatása lesz a munkaegészségügyi standardokra, a munkaegészségügyi ellátásra, a szociális támogató-ellátó rendszerre.

rek átalakulására, nevezetesen a családra, amely tovább hat majd az egészségügyi ellátó rendszerekre, nevezetesen a közösség – és otthon-alapú ellátásra is.

Nagyon fontos hangsúlyozni, hogy nem választhatók szét a gyakorlatban a fenti tevékenységek. A primer, szekunder és terciér prevenciós módszerekkel elébe mehetünk adott betegségek kialakulásának.

Egészségdeterminánsok

A fő egészségügyi problémák elsődleges meghatározói egyrészt a magatartásbeli tényezők (negatív stressz, dohányzás, alkohol, nem megfelelő étrend, drog, mozgásszegény életmód), a környezetbeli problémák, a szociális-gazdasági helyzet, másrészt az egészségfejlesztés, a betegségmegelőzés és gyógyítás terén tett intézkedések. Ezen faktorok egymással kölcsönhatásban alakítják az egészségi állapotot.

Az egészségügyi ellátás jelenlegi helyzetéből származó kockázat

A szív és érrendszeri betegségek sürgős ellátását igénylő eseteinél (agyérelzáródás oldása, szívkatéterezés lehetősége) a késői felismerés csökkenti az egészségesen élhető és munkaképes életévek számát, a korán megkezdett oki kezelés pedig növeli azt. Hosszú lehet a panasz, illetve betegség észlelése, valamint az orvoshoz fordulás közötti idő és nincs esélyegyenlőség a szállítás és elérés lehetőségében. Mindezek hozzájárulnak a halálozás növekedéséhez és a súlyosabb esetek, illetve a nem rehabilitálható állapot kialakulásához. A megfelelő szakellátó-ápoló – és szakorvos szám, valamint a strukturális változtatás is feltétele a minőségi ellátásnak.

A negatív stressz hatásai

Ma már tudományos vizsgálatok tömege támasztja alá a pszicho-szociális kockázati tényezők és a kardiovaszkuláris kórképek komplex kapcsolatát (Simon, 2009). Hatvan évvel ezelőtt indult az Egyesült Államok Framingham nevű kisvárosban és gyakorlatilag ma már a harmadik generációval folytatódik az a tudománytörténetileg is kiemelkedő longitudinális epidemiológiai vizsgálat, melyben először bizonyították az akut stressz szerepét a szívinfarktus előidézésében. A stressz eredetileg a szervezetnek az ingerekre adott nem specifikus választ jelölő orvosi szakkifejezés volt. Mai értelmében azonban jelentése nagyjából „folyamatos feszültség” vagy „tartós idegesség”, mely rendszerint egy vagy több állandó negatív ingerre adott tartós válaszreakció a szervezet részéről. A tartósan fennálló stressz akár komoly egészségkárosodást eredményezhet, mivel gyengíti a szervezet ellenálló képességét.

Ugyanígy mérföldkőnek számít e terület kutatóinak a 2004-ben lezárult INTERHEART vizsgálat (Rosengren, 2004). Az 52 országra kiterjedő eset-kontroll tanulmányban több mint 10000 szívinfarktuson átesett beteg adatai alapján a vizsgálat legfontosabb megállapítása, hogy koszorúér betegség rizikó faktorai a világ minden táján azonosak, nemtől, kortól és etnikai hovatartozástól függetlenül. A kockázati tényezők között a pszicho-szociális stressz döntő jelentőségűnek bizonyult. Az infarktus kockázatának 30%-ért volt felelős. A tanulmányból az is kiderült, hogy a pszicho-szociális stressz egyúttal az infarktus erős előrejelzője is.

A pszicho-szociális kockázati faktorok két fő csoportja az emocionális tényezők és a krónikus stressz. Az emocionális tényezőkhez tartoznak az affektív betegségek, mint a major depresszió, szorongásos zavarok és különböző személyiség jegyek. Krónikus stressznek minősül a szociális támogatottság hiánya, rossz szociális gazdasági állapot, munkahelyi és háztartási stressz, valamint a hit kérdéseiből adódó feszültség (Rozanski, 2004).

A pszicho-szociális rizikó-tényezők direkt és indirekt módon járulnak hozzá a szív-érrendszeri kórképek kialakulásához és progressziójához. Közvetve, az egészségre káros életvitel (dohányzás, mozgásszegény életmód, helytelen táplálkozás) folytatásával, közvetlenül pedig direkt indukált kóros mechanizmus útján fokozzák a kardiovaszkuláris érzékenységet (Rozanski, 1999)

Az elmúlt negyven évben több mint hatvan prospektív⁴⁴ klinikai vizsgálat és számos metaanalízis⁴⁵ foglalkozott a depresszió és koszorúér betegség kapcsolatával. A depresszió 3-szor gyakoribb szívinfarktuson átesett betegeken, mint az átlag populációban⁴⁶. A betegek 15-20%-a major depresszióban szenved, és jóval nagyobb az ún. minor depresszióban szenvedők aránya. Mind a major depresszió, mind pedig a minor depresszió rontja a fennálló koszorúér betegség prognózisát. Minél súlyosabb a hangulat zavar, annál nagyobb a valószínűsége akut szív-esemény kialakulásának. Szívinfarktus korábban elszenvedett betegeknél pedig elmondható, hogy a depresszió az akut esemény után 1-2 éven belül legalább megkétszerezi az újabb szív-esemény rizikóját. Emellett a betegeknél gyakran előforduló kísérő kórállapotok és jelenségek, mint például szorongásos tünet együttes, szociális izoláció és krónikus stressz tovább rontják a prognózist. Megfigyelések szólnak amellett, hogy ha depresszióhoz reménytelenség és kimerültség társul, különösen szoros a korreláció⁴⁷ az érlemeszesedés progressziójával.

⁴⁴ A jövővel kapcsolatos. A jövőben történő. Várható, hogy a jövőben történni fog

⁴⁵ Több, hasonló célú és hasonló kérdésre választ kereső vizsgálat adataiból készült összevont, összegező elemzés, mely általában a szakirodalomban megjelent közleményeken alapul.

⁴⁶ AHA Scientific Statement (2008); Depression and Coronary Heart Disease .Circulation; 118: 1768–1775

⁴⁷ Jelzi két tetszőleges érték közötti lineáris kapcsolat nagyságát és irányát

Számos klinikai vizsgálat és epidemiológiai megfigyelés igazolta, hogy a szorongásos⁴⁸ tünetek növelik a koszorúér betegség kialakulásának kockázatát, illetve ismert szív-betegek esetében csökkentik a terápia hatékonyságát (Mánki, 2006). A szorongás kétszerezére-nyolcszorosára fokozta a kardiovaszkuláris megbetegedések kockázatát. A pánikbetegség a halálozás kockázatát megduplázza, a tartós generalizált szorongás pedig akár megháromszorozhatja.

Ismert, hogy a szociális támogatottság hiánya hozzájárul a szív-érrendszeri betegség kialakulásához és progressziójához⁴⁹. A szociális támogatottság két jellemzővel mérhető. A strukturális támogatottság a szociális hálót jelenti, melyet jellemezhetünk méretével, típusával, társas kapcsolatok meglétével és az egyénnel kapcsolatban lévő személyek számával. Az eddigi tapasztalatok azonban döntően a másik jellemző, az ún. funkcionális támogatottság jelentőségét támasztják alá. A funkcionális támogatottság gyakorlatilag az egyén által érzékelt támogatottság mértékét jelenti. Legfontosabb eleme éppen „ha baj van, van segítség” érzése.

A rossz szociális gazdasági állapot összetett krónikus stresszokozó, ami igen fontos összefüggést mutat a kedvezőtlen szív eseményekkel.

A házastársi és munka okozta stressz különböző módon járul hozzá a kardiovaszkuláris érzékenységhez. Korábbi tanulmányok szerint a munka okozta stressz döntően a férfiakat, a házastársi stressz pedig elsősorban a nőket sújtja. Szívinfarktust elszenvedett nők esetében a magas házastársi stressz megháromszorozta az ismételt kardiális esemény rizikóját (Balog, 2003). Hazai adatok is megerősítették, hogy a rossz házastársi kapcsolatban élők körében szignifikánsan nagyobb gyakorisággal fordulnak elő depresszív tünetek, szorongás, kimerültség (Balog, 2005). Tovább növeli a kardiovaszkuláris rizikót a magas házastársi stresszel együtt járó egészségkárosító magatartás (dohányzás, rendszeres alkoholfogyasztás).

Chandola és munkatársai 2007-ben végzett klinikai vizsgálatában több mint 10000 London környéki 35-55-éves, elsősorban szellemi munkát végző dolgozónál vizsgálták a munkahelyi stressz szerepét koszorúér betegség kialakulásának tekintetében. A tizenkét évig tartó után-követés során egyenes arányú, szignifikáns összefüggést találtak a munkahelyi stressz foka, a metabolikus szindróma előfordulási aránya és a szív-események incidenciája⁵⁰ között. Emellett a vizsgálat két lényeges megállapítása, hogy ez az össze-

⁴⁸ Valamilyen homályos, sőt akár nem is létező, képzelte fenyegetésre adott „válasz”, amely tartósan fennáll.

⁴⁹ Fejlődés, haladás; fokozatosság

⁵⁰ Egy adott időtartam alatt újonnan keletkező esetek gyakorisága.

függés kifejezettebb fiatal, 50 év alatti dolgozóknál, valamint a munkahelyi stressz a nők-nél hasonló mértékben tehető felelőssé a kardiális események előfordulásában, mint a férfiaknál (Chandola, 2008).

A pszicho-szociális rizikótényezők legtöbbször együttesen jelentkeznek, így egymás negatív hatását megsokszorozzák.

4.2.2. Szociális-gazdasági meghatározók

Nemcsak az egészségi állapot fontos tényező a szociális-gazdasági fejlődésben, hanem fordítva is igaz ez. Az EU tagállamokban a legmagasabb a mortalitás, a morbiditás és a rokkantság szintje a legalacsonyabb szociális-gazdasági helyzetű csoportokban, ugyanez igaz a morbiditást, mortalitást fokozó rizikófaktorokra is. A leggyakrabban használt tényezők a makrogazdasági mutatók, a képzettség, a családi és egyéb szociális kapcsolatok, a jövedelem és a foglalkozás/foglalkoztatottság.

Makrogazdasági mutatók

Az idő előtti halálozás esélye legmagasabb az alacsony GDP-vel bíró országok, illetve egyének között. A morbiditásra ez szintén igaz. A jövedelmek leginkább egyenlően kerülnek elosztásra az északi államokban, a legnagyobb egyenlőtlenségek Spanyolországban és az Egyesült Királyságban állnak fenn.

Alacsonyabb képzettség szintén magasabb morbiditással jár. A különbség már gyermekkorban kimutatható: azon gyermekek, akiknek édesanyja csak általános iskolai végzettséggel rendelkezik, magasabb rizikójúak bizonyos betegségekre nézve. Ezért nagyon fontos már gyermekkorban küzdeni az ilyen típusú egyenlőtlenségek ellen. A dohányzás, a zöldség-gyümölcsfogyasztás, az elhízás szintén összefügg a képzettséggel.

Foglalkozás

Direkt összefüggés van az egészségi állapot és a ledolgozott munkaórák száma között. Az EU munkahelyek 1/3-a vagy intenzíven zajos, vagy nehéz fizikai munkát jelent. Közülük 40% fárasztó vagy fájdalmas munkapozíciót jelent és több mint a munkahelyek fele esetében nincs semmiféle kontroll a világítás, szellőzés vagy hőmérséklet tekintetében. A leggyakoribb egészségügyi problémák: 30% háti fájdalom, 28% stressz, 17% izomfájdalmak a karokban, lábokban.

A férfiak tízszer nagyobb esélyben szenvednek fatális és háromszor nagyobb eséllyel nem fatális munkahelyi baleseteket, mint a nők.

Az idénymunkások helyzete rosszabb, mint az állandóan foglalkoztatottaké. Előbbiek gyakran panaszkodnak kifáradásról, izom-csontrendszeri betegségekről. Idénnyellegű munka gyakori a kézművesiparban, a mezőgazdaságban, az építőiparban, vendéglátásban, közlekedésben, illetve olyan munkahelyeken, ahol a fizikai, kétékezi munka iránti igény nagy.

Munkanélküliség

Az egészség és munkanélküliség viszonya rendkívül komplex. A munkanélküliek elvesztik jövedelmüket, ezáltal szegénységbe süllyedhetnek, elvesztik szociális státuszukat és kapcsolataikat, a reménytelenség stresszhez, pszichológiai problémákhoz vezethet. A foglalkozás-egészségügyi ellátás és egyéb egészségügyi ellátás igénybevételének lehetősége is csökkenhet, elveszhet. Ugyanakkor a fiatal munkanélküliek helyzete nem sokban különbözik a dolgozó kortársaikétól: bár idegrendszeri, depressziós tünetek gyakrabban jelentkezhetnek, ezek jelentősége az idősök hasonló problémáihoz képest csekély.

A munkanélküliség csökkentésére tett erőfeszítések eredményei az EU összes tagállamában láthatóak. A 25 év alattiak körében a munkanélküliségi ráta 20%. Tartós munkanélküliség kb. az összes eset felében áll fenn, az EU-átlag 5,2%.

4.2.3. Magatartásbeli tényezők

A krónikus betegségek terhe az egész társadalmat sújtja. Sokan nem tudnak arról, hogy betegek.

Hazánkban a 15 év feletti lakosság 41 százaléka szenved olyan krónikus betegségben, amelyről tud és korcsoportonként vizsgálva is magas ez az arány (GfK HealthCare, 2011). Emellett sokan, legalább egy millióan vannak, akik nincsenek tisztában állapotukkal, nem tudnak arról, hogy valamilyen betegségben szenvednek. Az, hogy egy betegség felfedezési, majd kezelési aránya mekkora Ha megvizsgáljuk az egész társadalomra nehezedő betegségteher mértékét, sokkoló adatokat kapunk. A GfK Hungária Piackutató Intézet által végzett általános egészségfelmérés adataiból összefoglalva az alábbi megállapítások tehetők: a lakosságon belül, összefügg az adott betegség ellátórendszerének állapotával is.

Egyre több tanulmány jelenik meg arról, hogy a fejlett világ egészségügyi rendszereinek legnagyobb terhe a krónikus betegségek kezeléséből ered, amely a teljes ellátás költségeinek legalább háromnegyedéért felelős. A várható élettartam növekedésével, a jól kezelhető krónikus betegségek gyarapodásával és a felhasználható technológia fejlődésével egyre több krónikus betegnek vagyunk képesek egyre magasabb szintű egészségügyi szolgáltatást nyújtani. Azonban úgy látszik, mindennek terhe olyan nagy, hogy összeroppantja az egészségügyi rendszereket (Lantos, 2011).

„A GfK HealthCare elmúlt három évben elvégzett vizsgálatait alapján gyors helyzetkép vázolható fel a krónikus betegek helyzetéről. Magyarországon a 15 év feletti lakosság 41 százaléka szenved olyan krónikus betegségben, amelyről tud. Korcsoportonként vizsgálva is nagyon magas ez az arány. Már a 15-18 éveseknek 26 százaléka szenved valamilyen krónikus betegségben, a 60 év feletti körében pedig 84 százalék ez az arány.”

„A krónikus betegek legnagyobb része elméletben tudja, hogy állapota elsősorban az életmódjától függ, azonban a mindennapi gyakorlatban mégis keveset tesznek saját egészségükért. Saját bevallásuk szerint csak minden második megy el rendszeresen orvoshoz, kétharmaduk szedi kisebb-nagyobb rendszerességgel a gyógyszerét, harmaduk változtat a táplálkozásán és mindössze egytizedük igyekszik csökkenteni a stresszt” (Lantos, 2011). Az adatok azt mutatják, hogy az egészségügy többet igyekszik tenni az emberek egészségéért, mint legtöbbjük saját magukért. Ezt a magára vett terhet az egészségügy azonban nem képes tovább viselni.

Ezek a dohányzás, alkohol, drog, táplálkozás, szexuális magatartás és mozgásszegény életmód, melyek fiatalokban különösen fontosak.

Dohányzás

Rendkívül sokféle betegséget okoz. A legnagyobb hányadát teszi ki az elkerülhető halálokoknak. A dohányzók száma nők esetében még mindig növekszik, férfiak között a 80-as évek óta csökken. Ahol nagy a fiatal dohányos nők száma, ott növekszik a terhes dohányos nők száma is. Főleg a nők között sokan könnyű cigarettákat szívnak annak a hamis hitnek a reményében, hogy azok kevésbé károsak.

Alkohol

Nincs megfelelő indikátor, amely az alkoholfogyasztással kapcsolatos halálesetek számát jelezné, azonban pl. az alkohol és a halálos közúti balesetek, az öngyilkosságok és gyilkosságok száma között szoros az összefüggés. Az egy főre jutó alkoholfogyasztás meghatározó a májzsugor okozta halálozásban. Az alkoholnak nagy szerepe van a szájüregi és nyelőcső rákokban is. A súlyos alkoholisták körében a magas vérnyomás, a stroke, az ischaemiás szívbetegség gyakoribb. Kismértékű alkoholfogyasztás ugyanakkor csökkentheti az ischaemiás szívbetegség rizikóját. Terhesség alatti alkoholfogyasztás magzati károsodást okoz (magzati alkoholos tünet-együttes).

Franciaországban és Luxemburgban fogy a legtöbb alkohol (15 liter/fő/év). Finnországban, Svédországban és Angliában a legalacsonyabb az alkoholfogyasztás (7,9 liter/fő/év). Az EU átlag 9,4 liter/fő/év.

A 15 év alattiak között is egyre jelentősebb az alkoholfogyasztás: az északi országokban magasabb, mint a déliekben kisebb a fogyasztás ebben a korcsoportban.

Táplálkozás

Nagy jelentőséggel bír. Helytelen táplálkozás sok egészségügyi problémát okozhat. Az EU-ban nagy az eltérés a táplálkozási szokásokat illetően. A táplálkozás nagyban összefügg a szociális-gazdasági státusszal. A gabonafélék fogyasztása csökkenőben, míg a zöldségek, a zsír és a hús fogyasztása növekvőben van. A gyümölcsök-zöldségek fogyasztása különösen a fiatal generáció körében népszerű, így nő.

A nők többen törődnek táplálkozásukkal és testsúlyukkal, mint a férfiak. Az elhízottak aránya (ezen a téren az Egyesült Királyság vezet) az utóbbi időben 10%-ról kb. 40%-ra nőtt.

Fizikai aktivitás

Minden korban javítja az egészséget és az életminőséget. Gyermekkorban a megfelelő mozgás fontos a későbbi osteoporosis esélyének csökkentése miatt. Idősebb korban a mozgás csökkenti a csonttömeg-vesztést, növeli az izomtömeget és izomerőt, hozzájárul az általános jóllét érzéséhez, javítja a mentális funkciókat, csökkenti a keringési és daganatos halálozást.

A legtöbb ember számára a séta jelenti a mozgást. A fiatalok jelentős része rendszeresen sportol, de a 30. életév után ez az arányszám esik.

A fittség mértéke, illetve a fittséget javító fizikai aktivitás mennyisége szoros, fordított korrelációt mutat a halálozással. A leginkább fitt felső harmad élet-és egészségkilátásai 30-40%-al kedvezőbbek a legkevésbé fittekekkel szemben. Aki fittebbé válik az élete bármely szakaszában, jelentősen nagyobb eséllyel válik védettebbé a coronariabetegséggel, a szívelégtelenséggel, a gutaütéssel szemben. Az alacsony fittség éppen olyan súlyú – és változtatható – kockázati tényező, mint a klasszikus kockázati faktorok. Ennek felismerése a fittséget javító teendők, a megfelelő testmozgás szorgalmazását követeli meg (Apor, 2011).

A 15 év feletti populáció 42%-a heti 3 órát, 26%-a 1-3 órát sportol, míg 32%-a semmit sem. A „mindenkinek ajánlott” aktivitás heti legalább 150 (5×30) perc „mérsékelt-közepes” intenzitású (aerob) testmozgás, a maximális pulzusszám 60–80%-ával – vagy intenzívebb, legalább 20 perces –, ezenkívül hetente kétszer fél-fél órás rezisztenciatréning az izomzat erejének, tömegének és metabolikus funkcióinak fenntartására (Haskell, 2007).

Gibbons és munkatársai huszonhatezer, átlag 43 éves, egészséges férfi 8,4 év alatti haláleseteit elemezték. A 158 coronariabetegségben meghalt személynél 61%-ban láttak

abnormálisan alacsony terheléses teszteredményt. Köztük, akiknél nem volt vagy 1, 2, illetve 3 hagyományos rizikófaktor is fennállt, e sorrendben növekvő gyakorisággal haltak meg, a rizikóesély 21, 27, 54 és 80 (Gibbons, 2000).

Fizikai környezet

Ezen a téren a rendelkezésre álló bizonyítékok korlátozottak, ezért nehéz bizonyítékokon alapuló egészségpolitikát kidolgozni. Ami biztos, az a légszennyezés káros hatása (40-150 000 halál évente), de a vízszennyezés, a zaj, az étel-miszer szennyezettség, az ózonlyuk is veszélyes az emberi egészségre.

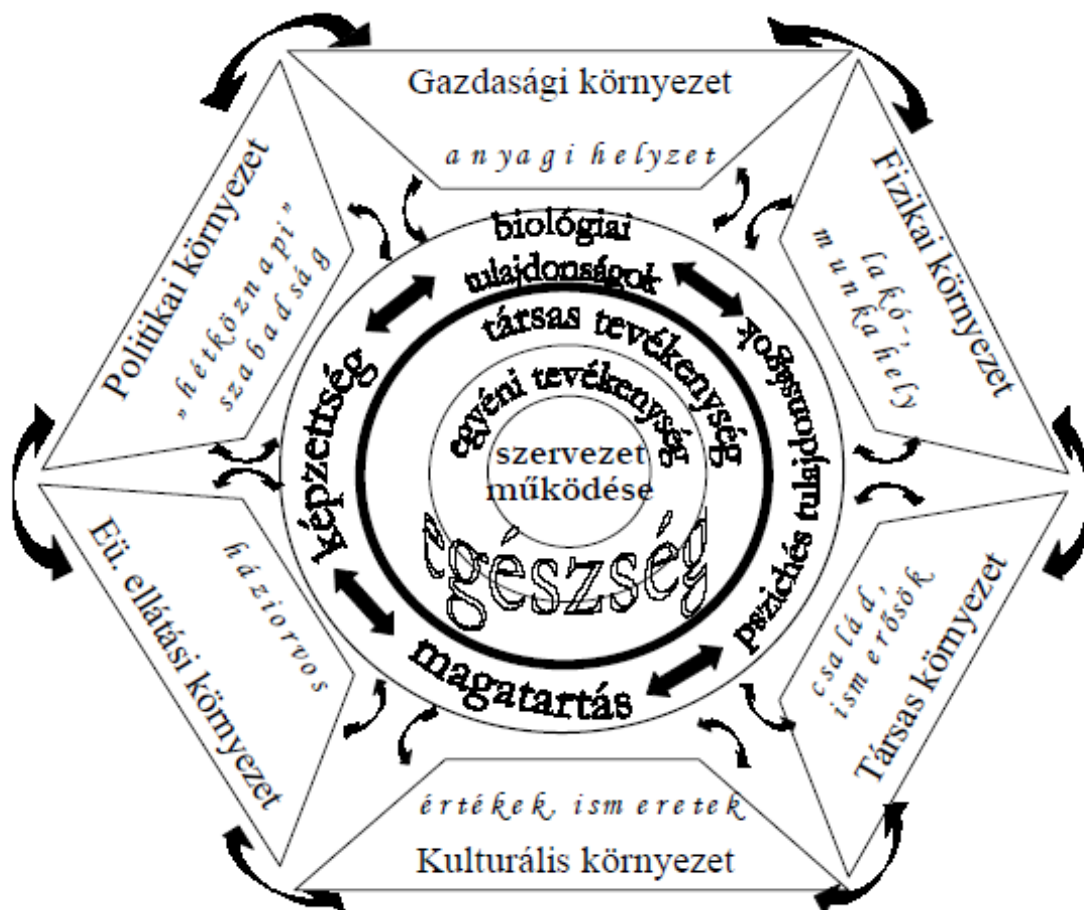
4.2.4. Rizikófaktorok felőli megközelítés

Az egészségi állapot meghatározó tényezőit és a köztük lévő kapcsolatrendszer vizsgálatát az Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) 2000 vizsgálat. Az Országos Epidemiológiai Központ kiadványa összefoglalja a kérdés komplexitásának jellegzetességeit. Ismert, hogy az egyén egészségére egyes egyéni tényezők, valamint a szűkebb és tágabb fizikai és társadalmi környezete igen jelentős hatással van, és az egyén egészségi állapota is visszahat környezetére.

Az egyéni tényezőket az OLEF 2000-ben négy csoportba sorolták: biológiai tulajdonságok (pl. szérumszint), pszichés tulajdonságok (pl. megbirkózási képesség), magatartás (pl. dohányzási szokás), képzettség (pl. iskolai végzettség). Az OLEF 2000-ben alkalmazott egészségmodellt bemutató alábbi ábra ezeket a tényezőket az egészséget körbefogó körként jeleníti meg.

A környezeti tényezőket az OLEF 2000-ben alkalmazott modellben hat csoportba sorolták: politikai, gazdasági, fizikai, társas, kulturális és egészségügyi ellátási tényezők. Egy-egy kategórián belül elkülönítették a szűkebb és a tágabb környezetet. A modellt bemutató ábrán az egészség körül elhelyezkedő két réteg a közvetlen és a tágabb környezet egészség meghatározó tényezőit szimbolizálja. A közvetlen tényezőkön belül egy-egy jellegzetes, fontos elemet külön is feltüntettek (pl. az egészségügyi ellátási környezeten belül a háziorvost). (Vitrai–Vokó, 2002)

Az 16. ábra illusztrálja az egészség és a meghatározó tényezők közötti bonyolult kapcsolatrendszer is.



16. ábra: Az OLEF 2000-ben alkalmazott egészségmodell

Forrás: Boros (2002)

Ennek a kapcsolatrendszernek az összetettsége megszabja az egészségfelmérések elemzésének lehetőségeit. Ez a megközelítés arra a megfontolásra épül, hogy az egyes rizikófaktorok nem függetlenek egymástól. Pl. a dohányzás és az alkoholfogyasztás gyakran együtt jár, de az alkohol hatásai fokozódnak rossz szociális körülmények között, az otthoni erőszak szintén összefügg az alkoholfogyasztással. Ezért a rizikófaktorok felőli megközelítés célja, hogy az érintett egyes egyének felől inkább egy nagyobb populáció felé forduljon, és a többszörös rizikófaktorok ellen küzdjön.

Az alkohol- és drogfogyasztással kapcsolatban ez elsősorban az egy főre jutó fogyasztás csökkentésére irányuló erőfeszítéseket jelenti, kiegészítve a nagy rizikójú csoportok inkább egyéni megközelítésével.

Dohányzás esetében a leghatékonyabb egészségfejlesztést az jelenti, ha a különböző kommunikációs csatornákon azonos üzenet érkezik: munkahelyeken, iskolákban, iskolán kívül és az idősebb emberek számára is. Ha egy dohányos leszokik, annak több tényező együttthatása az oka: mert sokba kerül, mert a munkahelyen ezt hallotta, mert az újságban

ezt olvasta, mert a doktor mesélt neki a dohányzás következményeiről. Az egészségügyi miniszterek és az Európa Tanács felhívta a tagországokat a dohányzás nyilvános helyeken történő megszüntetésére. Ezzel összhangban Magyarországon is parlament előtt van a nemdohányzók érdekeit védő törvény.

Az „ideális kardiovaszkuláris egészséget” (Lee, 2010) a következők jelentik: négy viselkedésmód (nem dohányzás, testtömeg-index 25 alatt, egészséges étkezés, fizikai aktivitás) és három biológiai mutató (össz-koleszterin 200 mg/dL alatt, éhgyomi vércukor 100 mg/dL alatt, vérnyomás 120/80 Hgmm alatt) (Lloyd-Jones, 2010).

Szintér alapú egészségfejlesztés

A szintér alapú megközelítés mai formájában az utolsó 10 évben kezdett csak testet öltetni. A legelterjedtebb felfogás szerint jelenleg magába foglalja a munkahelyeket, iskolákat, egyetemeket, börtönöket, városokat, egészségügyi intézmények. A hatásos egészségfejlesztés az egészségdeterminánsok hatásának megváltozásához vezethet.

Az 1980-as években a munkahelyi egészség és biztonság az EU szociális politikájának egyik legaktívabb része volt. Az utóbbi évek folyamán sok tagállam fogadott el munkahelyi egészségfejlesztési programokat, köszönhetően a korábban EU szinten elfogadott különböző egyezményeknek, szabályoknak.

Az egészséget befolyásoló tényezők külön fejezetben, prioritásként szerepelnek az Európai Unió Európai Bizottságának határozatában: Korunk károsító betegségei közül sok, így a rák és a cukorbetegség is közvetlen összefüggést mutat az étkezési és italfogyasztási szokásokkal, illetve az életmóddal. Az egészséget befolyásoló tényezőkkel kapcsolatos munka alapvető fontosságú az egészség jelentőségének népszerűsítésében, ezáltal a betegségek megelőzésében, ekként hozzájárulva az aktív és egészséges idősödéshez. A munkaprogram az egészséget befolyásoló számos fő tényezőre irányuló tevékenységeket támogat: a szociális meghatározó tényezőkre és az egészségügyi egyenlőtlenségekre; a táplálkozásra és testmozgásra; valamint az alkoholfogyasztásra és a dohányzásra.⁵¹

Összefoglalva, a prevenció-rehabilitációs szemlélet, értékelésmód megváltozott. Abba az irányba mutat, hogy a halmozott rizikó faktorokkal rendelkező polymorbid beteg a megfelelő multi-diszciplináris és multi-professzionális szemléletmódú kardiológiai rehabilitáció segítségével megfelelő motivációt kaphat a szükséges életmód változások megtételére. A rizikófaktorok kedvező irányú változtatásával mindez lehetséges, esélyt kap a minőségi életévek számának növelésére.

⁵¹ Európai Bizottság határozata 2011. február 22. http://ec.europa.eu/health/programme/docs/wp2011_hu.pdf
Letöltve: 2011.04.02.

4.3. Saját kérdőíves felmérések eredményei

A kardiológiai rehabilitációban szerzett tapasztalatom, hogy a rehabilitációs osztályra kerülő betegek jelentős része nincs tisztában egészségével kapcsolatos saját egyéni felelősségével. Csak fokozatosan és türelmes beszélgetésekkel, ismeretterjesztő előadásokkal, pszichológiai módszerek alkalmazásával vezethetők rá arra a felismerésre, hogy a betegségük kimenetele jó részt tőlük függ az életmódjukkal összefüggő rizikófaktoraik befolyásolásával. Mindennapi munkám során vállalni kell az összetársadalmi szinten egyértelműen hiányzó elsődleges megelőzés pótlását is az eredményesség érdekében. Az alábbi két vizsgálatban ezt a hipotézist igyekeztem igazolni.

4.3.1. A kardiológiai rehabilitációban részesülő betegek életmódvizsgálata

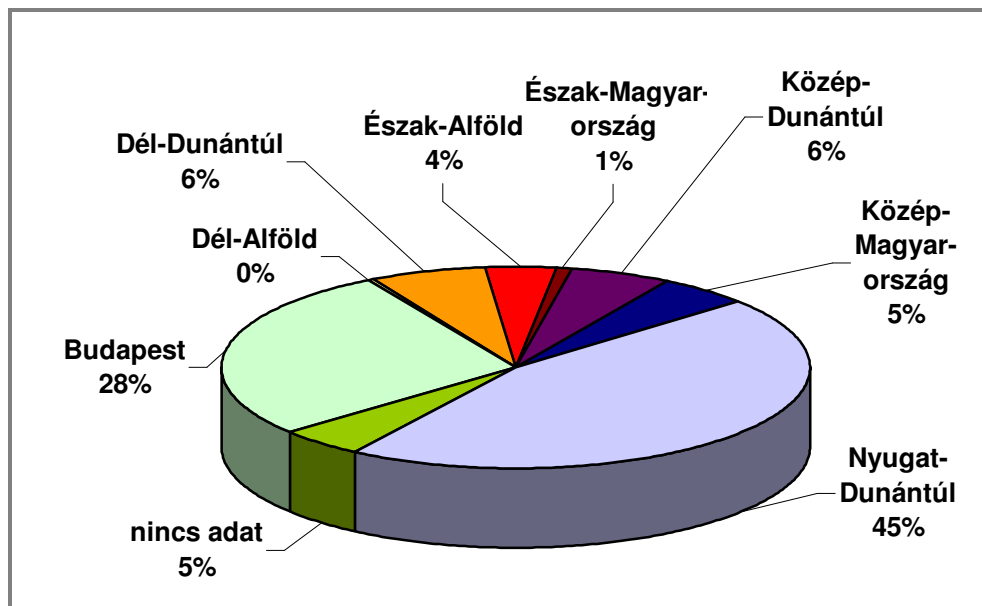
A kardiológiai rehabilitációnak folyamatosan alkalmazkodni kell a multi-professzionális és multidiszciplináris igényekhez. A korábban előtérbe helyezett fizikai tréning mellett ma már tudjuk, hogy az egyéb életmódi változtatások motiválása és a pszicho-szociális állapot kedvező befolyásolása a sikeres kardiológiai rehabilitáció kulcsa.

Az elmúlt években munkatársaimmal együtt azt tapasztaltam, hogy a kardiovaszkuláris történéseket befolyásoló tényezők közül az életmóddal kapcsolatos tevékenységek nem kapnak kellő figyelmet. Ezért kérdőívet dolgoztunk ki, melynek célja az volt, hogy a Soproni Rehabilitációs Gyógyintézetben kardiológiai rehabilitációs programban részesülő betegek véletlenszerű megkérdezésével áttekintsük életmódjukat, szokásaikat. A kérdőívet a betegek a program megkezdése előtt töltötték ki. Célunk volt továbbá, hogy a rehabilitációs tevékenységek vonatkozásában megtaláljuk azokat a legfontosabb irányokat, amelyek mentén javaslatokat tudunk megfogalmazni, amivel hatékonyan javítani lehet mind a prevenció, mind a rehabilitációs tevékenységet.

A gyakorlatban nehezen lehet szétválasztani a primer, szekunder és terciér prevenciós tevékenységeket, hiszen ezek szoros összefüggésben vannak egymással. A hatékony gyógyítás mindhárom elemet magába foglalja, s csak így tekinthető eredményesnek.

4.3.1.1. A vizsgálat leírása, jellemzői

A felmérő vizsgálatot 2009 évben végeztük a Soproni Rehabilitációs és Gyógyintézet I. Kardiológiai Rehabilitációs Osztályán. A kérdőívet 212 beteg töltötte ki. Az adatgyűjtés során önkéntes kérdőíveket vettünk fel. A 17. ábra megkérdezett betegeink régiók szerinti megoszlását mutatja.



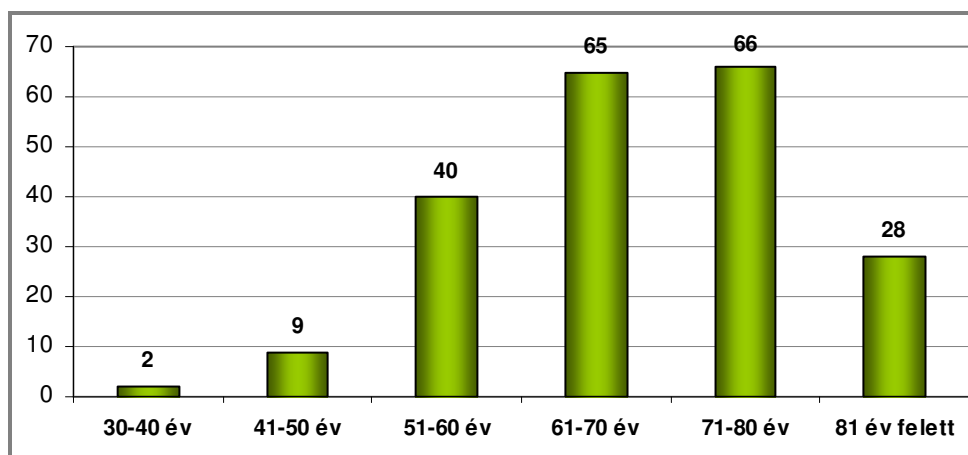
17. ábra: Régiók szerinti megjelenés

Forrás: saját szerkesztés

A betegek 45%-a a Nyugat-Dunántúli Régióból került az Intézetbe, 28% Budapestről érkezett, de szinte minden régió képviseltette magát.

A kérdőívet kitöltők jellemzői

A megkérdezettek életkorát mutatja a 18. ábra.

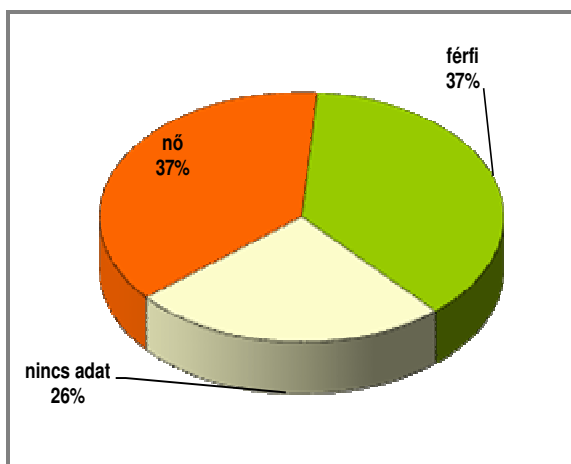


18. ábra: Életkor szerinti megoszlás

Forrás: saját szerkesztés

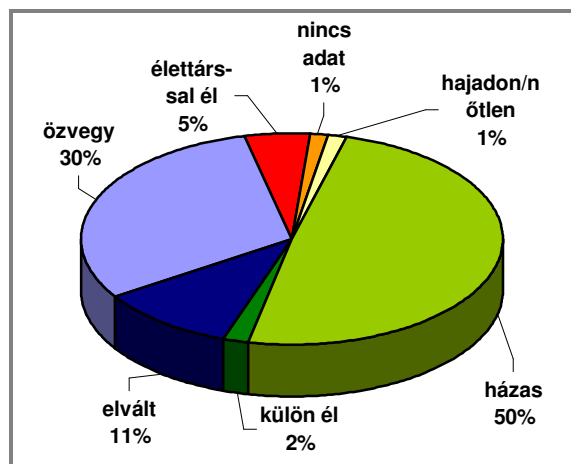
A válaszadó betegcsoport legnagyobb része 71-80 év közötti életkorcsoportba sorolható (66 fő), egy fővel kevesebben, 65-en tartoznak a 61-70 éves korcsoportba, 40 fő tartozik az 51-60 éves korcsoportba. 81 éves kor felett 28-an válaszoltak, kilencen 41-50 éves korcsoportba tartoznak, ketten pedig 30-40 évesek. Az átlagéletkor 68 év volt.

A 19. ábra a megkérdezettek nemét, a 20. ábra a családi állapotukat mutatja.



19. ábra: Nemek

Forrás: saját szerkesztés

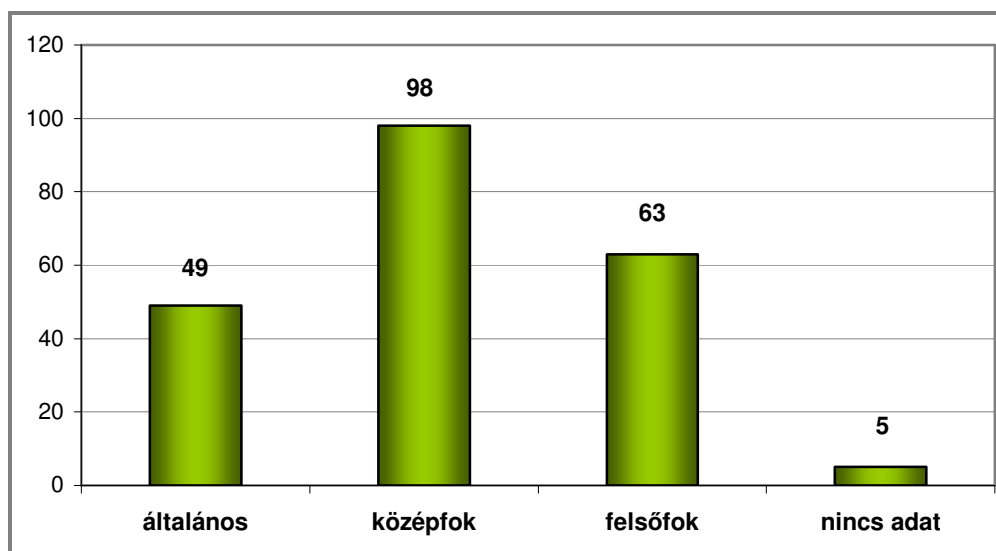


20. ábra: Családi állapot

Forrás: saját szerkesztés

A nők és a férfiak megoszlása közel egyforma. 38%-ban férfiak válaszoltak, 37%-ban pedig nők. A kérdőívek 25%-a nem jelölte be a nemét. A családi állapotot tekintve elmondható, hogy a betegek 45%-a magányosan él. 50%-ban voltak a házas válaszadók, 30% özvegy, 11% elvált, 5% élettársi kapcsolatban él, 2% külön él és 1% hajadon/nőtlen.

A 21. ábra az iskolai végzettséget mutatja a vizsgált betegcsoportban.



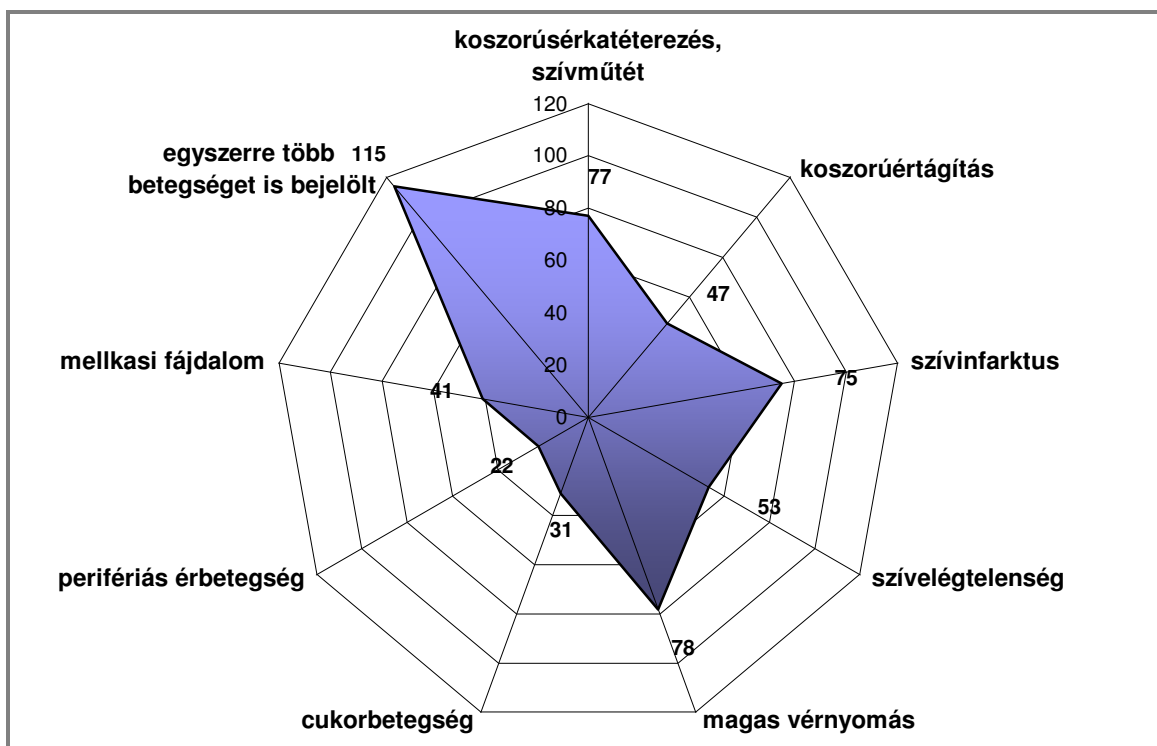
21. ábra: Iskolai végzettség

Forrás: saját szerkesztés

A megkérdezettek közül 98 fő középfokú iskolai végzettséggel rendelkezett, 63 fő felsőfokú és 49 fő általános iskolai végzettségű volt.

Egészségi állapot jellemzői

A 21. ábra mutatja, hogy a megkérdezetteknek milyen megbetegedései voltak az elmúlt 12 hónapban.



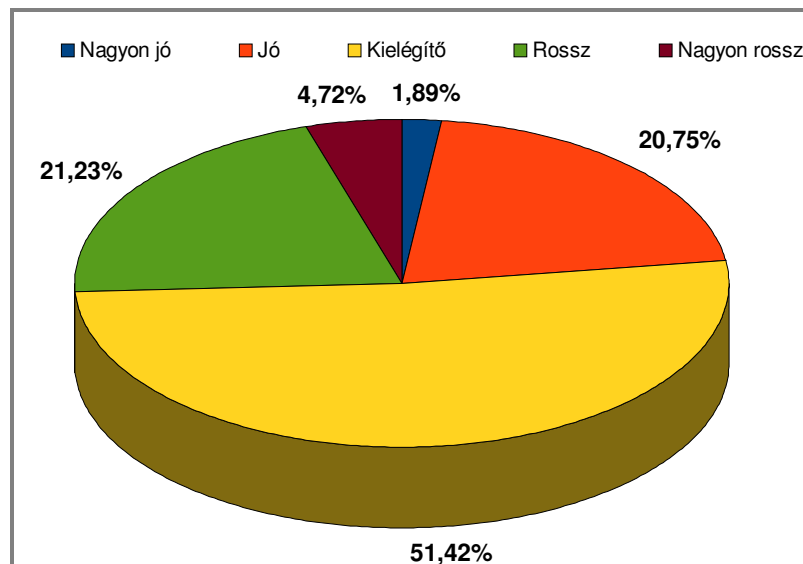
22. ábra: Milyen betegsűgek után kerűlt sor most a rehabilitációs kezelűsre?

Forrás: saját szerkesztűs

A betegek tűbb mint 50%-a egyszerre tűbb betegsűget is megjelűlt a rehabilitációs kezelűst megelőzű állapotról. A legtűbb beteg, szűvinfarktűs, űs szívűtűt utáni állapot miatt őrkezett intűzetűnkbe. Ennek jelentűsűge a jelen kűrdűíves vizsgálatnál űlsűsorban az, hogy a kapott válaszok őrtemvezűsénűl fontos tudnunk, hogy nem egy átlagos egűzsűggel rendelkező csoport adta, hanem olyan emberek, akiknűl már bizonyítottan kialakultak a szűv űs őrrendszeri betegsűgek.

Feltűtelezűsűnk volt, hogy a kialakult betegsűgűk a folytatott őrletműdjűkkel szoros őrsszefűgűgsben van űs fontos, hogy betegeink őrletműdot is váltanak gűgyulásuk őrdekűben.

A 23. ábra egűzsűsűgi állapotuk szűbjektív őrtekűlűsűt mutatja.

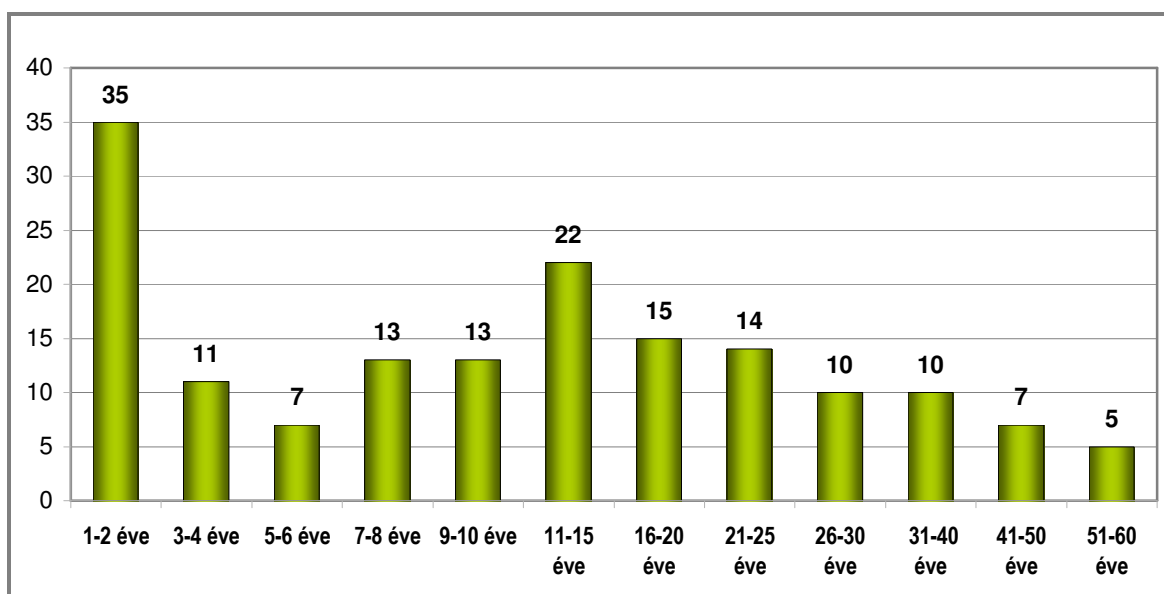


23. ábra: A szubjektív egészségi állapot az elmúlt 12 hónapban

Forrás: saját szerkesztés

Nagyon jónak csupán közel 2% értékeli állapotát, míg jónak ítéli meg 20%. A betegek fele kielégítőnek, 21% rossznak, illetve 5% nagyon rossznak tekinti egészségi állapotát. Annak ellenére, hogy az objektív helyzet nem kedvező – hiszen rehabilitációra szoruló betegekről van szó – mégis nagyon sokan pozitívnak ítélték meg a helyzetüket, azaz nem érzik motiváltnak magukat abban, hogy jelen helyzetükön, életmódjukon változtassanak.

Arra a kérdésre, hogy mióta érzik betegnek magukat, a 24. ábra mutatja a válaszok megoszlását.

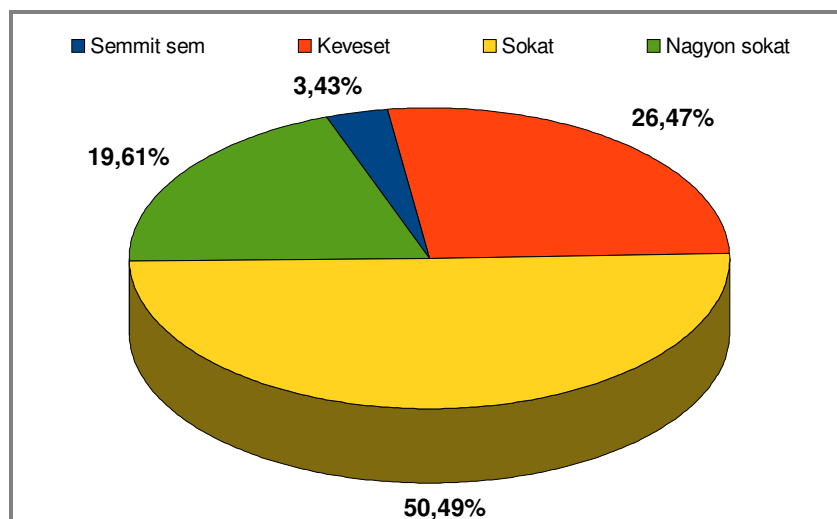


24. ábra: Mióta érzi magát betegnek?

Forrás: saját szerkesztés

Válaszuktól kiderül, hogy 35 megkérdezett az utóbbi 1-2-évben lett beteg, míg 83 fő már több mint 10 éve betegnek érzi magát. Ezekben az esetekben minőségi életéről nem is beszélhetünk.

Meglepő és szomorú válaszokat kaptunk arra a kérdésre, hogy véleményük szerint mit tehetnek saját egészségükért. Ezt mutatja be a 25. ábra.



25. ábra: Véleményük szerint mit tehetnek a saját egészségükért

Forrás: saját szerkesztés

A betegek 30%-a úgy gondolja, hogy keveset, vagy éppen semmit sem tehet egészsége érdekében. 50%-ban vallják, hogy tehetnek valamit az egészségi állapotukért. Csupán a megkérdezettek 20%-a gondolja, hogy nagyon sokat tehet, tehát átérzi saját felelősségét. Sajnos az életmódra vonatkozó válaszaikban ennek csak nyomait találtuk.

4.3.1.2. A válaszok értékelése

Általános szempontok

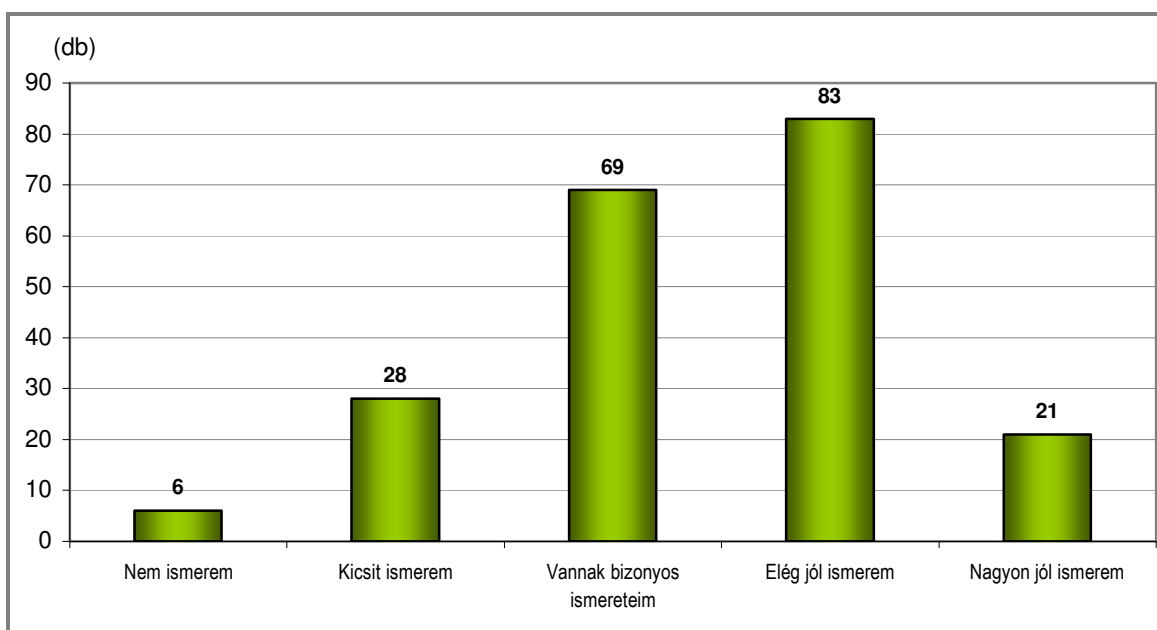
Az életmódra vonatkozóan a testmozgást, a táplálkozást, a lelki egészséget és a dohányzás kérdéskörét, valamint az alkoholfogyasztást vizsgáltuk.

Feltett kérdéseinkre kapott válaszokat tekintve a testmozgással kapcsolatos válaszokat nem tartjuk értékelhetőnek, mivel sokan már a rehabilitációban megjelenő mozgásprogramokat is beleértették a válaszokba. Az alkoholfogyasztással kapcsolatos válaszokat szintén nem tartjuk kellően értékelhetőnek, mivel az önkéntes kérdőív és a kórházi helyzet ezeket a tényeket nagyban megváltoztathatja, így a kapott pozitív eredmények téves következtetéseket vonhatnak maguk után.

Úgy értékeltük a helyzetet, hogy behatóbban elsősorban a táplálkozási tényezőket vizsgáljuk és értékeljük, de a dohányzás és a stresszel kapcsolatos válaszok is figyelmet keltőek, mint elsődleges oki tényező és lehetséges beavatkozási terület a kardiovaszkuláris megbetegedések megelőzésének és rehabilitációjának kérdéskörében. Ennek megfelelően a következő összesítéseket készítettük:

Táplálkozás

Fontos volt számunkra az, hogy a megkérdezetteknek milyen ismereteik, alapelveik vannak az egészséges táplálkozás alapelveivel kapcsolatosan, ezért megkérdeztük, milyen ismeretei vannak az egészséges táplálkozásról. A 26. ábra ezt összesíti.

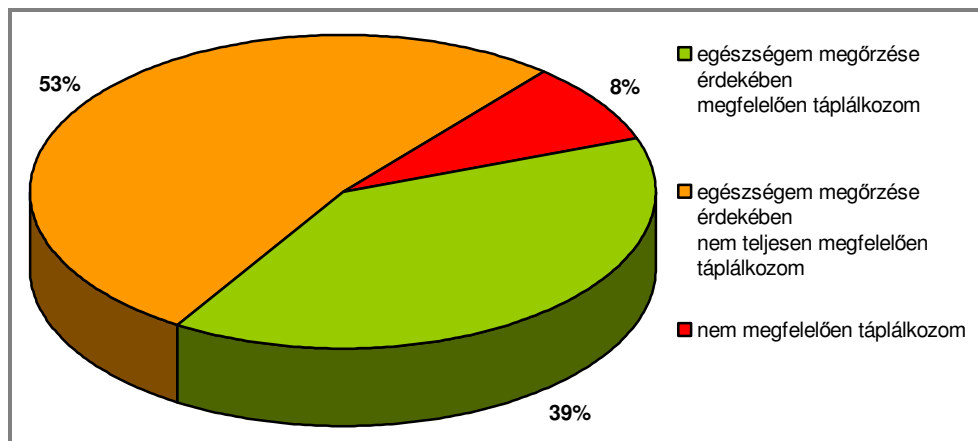


26. ábra: Ismeretek az egészséges táplálkozásról

Forrás: saját szerkesztés

A válaszadók összesen 73%-a válaszolta azt, hogy nagyon jól vagy elég jól ismeri az egészséges táplálkozás szabályait. Részletezve: a válaszadók 10%-a gondolja úgy, hogy nagyon jól ismeri az egészséges táplálkozás alapelveit, 40%-a gondolja úgy, hogy elég jól ismeri, 33%-uk vallotta azt, hogy vannak bizonyos ismeretei. 14%-uk azt a választ jelölte be, hogy kicsit ismeri és csupán 3%-uk azt, hogy nem ismeri az egészséges táplálkozás alapelveit.

Megkérdeztük a betegeket, milyennek ítélik meg saját táplálkozásukat. A 27. ábra mutatja a válaszokat.



27. ábra: Milyenek ítéli meg saját táplálkozását?

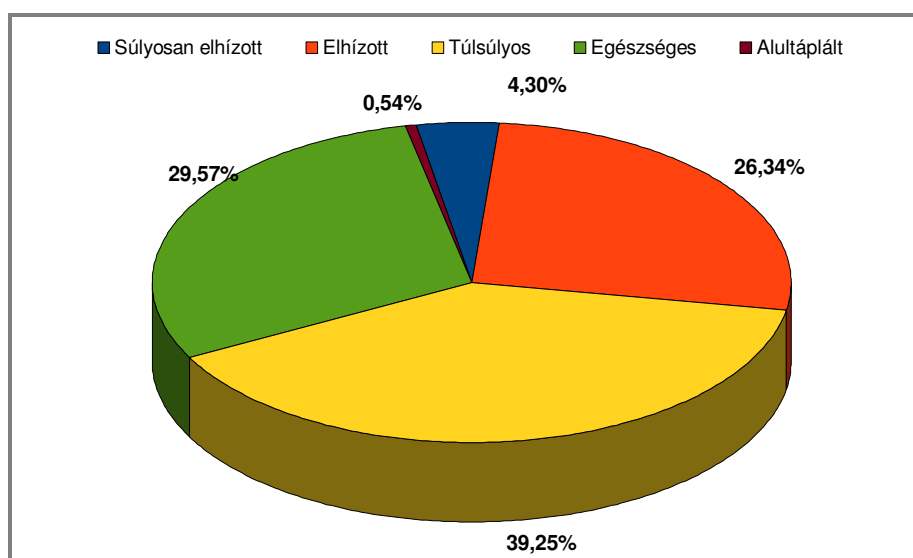
Forrás: saját szerkesztés

53%-ban azt választották, hogy egészségük megőrzése érdekében nem teljesen megfelelően táplálkoznak. Csak 39% válaszolta azt, hogy megfelelően táplálkozik.

A tápláltság, a táplálkozás, önértékelés összefüggéseit legkifejezőbben kapott BMI⁵² értékek és az egészségről alkotott véleményük fejezi ki.

A test-tömeg-index (rövidítve TTI), vagy ritkább elnevezéssel Quetelet-index (angolul body mass index, rövidítve BMI) egy statisztikai mérőszám, mely az egyén testmagasságát és testtömegét veti össze. Kiszámítása során a kilogrammban megadott testtömeget osztják a méterben mért testmagasság négyzetével. $TTI = \text{testtömeg [kg]} / \text{testmagasság}^2 [\text{m}^2]$

A 28. ábra mutatja a betegek testsúlyára vonatkozó információkat.



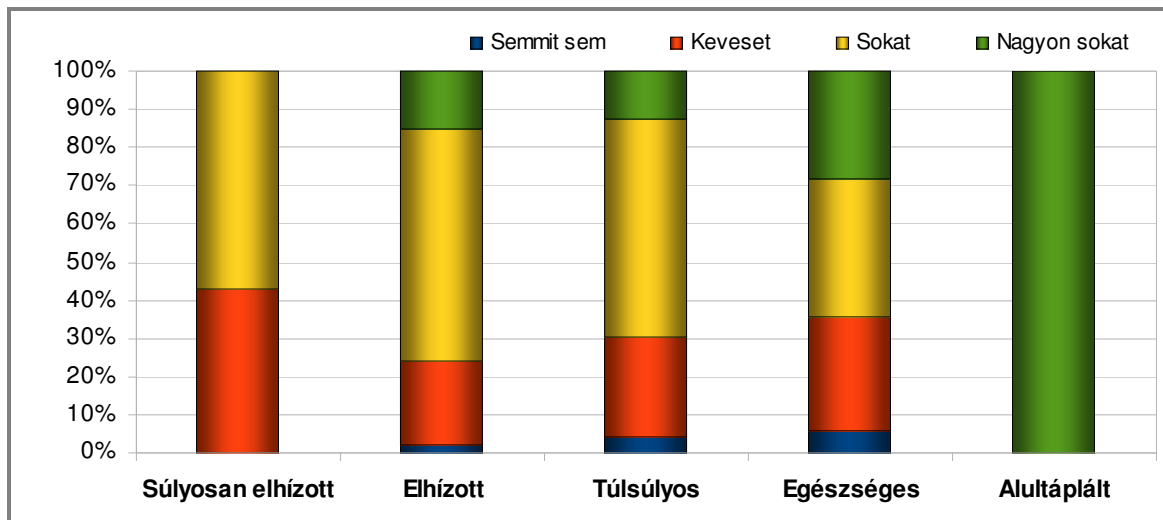
28. ábra: Válaszadók BMI megoszlása

Forrás: saját szerkesztés

⁵² BMI: Body mass index <http://hu.wikipedia.org/wiki/Testt%C3%B6megindex> Letöltve: 2011.02.12.

Az általunk számolt testtömeg-index alapján a vizsgált minta közel 70%-a testsúly-problémákkal küzd. 30% testsúlya egészséges.

A 29. ábra a betegek véleményét tükrözi saját táplálkozásukról kialakított véleményükről, saját felelősségükről.

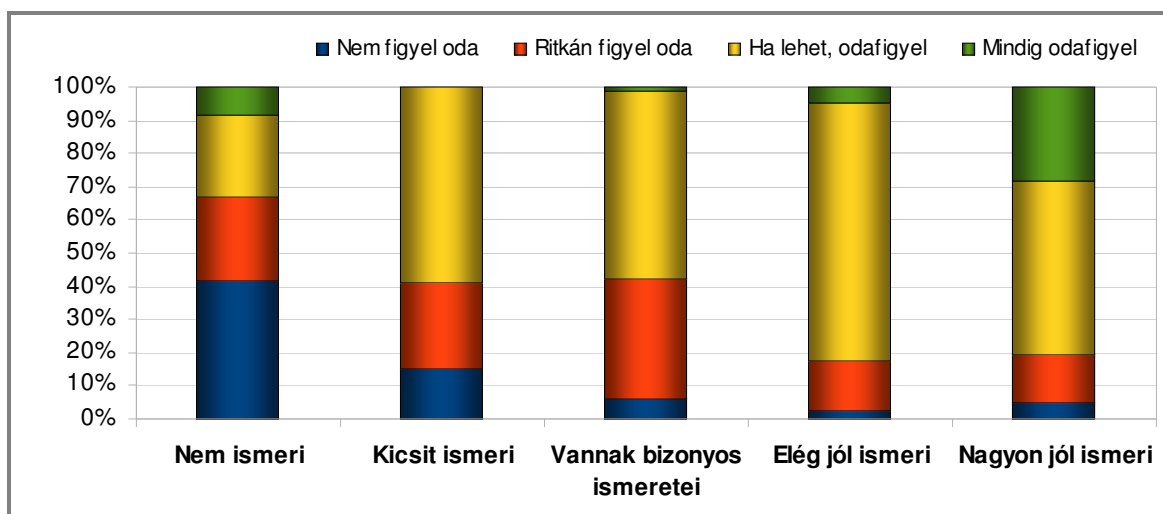


29. ábra: Véleményük saját felelősségükről a BMI tükrében

Forrás: saját szerkesztés

A válaszokból kiderül, hogy minél súlyosabb mértékben elhízottak, annál kevésbé gondolják, hogy sokat tehetnek egészségük érdekében.

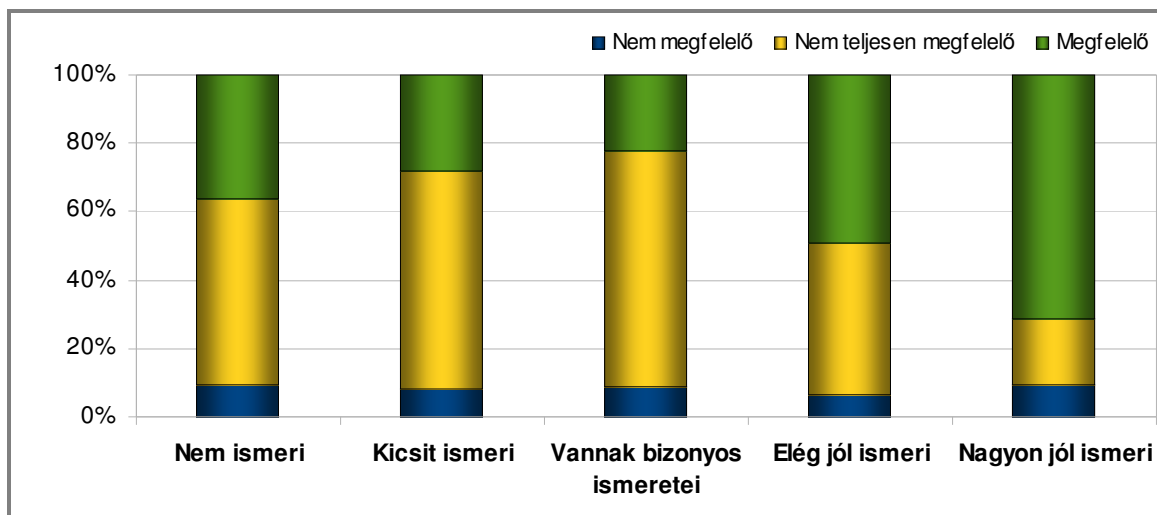
Tekintettel arra, hogy a helyes táplálkozást nagyban befolyásolják az ezen a téren szerzett ismeretek, megvizsgáltuk, hogy mit gondolnak arról betegeink, hogy milyen ismeretekkel rendelkeznek, ezeket hogy alkalmazzák. A 30. ábra foglalja össze válaszaikat.



30. ábra: Táplálkozási ismeretek és alkalmazásuk közötti összefüggés

Forrás: saját szerkesztés

Azok a betegek, akik saját véleményük szerint elég jól, vagy nagyon jól ismerik a helyes táplálkozás szabályait, mégsem figyelnek oda és nem mindig alkalmazzák azokat a gyakorlatban. Az ismeretek és saját táplálkozásuk megítélése közötti összefüggéseket mutatja a 31. ábra.

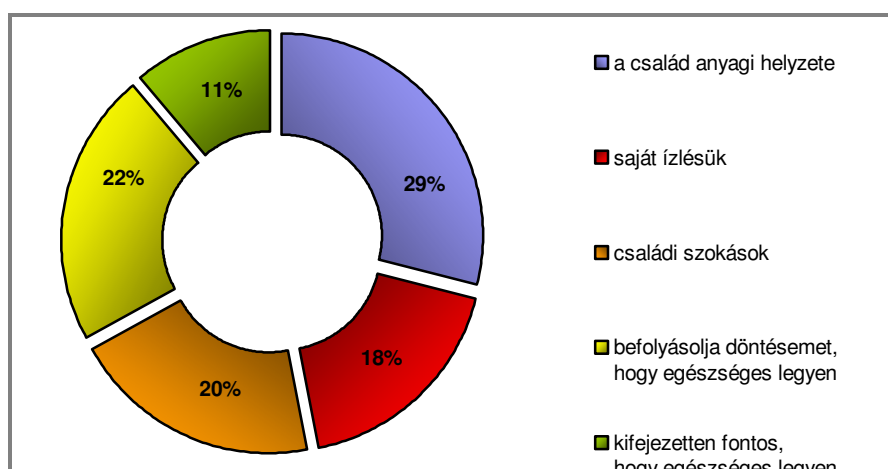


31. ábra: Táplálkozási ismeretek és saját táplálkozás megítélése közötti összefüggés

Forrás: saját szerkesztés

Az egészséges táplálkozási ismereteket és a saját táplálkozást összevető táblázatot megfigyelve az látszik, hogy legtöbben azok vannak, akik nagyon jól ismerik az alapelveket és egyszerre megfelelőnek is ítélik a táplálkozásukat. Ez 66%-ot jelent. Jelentős el-
lentmondás derül itt ki a 70% súlyfelesleggel rendelkezők körében.

Vizsgáltuk továbbá az étkezési szokásaikat és arra is választ kerestünk, hogy mi és milyen mértékben befolyásolja táplálkozásukat. Válaszaikat ábrázolja a 32. ábra.



32. ábra: Mi befolyásolja erősebben családja táplálkozási szokásait?

Forrás: saját szerkesztés

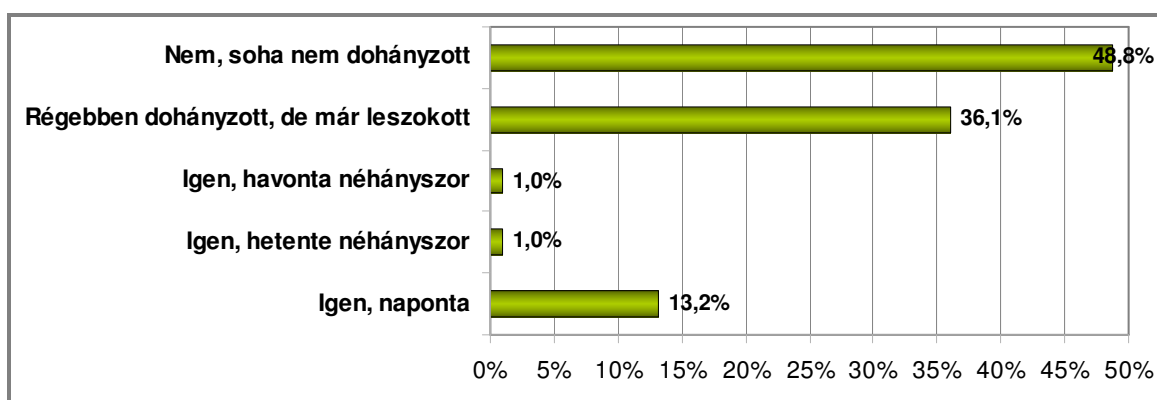
A fontossági sorrend a következő: a család anyagi helyzete 29%, az befolyásolja a döntést, hogy egészséges legyen 22%, családi szokások 20%, saját ízlésük 18%, kifejezetten fontos, hogy egészséges legyen 11%.

Ellentmondásos kép rajzolódik ki. A válaszadók többsége ugyanis nem érzi azt, hogy mindent, de legalábbis sokat tesz saját egészségéért. Azonban nagy részük jónak, elfogadhatónak illetve kielégítőnek tartja egészségi állapotát. Ha mindez igaz lenne, akkor nem szorulnának rehabilitációs kezelésre, és nem is szenvednének kardiovaszkuláris megbetegedésben.

A kapott eredmények azt igazolják, hogy elsősorban az emberek szemléletét kell a helyes irányba terelni. Ha megfelelően gondolkoznának és a megszerzett tudást megfelelően lennének képesek alkalmazni, akkor várhatóan nagyszámban csökkennének a megbetegedések. Ezt igazolták azok az eredmények is, amelyekben a táplálkozást befolyásoló tényezőket vizsgáltuk. A rehabilitáció során ezért kiemelt figyelmet kell fordítani a táplálkozás anyagi vonzatainak elemzésére (olcsóbb, de egészséges termékek javaslása). A táplálkozási szokások újraszervezésekor a család informálása és bevonása adataink alapján szintén kulcsfontosságú (edukáció által a támogatásuk elnyerése).

Dohányzás

Elemeztük a dohányzási szokásokat, mert a dohányzást súlyos problémaként kell kezelnünk a kardiológiai rehabilitációban. A 33. ábra a betegek korábbi szokásait mutatja.



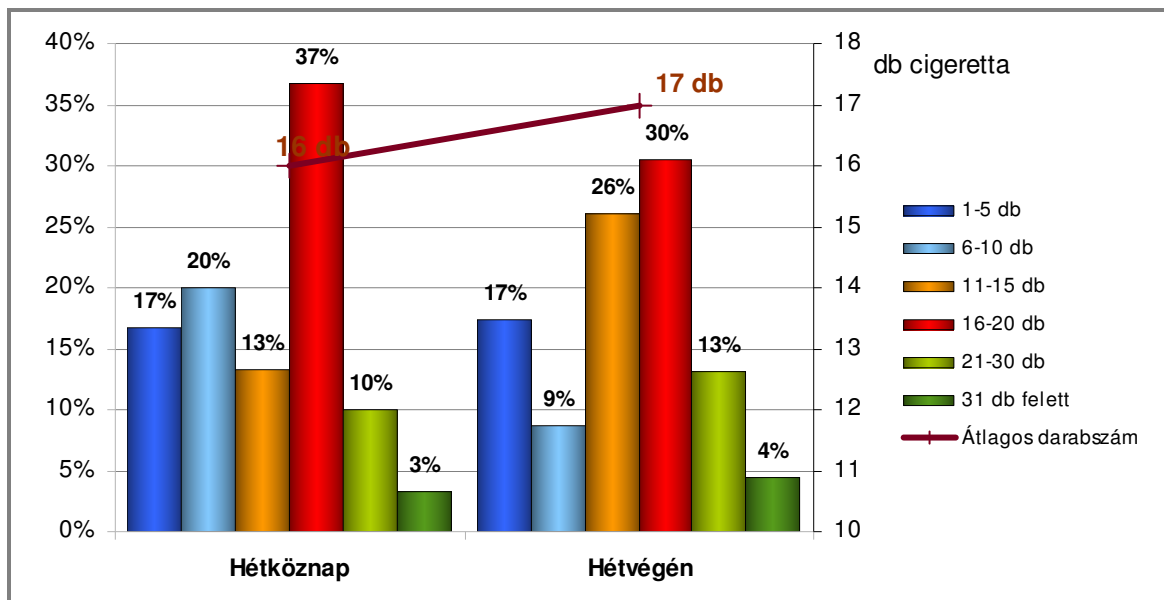
33. ábra: Szokott-e dohányozni, cigarettát, szivart, esetleg pipát szívni?

Forrás: saját szerkesztés

A dohányzást abbahagyók száma változatos képet mutat. A betegek közel fele soha nem dohányzott, 36% régebben dohányzott, de már leszokott. Szomorú adat, hogy 15% nem hagyott fel ezzel a káros szenvedéllyel és közülük 13% továbbra is naponta él vele.

Érdekes megjegyezni, hogy eddigi gyakorlatom során még nem találkoztam szivarozó, illetve pipázó beteggel. Ezért a további kérdések csak a cigarettára vonatkoztak.

A továbbra is dohányzó betegek szokásait elemzi a 34. ábra.

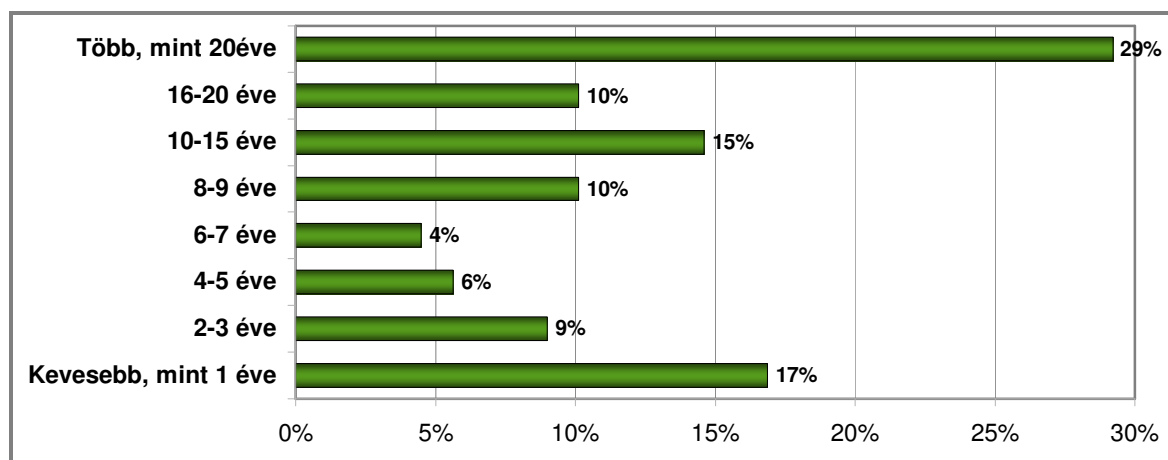


34. ábra: Körülbelül hány cigarettát szív el naponta átlagosan?

Forrás: saját szerkesztés

A továbbra is dohányzó betegek átlagosan 16-17 cigarettát szívnak el naponta. A napi cigaretta szám azonban nagy szórást mutat napi 5 szál alatt, illetve 30 szál felett. Hétvégén valamivel több a cigarettafogyasztás.

Megkérdeztük a dohányzást abbahagyókat, hogy mikor hagyták abba a dohányzást. Válaszaikat a 35. ábra mutatja.

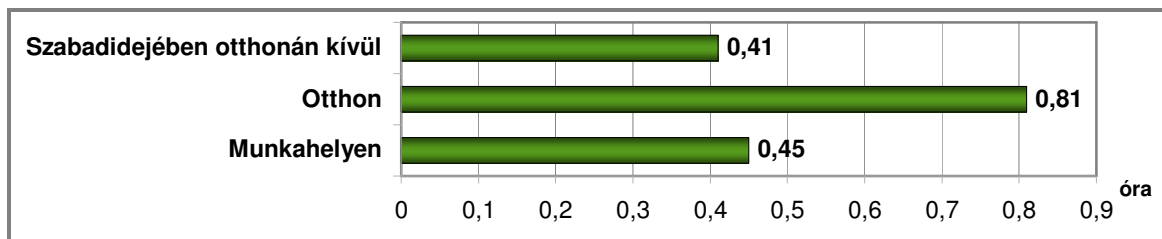


35. ábra: Mikor hagyta abba a dohányzást?

Forrás: saját szerkesztés

Közülük 17% kevesebb, mint egy éve, nagy valószínűséggel az akut betegséget követően hagyott fel a dohányzással. A betegek harmada már több mint 20 éve nem dohányzik.

A passzív dohányzás mértékére kapunk információt a 36. ábra adatai alapján.



36. ábra: Átlagosan naponta mennyi időt tölt az alábbi helyeken olyan helyiségekben, ahol mások dohányoznak

Forrás: saját szerkesztés

Figyelemre méltó, hogy a passzív dohányzás milyen nagymértékben van jelen betegeink életében. Különösen otthonukban jellemző, ami egyben rámutat a család és a közvetlen környezet hatására és felelősségére.

4.3.1.3. A vizsgálat összefoglalása

Megállapítható, hogy a kardiovaszkuláris betegségek gyakoriságának csökkentésében, csak a társadalmi tudatformálás hozhat eredményt.

A vizsgálat értékelése során egyértelművé vált, hogy a kardiovaszkuláris betegségek megelőzése céljából végzett prevenciós munka, valamint a rehabilitációs kezelésbe beépített életmódot befolyásoló tevékenységeink nem kellően hatékonyak. Mind a prevenció, mind a rehabilitációba területén határozottan szükség van alapvető fejlesztésekre.

A prevenciót és rehabilitációt egymásra épülő, egymást kiegészítő kontinuitásnak kell tekinteni. A betegoktatás szerves része kell, hogy legyen a rehabilitációs programoknak, s a megelőző tevékenységeket is eredményesebben kell végezni.

Multi-professzionális és multi-diszciplináris szemléletével folyamatosan alkalmazkodnia kell a kardiológiai rehabilitációnak az igényekhez. A korábban előtérbe helyezett fizikai tréning mellett ma már tudjuk, hogy az életmódi változtatások motiválása és a pszicho-szociális állapot kedvező befolyásolása a sikeres kardiológiai rehabilitáció kulcsa.

4.3.2. Szívérrendszeri betegségben szenvedő cukorbetegség felmérése

A komplex kardiológiai rehabilitációs programok célja a kardiovaszkuláris betegségekből adódó mortalitás csökkentése és az életminőség javítása. A jelenlegi epidemiológiai adatok ismeretében az egyik legégetőbb feladat.

A rizikófaktorok között kiemelkedő a cukorbetegség jelentősége. A világon 2000-ben 171 millióra becsülték a 20 év feletti cukorbetegek számát, amely 2030-ra várhatóan 366 millióra növekszik (Wild, 2004). Hazánkban a 2-es típusú cukorbetegség becsült gyakorisága 5% körül mozog, ez 1942-ben 0,075% volt (WHO, 2003).

A 2-es típusú diabetes veszélyét a társuló kardiovaszkuláris megbetegedések és az érrendszeri szövődmények kialakulásának fokozott kockázata jelentik.

A komplex rehabilitációs programon belül fontos cél az öngyógyító képesség támogatása, a helyes étrend megismertetése.

4.3.2.1. A vizsgálat célkitűzése

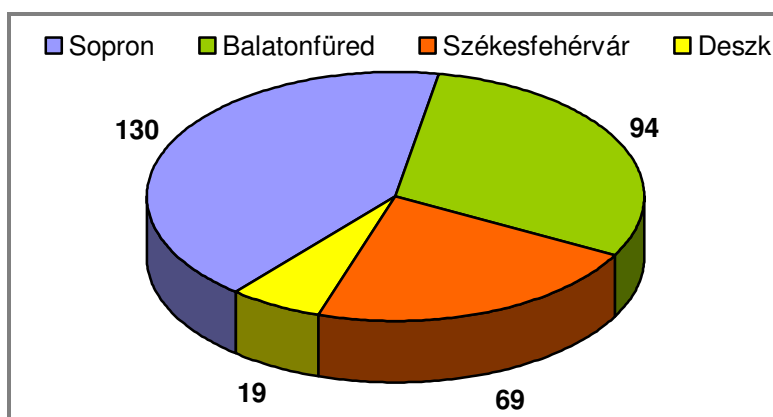
A felmérés kiterjedt a cukorbetegek állapotfelmérésére, oktatásuk jelentőségének és eredményességének vizsgálatára az intézeti kardiológiai rehabilitáció során.

A vizsgálat módszere: négy akut⁵³ és programozott⁵⁴ kardiológiai rehabilitációt végző intézetben összesen 312 beteg kérdőíves felmérésének adatait dolgoztuk fel.

Rögzítettük a betegek kardiológiai rehabilitációt igénylő betegségükkel kapcsolatos adatait, társbetegségeiket, szénhidrát háztartásukat jellemző paramétereiket, alkalmazott gyógyszeres kezelésüket. Megkérdeztük fizikai aktivitással kapcsolatos szokásaikat, táplálkozási ismereteikről érdeklődtünk. Kérdőívünkben arra kerestünk választ, mi befolyásolja az érrendszeri betegségben is szenvedő cukorbetegek ismereteit, honnan szerzik be ezeket, törekednek-e azok tudatos megvalósítására.

4.3.2.2. A felmérés eredményei

A 37. ábra a felmérésben részt vevő intézeteket és a betegek számát mutatja.



37. ábra: A felmérésben résztvevő betegek száma az egyes intézetekből

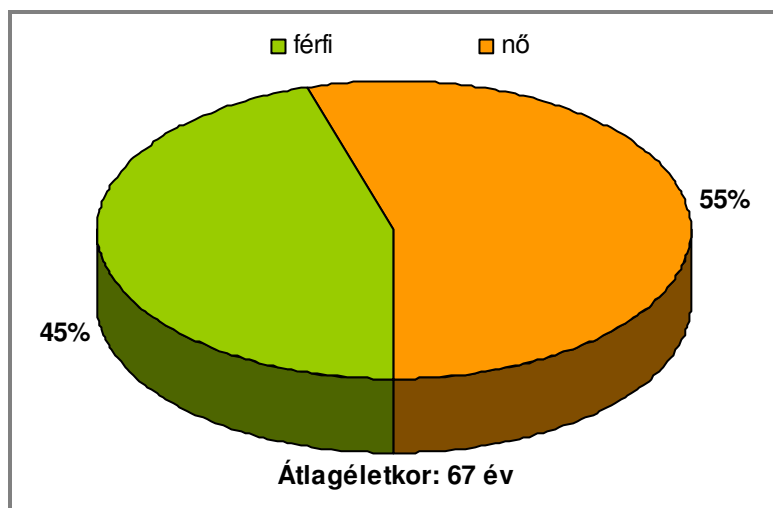
Forrás: saját szerkesztés

⁵³ kórházi kezelést igénylő, 1 hónapon belül kezdődő szív-érrendszeri megbetegedést követő rehabilitáció

⁵⁴ tervezett rehabilitáció 1 hónapnál régebben ismert szív-érrendszeri megbetegedést követően történik

130 beteg Sopronból, 94 beteg Balatonfüredről, 19 beteg Deszkről és 69 beteg Székesfehérvárról vett részt a vizsgálatban. Ugyanezen intézetek munkatársai készítették el az első magyar nyelvű jegyzetet, amely kardiológiai rehabilitáció témakörben megjelent Magyarországon (Bálint, 2009).

A vizsgálatban részt vevő betegek átlagéletkorát, a nők és férfiak arányát mutatja a 38. ábra.

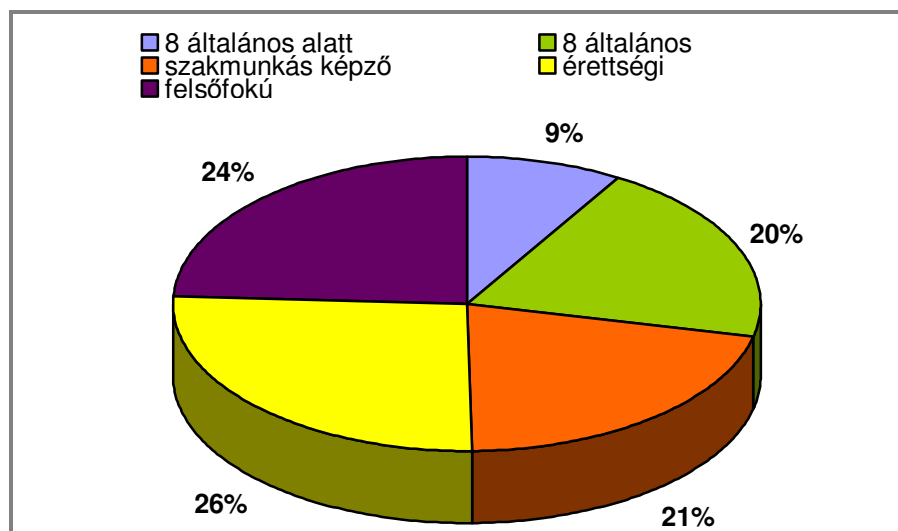


38. ábra: Nemek szerinti megoszlás

Forrás: saját szerkesztés

A kérdőívet kitöltők átlagéletkora 67 év volt. A vizsgálatban résztvevők 55%-a nő és 45%-a férfi.

A 39. ábra az iskolai végzettség szerinti megoszlást tartalmazza.

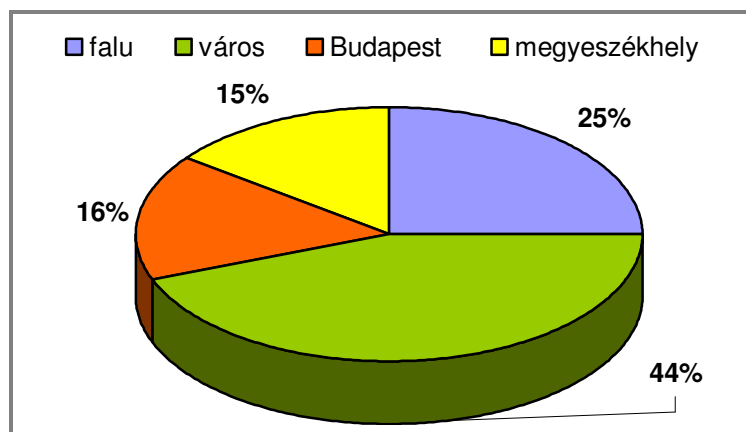


39. ábra: Iskolai végzettség

Forrás: saját szerkesztés

A megkérdezettek 24%-a felsőfokú végzettségű, 24% érettségizett, 21% szakmunkás végzettségű, 20% általánost végzett. A betegek 9%-a nem fejezte be az általános iskolát.

A betegek lakóhelyének jellemzésére szolgál a 40. ábra.



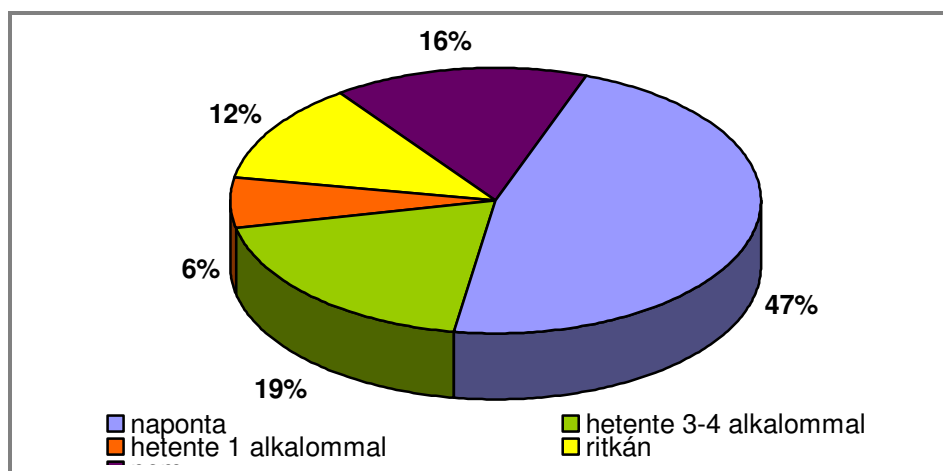
40. ábra: Lakókörzet

Forrás: saját szerkesztés

A betegek 44%-a városban, 25%-a faluban, 15%-a valamelyik megyeszékhelyen illetve 16%-a Budapesten lakik.

Az egészséges életmód alapja a mindennapi testmozgás, ami a helyes táplálkozással együtt biztosítja a szervezet energiaegyensúlyát. Ezzel egyidejűleg a lelki harmónia eléréséhez is nagyban hozzájárul, mert a kielégítő testmozgás a feszültségek levezetésének fontos eszköze. Testmozgáson a legalább 20 percig tartó és szapora szívdobogással, verejtékezéssel járó fizikai aktivitást értjük függetlenül a tevékenység jellegétől.

A megkérdezettek testmozgási szokásaira adott válaszait mutatja a 41. ábra.



41. ábra: Rendszeres testmozgás végzése

Forrás: saját szerkesztés

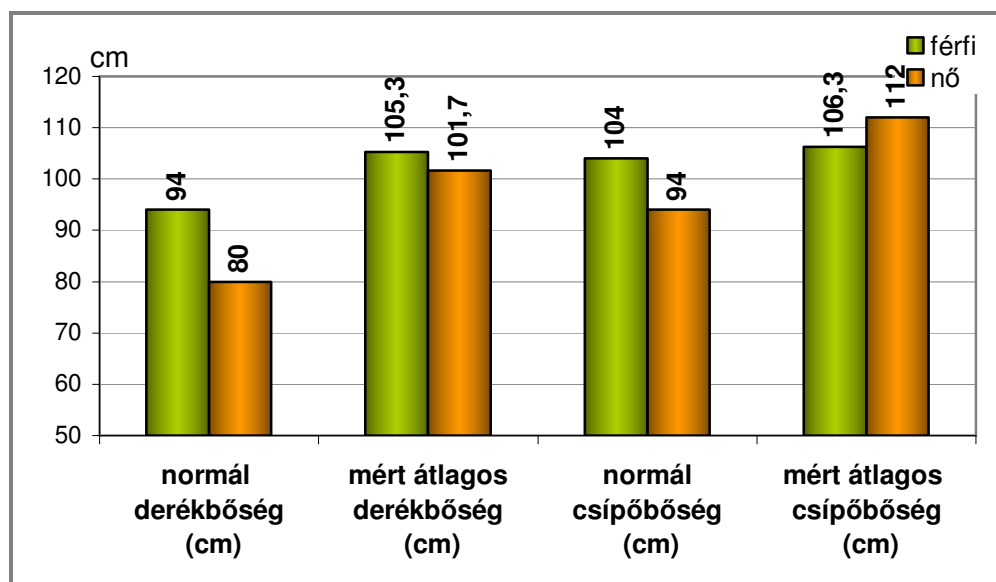
A betegek 28%-a saját bevallása szerint egyáltalán nem, vagy csak ritkán végez rendszeres testmozgást. 25%-uk hetente néhány alkalommal tudatosan mozog, míg napon-
ta a megkérdezettek kevesebb, mint fele teszi ezt.

Megmértük a betegek testtömegét, testmagasságát, derék- és csípőbősségét. Az első 2 adatból kiszámítottuk testtömeg-indexüket a már korábban ismertetett módon. A betegek jellemzése az alábbi beosztás szerint történt⁵⁵:

Testtömeg-index (kg/m ²)	Testsúly osztályozás
< 16	súlyos soványság
16 – 16,99	mérsékelt soványság
17 – 18,49	enyhe soványság
18,5 – 24,99	normális testsúly
25 – 29,99	túlsúlyos
30 – 34,99	I. fokú elhízás
35 – 39,99	II. fokú elhízás
≥ 40	III. fokú (súlyos) elhízás

A férfiak átlag testtömeg indexe 30, a nőké 30,4, tehát az I. fokú elhízás testsúlyos-
tályozást jelentette.

A 42. ábra a derék- és csípőbősség elvárt normálértékeit, illetve a betegek mért átlag-
értékeit mutatja.



42. ábra: Derék és csípőbősség normál és mért átlagértékei

Forrás: saját szerkesztés

⁵⁵ <http://hu.wikipedia.org/wiki/Testt%C3%B6megindex>

Az adatok azt mutatják, hogy mind a nők, mind a férfiak esetében a normál értékeket meghaladó kóros átlagértékeket mértünk. A nők derékbősege 21,7 cm-el, csípőbősege 18 cm-el haladja meg az elvárt normál értéket. A férfiak esetében 11,3 cm, illetve 2,3 cm ugyanez az érték.

A 2. táblázat a laborparamétereket foglalja össze, jelezve a normál referencia értékeket és a betegek mért adatainak átlagát.

2. táblázat: Laborparaméterek

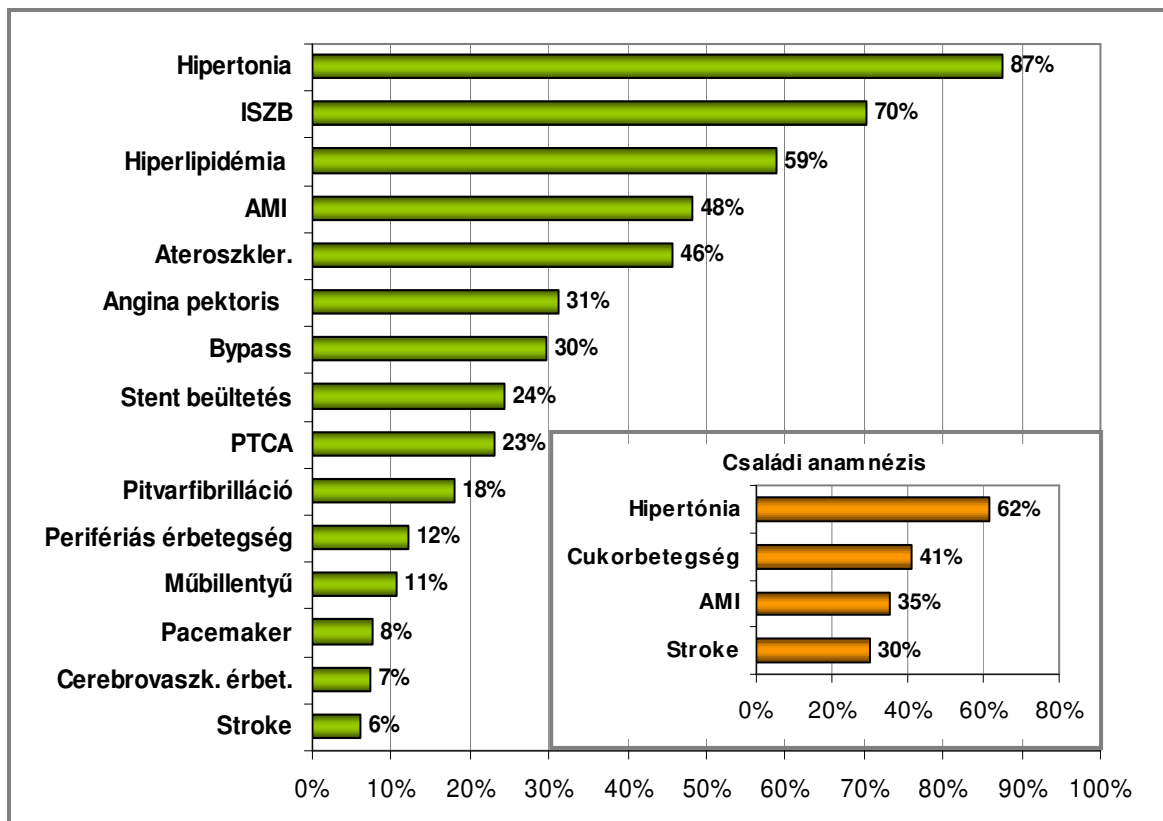
koleszterin (mmol/L)	triglicerid (mmol/L)	LDL (mmol/L)	HDL (mmol/L)	éhtgyomri vércukor (mmol/L)	étkezés utáni vér- cukor	HgA1C
Referencia értékek						
<5,2	0,4–1,82	<3,4	0,9<	3,9–6,0	<7,0	<6,0
Vizsgált betegek átlagértékei						
4,78	2,16	2,65	1,11	7,76	8,76	8,48

Forrás: saját szerkesztés

A táblázat adataiból megállapítható, hogy a szérum koleszterin, triglicerid, valamint származtatott értékei normál tartományban vannak. Ezzel szemben az éhtgyomri, az étkezés után 2 órával mért vércukor értékek és a szénhidrát háztartás hosszú távú egyensúlyát mutató Hemoglobin A1C átlag értékei kórosan magasak. A betegek nincsenek egyensúlyban az alkalmazott gyógyszeres kezelés, cukorbeteg étrend és életmód mellett.

A genetikai tényezők negatív befolyással vannak az adott betegség kialakulásának időpontjára. Ennek összefüggéseit elemezzük a 43. ábrán. A betegek diagnózisait, illetve a családban előforduló betegségek diagnózisait tüntettük fel.

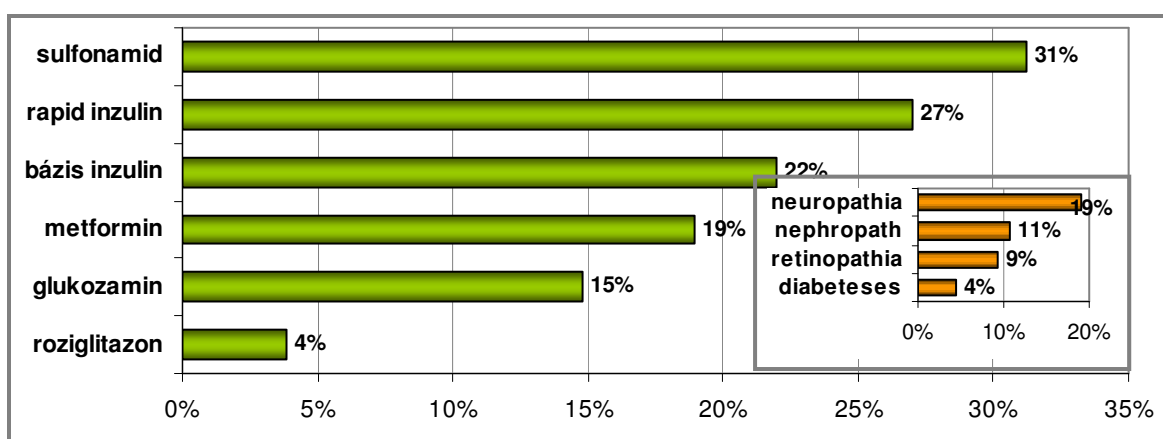
A vizsgálatba beválasztás kritériumaként szerepelt, hogy a vizsgált betegnek mind-egyikének bizonyíthatóan cukorbetegsége legyen. Látható, hogy a leggyakoribb diagnózis a betegek esetében a magas vérnyomás betegség és ez áll az első helyen a családi anamnézis elemzése során is. Ezt követi az ischaemiás szívbetege, magas vérzsír-értékek és a szívinfarktus. A családi anamnézist illetően az ismert családi halmozódás veszélye miatt az adatsor felhívja a figyelmet a magas vérnyomás, a cukorbetegség, a szívinfarktus és a stroke megelőzésének fontosságára, vagyis a primer prevenció jelentőségére.



43. ábra: A diagnózisok előfordulásának megoszlása a családi anamnézis tükrében

Forrás: saját szerkesztés

Cukorbetegség esetében a szövődmények megelőzésének fontos eszköze az optimális gyógyszeres terápia. A 44. ábra a betegek cukorbetegség elleni gyógyszeres terápiáját tünteti fel.



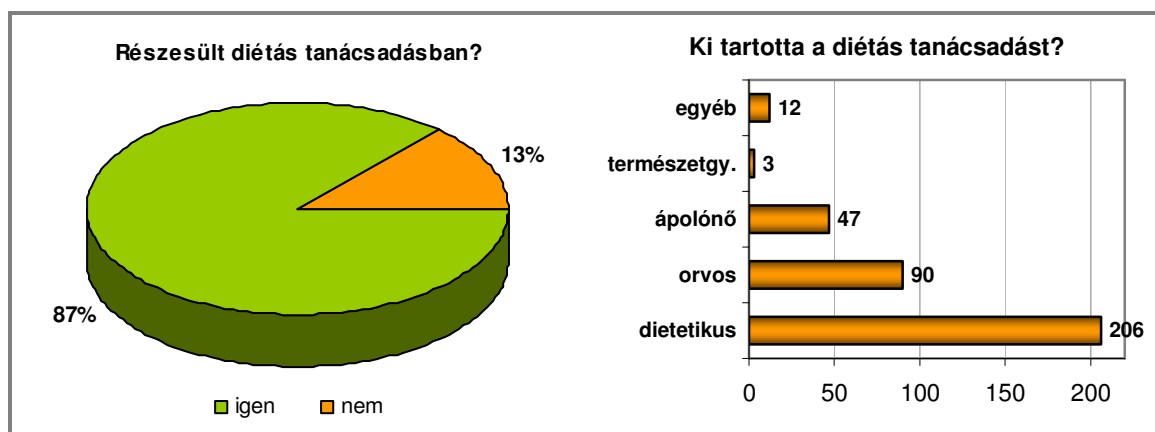
44. ábra: Gyógyszeres kezelés és szövődmények

Forrás: saját szerkesztés

Megállapítható, hogy a betegek 50%-a már nem tablettás, hanem inzulinkezelésben részesül. Azt jelenti, hogy betegségük évek, vagy inkább évtizedek óta fennáll. Az inzuli-

nos betegek oktatása még nagyobb szakmai tudást igényel, mert itt különösen fontos a kiegyensúlyozott, rendszeres étrend, és a mozgás összehangolása.

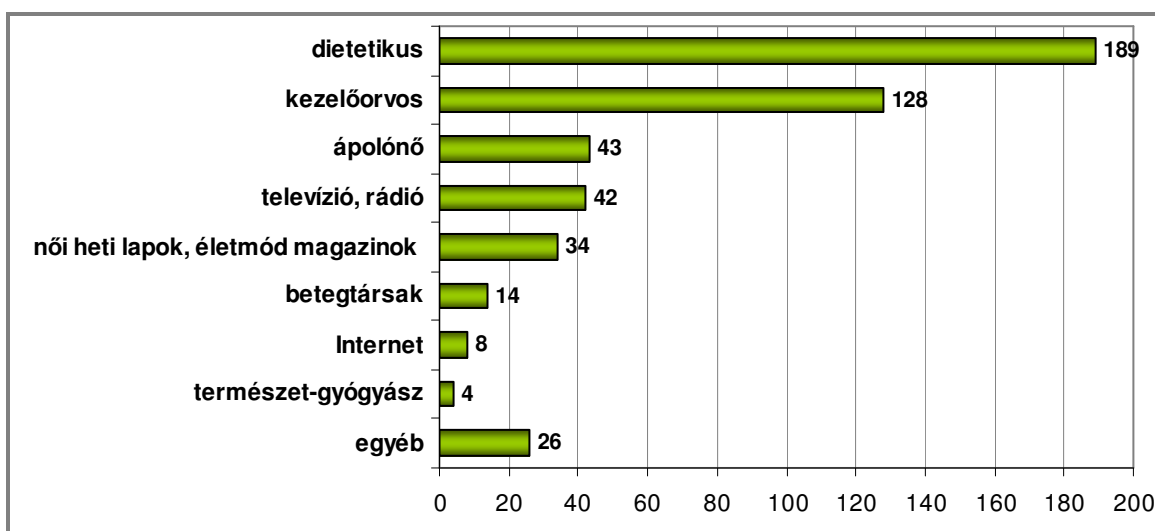
A diétás tanácsadásnak fontosságát mutatja a 45. ábra. Megkérdeztük a betegeket, kaptak-e és kitől diétás tanácsot. A diéta itt alapvetően az egészséges életmód szabályai szerint történő étkezést jelent, nem pedig ízetlen, konyhatechnikailag kevésbé finom ételt.



45. ábra: Diétás tanácsadás

Forrás: saját szerkesztés

A betegek túlnyomó többsége részesült már diétás tanácsadásban. Elgondolkodtató, hogy a betegek 13%-a még egyáltalán nem keresett lehetőséget arra, hogy segítséget kapjon. A diétás tanácsadásban részesülők majdnem 2/3-a diétás nővértől, másik egyharmada orvostól, vagy nővértől kapott segítséget. Összesen 15 beteg más módon keresett segítséget. Az ismeretszerzés forrásait elemzi a 46. ábra.



46. ábra: A megkérdezettek ismereteinek forrásai

Forrás: saját szerkesztés

A döntő többség dietetikus, orvos és ápolónő tanácsait hallgatta meg. Nem elhanyagolható azonban a televízió, rádió, magazinok, betegtársak és az internet szerepe. Az utóbbiak fontos szerepet tölthetnének be a primer prevenció területén, ha az ismeretek terjesztését nem az üzlet és a divat, hanem a szalmi megfontoltság motiválná.

4.3.2.3. Következtetések

Mottó lehet Benjamin Franklin (1706–1790), a híres Massachusetts-ben született tudós híressé vált mondása: „*Mondod nekem, elfelejtem, tanítasz engem, emlékezem, bevonsz engem, megtanulom.*”⁵⁶

- A betegek a rehabilitációs kezelés időszakában túlsúlyosak.
- BMI, derék körfogat és csípő körfogat értékük az elvárható normálérték felett van.
- Éhgyomri és étkezés utáni vércukor értékük magas.
- HgA1C értékük átlaga messze meghaladja az elvárható értéket.
- Az ismeretek szerzése nem tudatos, hanem esetleges.

Javaslat: egységes program megvalósítása:

- elméleti tudás átadása, amellyel a beteg önállóan is képes a diétáját megtervezni;
- azon készségek fejlesztése, amelyekkel gyakorlati tudás alakul ki;
- motiváljuk a gyökeres életmódváltásra, tudatosítsuk a beteggel: egészségéért, illetve gyógyulásáért saját maga is felelős;
- a tanácsadás ne tiltásokon alapuljon, hanem helyezze előtérbe az alapszabályt, mely szerint mértékkel fogyasztva, az ételek nagy része beilleszthető az egészséges étrendbe.

Mindez idő – és szakemberigényes feladat, de szükséges, nem nélkülözhető a megcélzott eredmény érdekében.

A rehabilitált betegek körében végzett életmódot befolyásoló felvilágosító és oktató tevékenység haszna jelentős és minőségi életévek számával jellemezhető.

Összefoglalva: saját kérdőíves felméréseket két különböző időszakban és különböző célcsoportokat érintő betegcsoportban, kardiológiai rehabilitációs osztályon végeztem. Az első elemzés kardiovaszkuláris rehabilitációban részesülő betegek életmód vizsgálata volt. A második vizsgálat során a szívinfarktuson átesett cukorbetegségben szenvedő betegcsoport adatai mutatják, hogy a rizikófaktorok halmozottan fordulnak elő, a mozgásszegény életmód, az egészségtelen táplálkozás, valamint a megfelelő ismeretek hiánya jellemző. Kimutattam, hogy a betegek körében ellentmondás van az elméleti ismeretek és gyakorlati

⁵⁶ Kórácz Mária: Benjamin Franklin, a tudós feltaláló.

http://www.sk-szeged.hu/statikus_html/kiallitas/franklin/elet.htm Letöltés dátuma: 2008.09.10.

alkalmazásuk között. Hasznosíthatók azok a módszerek, amelyek segítenek az ismeretek tudatossá tételében, az eredmények javíthatók. Ez időigényes és szakembert igénylő feladat.

Az eredmények hipotézisemet igazolták. Egyéni felelősségfelvállalása nélkül nem lehet jó eredményeket elérni a rehabilitációban. Ha az egyén nem hajlandó tenni saját magáért, akkor az egészségügy nem képes ezt a magára vett terhet tovább viselni. Más utakat kell keresni. Megtalálhatók azok az eszközök, amellyel a betegek motiválhatók, az esetleges és nem tudatosan használt ismereteik rendszerezhetőek és a mindennapi életükben a rizikófaktoraik csökkentése eredményeképpen képesek felismerni saját felelősségüket saját sorsuk alakításában.

4.4. Ellentmondásos napi gyakorlat, egyenlőtlen hozzáférés

Kialakultak a kardiológiai rehabilitáció szakmai keretei, de jelenleg ellentmondásosan működnek. A korábban csak karosszélig történő rehabilitációt követte a komplex rehabilitációs programok kialakítása és alkalmazása. Jelentős fejlődés figyelhető meg ezen a területen, de a fejlődés egyenetlen az ország különböző régióiban.

OEP adatok elemzésének segítségével megállapítható, hogy az országban működő fekvőbeteg kardiológiai rehabilitációt végző osztályok illetve részlegek nem egységes szemlélet szerint végzik a munkájukat. Nagy eltérések mutatkoznak a jelenleg indikátorként használt átlagos ápolási idő és a halálozás tekintetében.

Nagy hiányosság, hogy a fekvőbeteg rehabilitációt követő, vagy akár egyenesen az aktív ellátást követően folytatandó járóbeteg-rehabilitáció finanszírozása nem megoldott, sporadikusam, esetlegesen folyik Magyarországon. Más országok példája mutatja, hogy a két rehabilitációs forma jól megfér egymás mellett (Jolliffe, 2001), sőt szükségszerűen egymásra épül a megbetegedettek rizikó besorolásának megfelelően (Giannuzzi, 2007).

Munkahelyemen, a Soproni Rehabilitációs Gyógyintézetben rendelkezésre áll ez a rehabilitációs forma a helyi lakosság számára. Saját tapasztalatom, hogy nagyon népszerű, de elsősorban azon betegek körében, akik a fekvőbeteg rehabilitáció programja alapján már motiváltak, megértették a folyamat lényegét és hajlandók érte áldozatokat hozni. Orvosi ellenőrzés mellett ugyanaz a szakember team szükséges hozzá, mint az intézeti rehabilitációhoz.

Nincs OEP finanszírozás minden egyes elemére, ezért csak a dolgozók hivatástudata és szakmaszeretete miatt működik. Kérdés, hol ennek a határa?

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár adatainak segítségével 3. táblázat a kardiológiai rehabilitációs osztályok eredményét mutatja 2000 és 2010 között. A 4. táblázat összefoglalja a 2010-es eredményeket. A két táblázat forrásadatai a *Melléklet M2.14.* adattáblájában részletesen szerepelnek, csupán a legfontosabbakat emelem ki ezen a helyen.

3. táblázat: A kardiológiai rehabilitációs osztályok eredménye, 2000–2010

év	osztályok száma	ágyszám	eset	ápolási nap	finanszírozás (eFt)	halálozási arány
2000	15	1149	21 761	389 134	1 619 507	1,5%
2001	18	1043	21 193	370 287	1 740 066	1,6%
2002	16	1090	20 723	368 318	1 917 033	1,4%
2003	16	1085	20 827	370 185	1 930 345	1,3%
2004	18	1153	21 056	369 545	2 209 462	1,0%
2005	18	1171	21 200	372 709	2 639 471	1,2%
2006	18	1176	20 649	371 476	2 746 916	1,2%
2007	29	1655	23 011	401 100	3 271 100	1,6%
2008	28	1642	27 142	466 671	4 105 911	1,6%
2009	30	1627	27 875	488 477	4 111 287	1,1%
2010	29	1670	27 410	496 368	4 054 551	1,1%

Forrás: Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Budapest, 2011

A 3. táblázat adatai alapján látható, hogy 2000-ben még 1149 ágyon, 2010-ben már 1670 ágyon folyik ez a munka, mintegy másfélszeresére nőtt a kardiológiai rehabilitációs ágyak száma az utóbbi 10 évben. A jelenlegi ágyszám elegendő is lenne az igények kielégítésére, ha országos földrajzi megoszlásuk egyenletes lenne és azonos elvek szerint működnének ezek az osztályok.

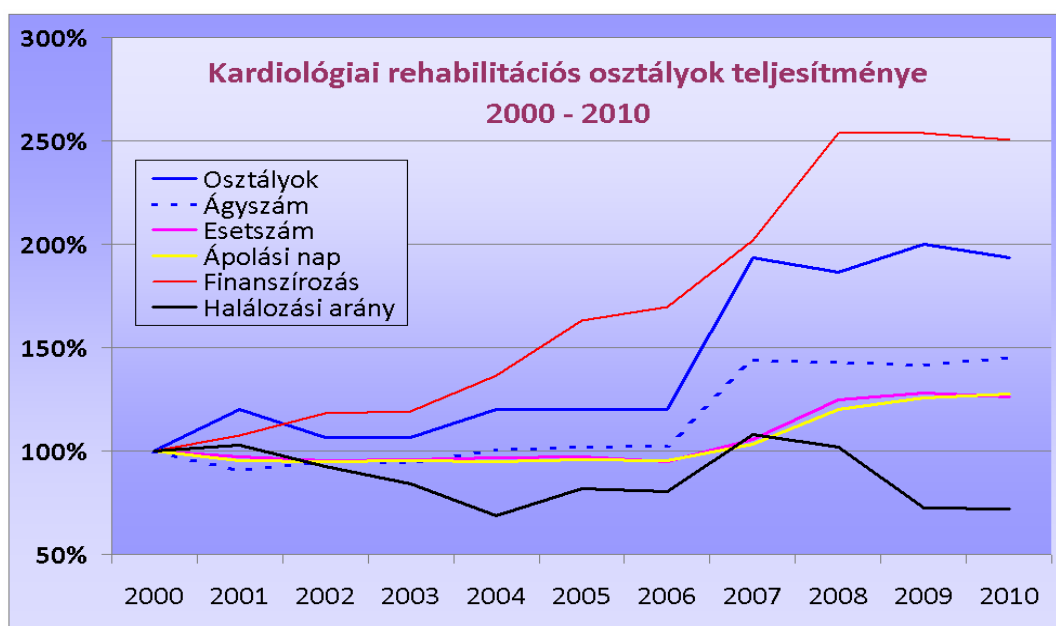
4. táblázat: A kardiológiai rehabilitációs osztályok teljesítménye 2010-ben

megnevezés	egység	érték	min érték	max érték
megye	db	17		
intézet (osztály)	db	29		
ágyszám	db	1 670	10	393
esetszám		27 410	16	6 843
ápolási nap	nap	496 368	468	134 699
súlyozott ápolási nap	nap	727 247	618	210 587
korrekciós szorzó		1,47	1,2	1,7
finanszírozás	(eFt)	4 054 551	3 463	1 170 459
átlagos ápolási idő	nap	18,11	8,3	35,9
ágykihasználtság	(%)	81,4	13,3	100,2
halálozási arány	(%)	1,1	0	14,1

Forrás: Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Budapest, 2011

A 4. táblázat adatai az egyes osztályok működésének nagyfokú egyenlőtlenségeire hívják fel a figyelmet. Jelenleg Budapesten és 17 megyében működnek osztályok, összesen 29 akkreditált helyen. Nógrád – és Vas megyében nincs kardiológiai rehabilitációs osztály, Szélsőségesen nagy eltéréseket mutatnak ágyszám, esetszám, ápolási nap, súlyozott ápolási nap, a finanszírozást meghatározó korrekciós szorzó tekintetében. Hogyan rehabilitálnak azon az osztályon, ahol az ápolási idő 8,3 nap, illetve az ágykihasználtság 13,3%. Ennek alapján belátható, miért olyan nagy a finanszírozási különbség. Az osztály, ahol még 2010-ben is 14%-os halálozás van, szakmai szempontból nem tekinthető rehabilitációs tevékenységet folytatónak, legfeljebb krónikus ápolási osztálynak. A minimumfeltételek között 5% alatti halálozás a megengedhető. Hogyan kaphatott az ÁNTSZ-től⁵⁷ működési engedélyt? Talán bújtatott ágyai vannak?

A 47. ábra az egyes kardiológiai osztályok 2000 és 2010 közötti teljesítményét mutatja, melyen jól megfigyelhetők az időbeli változások, ingadozások.



47. ábra: A kardiológiai rehabilitációs osztályok teljesítménye, 2000–2010

Forrás: Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Budapest, 2011

A 47. ábrából jól látható az osztályok teljesítményének nagyfokú ingadozása. 2007-ben Molnár Lajos illetve Horváth Ágnes egészségügyi miniszterek vezetésével lezajló erőszakos, aktív ágyak gyors leépítésével járó átszervezés során az aktív kórházi ágyak terhére jelentősen megnövekedett a rehabilitációs nevezett ágyak és osztályok száma. A halálozás abban az időszakban történő átlagos ugrásszerű megnövekedése jól mutatja, hogy va-

⁵⁷ Állami Népegészségügyi Tisztiorvosi Hivatal

lójában nem rehabilitációs, hanem az ápolási, krónikus ellátások száma emelkedett. Az összes ágyszám és halálozás tekintetében az átmenetei rendezetlenség után az utóbbi két évben már jobban érvényesülnek a szakmai minimumfeltételek és protokollok szabályai

A rehabilitáció jelenleg nem tud megfelelni azoknak a kihívásoknak, amelyet a nép-egészségügyi adatok ismeretében a társadalomban be kellene töltenie. Az orvostudomány szakágainak rangsorában nem foglalja el azt a helyet, amely megilletné a rá háruló feladatok megoldása érdekében. Az egészségügyi kormányzat programjaiban sokat foglalkozik a rehabilitáció fontosságával, de a valóságban nem látjuk ezek megvalósulását.

Az orvosi rehabilitációban leginkább érintett szakmai grémiumok (szakmai kollégiumok, tudományos társaságok, szakfelügyelet) igyekeznek közös állásfoglalásokkal, szakmai protokollok kidolgozásával befolyásolni az Egészségügyi Minisztérium döntéshozóit. Megfelelő információkkal, adatokkal, javaslatokkal küzdenek a jobb ellátásért.

Az orvosi rehabilitáció tekintetében kiemelkedik néhány probléma:

- A szakma alulértékeltsége a klasszikus orvoslás más ágaihoz képest, ami paradox módon a rehabilitáció iránti igény fokozódásával egyidejűleg nem változik olyan mértékben, mint azt a növekvő igény alapján elvárhatnánk.
- Szűkösség a szakdolgozók tekintetében, elsősorban az orvosi rehabilitáció különböző területein szakorvosi képesítéssel rendelkező szakorvosok száma kevés. Nem kecsegtet gyors javulással a jelenlegi emberi erőforrás krízis a magyar egészségügyben.
- Egyenetlen hozzáférés a szolgáltatásokhoz. A regionális ellátó modell kiépítésének döccsenőkkel nehezített késlekedése rányomja a bélyegét a lakosság rehabilitációs ellátására, illetve annak esélyegyenlőtlenségére.

4.4.1. Gyenge pénzügyi kondíciók, finanszírozás újragondolásának igénye

A krónikus finanszírozás minden hátrányos következményével szembesülünk a fekvőbeteg-ellátásban. Az akut ellátásban a kardiológiai betegek ellátására a homogén betegcsoportok (HBCs)⁵⁸ szerinti finanszírozás történik. Azokat az aktív kórházi ellátási eseteket sorolja egy finanszírozási csoportba, amelyek nagyságrendileg azonos teljesítményértékkel rendelkeznek, azaz közel azonos a szakmai-technikai ráfordítás igénye, és a csoportba sorolás orvosi szempontból is elfogadható. A besorolást elsődlegesen az ellátást indokoló betegségek, a besoroláshoz kiemelt orvosi beavatkozások határozzák meg.

⁵⁸ HBSCs: Homogén betegcsoportok. A fekvőbeteg-ellátás finanszírozásában használt betegosztályozási rendszer. Egészségügyi Stratégiai Kutatóközpont honlapja: <http://fogalomtar.eski.hu/index.php/> Letöltve: 2011.04.13.

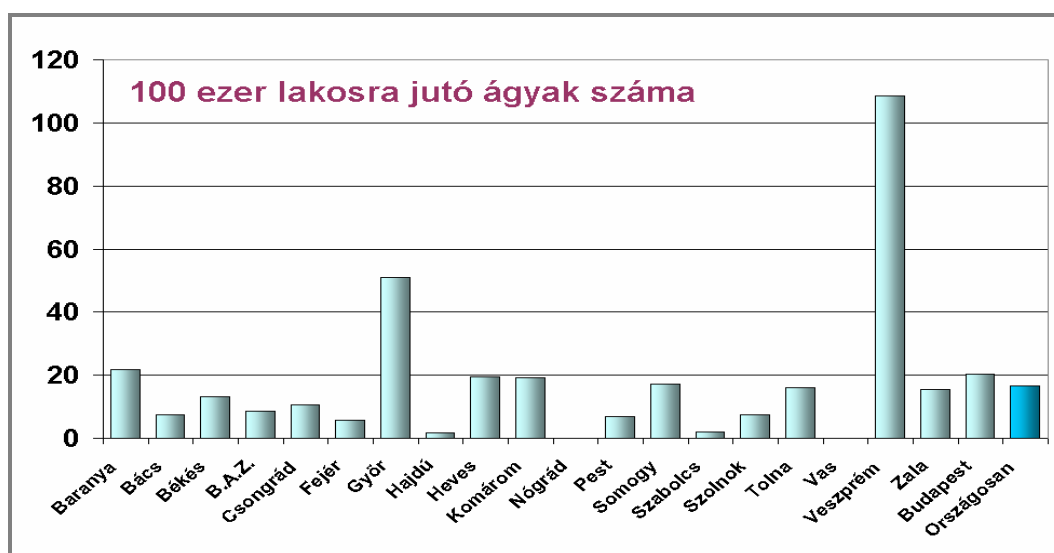
A rehabilitáció és a krónikus ellátás finanszírozása a jelenleg érvényes szabályozás szerint napidíj alapú. Azt jelenti, hogy a beteg naponkénti ellátása után egy meghatározott összeget kap az intézet, ami ún. rehabilitációs szorzóval emelkedik az adott osztály akkreditációs képessége és a minimumfeltételek teljesítése után. Véleményem szerint élesen el kellene választani a krónikus betegek, az akut rehabilitáció (közvetlenül, de legkésőbb 4 héttel a kórházi kezelést követően) és a programozott rehabilitáció finanszírozását. A három betegcsoportnak egészen más a szakmai, ápolási, gyógyszerellátási igénye, amelynek tükröződnie kellene a finanszírozásban.

A beteg rehabilitációs ellátásában szükséges lenne rehabilitációs terv készítése, amelyre a szakmai feltételek adottak.

Javaslom bevezetni a rehabilitációs ellátásban a differenciált finanszírozást. Ennek szempontjai az alábbiak lehetnek:

- a beteg életkora,
- rizikófaktorai,
- a beteg szívének jól megállapítható bal kamra funkciója,
- társbetegségek hiánya, illetve a társbetegességek száma,
- pszichés állapota.

A 48. ábra mutatja 2011. márciusban a 100 000 lakosra jutó kardiológiai rehabilitációs ágyak számát az egyes megyékben.

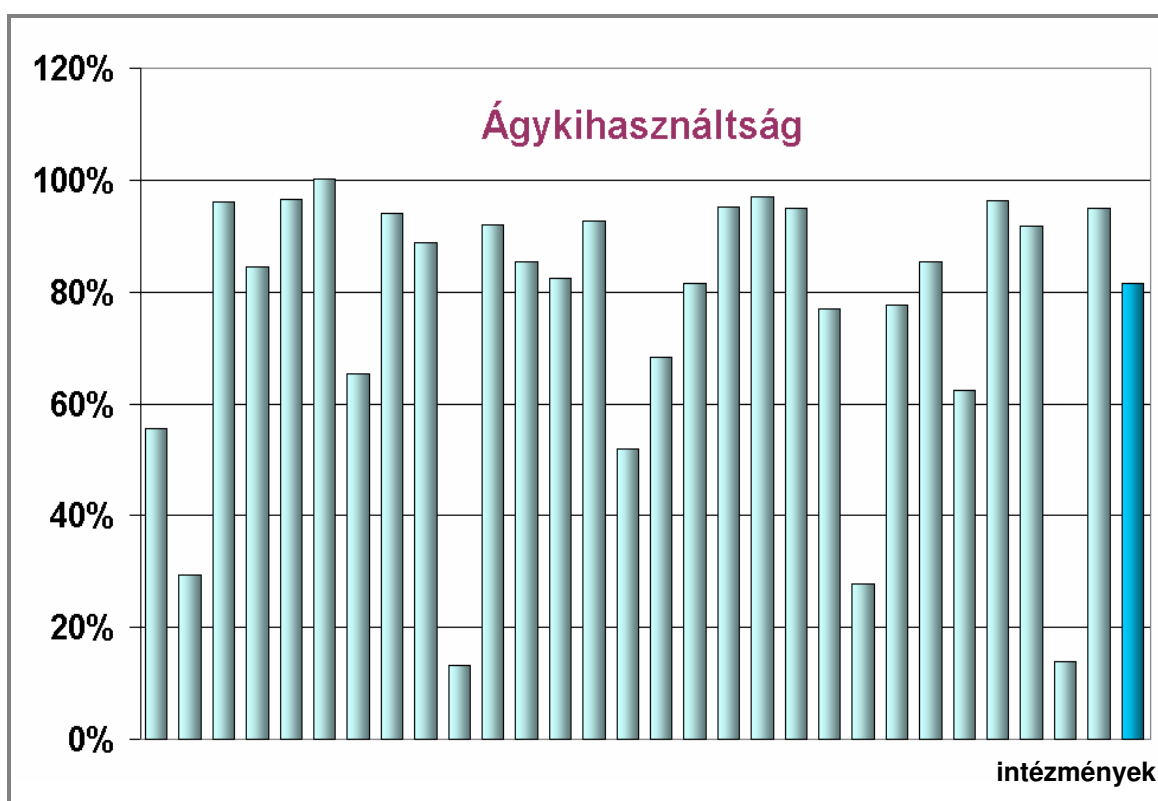


**48. ábra: 100 000 lakosra jutó kardiológiai rehabilitációs ágyak száma megyénként
2011. márciusban**

Forrás: Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Budapest, 2011

A 48. ábra alapján az egyes megyék ellátottsági adataiból kiderül a nagymérvű területi egyenlőtlenség. Szembetűnő, milyen jelentős a megyék közötti aránytalanság. Győr-Moson-Sopron megyében és Veszprém megyében országos hatáskörrel működő intézmények (Soproni Rehabilitációs Gyógyintézet és Állami Szívkórház Balatonfüred) vannak. Ez a két intézet az ország egész területéről fogad betegeket és a szakmai továbbképzések biztosításában is kiemelkedő szerepe van. Ettől a két megyétől eltekintve is jól látható a szervezetlen ellátottság.

Magyarországon, 2011 tavaszán összesen 29 intézeti rehabilitációs osztály működik. A 49. ábra mutatja az x. tengelyen ábrázolt 29 intézmény ágykihasználtságát.

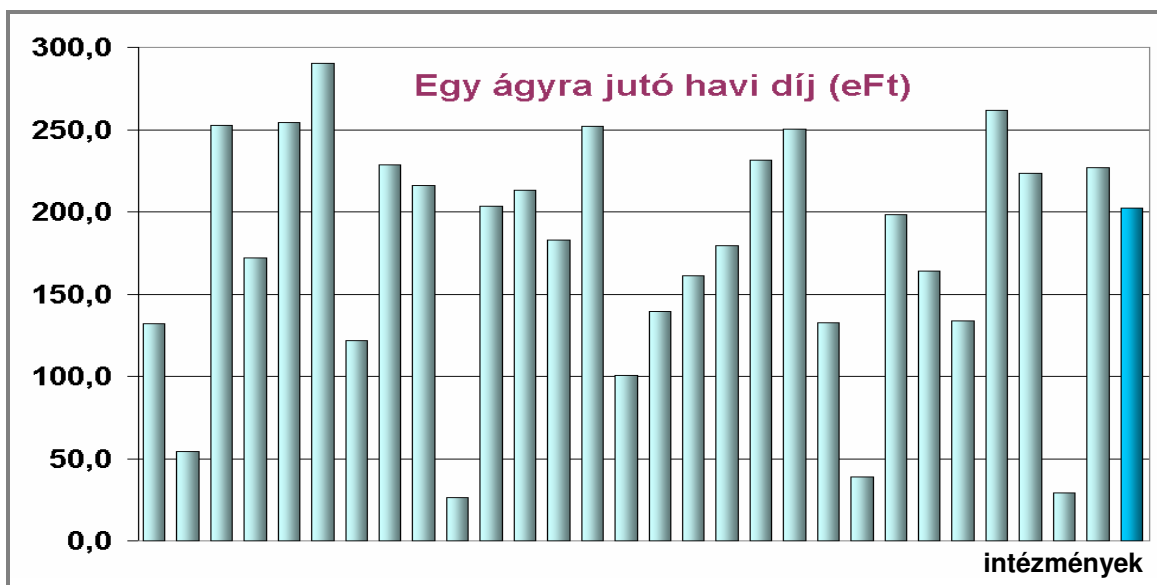


49. ábra: A működő 29 intézmény ágykihasználása 2010-ben

Forrás: Országos Egészségbiztosítási Pénztár. 2011.

Az elvárt és a működést biztosító ágykihasználás legalább 85%. Nem könnyű megérteni, hogyan tud működni a 13%-os ágykihasználtsággal egy osztály vagy részleg, és milyen minőségű rehabilitációs munka folyik ott. Hogyan lehet biztosítani orvosokat, szakdolgozókat, gyógyszereket ennyi finanszírozásból.

Az 50. ábra az egy ágyra jutó havi díjat mutatja a jelenleg működő 29 osztályon.



50. ábra: A 29 intézményben az egy ágyra jutó havi díj (eFt) 2010-ben

Forrás: Országos Egészségbiztosítási Pénztár. 2011.

Az ágykihasználás különbözőségéből következő egy ágyra jutó havidíj különbözősége. Szükséges lenne a struktúra újragondolása. Tapasztalatom szerint sok a rehabilitációs osztályokon végzett, rehabilitációnak „álcázott” ápolási tevékenység. Még ma is tetten érhető, hogy „ál – rehabilitációs” ágyakon krónikus vagy elfekvő szolgáltatásokat nyújtok kanyarítanak abból a zárt kasszából, amiből így még a lehetségesnél is kevesebb jut a valóban rehabilitációt végző osztályoknak

Az 51. ábrán a 2010-es év kardiológiai fekvőbeteg-ellátás finanszírozásának adatai láthatók 2010-ben.

Kardiológiai fekvőbeteg ellátás 2010-ben	Finanszírozás				
	Ágyszám	Eset	összes (eFt)	egy betegre jutó (Ft)	egy ágyra jutó havi Ft
Aktív fekvőbeteg ellátás					
Országos összes aktív fekvőbeteg	44 288	2 146 067	307 375 795	143 227	578 367
Kardiológia összes	2 167	92 596	27 260 669	294 405	1 048 286
Szívsebészet	255	4 801	3 015 906	628 143	987 203
Kardiológia	1 889	86 851	24 078 701	277 240	1 062 514
Csecsemő- és gyermekkardiológia	24	943	166 063	176 063	576 606
Krónikus fekvőbeteg ellátás					
Országos összes krónikus fekvőbeteg	26 961	291 062	59 943 153	205 946	185 277
Kardiológiai rehabilitáció	1 670	27 410	4 054 551	147 922	202 323

51. ábra: Kardiológiai fekvőbeteg-ellátás 2010-ben

Forrás: Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Budapest, 2011

Az 51. ábrából látható, hogy a kardiológiai aktív fekvőbeteg-ellátás meglehetősen költségigényes, az elmúlt évben az összes költség 8,8%-a, 27 milliárd forint volt. Ehhez képest rehabilitációra 4 milliárd forintot költöttünk 2010-ben. Kiemelést érdemel, hogy a krónikus fekvőbeteg-ellátással „egy sorban” szerepel a kardiológiai rehabilitáció. Szükséges lenne kiemelni ebből a sorból a fent ismertetett okok miatt.

Az 52. ábra a kardiológiai járóbeteg-ellátás jellemzőit mutatja.

Kardiológiai járóbeteg ellátás 2010-ben	heti óraszám	Eset	Finanszírozás		
			összes (eFt)	egy betegre jutó (Ft)	egy órára jutó Ft
Országos összes járóbeteg	342 820	65 848 637	131 091 424	1 991	7 334
Kardiológia összes	10 467	1 644 755	3 921 042	2 384	7 184
Belgyógyászati kardiológia	329	50 995	135 051	2 648	7 872
Szívsebészet	256	16 950	28 710	1 694	2 151
Csecsemő- és gyermekszívsebészet	2	259	367	1 418	3 523
Csecsemő- és gyermekkardiológia	1 026	80 761	357 477	4 426	6 685
Általános kardiológia	8 604	1 468 648	3 346 732	2 279	7 460
Kardiológiai rehabilitáció	251	27 142	52 705	1 942	4 030

52. ábra: Kardiológiai járóbeteg-ellátás 2010-ben

Forrás: Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Budapest, 2011

Az 52. ábra adataiból kiderül, hogy az összes kardiológiai szakellátás finanszírozásának csupán 0,03%-át fordítottuk járóbeteg-rehabilitációra. Ha a korábbi elemzések alapján meggondoljuk a szívinfarktus és szívelégtelenség javuló túlélési adatait, egyértelmű a következtetés: nagyobb ráfordítás szükséges.

A járó beteg kardiológiai rehabilitációban pozitív új fejlemény és optimizmusra ad okot, hogy megjelent a 227/2011. (X. 28.) Kormány Rendelet⁵⁹ az egyes egészségbiztosítási tárgyú kormányrendeletek módosításáról és 2011. november 1-től hatályos. Rehabilitációt érintő fő területei:

- rehabilitációs ellátási fogalmak meghatározása;
- rehabilitációs ellátási program szerinti nappali ellátás jelentés és finanszírozás szempontjából fekvőbeteg-ellátási esetnek minősül;
- krónikus rehabilitációs betegellátás súlyozási szorzóinak alkalmazása;
- rehabilitációs ellátási program szerinti nappali ellátás;
- többletkapacitás meghatározás kiegészítése (krónikus ellátás);

⁵⁹ http://adozona.hu/orac_import/68547_227_2011_X_28_Korm_rendelet_egyes Letöltve: 2011.11.28.

- a fekvőbeteg-szakellátásban finanszírozható szakmák köre módosul;
- a finanszírozási szerződéssel lekötött járóbeteg-szakellátási kapacitások meghatározása módosul.

A Kormány Rendelet módosításainak alkalmazása lehetőséget ad a járóbeteg-ellátás jobb megszervezésére.

4.4.2. A szükséges struktúra változtatás koncepciója

Az egészségügy struktúra átalakításának egyik fő célterülete az aktív kórházi ágyak számának csökkentése és az ellátásoknak a krónikus jellegű ágyakra, ill. a járó beteg forgalomba történő átirányítása.

Az orvosi rehabilitáció magas szinten történő művelésének számos kritikus területe van, amelyek tisztázása nélkül a fejlesztések hibás irányba mehetnek. A legfontosabbak az alábbiak:

- Az egészségügyi ellátást prevenciós és rehabilitációs szemléletűvé kell alakítani
- Az orvosi rehabilitációt, mint önálló szakterületet, a tartós ápolástól, az idősödő korosztály komplex ellátásától és a krónikus kórházi kezelést igénylők ellátását szolgáló programoktól elkülönítve szükséges fejleszteni.
- Ki kell emelni az orvosi rehabilitáció növekedő feladatköreit és komplexitását a lakosság öregedésével, és a munkaképességgel kapcsolatban. Az orvosi rehabilitáció a kapcsolatát a foglalkoztatási, pedagógiai és a szociális rehabilitáció eszköz-rendszerével és céljaival össze kell hangolni, az intézkedéseket egységes szemlélettel, lehetőleg közös nyelvezettel – ami ideálisan az FNO (Funkciók Nemzetközi Osztályozása) rendszerén alapul – szükséges fejleszteni.

Az orvosi rehabilitációban is van aktív, ill. korai rehabilitációs ellátás, ami az intenzív kezelés befejezése után azonnali rehabilitáció megkezdését jelenti elsősorban a (neuro)traumatológiai, az agyi vaszkuláris és a kardiovaszkuláris akut esemény után. Ennek feltételeit hatékonyan területi (régiós/megyei) centrumokhoz, aktív ellátási spektrummal rendelkező kórházi környezetben lehet megvalósítani. Emellett szükség van a programozható, illetve ismételt rehabilitációra, esetenként karbantartó kezelésre is. Utóbbi ellátások szervezhetők kisebb kórházak területén és a kistérségekben is.

Az orvosi rehabilitáció finanszírozási szükséglete, különösen a korai intenzív rehabilitációé a progresszív ellátás magasabb szintjén meghaladja a jelenleg e célra rendelt pénzügyi keretet. Az orvosi rehabilitációs ellátó rendszer fejlesztésével egyidejűleg a hiányzó szakemberek – orvosok és más diplomás és szakdolgozók – képzéséről gondoskodni szükséges.

Összefoglalva, a kardiológiai rehabilitáció szakmai keretei, annak szükséges fázisai kialakultak, de ellentmondásosan működnek. Nem minden beteg jut el kardiológiai rehabilitációra, jelenlegi ismereteink szerint csupán a betegek 30%-a. Ennek számos oka van, melyek okok a feltárást követően megszüntethetők. Az intézeti rehabilitációt követő, vagy azt adott objektív feltételek mellett felváltó járó beteg kardiológiai rehabilitáció nem megoldott. Jelenleg nincs Országos Egészségbiztosítási Pénztár által történő korrekt finanszírozása.

4.5. A rehabilitált betegek visszavezetése a munkaerőpiacra

Gazdasági szempontból az elmúlt években folyamatosan válságokat kellett megélni. ezekre a válságokra a társadalomnak nem voltak jó válaszai. Az egyén nem tud alkalmazkodni ehhez a külső környezethez. Az egyén környezete sem képes segíteni és az egészségügyben sem találja meg a támogató hosszú távú megoldásokat, mert érdekérvényesítő pozíciója gyenge, olyan megoldási formákat keres, ami átmenetileg enyhíti a problémáit, de nem oldja meg.

A munkaerő piac problémája: az 1990-es évek szocialista nagyiparának széthullásával a nagy gazdasági átalakulásának vesztesei lettek a megváltozott munkaképességű emberek. A társadalmi béke fenntartásának érdekében a munkanélküliség helyett rokkantnyugdíjba segítették őket, a társadalmi-gazdasági problémát nem vállalta fel a politika, hanem áthárította az egészségügyre. Európai összehasonlításban Magyarországon van a legtöbb rokkantnyugdíjas személy. A jelenlegi finanszírozás mellett a rehabilitált beteg még mindig jobban érdekelt a rokkantításban, mint a munkaerőpiacra való visszatérésben.

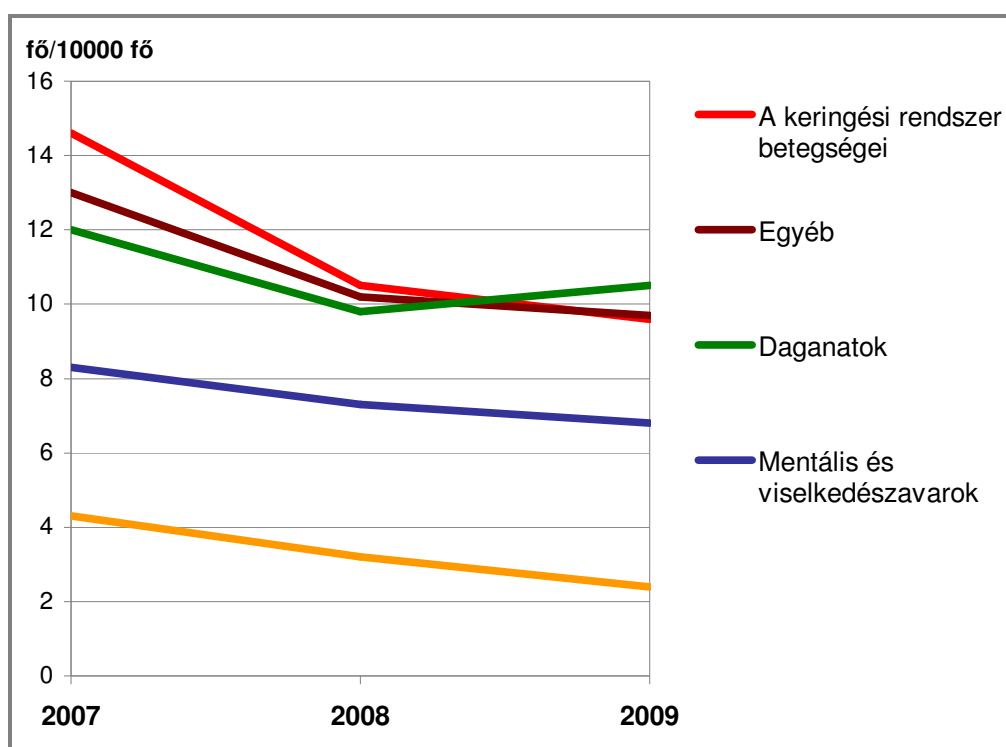
A betegsége rizikófaktorai között első helyen szerepel a kóros munkahelyi stressz, ami miatt nem akar visszamenni a korábbi munkaadójához.

A másik oldalon a korábbi munkaadó megfelelő egészségügyi ismeretek hiányában fél a megváltozott munkaképességű személy ismételt alkalmazásától. A rendelkezésre álló és orvos szakmai szempontok szerint összességében jól működő rehabilitáció ellenére a rokkantnyugdíjasok és járulékot kapók arányát az aktuális társadalmi-gazdasági környezet jelentősen befolyásolja. Évről-évre komoly pénzüsszegeket fordít erre az állam. A rehabilitált beteg szívesebben veszi az ugyan alacsony, de havonta fixen érkező rokkantnyugdíjat, s mellette a szürke-fekete gazdaságban áruba bocsátja munkaerejét. Ez azonban csak nagyon rövid távú gondolkodást fejez ki: tartósan marad az alacsony járadék akkor is, ha a későbbiekben elveszíti munkaerejét. A társadalom is nagyon rosszul jár, mert járadékfizetés helyett a személy

folyamatosan járadékot kap, véglegesen kiesik az aktív munkavállalók közül. A szürke-fekete gazdaság virágzik tovább, ami alapjában vége senkinek sem érdeke.

Ennek igen jelentős a gazdasági negatív hatása. Ha ezt az összeget a rehabilitációs munkahelyek teremtésére lehetne fordítani, akkor megváltozott munkaképességű személyek ismét aktív tagjai lehetnének a társadalomnak, ami a komplex rehabilitációs szemlélet egyik fontos eleme. Adót és járulékot fizetnének, javulna az életminőségük, teljes értékű embernek érezhetnék magukat.

Az 53. ábra az új rokkantak számát, betegségcsoport szerinti megoszlását és 10 000 munkavállalóra való gyakoriságát mutatja.

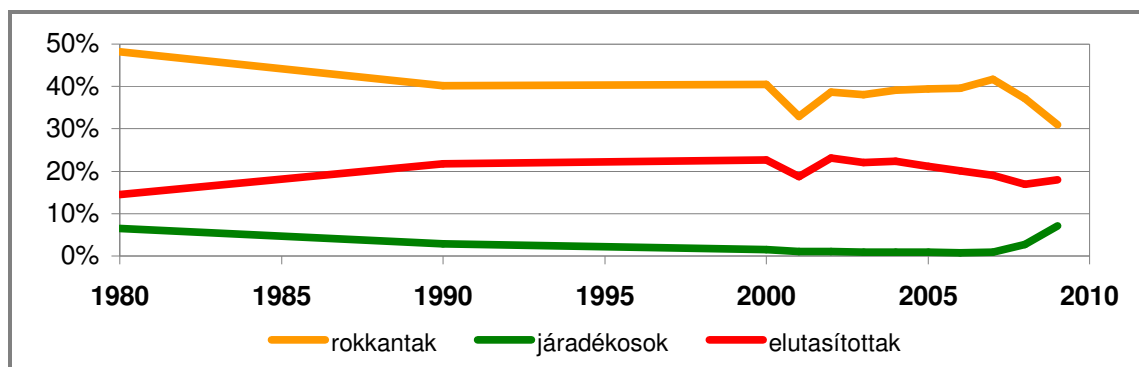


53. ábra: Az új rokkantak tízezer munkavállalási korúra jutó gyakorisága betegfőcsoport szerint

Forrás: Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2009. KSH, Budapest, 2010

Az 53. ábra adatai szerint a daganatos megbetegedésben szenvedőket kivéve kissé csökkent az utóbbi években az új rokkantak száma. Kardiológiai rehabilitáció szempontjából kedvezőbb a tendencia, mert nagyobb mértékben csökkent a keringési rendszer betegségei miatt történt rokkantásítás, mint a többi megbetegedés következtében.

Az 54. ábra az I. és II. fokú orvosi bizottságok által végzett véleményezések arányát mutatja 1980–2010-ig. A rokkantak, járadékosok és elutasítottak aránya jelentősen változott.

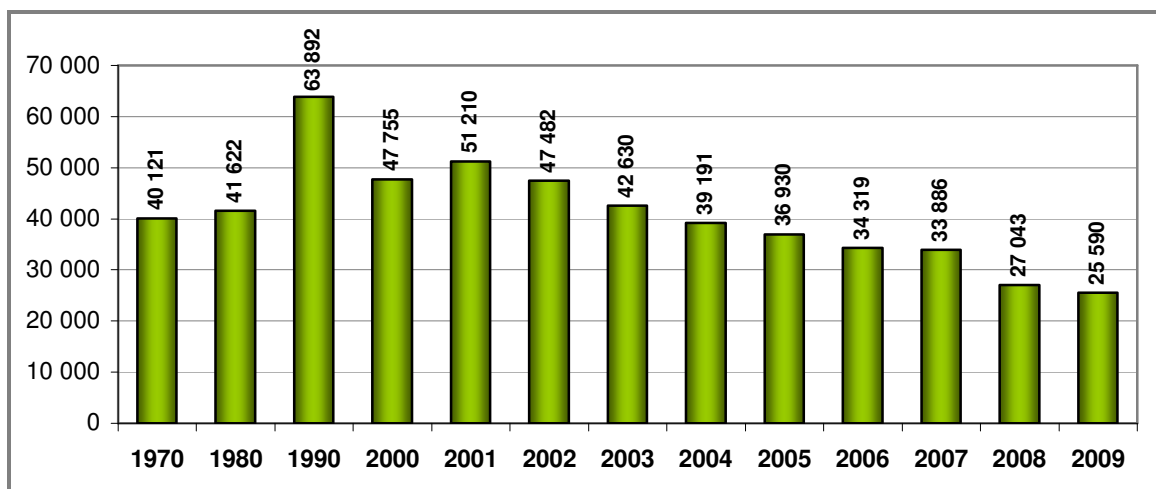


54. ábra: Az I. és II. fokú orvosi bizottságok által végzett véleményezések aránya⁶⁰

Forrás: Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2009. KSH, Budapest, 2010

Az 54. ábra adatai alapján látható, hogy fokozatosan csökkent az utóbbi 30 esztendőben a rokkantásítottak száma, illetve emelkedik az elutasítottak aránya, különösen az utóbbi 3 évben. Az utóbbi években jelent meg a járadék lehetősége, ami a munkaerőpiacra való visszavezetés első lépése.

Az 55. ábra 1970-től, az utóbbi 39 esztendő során véleményezett új rokkantak számát mutatja.



55. ábra: A véleményezett új rokkantak száma⁶¹

Forrás: Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2009. KSH, Budapest, 2010

Jól megfigyelhető, hogy az 1990-es évben a gazdasági válság és a rendszerváltás időszakában az ún. „szocialista nagyipar” rendszerének összeomlása idején a társadalmi béke megőrzése érdekében kiugró mértékben megnövekedett az új rokkantak száma. Akkor a politika az egészségügyre hárította a közterhek viselését. Ezt követően aztán folyamatosan

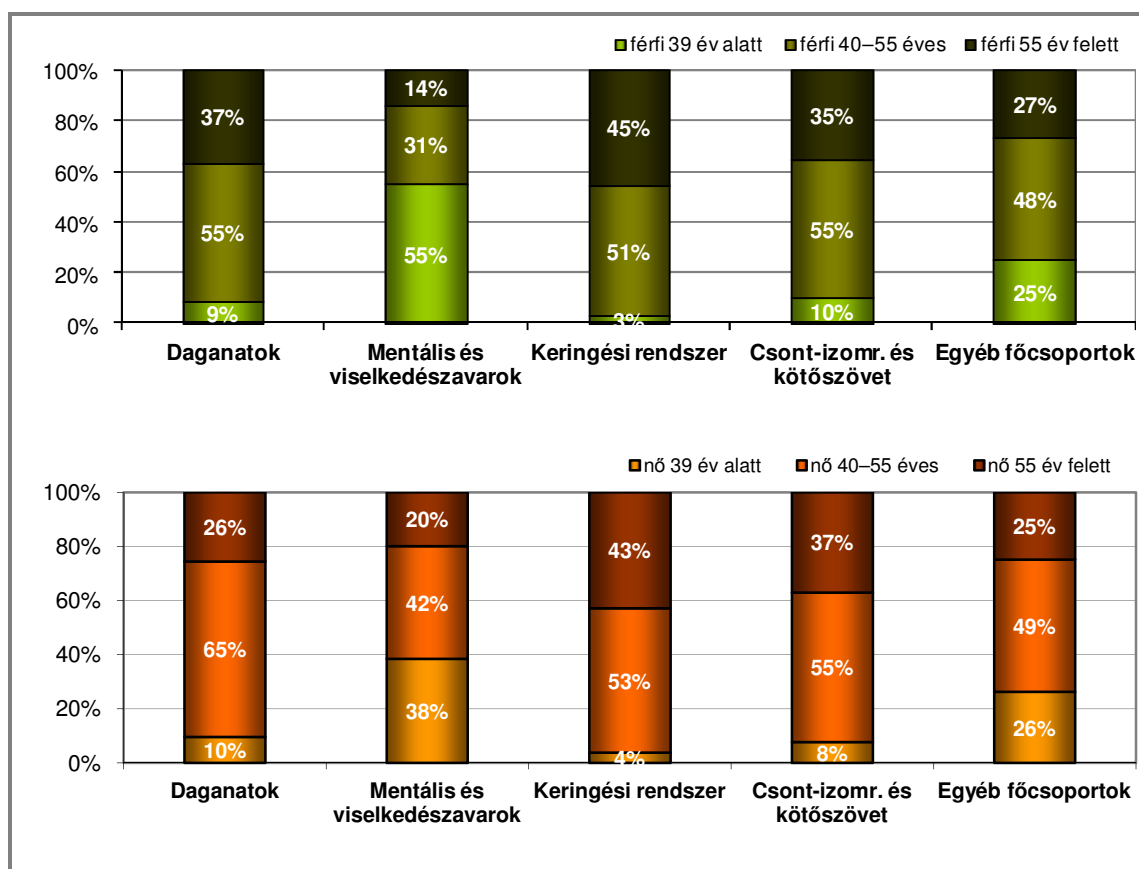
⁶⁰ 1992-ig az 50-66%-os csökkentett munkaképességű bányászok és a MÁV adatai nélkül.

⁶¹ 1992-ig az 50-66%-os csökkentett munkaképességű bányászok nélkül.

csökken az új rokkantak száma. 1990-ben két és félszer nagyobb az új rokkantak száma, mint 2009-ben. A 20 évvel ezelőtt tömegesen rokkant nyugdíjba vonulók természetesen azóta is folyamatosan kapják járadékaikat és mostanában jutnak abba az életkorba, hogy ismét egyre nagyobb szükségük van az egészségügyi ellátásra.

Az 54-55. ábra adataiból látszik már a 2007. évi LXXXIV. törvény hatása, hiszen emelkedik az utóbbi 3 évben a járadékosok aránya. Nekik van reményük a munkaerőpiacra való visszatéréshez. Személyes tapasztalataim alapján azonban tudom, hogy a járadékos betegek körében elég nagy a bizonytalanság, mert nem tudják, hol lesz számukra a közeljövőben elfogadható munkahely. Ebben a tekintetben a kistérségek illetve helyi önkormányzatok szerepe és felelőssége hangsúlyozott, hiszen ők ismerik a közvetlen környezetüket, a helyi lehetőségeket, cégeket. Kapcsolati tőkéjüket szükséges lenne kiaknázni a munkába visszatérni szándékozó gyógyult betegek javára.

Az 56. ábra mutatja az új rokkantak számát nem, korcsoport és betegségfőcsoportok szerint. Az adatok alapján figyelmeztető tendenciákat láthatunk.



56. ábra: Az új rokkantak aránya nem, korcsoport és betegségfőcsoport szerint, 2009

Forrás: Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2009. KSH, Budapest, 2010

Mind a nők, mind a férfiak között 39 év alatt kiemelkedik a mentális és viselkedés-zavarok nagy száma a rokkantságot okozó tényezők közül. Mindez a társadalmi bizonytalanság és az egyén kiszolgáltatottságára hívja fel a figyelmet. A már korábban részletezett kardiális rizikófaktorok között vezető helyen szerepel a stressz és a szorongás. Ha ilyen magas a fiatalok veszélyeztetettsége, számíthatunk arra, hogy megnyilvánul szív- és érrendszeri betegség formájában. Ez is kiolvasható már az adatokból: 40-55 éves korig és még inkább 55 éves kor felett mindkét nemben a keringési rendszer betegségei „vezetnek”. Még egy indok arra, hogy a jelenség nemzetgazdasági hatását vizsgáljuk és a megelőzés illetve a betegséget követő rehabilitáció felelősségét nagyon komolyan vegyük. Még egy aspektusból fontos a következtetés: elégtelen rehabilitáció esetén összeomolhatnak a jóléti rendszerek (Ari, 2009).

4.5.1. Törvényi szabályozások

Az Európa Tanács 2006-ban elfogadta az EU tagállamok egészségügyi rendszereire vonatkozó közös alapelveket és értékeket, mint univerzális magas szintű ellátáshoz történő hozzáférés. Egyenlőség, szolidaritás. Ezen elvek betartásával készült a törvény.

2007. évi LXXXIV. törvény a rehabilitációs járadékról érvényben van, pozitív irányú változások elsegítője lehetne, ha alkalmazása következetes lenne.

Az Országgyűlés az egészségkárosodást szenvedett személyek megmaradt, fejleszthető képességeire épülő rehabilitációjának, társadalmi reintegrációjának elősegítésére, továbbá a rehabilitáció időtartamára a jövedelemarányos kereset pótlás érdekében alkotta meg ezt a törvényt.

A rokkant és a megváltozott munkaképességű emberek jelenlegi társadalombiztosítási és szociális ellátását számos különféle időpontban, különféle értékrendek alapján megállapított juttatás, támogatás biztosítja. Az ellátórendszer egésze az ellátások tartós igénybevételére és az azok melletti kiegészítő jövedelemszerzésre és nem a rehabilitációra ösztönöz. Az elmúlt 6-8 év fejlesztései eredményeként a rehabilitáció számos intézménye, szolgáltatása már létezik, de több alapvető intézmény még hiányzik, és a meglévők sem alkotnak egymásra épülő rendszert.

Ennek megváltoztatására a törvény célja a megváltozott munkaképességű személyek számára olyan ellátórendszer és foglalkoztatás-központú rehabilitációs szolgáltatási és támogatási rendszer kialakítása, amelyben *a rehabilitálható megváltozott munkaképességű személyek számára a foglalkoztatás nyújt megbízható jövedelmet és megélhetést*. Ebből következően rokkantsági nyugdíjban csak azok az aktív korúak részesülnek, akik teljes ér-

tékű munka végzésére rehabilitációval sem tehetők képessé. Ezáltal nő a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatása, az államháztartáson belül csökken a passzív ellátást, és nő a rehabilitációt szolgáló kiadások aránya.

Mindez hozzájárulhat a különböző ellátórendszerektől, az állami gondoskodás lehetőségeitől való függőség, a társadalmi egyenlőtlenségek megszüntetéséhez, az egyenlő esélyek biztosításához, a szegregációs folyamatok megelőzéséhez, lehetőséget teremtve a teljes értékű munka végzésére és az önfenntartásra, illetve az életszínvonal növelésére.

Az új rendszert csak fokozatosan, a személyi és tárgyi feltételek megteremtésével párhuzamosan, a foglalkoztatási korlátokra tekintettel szabad kialakítani. Ezért a jelen törvény azok számára teszi kötelezővé az újonnan bevezetendő pénzbeli ellátás, a rehabilitációs járadék mellett a rehabilitációt, akik jó eséllyel rehabilitálhatóak. E kiindulási pont egyúttal azt is jelenti, hogy a rehabilitációs járadék megállapítási szabályait szükséges a rokkantsági nyugdíj szabályaihoz közelíteni, és ezzel egyidejűleg a rokkantsági nyugdíjazás szabályait is korszerűsíteni.

A 2007. évi LXXXIV. törvény négy pillére

1. Az első és egyik legfontosabb pillér *a korszerű minősítési rendszer* megteremtése, amely az egész szervezetre vonatkoztatott egészségkárosodás és a szakmai (a betöltött, illetve betölthető munkakörtől függő) munkaképesség-változás megállapítása mellett nem az elveszett, hanem a megmaradt, a fejleszthető képességekre, a rehabilitációs esélyekre koncentrál, és ezzel megalapozza az érintettek visszatérését a munkaerőpiacra, és az igénylők állapotának sokoldalúbb, realisabb értékelésévei objektívebben állapítja meg az ellátásokra való jogosultságot. Ennek érdekében szükséges egy olyan, a társadalombiztosítási, foglalkoztatási, valamint szociális ellátó – és szolgáltató rendszer szakértői háttérét képező hálózat kialakítása, tevékenységének meghatározása, amely alkalmas az egészségi állapot változásához kötődő jogosultságok komplex, objektív és hiteles megállapítására, az ellátások, szolgáltatások eredményességének az értékelésére.
2. A második pillért az jelenti, hogy az új minősítési rendszer szerint legalább 50 százalékos egészségkárosodást és szakmai munkaképesség-változást szenvedett, de rehabilitálható személyek számára (a rokkantsági, baleseti rokkantsági nyugdíj helyett) egy határozott idejű – legfeljebb három éves időtartamra megállapítható – ellátás, az un. *rehabilitációs járadék* kerül bevezetésre. A rehabilitációs járadék társadalombiztosítási ellátás, amelynek célja a meghatározott idejű biztosítási jogviszonnyal (szolgálati idővel) rendelkező, jelentős egészségkárosodás miatt rehabilitációra szoruló, teljes értékű munka

végzésére alkalmassá tehető személyek jövedelemarányos keresetpótlásának átmeneti (a rehabilitációs folyamat időtartamára történő) foglalkoztatásának, rehabilitációjának biztosítása az integrált munkaerőpiacon történő foglalkoztatásuk elősegítésére.

3. Az orvosi, a szociális és a foglalkozási rehabilitációs szolgáltatások összehangolt fejlesztése keretében minden rehabilitálható személy részére *rehabilitációs tervet* kell majd kidolgozni, és ennek végrehajtására vele együttműködési megállapodást kötni. Az indokolt rehabilitációs szolgáltatások igénybevételére az érintett személy nem csak jogosulttá válik, hanem köteles is a megállapodás szerinti rehabilitációban részt venni.
4. A negyedik pillért a megváltozott munkaképességű személyek *foglalkoztatásának elősegítése* jelenti. Az elmúlt két év alatt jelentős mértékben átalakult a foglalkozási rehabilitáció érdekeltségi rendszere, ez a reform-folyamat még napjainkban is tart. Jelentős változások történtek a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatása elősegítése szabályozásában, melynek eredményeképpen a közeljövőben megszűnik a passzív dotációs rendszer és új aktív támogatási formák (bértámogatások, költségkompenzációk, a munkahelyi környezet átalakításának támogatása stb.) kerülnek előtérbe. Ezzel párhuzamosan megkezdődött a rehabilitációs foglalkoztatók akkreditációja is. Az akkreditáció valójában egy eljárást jelent, amelynek lefolytatását a megváltozott munkaképességű munkavállalót foglalkoztató munkáltató kérheti annak érdekében, hogy foglalkozási rehabilitációs tevékenységét az állam elismerje, és számára a foglalkoztatáshoz támogatást nyújtson. Az eljárás során alap, rehabilitációs és kiemelt tanúsítvány adható a megváltozott munkaképességű munkavállalók létszámától, valamint a foglalkozási rehabilitációs feladatok ellátásának színvonalától függően.

E reformfolyamat keretében valósulhat meg a rehabilitációs járadékban részesülő személyek foglalkoztatását elősegítő támogatások és szolgáltatások meghatározása is. Az új minősítési rendszer, illetve a rehabilitációs járadék bevezetése szükségessé teszi a rokkantsági nyugdíj szabályainak ezzel összhangban történő megváltoztatását. A rokkantsági nyugdíjazás rendszere alapjaiban nem változik meg, de az új minősítés nem a munkaképesség általános csökkenését állapítja meg, hanem az összeveti egészségkárosodás mértékét, a munkaképesség-változást (szakmai munkaképességet), valamint a rehabilitációs esélyeket vizsgálja. Emellett szükséges a rokkantsági nyugdíj melletti munkavégzés szabályait is – a rehabilitációs járadékban részesülő személyekre előírt korlát meghatározásával összhangban – megváltoztatni.

A jelenlegi finanszírozás mellett még a rehabilitált beteg is jobban érdekelt a rokkant-tasításban, mint a munkaerőpiacra való visszatérésben.

A betegsége rizikófaktorai között első helyen szerepel a kóros munkahelyi stressz, ami miatt nem akar visszamenni a korábbi munkaadójához.

A másik oldalon a korábbi munkaadó megfelelő egészségügyi ismeretek hiányában fél a megváltozott munkaképességű személy ismételt alkalmazásától. A rendelkezésre álló és orvos-szakmai szempontok szerint összességében jól működő rehabilitáció ellenére a rokkant nyugdíjasok és járulékot kapók arányát az aktuális társadalmi-gazdasági környezet jelentősen befolyásolja. Évről-évre komoly pénzüsszegeket fordít erre az állam.

4.5.2. Rehabilitáció nemzetgazdasági haszna saját számítások alapján

Költséghatékonyság elméleti alapjai⁶²

Gulácsi László szerkesztésében kiadott 2005-ben megjelent „Egészség-gazdaságtan” című szakkönyv felhívja a figyelmet arra, hogy a közgazdaságtanban a hatásosság, az eredményesség és a hatékonyság kifejezések konzekvens használata nagyon fontos, mert az angolból való helytelen magyar fordítások miatt eltérő tartalmakat hordozhatnak.

Ennek alapján az alaplémma: mi a hatásos és mi a hatékony. Az angol egészség-gazdaságtani (health economics) szaknyelv egységes és az általános közgazdasági szaknyelvhasználathoz igazodik, ennek használatát javasolja a szerző (Evetovits, 2005):

- efficacy: ideális körülmények között elérhető egészségügyi *hatásosságot* jelent a költségráfordítástól függetlenül;
- effectiveness: mindennapi körülmények között elérhető *hatásosságot* jelent, az adott egészségügyi eljárás ráfordítástól függetlenül elérni kívánt eredményét fejezi ki;
- efficiency: az eljárás által elért eredményt össze kell vetni a költségekkel, minden esetben a ráfordítás és az eredmény viszonyát írja le. Ezt fordítjuk *hatékonyságnak*.

A hatásosságot és a hatékonyságot tehát egyértelműen el kell különítenünk, ennek egészségpolitikai jelentősége van.

Az alábbi költséghatékonysági elemzési formákat különböztetünk meg:

cost-efficacy analysis	=	költséghatásosság-elemzés
cost-effectiveness analysis	=	költségeredményesség-elemzés
cost-utility analysis	=	költséghasznosság-elemzés

⁶² Gulácsi László szerkesztésében: Egészség-gazdaságtan Medicina Könyvkiadó Rt.(2007) 91-109

A klasszikus közgazdaságtan a hatékonyság fogalmán a technikai –, termelési – és allokációs hatékonyság fogalmait érti. Az egészség-gazdaságtani vizsgálódás középpontjában álló hatékonyság koncepció új keletű, a módosított jóléti közgazdaságtanra és az etikai megközelítések közül az objektív haszonelvűség filozófiájára. Az egészségpolitikusok döntéshozó dilemmáit ezek az elemzések sem oldják meg, de újabb, kétségtelenül fontos szemponttal gazdagítják. A költséghatékonyság-elemzés és a költséghatékonyság fogalom jól használható az egészségügyi szolgáltatások relatív hatékonyságának leírására és ez alapján olyan döntések támogatására, amelyek azt a célt szolgálják, hogy a szűkös erőforrásokból az elérhető legtöbb egészségnyereséget termelő szolgáltatásokat állítsuk elő.

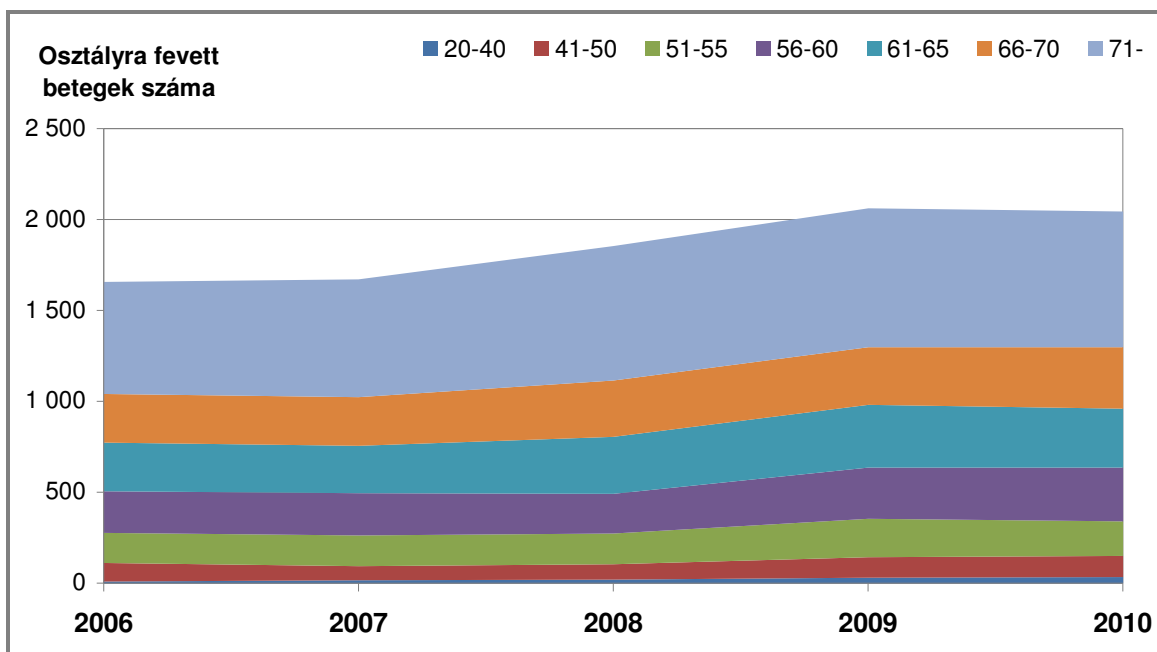
A költséghatékonysággal kapcsolatosan meg kell jegyeznem, hogy a direkt költség-számítás igen nehezen lehetséges, mivel az elmaradt költség megtakarítás kimutatása a rehabilitációs folyamat összetettsége miatt nehezen lehetséges. Tekintettel arra, hogy a rehabilitációra szorulóknak erős személyes karaktert hordoznak a rehabilitációval kapcsolatosan (lakhatási körülmények, családtagok hozzáállása, társbetegségek, diéta igény, stb.), így a költségek sem könnyen mérhetők. Az alapellátás jelenleg nem részesül semmilyen anyagi támogatásban a rehabilitációban való részvételért, ezért költség-számításban annak aspektusát figyelembe venni nem lehetséges.

A rendelkezésre álló adatok alapján számításokat végeztem annak megbecsülésére, milyen nemzetgazdasági haszna van a szívinfarktust túlélő munkaképes korú betegek teljes körű rehabilitációjának.

Joep Perk svéd munkacsoportjának 14 tanulmányt feldolgozó meta-analízise szerint Európa fejlett országaiban és az Egyesült Államokban a betegek 50% és 93% között térnek vissza egy éven belül a munkába. 70% közülük egy év után is, 50% 5 év után is folytatni tudja azt. Ebből a meta-analízisből az is kiderül, hogy Magyarországon jelenleg a betegek 25%-a tér vissza a munkába. (Perk, 2007). Belga munkacsoport közölte az eredményeit, mely szerint rehabilitációs programot követően a 60 év alatti betegek 85%-a visszatért a munkába (Boudrez, 2004).

Munkámban Belicza Éva dolgozatát használtam fel, aki az utolsó fellelhető tanulmányt készítette Magyarországon 2000 és 2005 közötti adatok feldolgozásával (Belicza, 2007).

Az 57. ábrán a Soproni Rehabilitációs Gyógyintézet (SRGY) I. Kardiológiai Rehabilitációs Osztálynak (I. KRO) – ahol jelenleg is betegeket látok el – forgalmi és életkori adatait dolgoztam fel 2006 és 2010 között.

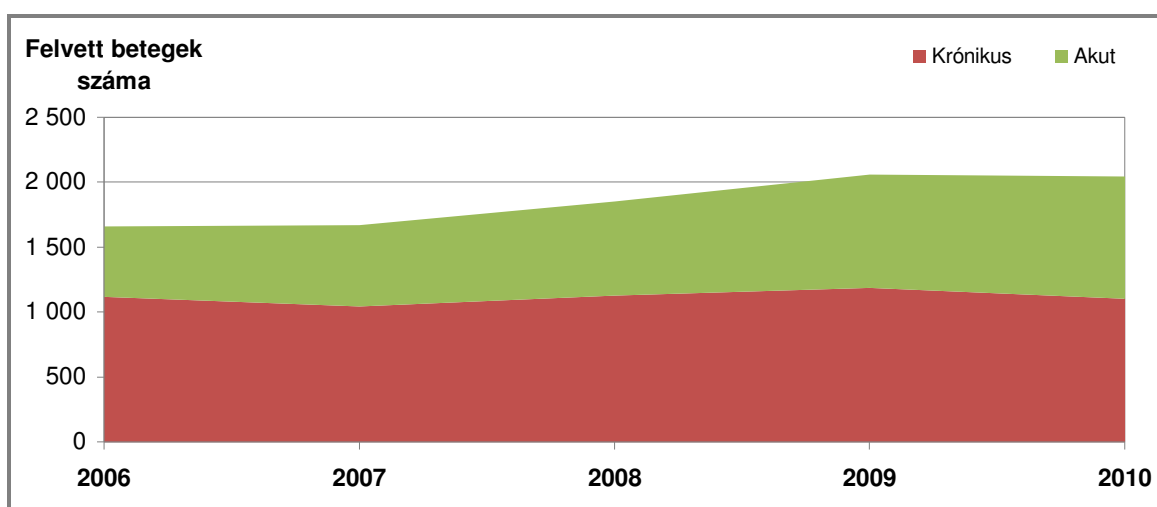


57. ábra: Az SRGY I. KRO-ra felvett betegek kor szerinti megoszlása

Forrás: saját számítás

Megállapítható, hogy a kormegoszlás lényegében változatlan és megegyezik Belicza Éva 2000–2005 közötti időszakban talált adataival. Ezért felhasználtam számításaimhoz ezeket az adatokat. A munkaképes korú lakosság aránya is egyezik az országos adatokkal.

Az 58. ábrán ugyanezen betegek szerepelnek, a felvétel típusa szerinti megoszlásban. Akut rehabilitációs ellátásnak nevezzük az aktív kórházi felvételt 28 napon belül követő rehabilitációs kezelést, míg a krónikus vagy programozható rehabilitáció már korábban kialakult szívbetegség miatti kezelést jelent.



58. ábra: Az SRGY I. KRO-ra felvett betegek sürgősség szerinti megoszlása

Forrás: saját számítás

Az ábrából látható, hogy egyre több beteget látunk el közvetlenül az akut esemény után, leggyakrabban közvetlenül a kórházi kezelést követően. Az aktív osztályon így kevesebb időt tölt el a beteg, ami gazdaságossági szempontból előnyös. Nagyon jó kölcsönös munkakapcsolat alakult ki az utóbbi években betegeket hozzánk irányító haemodinamikai⁶³ és szívsebészeti központokkal.

Belicza Éva 2007-es publikációja alapján megbecsülhető, hogy egy évben az aktív fekvőbeteg esetszám függvényében hány fő kerül kardiológiai rehabilitációra az aktív korúak közül. Ezeket az adatokat tartalmazza az 5. táblázat.

5. táblázat: Az AMI-t követő fekvőbeteg-rehabilitáció főbb esetszámai és ellátással kapcsolatos mutatói 2000–2005 között évente

sor-szám	Az AMI rehabilitáltakkal kapcsolatos mutatók	évek					
		2000	2001	2002	2003	2004	2005
1.	összes AMI elbocsátás	14 089	15 064	15 414	15 448	16 591	16 296
2.	90 napot túlélők száma az AMI elbocsátottak körében	10 677	11 416	11 724	11 591	12 762	12 473
3.	90 napos túlélési arány az AMI elbocsátottak körében (%) $(2/1) \cdot 100$	75,78%	75,78%	76,06%	75,03%	76,92%	76,54%
4.	fekvőbeteg rehabilitációs osztályra 90 napon belül felvettek száma az AMI elbocsátottak között	3 295	3 450	3 543	3 194	3 503	3 387
5.	az AMI miatti felvételhez képest 90 napon belül rehabilitáltak aránya a túlélők körében $(4/2) \cdot 100$	30,86%	30,22%	30,22%	27,56%	27,45%	27,15%
6.	kardiológiai rehabilitációs osztályon rehabilitáltak aránya a rehabilitáltak körében (%)	93,70%	93,50%	94,10%	93,70%	93,40%	93,40%
7.	kardiológiai rehabilitációs osztályon rehabilitáltak aránya a 90 napot túlélők körében (%) $(6 \cdot (4/2))$	28,92%	28,26%	28,44%	25,82%	25,64%	25,36%
8.	90 napot túlélő aktív korúak (0-59) száma az AMI elbocsátottak körében	3 877	4 049	4 200	3 863	4 332	4 141
9.	90 napot túlélő aktív korúak (0-59) aránya az AMI elbocsátottak körében	36,31%	35,47%	35,82%	33,33%	33,94%	33,20%
10.	kardiológiai rehabilitációs osztályon rehabilitáltak száma az aktív korú 90 napot túlélők körében	1 121	1 144	1 194	997	1 111	1 050

Forrás: Belicza Éva (2007): Az AMI utáni kórházi rehabilitáció, 2000–2005. Kézirat.

1. táblázat (1-7. sor), 4. táblázat (8. sor) alapján

Az 5. táblázatból látható, hogy a vizsgált öt évben csökkent a szívinfarktus halálozása valamennyi életkorban, így az aktív korúak körében is. Ezek a betegek pedig rehabilitációt igényelnek.

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) adatai alapján az akut szívizominfarktushoz kapcsolódó HBCS kódokkal 2006–2010 között fekvőbeteg-ellátásban részesülők számát mutatja a 6. táblázat.

⁶³ Szívkatéterezést végző kardiológiai központ

6. táblázat: Az AMI HBCS kódokkal aktív kardiológiai fekvőbeteg-ellátásban részesülők száma, 2006–2010

Év	Finanszírozási eset
2006	16 596
2007	15 097
2008	15 570
2009	15 810
2010	15 543

Forrás: Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Budapest, 2011

Becslést végeztem a 2006–2010-es szívinfarktus diagnózissal kezelt esetszámok tényadatai és a 2000–2005-ös rehabilitációs tényadatok alapján a 2006–2010-es rehabilitációs adatokra vonatkozóan, melyet a 7. táblázat tartalmaz.

7. táblázat: Becslés a 2006–2010-es esetszámok tényadatai és a 2000–2005-ös rehabilitációs tényadatok alapján a 2006–2010-es rehabilitációs adatokra

sor-szám	AMI rehabilitáltakkal kapcsolatos mutatók	évek					Megjegyzés
		2006	2007	2008	2009	2010	
1.	összes AMI elbocsátás	16 596	15 097	15 570	15 810	15 543	Tényadat
2.	90 napot túlélők száma az AMI elbocsátottak körében	12 779	11 625	11 989	12 173	11 968	Nem ismert
3.	90 napos túlélési arány az AMI elbocsátottak körében (%) $(2/1)*100$	77,00%	77,00%	77,00%	77,00%	77,00%	A túlélési arány javuló tendenciája miatt átlagosan 77%-kal számolunk
4.	fekvőbeteg rehabilitációs osztályra 90 napon belül felvettek száma az AMI elbocsátottak között	3 450	3 139	3 237	3 287	3 231	
5.	az AMI miatti felvételhez képest 90 napon belül rehabilitáltak aránya a túlélők körében $(4/2)*100$	27,00%	27,00%	27,00%	27,00%	27,00%	27%-kal számolva
6.	kardiológiai rehabilitációs osztályon rehabilitáltak aránya a rehabilitáltak körében (%)	93,00%	93,00%	93,00%	93,00%	93,00%	93%-kal számolva
7.	kardiológiai rehabilitációs osztályon rehabilitáltak aránya a 90 napot túlélők körében (%) $(6*(4/2))$	25,11%	25,11%	25,11%	25,11%	25,11%	
8.	90 napot túlélő aktív korúak (0-59) száma az AMI elbocsátottak körében	4 217	3 836	3 956	4 017	3 950	33%-kal kalkulálva
9.	90 napot túlélő aktív korúak (0-59) aránya az AMI elbocsátottak körében	33,00%	33,00%	33,00%	33,00%	33,00%	
10.	kardiológiai rehabilitációs osztályon rehabilitáltak száma az aktív korú 90 napot túlélők körében	1 059	963	993	1 009	992	

Forrás: Saját számítás

A számításhoz kiindulási pontot az összes szívinfarktus után történő kórházi elbocsátások tényadatai jelentették. Ezek közül a betegek közül a túlélési arány korábbi alakulása és a jelenlegi tendenciák figyelembevételével 77%-uk élte túl legalább 90 nappal a szívinfarktust. Ismerjük az OEP adatokból a rehabilitációs osztályokra szívinfarktus után felvett betegek számát, közülük kalkulálhatóan 27% felvehető 90 napon belül rehabilitációra. A rehabilitációra felvett betegek átlagosan 93%-a került kardiológiai rehabilitációra. A betegek 1/3-a, azaz 33/% munkaképes életkorú, 0-59 év közötti. Mindezek alapján megbecsülhető, hogy 2006-2010-ben évente mintegy 1000 fő, pl. a 2010-es évben 992 személy részesülhet aktív rehabilitációban.

Az egy főre jutó rokkantnyugdíj költségének, valamint a járulékbevételek becslését elvégeztem a rendelkezésre álló adatok szerint, melyet a 8. táblázat tartalmaz.

8. táblázat: Egy főre jutó rokkantnyugdíj költsége, valamint a járulékbevétel becslése

	Létszám	Teljes ellátás	Főellátás	Kiegészítő ellátásban is részesülők létszáma	Kiegészítő ellátások havi átlaga
	(fő)	havi átlaga (Ft)		(fő)	(Ft)
Korhatár alatti rokkantsági nyugdíjak	339 628	69 973	67 103	38 918	25 047
Rehabilitációs járadék	23 662	69 768	68 935	823	23 941

Forrás: <http://www.onyf.hu/index.php?module=news&action=getfile&fid=8565&rand=54af76ebb57e45032b0f217dec72025b>

Az egy főre eső átlagos rokkantnyugdíj összege⁶⁴ a 2010-es adatok alapján kiszámolható: **69 973 Ft.**

A 9. táblázat az egy fő után, a minimálbérrel megegyező bruttó bér alapján a költségvetést megillető kalkulációt mutatja.

⁶⁴ <http://www.onyf.hu/index.php?module=news&action=getfile&fid=8565&rand=54af76ebb57e45032b0f217dec72025b> Letöltve: 2011.04.26.

9. táblázat: Egy fő után, a minimálbérrel megegyező bruttó bér alapján a költségvetést megillető bevételek kalkulációja

MUNKAVÁLLALÓI OLDAL	2011. január 1-jétől érvényes adatok	MUNKÁLTATÓI OLDAL	2011. január 1-jétől érvényes adatok
Minimálbér bruttó összege	78 000 Ft	TB járulék	21 060 Ft
Gyerekek száma	0 fő	Nyugdíjbiztosítási járulék 24%	18 720 Ft
Éves bruttó jövedelem	936 000 Ft	Pénzbeni eg. bizt. járulék 0,5%	390 Ft
Havi SZJA alap	99 060 Ft	Természetbeni eg. bizt. járulék 1,5%	1 170 Ft
Családi kedvezmény gyermekszám szerinti havi összege	0 Ft	Munkaerő-piaci járulék 1%	780 Ft
Éves számított adóalap	1 188 720 Ft	Szakképzési hozzájárulás (1,5%)	1 170 Ft
Családi adóalap kedvezmény éves érvényesíthető összege	0 Ft	Munkáltatói járulékok összesen	22 230 Ft
Kedvezményekkel csökkentett éves adóalap	1 188 720 Ft	Közteherfizetési kötelezettség összesen	39 630 Ft
Éves számított adó	190 195 Ft	Munkáltató összes bérköltsége	100 230 Ft
Éves adóterhet nem viselő jár. adója	0 Ft		
Bruttó bér havi adóelőlege	15 850 Ft		
Számított személyi jövedelemadó	15 850 Ft		
Adójóváírás	12 100 Ft		
Nyugdíjjárulék	7 800 Ft		
Egészségbiztosítási járulék	5 850 Ft		
Pénzbeni eg. bizt. járulék 2%	1 560 Ft		
Természetbeni eg. bizt. járulék 4%	3 120 Ft		
Munkaerő-piaci járulék 1,5%	1 170 Ft		
Munkavállalói levonások összesen	17 400 Ft		
Havi Nettó jövedelem	60 600 Ft		

Megjegyzés: Egy fő után, a minimálbérrel megegyező bruttó bér alapján a költségvetést megillető bevételek kalkulációja.

Forrás: <http://www.kulcs-soft.hu/index.php?p=informaciok/berkalkulator#berkalkulator>

A 9. táblázatból látható, hogy csak a jelenlegi minimálbérrel számolva és feltételezve, hogy a munkavégzés napi 8 órában történik, egy fő után a költségvetést megillető bevétel **39 630 Ft**.

Következtetés: a gondolatmenet lényege annak megbecsülése, hogy mennyivel többen kerülhetnek vissza a korábbi gyakorlathoz képest az aktív munkavégzők táborába a szívinfarktus után kardiológiai rehabilitációban részesülő aktív korú népesség körében. Ez után pedig azzal számoltam, hogy a költségvetés egyrészt pozitívumot könyvelhet el azáltal, hogy nem kell a munkába állt állampolgár után rokkantnyugdíjat fizetnie, másrészt pedig a munkajövedelme utáni adók és járulékok bevételeiből is részesül. A 10. táblázat foglalja össze az adatokat.

10. táblázat: A rehabilitáció után aktív munkavállalóként kikerülők növekvő arányának hatásai

1. pont eredményei alapján	950 fővel számolhatunk	
Jelenleg	25% kerül vissza aktív keresői státuszba	
Célérték: legalább	50% kerüljön vissza aktív keresői státuszba (EU átlag 80%)	
Célérték: legalább	5 évig az újonnan aktivált keresők állásban maradjanak, az egészségesen eltöltött életévük ennyivel növekedjen	
Fenti célértékek elérésének a pénzügyi hatásai		
Ennyien kerülnek ma vissza aktív státuszba	237,5	fő
A cél elérése után ennyien kerülnek vissza aktív státuszba	475	fő
Különbözet	237,5	fő
Egy főre jutó átlagos havi rokkantnyugdíj	67 000	Ft (alsó becslés)
Rokkantnyugdíj megtakarítás 1 évre	190 950 000	Ft
Rokkantnyugdíj megtakarítás 5 évre	954 750 000	Ft
Egy fő által befizetett közteher	39 630	Ft
Közteherbevétel 1 év alatt	112 945 500	Ft
Közteherbevétel 5 év alatt	564 727 500	Ft
Rokkantnyugdíj megtakarítás és közteherbevétel összesen 1 évre	303 895 500	Ft
Rokkantnyugdíj megtakarítás és közteherbevétel összesen 5 évre	1 519 477 500	Ft

Forrás: Saját számítás

Egy évben 950 aktív korú, rehabilitálható beteggel számolhatunk. Jelenleg 25%-uk kerül vissza aktív munkavállalói státuszba. A rehabilitációs szemlélet korábban tárgyalt megváltoztatásától azt a minimális eredményt várjuk el, hogy legalább 50% ismét a munkaerő piacra kerüljön és legalább 5 évig aktív maradjon. 5 év a jelenlegi lemaradásunk az EU-s országok egészségben eltöltött életévek számában. A fenti arányokkal számolva jelenleg 237 fő kerül vissza, a cél 457 fő. A különbség 237 fő.

Az egy főre jutó havi átlagos rokkant nyugdíjjal kalkulálva az állam ezen állampolgárok utáni rokkant nyugdíj megtakarítása öt évre 954 750 000 Ft. A munkaerőpiacon a minimálbér után egy fő által befizetett havi 39 630 Ft közteherrel számolva öt év alatt 564 727 500 Ft közteher bevételre számíthatunk.

Összességében a rokkantnyugdíj megtakarítás és közteherbevétel összesen 5 évre 1 519 477 500 Ft. Ez a minimális haszon, hiszen a 45-60 év közötti korosztály általában nem minimális rokkantnyugdíjra jogosult és nem minimális közterheket fizet, hanem nagyobb összegeket.

Figyelembe kell venni azonban azt is, hogy nincs arra garancia, hogy az összes rehabilitációból visszatérő munkakereső munkát is fog kapni, és az a munka heti 40 órás mun-

kaviszonyt jelent majd. Az állam oldaláról fontos az is, hogy olyan munkakörülményeket teremtsen, ahol az infarktust túlélő polgárok is megtalálják a számításukat.

A fenti számítás csak egy konkrét betegcsoport lehetőségeire vonatkozott. Több betegcsoportban ugyanez a kalkuláció érvényes lehet. Forintban és anyagiakban pedig ki sem fejezhető a legfontosabb érték, amit a személy életminősége, önbecsülése, társadalmi környezetben betöltött szerepe jelent.

4.6. Adatgyűjtés, indikátor rendszerek következetes működtetése

Az Európai Kardiológiai Prevenció és Rehabilitációs Társaság az egyes országokkal és az EU Tanáccsal összefogva 2007-ben Brüsszelben közös Chartát⁶⁵ fogadott el a szív-érrendszeri betegségek visszaszorítására. Ez komplex feladat, amelynek egyik fontos eleme a pontos adatrögzítés illetve adatszolgáltatás.

A magyar EU-elnökség kiemelten fontosnak tartja az elektronikus egészségügy (eHealth) problémáját. A gyakorlatban azonban ez még nem működik.

Megállapítható, hogy az egyes országok adatai nem vagy csak nagyon nehezen összehasonlíthatók. Különböző statisztikai adatokhoz lehet hozzájutni, de nem lehetséges az objektív összehasonlítás. A halálozási adatok összevetését is nehezíti, hogy Magyarországon gazdasági takarékosági okok miatt csökkent a kórboncolások száma, ami torzítja a statisztikai adatokat.

4.6.1. Egészségügyi szolgáltatások az EU-ban

Az EU intézményei világossá teszik, hogy az EU sem nem akar, sem nem képes egységes egészségügyi rendszert fenntartani, bár világos, hogy ezen rendszerek közeledése egymáshoz elkerülhetetlen. Kinyilvánított közös egészségügyi politika hiányában is azonban számos szabályozás által egy de facto egységes egészségpolitika körvonalazódik.

Az egészségügyi szolgáltatások pozitív szerepe az egészségi állapot meghatározásában egyre inkább világos.

A minőségbiztosítás kérdése a 90-es években nyert teret. Létezik egy Európai Egészségügyi Minőségbiztosítási Társaság⁶⁶, léteznek EU utasítások az orvosok és egyéb egészségügyi dolgozók szakmai követelményrendszereire vonatkozóan, ezeknek megfelelően azonban minden tagországnak saját törvényei, szabályai vannak. Az orvosi eszközök, műszerek és gyógyszerek terén egységes, átfogó EU szabályozás van hatályban. Sok tagállam

⁶⁵ <http://www.escardio.org/about/what/advocacy/Pages/health-charter.aspx> Letöltés dátuma: 2011.04.30.

⁶⁶ European Quality Assurance <http://www.eqa.co.uk/home.aspx> Letöltés dátuma: 2011.04.12.

minőségi ellátási politikát fejlesztett ki, ezen politika terjesztésére ügynökségeket hozott létre. Több országban minőségügyi nyilvántartások jöttek létre, egyre gyakoribbak a szakmai véleményeztetések. Továbbra is hiányos azonban a minőségi indikátorok és minimumfeltételek kérdése az egészségügyben. A legtöbb tagállamban nincs egységes megközelítés a folyamatos továbbképzéseket, a vizsga-megújításokat illetően. A meglévő minőségbiztosítási programok laboratórium – és kórház-irányúak, egyenlőtlen módon élveznek prioritást a tagállamokban.

Egységes adatbázis kezelés szükségessége Magyarországon

Fontos az erősebb irányítás és koordináció, továbbá átlátható folyamatok révén egységes EU egészségpolitika bevezetése (Veres, 2011). Ez történhet, illetve megerősítést kaphat különböző tematikus szervezetek, intézmények létrehozásával.

Különböző szakértői hálózatok létrehozásával, támogatásával elérhető, hogy a szükséges, megfelelő minőségű egészségügyi adathoz juthassunk, annak érdekében, hogy meg tudjuk határozni egészségügyi politikánkat. Ezen adatok alapján a tagállamok mérhetik egészségügyi politikájuk hatékonyságát és könnyebben eljuthatnak a legjobb gyakorlat elterjesztéséhez.

4.6.2. Indikátorok rendszere

A legtöbb egészségügyi információs rendszer hiányt szenved költségszámítási adatokban és eredményességi adatokban. Ennek érdekében be kell vezetni az egészségügyi kártyát és az EU egészségmonitorozási programot, amely széles alapokon nyugvó egészségügyi információs rendszer fejlesztéséhez járulhatna hozzá. Ezen programoknak továbbra is meg kell kapniuk a Bizottság támogatását.

Fentiek alapján 3 pontot kell kiemelni: indikátorok, információs rendszer és egészség-monitorozás.

Indikátorok

Ahhoz, hogy a különböző szinteken összegyűjtött adatok, amelyek egy közös rendszerbe kerülnek, megfelelő módon nyilvánosságot kapjanak, egységes információs rendszer, egységes indikátorok kellenek, amelyek országok és régiók között is használhatók. Ezek az indikátorok az egészségi állapot, az egészségdeterminánsok, a preventív és gyógyító egészségügyi tevékenységek területén lennének kiemelten fontosak.

Elektronikus adatgyűjtő rendszer

Az egységes egészségmonitorozási programhoz szükséges egy nyers adatokat gyűjtő rendszer, mely azonban már néhány előzetes indikátort is tudna szolgáltatni. Ebbe a rendszerben a tagállamok szolgáltatnák az adatokat.

Egészség hatás vizsgálat jelentősége

Health Impact Assessment⁶⁷ fogalma egyre ismertebb az egészségügyi közgazdaságtanban. Magyarországon (Kincses–Borbás, 2009). Az egészség szerepének változása szükséges a közpolitika szemléletében.

Az egészség hatás értékelés (Health Impact Assessment – HIA) a XX. század végén született, folyamatosan felértékelődő tudományterület. A WHO meghatározása⁶⁸ szerint: az egészség hatás értékelések azon kombinált eljárások, módszerek és eszközök, amelyek alapján a szakpolitikák, programok, projektek népesség egészségére gyakorolt potenciális hatásai, illetve azok népességen belüli megoszlása, az érintettek köre értékelhetők. Magyarországon a Health Impact Assessment (HIA) fordítására az egészség hatás vizsgálat a gyakrabban használt kifejezés. Főleg a fertőző betegségek terén már sok ilyen rendszer létezik, azonban egy átfogó hálózatra lenne szükség, amely egységes rendszerben koordinálná ezeket. Ezek lehetnének az alapjai egy rugalmas szakmapolitikai programnak az EU számára. Jól átgondolt szakmapolitika, megfelelő stratégiával és eszközökkel támogatva további javulást fog elérni az EU egészségi állapotában. Ehhez a rendszerhez Magyarország is csatlakozik, ami előremutató feladatot jelent a kormányzat számára. Remélhetőleg ez majd azt is jelenti, hogy a szociális-gazdasági és egyéb egészségdeterminánsok terén fennálló különbségek is csökkennek⁶⁹. Az Országos Egészségfejlesztési Intézet javaslata értelmében valamennyi kormány-előterjesztésnek kötelező eleme lenne az egészség hatás becslés, a gyors szakértői becslés. Azaz minden előterjesztésben külön nevesített fejezetben kellene nyilatkoznia az előterjesztőnek a javaslat becsült egészség hatásáról. Így nem kerülhetne a kormány/országgyűlés elé olyan javaslat, amelynek nincs végiggondolva az egészségre gyakorolt hatása. A kormány ez alapján dönt, hogy a szakértői becslés elég támpontot ad-e a felelős döntéshez, vagy a témában részletes, a szakma szabályainak megfelelő egészség hatás értékelésre van szükség. Ezt a folyamatot megvalósulása esetén a népességszintű elsődleges megelőzés egyik fontos elemének tekinthetjük.

⁶⁷ Health Impact Assessment-HIA jelentése: egészség hatás értékelés

⁶⁸ Health Impact Assessment, Main concepts and suggested approach. Gothenburg Consensus Paper. European Centre for Health Policy, World Health Organization Regional Office for Europe. 1999 <http://www.euro.who.int/document/pae/gothenburgpaper.pdf> Letöltés: 2009. 02.09.

⁶⁹ <http://www.antsz.hu/portal/portal/euegeszsegiallapota3.html#top> Letöltés 2010.12.10.

4.6.3. Indikátorfejlesztés javasolt modellje

Az indikátorfejlesztés, mint a gyógyítás segédeszköze szükséges a kardiovaszkuláris betegségek prevenciójában és rehabilitációjában. A betegség-surveillance⁷⁰ jól ismert fogalom és működő rendszer a fertőző betegségekkel kapcsolatosan, de ki kell terjeszteni a szív-érrendszeri betegségekre is. Ma ezeket a betegségeket a modern kor fertőző betegségeinek tartjuk.

Sokszor elhangzó tézis, hogy Magyarországon az egyik vezető halálozási ok a kardiovaszkuláris betegségek gyűjtőfogalom alá tartozó tünet-együttes. De vajon mennyire megalapozott ez a kijelentés? Vizsgáljuk-e, elv拉斯ztjuk-e azt, hogy a kardiovaszkuláris betegség egy primer betegség-e, mely más alapterbetegségekkel együtt vezet kórházi kezeléshez, esetleg halálhoz? Vizsgáljuk-e a számos tényezőt, melyek a betegség kialakulásához, súlyosbodásához vezetnek? Lehet-e egy csoportba sorolni azokat a betegeket, akik tudatos magatartásukkal jó irányba befolyásolják a betegségüket azokkal, akik önromboló életmódot folytatva az egészségügyi rendszertől, az orvostól, a gyógyszertől és mindig csak mástól remélik a gyógyulást? Ezen elgondolkozva látnunk kell, hogy mind a statisztika, mind a prevenció, a gyógyítás és a rehabilitáció is sokkal komplexebb és differenciáltabb feladat, mint ami a mai ellátórendszerben érvényre jut, juthat. De van-e eszköz a leglelkiismeretesebb orvos és ellátásszervező kezében arra, hogy szofisztikáltan⁷¹ tudja végezni a munkáját? Van-e arra idő és lehetőség, hogy az ellátás során az okok és okozatok ellátó rendszeren kívül eső tényezőin elgondolkozzunk? Kell, hogy legyen megoldás!

A megoldást az a rendszer hozhatja, mely a lehető legakkurátusabb módon képes feltárni azokat a tényezőket, amelyek a betegséghez vezettek vagy vezethetnek, ezek közül melyek befolyásolhatóak és melyek nem, mérésekkel súlyozhatóak és akár a gyógyítás, akár a társadalom vagy az egyén szintjén kezelhetőek, kiegészítve és támogatva ezzel a közvetlen egészségügyi ellátást.

Az indikátorok kutatása és a rendszerek felállítása világszerte⁷² egyre közkedveltebb, elismertebb és alkalmazott szakmai eszköz.

Az indikátor lehet mennyiségi vagy minőségi mutató, mely meghatározza milyen úton érhető el egy kitűzött cél. A cél lehet – esetünkben – egy egészségpolitikai eredmény (pl. a kardiovaszkuláris betegségek és halálozások csökkentése) elérése. Az indikátorok le-

⁷⁰ betegség jelentés

⁷¹ kifinomult, igényes, tapasztalattal megalkotott, kidolgozott, nem laikus
<http://www.idegen-szavak.hu/keres/szofisztika%C3%A1lt> Letöltés: 2011.01.13.

⁷² EUROCISS indicators and determinants of health
http://www.cuore.iss.it/eurociss/en/indicators/health_service.asp Letöltés dátuma: 2010.12.20.

hetővé teszik a komplex elemzést akár régiók, településtípusok, szociológiai, demográfiai csoportok, programok stb. esetében, így meghatározva a további teendőket, illetve a hibák kiküszöbölését, az ok-okozati összefüggések feltárását. Alapvető kritérium, hogy a rendszer jövőbemutató és következtetések levonását szolgáló legyen. Mindazonáltal a megfelelően megválasztott indikátor rendszer alkalmas kell, hogy legyen az egyén állapotának felmérésére a prevenció, kezelés és rehabilitációs program kialakítása során⁷³.

Az indikátorok szélesebb körben határozzák meg azokat a tényezőket, melyek a „betegségmenedzsment” során vizsgálatra kerülnek, mint pl. a konvencionálisan használt rizikó-tényezők vizsgálata. Az egészség indikátorok egy populáció, vagy egy egyén egészségi állapotát írják le⁷⁴. Méri a mortalitási, morbiditási és a csökkent egészségi állapotot, továbbá összegzik a vonatkozó egészség meghatározókat (biológiai, viselkedési, szociológiai és demográfiai tényezőket stb.). A szélesebb körben használt egészség indikátorok tartalmazzák az egészségügyi ellátásra vonatkozó adatokat is, úgy, mint az ellátás igénybe vétele, gyógyszerelés, műtéti beavatkozások, ráfordítás stb., de bővíthető a rendszer a ráható társadalmi, közgazdasági környezet vizsgálatával is. A vizsgálatok során világossá válik az egyes tényezők mobilizálhatósága, hatékonysága és – nem utolsósorban – a változtatás szükségességének reális, és szükséges mértéke, pozicionálása és mikéntje.

Az indikátorok meghatározásának célja, hogy standardizált adatgyűjtési módszertant alakítson ki, mely alkalmas:

- helyzetfelmérésre,
- monitorozásra,
- az inter-szektoriális – és egészségpolitikán belüli hely és fontossági súly meghatározására;
- célok kitűzésére;
- programfejlesztésre.

Az indikátorok főbb csoportjai:

- egyéni indikátorok;
- biológiai indikátorok (adottságok);
- életmód indikátorok;
- egészségügyi ellátórendszer indikátorok;
- társadalmi indikátorok.

⁷³ International Compendium of Health Indicators

<http://www.healthindicators.org/ICHI/general/startmenu.aspx> Letöltve: 2010.11.30

⁷⁴ WHO Cardiovascular Diseases http://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/en/ Letöltve: 2011.01.02.

Vizsgáljuk meg a legfőbb alcsoportokat.

Biológiai indikátorok:

A biológiai indikátorok tartalmazzák a családi anamnézist, az egyén jelenlegi állapotának felmérését (labor és más diagnosztikai adatok), az egyén anamnézisének, úgy, mint a korábbi és jelenlegi betegségeit, az alkalmazott kezeléseket. A kardiovaszkuláris betegségek esetén bontani érdemes ez utóbbiakat a vizsgált betegségre specifikus, a rá ható, és a független tényezőkre. Egy népesség csoport vizsgálatánál ezek az elemek – természetesen – összegzésre kerülnek, és távolabbi következtetésekre adnak lehetőséget, pl. egy későbbi szűrési program tervezésénél a programba bevont népesség kiválasztására adnak iránymutatást.

A biológiai indikátorok közé sorolnék – és egyben ki is emelnék – egy olyan tényezőt, amely nagymértékben hat a kardiovaszkuláris betegségek kialakulására, és egyre jelentősebb mértékben kell figyelembe venni a prevenció és a rehabilitáció során is, ez pedig a stressz-tűrő képesség. A későbbiekben rá kívánok mutatni, hogy ez nem csak a biológiai indikátorok esetén, de az életmód és a társadalmi indikátorok esetén is, vizsgálatra érdemes tényező, természetesen más-más aspektusból megközelítve! A stressz kezelése fontos tényező mind az egyén, mind a társadalom, mind a népcsoport vonatkozásában.

Életmód indikátorok:

Ide soroljuk a klasszikus rizikó faktorokat, úgy, mint a táplálkozás (s ezzel együtt a testsúly), a dohányzás, alkohol és drog használat (amely utóbbi látens módon egyre inkább behatol az életmódunkba és – sokszor – gyors orvosi vizit alatt nem felfedezhető), fizika aktivitás. Ebbe a csoportba sorolnám a munkakörülményeket egy részét, elsősorban a ledolgozott munkaórák számát, mely szerves része az életmódnak, jelentős mértékben hat a kardiovaszkuláris betegségek kialakulására. Erre csak specifikusan a munkaegészségügy és a környezet-egészségügy területén folynak a vizsgálatok, vagy még ott sem. Jelentős mértékben hat a kardiovaszkuláris betegségek kialakulására és azok további alakulására a munkahelyi leterheltség, továbbá a családi körülmények. Hazai társadalmunkban nem szokás és nem illik a munkakörülményekre kitérni, általában „szakszervezeti” kérdéssé degradáljuk, s bár törvényt alkotunk róla, de annak betartását, betartatását a munkavállaló és munkáltató magánügyeként kezeljük, a piac és a munkaerő piac önszabályozó mechanizmusát hagyjuk érvényesülni. Mint sok mást, ezt is a szőnyeg alá söpörjük, s nem vesszük észre, hogy a folyamatosan túlhajszolt, kizsigerelt szervezet szükségszerűen megbetegszik, s így nagy társadalmi terhet és kiadást jelent nem csak a kieső munkaerő, de a beteg ellátása vonatkozásban is.

Itt is külön kitérnék a stresszre, de más aspektusból vizsgálnám. Nem a stressz-tűrő képességet – mint a fentebb –, hanem a stressznek kitett életmódot térképezném fel, mely lehet családi, munkahelyi vagy társadalmi irányú és az egyén és környezete szabályozási kapacitásába tartozik, vagyis az egyén és környezete tud változtatni a helyzeten.

Egészségügyi ellátórendszer indikátorok:

Ezek tovább csoportosíthatók, úgy, mint

- prevenció: primer, szekunder, terciér;
- ellátás: alapellátás, szakellátás/járóbetegellátás, fekvőbetegellátás: ezen belül alcsoportonként a gyógyszeres/invazív beavatkozás, hozzáférés, betegkövetés (!) módja, információ és kommunikáció;
- rehabilitáció.

A vizsgálat céljától függően indikátorokat fejleszthetünk pl. a prevencióba bevont egyének számára, a ráfordításra, a területen adott időszakban dolgozó szakemberek számára, a munkaórákra, stb. De egyén vizsgálata esetén megnézhetjük az egyén kardiovaszkuláris prevencióban történő részvételét, legyen ez akár a háziorvosi vizsgálat során történő felvilágosítás vagy szűrés, tájékoztató anyagok olvasása vagy akár az ismerősökkel a témáról történő beszélgetés. Természetesen nehéz lenne a súlyos állapotban operációra bekerült betegeket az elbocsátás előtt ilyen visszamenőleges kérdőívekkel megkeresni, illetve a kórházi személyzetet még ezzel is terhelni, de egy ilyen jellegű vizsgálattal jelentős következtetéseket vonhatnának le az illetékes hatóságok és szervezetek is.

A hozzáférés kérdése számos külföldi és nemzetközi program során felmerül és sok hazai kísérlet és vizsgálat ellenére sem elég átlátható és egyenlőségen alapuló a gyakorlat. Az erre irányuló indikátorrendszer kialakítása nagymértékben előre mozdíthatná a helyzet javítására irányuló törekvést.⁷⁵

Az ellátás területén kiemelném a betegkövetést, mert – kapacitás hiányában – ez nem megoldott probléma. Gyakorlatilag a beteg egyéni indíttatására és kitartására van bízva, hogy milyen utat választ a szoros értelemben vett ellátás után, milyen gyakorisággal látogatja meg háziorvosát, igénybe vesz-e kellő mértékben rehabilitációt, részt vesz-e pl. civil szervezetek programjain és igénybe vesz-e információs egyéb csatornákat. Külön hangsúlyt helyeznék az információra, napjainkban szükséges lenne a kardiovaszkuláris betegségek estén is az ellátórendszertől nyert autentikus tájékoztatás, így megelőzhető lenne az, hogy még az agilisabb betegek is olyan módszerekhez folyamodjanak, mely költséges és –

⁷⁵ ECHIM – European Community Health Indicators Monitoring
http://www.healthindicators.eu/healthindicators/object_document/o5873n28314.html Letöltve:2011.02.01.

esetleg – ártalmas is számukra. Ennek oka, hogy olyan információs csatornákat vesznek igénybe – az ellátórendszer esetleges hiányos tájékoztatása miatt, melyek nem alkalmasak állapotuk javítására. Ezek egyesek számára jelentős üzleti vállalkozást biztosítanak, gyakran nagy pénzek forognak benne, és még gyakrabban a betegek számára ártalmasak. Személyesen hallgatunk arról, hogy ez nagymértékben az ellátórendszer hibája, mert nem elegendő a tájékoztatás, vagy nem megfelelő a beteg-orvos bizalmi viszony (esetleg az ellátásra szánt idő kevés). Érdekes lenne mérni, hogy a betegek milyen csatornákon szerzik be információjukat, s pl. mennyit fordítanak olyan táplálék kiegészítőkre, „kezelésekre” amelyekről esetleges forrásokból értesültek. Ez gyakran az ellátórendszer hiányosságaira is rámutathat és a megoldás nem is olyan komplikált és költségigényes.

A rehabilitáció vonatkozásában szintén igen fontos lenne a betegirányítás indikátorrendszerét kialakítani, s a fentieket is figyelembe véve az opcionális, költségtérítéssel rehabilitációs lehetőségeket bővíteni, különösen a kardiovaszkuláris betegségek esetében. Az erre irányuló igény felmérése is lehetséges a megfelelően kialakított indikátorrendszerrel és vizsgálattal. A rehabilitáció esetén az egy betegre jutó orvos és szakellátó személyzet, valamint a területi lefedettség szintén fontos mérce lehet.

Itt is kitérnék a stressz vizsgálatára, mely a beteget terheli a konkrét ellátás igénybevétele során. Ilyen stressz tényező lehet pl. a betegúttal kapcsolatos bizonytalanság, a beteggel történő nem megfelelő kommunikáció, az információ hiánya, a beteg bizalmatlansága. Ezek a tényezők jelentős mértékben hatnak a beteg együttműködési készségére és a gyógyulási kilátásaira. Az ellátásban résztvevőknek tudomásul kell venniük, hogy a magas szintű szakmai tudásukon túl szükséges a megfelelő kommunikáció és a beteg mentális igényeinek a kielégítése is a sikeres munka érdekében. A megfelelő indikátorokkal végzett felmérések és továbbképzések jelentős mértékben javíthatják a helyzetet.

Társadalmi indikátorok:

Ezek azok az elemek, amelyeket – sajnos – már egyáltalán nem sikerül figyelembe venni, gyakorlatilag – a túlterhelt szakma és az önmagára figyelő beteg – sem fordul a „külvilág” felé. Pedig az egészség, az egészségügy nem választható el az ellátás és az egyén környezetétől, annak pozitív irányultsága nélkül nem tudunk megfelelő áttörést elérni. Ez nem csak hazai probléma, minden más országban és az Európai Unióban is közdelem folyik ez irányban. A társadalmi indikátorok megmutatják, hogy más szakpolitikák milyen mértékben pártolják, tartják szem előtt saját politikájuk fejlesztésében az egészség kérdését. Ez vonatkozik a szaktárcákra, és az önkormányzatokra egyaránt. Fontos megvizsgálni ebből a szempontból a munkahelyeket, az épített és a természeti környezetet, a civil szervezetek ez

irányú tevékenységét (pl. a civil szférán belül az egészséggel foglalkozó szervezetek arányát) és nem utolsósorban a média tevékenységét. Nehezen várható el az egyéntől, hogy egészséges életmódot folytasson, ha a társadalmi környezet minden elemében ennek ellentétes üzenetet közvetít felé, sőt akadályokat gördít elé. A társadalmi tényezők közé sorolnám azokat – a társadalmi környezet által befolyásolt, ámde egyéni elemeket, mint a jövedelmi viszonyok (melyek jelentős mértékben befolyásolják az egyén lehetőségeit egy egészségesebb életmód folytatására), az iskolázottság (mely lehetővé teszi a felismerést a megfelelő életmód szükségességére és annak módjára).

Érdekes lenne megvizsgálni a sajtó szerepét és monitorozni a sajtóban (nem a szak-sajtóban!) egy adott időszak alatt, a kardiovaszkuláris betegségek megelőzését célzó figyelemfelkeltő, tájékoztató jellegű megjelenéseket és azok olvasottságát és hatását. De – természetesen – tudatában vagyok annak, hogy ez a jelen pillanatban nem könnyen megvalósítható.

A fenti elemzések – természetesen – olyan széles körűek, melyek nem vonhatóak egyetlen programba. A cél meghatározása determinálja az indikátorok kiválasztását, a vizsgálat kiterjedését és az adatgyűjtés módját. A vizsgálat lehet intézményen belüli, területi, korcsoportos, nemek, társadalmi csoportok szerinti, egyének követését célzó, stb.

Fontos, hogy a gyűjtés konszolidált módszertan szerint történjen, összehasonlítható és megismételhető legyen. Az értékelés – minden esetben – egységes elven alapuljon és megfeleljen a kitűzött prioritásoknak, eredményre vezető és következtetésekre alkalmas legyen. Alapelv, hogy az indikátorrendszer a lakosság/vagy egyén egészségére és az azt meghatározó tényezőkre, valamint ezek kapcsolatára vonatkozó megállapításokat alátámasztó legfontosabb adatokat tartalmazzon.

De nem elég a vizsgálatot elvégezni és a következtetéseket levonni, az információt el kell juttatni a döntéshozóhoz, legyen az az egyén kezelőorvosa, az egyén maga (akinek életmódváltásra van szüksége), vagy legyen ez – akár – szakmai vagy kormányzati döntéshozó.

Ha áttekintjük a fentieket, megállapíthatjuk, hogy az indikátorok nagymértékben (de nem minden esetben) befolyásolható tényezők, s az egyik legnagyobb egészségügyi terhet jelentő kardiovaszkuláris betegségek által okozott mortalitási-morbiditási mutatók jelentősen csökkenthetőek lennének egy átfogó, több szektort is érintő vizsgálattal, az eredmények széles körű tudatosításával és a megfelelő szakmapolitikával.

A fentiek alapján pl. kiemelhető a stressz, mint kockázati tényező és egyik alapvető eleme a primer, szekunder és terciér prevenciónak a kardiovaszkuláris betegségek esetén.

A stressz-terheltség mérése fontos az egyén esetén állapotának minden stációjában és fontos szakmai kérdés lehet az ellátórendszer minőségének vizsgálatakor a szakszemélyzet stressz-terheltségének, annak kezelési módja vizsgálata is. Ezek olyan tényezők, amelyek nagyobb anyagi ráfordítás nélkül is csökkenthetők és az egyén esetében csökkenthetik a kockázatot/állapotromlást, az ellátó rendszer esetében pedig növelhetik az ellátás hatékonyságát.

Az indikátor-fejlesztés jelentős és távolba mutató tényező. Segíthet abban, hogy elkerüljük azt a gyakori hibát, hogy nem látjuk a fától az erdőt. Az elemzések folyamatában megtaláljuk azokat a tényezőket, melyek látens módon, de igen agresszíven és negatívan hatnak a folyamatokra és egyúttal gondolkodásunkat filozófiai magasságokba emelheti.

A fentiek gyakorlati vizsgálatára egy hipotetikus vizsgálat módszerét vázolnám fel. A probléma felvetése a következő: A kardiovaszkuláris betegségek rehabilitációja hatékonyságának és költséghatékonyságának mérése.

A 11. táblázatban foglaltam össze javasolt modell elemeit.

11. táblázat: Indikátorok alkalmazása a kardiológiai rehabilitáció értékelésében

Egyéni indikátorok	Rehabilitáltak		Nem rehabilitáltak	
	Előtte/Utána	+-%	Előtte/Utána	+-%
biológiai indikátorok				
vényomás				
testsúly				
testtömegindex				
testzsír				
vércukorszint				
életmód indikátorok	(Igen-Nem)		(Igen-Nem)	
dohányzás				
egészséges táplálkozás				
testmozgás				
ellátórendszer – indikátorok	(Igen-Nem)		(Igen-Nem)	
primer prevenció/szűrés				
kontrollvizsgálat				
házi orvosi követés				
társadalmi indikátorok	(Igen-Nem)		(Igen-Nem)	
beteggyesületi kapcsolattartás				
információszerzés				
rokkantság				
munkába visszavezetés program				

Forrás: saját szerkesztés

A helyzetfelmérésre azok az adatok szolgálnak, melyek a kardiovaszkuláris betegségek alapvető morbiditási és mortalitási mutatói, a vizsgált régióra szűkítve, továbbá az egy

főre vetített rehabilitációs költség átlaga, a munkából való kiesés és táppénz költségei, a rokkantság okozta költségek, az elveszített aktív életévek száma.

A cél az, hogy a fenti – betegség okozta – terhek összevethetőek legyenek a rehabilitáció költségeivel a hatékonyság tükrében.

A cél az, hogy megvizsgáljuk annak optimális mértékét, hogy a betegek minél szélesebb körben rehabilitálhatóak legyenek, és ez ne okozzon nagyobb társadalmi terhet, sőt, kimutatható társadalmi hozadéka legyen!

A mintavétel feltétele, hogy azonos, vagy közel azonos, kórházi kezelésből elbocsátott betegek két – azonos létszámú – csoportját válasszuk ki. Az egyik csoport egy hónapon belül rehabilitációs kezelésben és ezután háziorvosi követésben részesül, a másik csak háziorvosi követést kap. Az ideális követés 5 év lenne, de ez az időszakasz tördelhető 1-3-5 éves szakaszokra.

A társadalmi indikátorok 5 éves követés esetén kiegészíthetők a költségvizsgálattal, mely a rehabilitáció fajlagos költségeit összeveti a mortalitási mutatókkal (elvesztett életévek), és az idő előtti nyugdíjazás költségeivel, illetve a kieső (nem megtermelt) társadalmi érték nagyságával.

Összefoglalva, mind a szakmai szervezetek, mind az ágazati politika szándékainak megvalósulásához szükséges az egységes adatbázis a megfelelő következtetések levonásához és stratégiai tervek kidolgozásához. Az indikátorok rendszerbe foglalása és következetes gyűjtése, feldolgozása nagy lehetőségeket kínál.

5. KÖVETKEZTETÉSEK ÉS JAVASLATOK

- A preventív szemlélet általános meghonosítása szükséges Magyarországon. Észak-karéliai Program néven vált ismertté Finnország népegészségügyi tevékenysége, amely nagyszerű eredményeket mutatott az életmód váltás programjával. A nagyszámú akut kardiológiai betegséget túlélők kezelésében hangsúlyozott mértékben. helyet kap ez a szemlélet, de ez önmagában nem elegendő.
- A preventív szemlélet megvalósulása népegészségügyi célként elengedhetetlen, mert ez biztosítja a kedvezőbb eredményeket. Hasznos lenne ún. egészségkönyvecske bevezetése és bonus formájában jutalmazni azokat az egészséges személyeket, akik szűrővizsgálatokra járnak és meg is tartják a prevenciós javaslatokat. Ez a szándék az utóbbi 20 évben is nyomon követhető programok formájában, de a megvalósulás a gazdasági források hiánya, a különböző mértékű konvergencia programok miatt minduntalan háttérbe szorult. Az utóbbi évtizedekben folyamatosan a maradékelv érvényesült a programok finanszírozásában. A cél érdekében ezen változtatni szükséges.
- A fekvő – és járó beteg kardiológiai rehabilitáció egymásra épülő szakmai feladat, amelynek szakmai pillérei kidolgozottak. Az akut és rehabilitációs ágyak együttműködése kölcsönös előnyök alapján gazdasági hasznót is rejt magában, hiszen a beteg a nagyon drága akut ágy helyett azonnal arra a szintre kerül, amire valójában szüksége van. A gyakorlatban jól működtethetőek lennének, de mégsem működnek megfelelően. Magyarországon országosan egyenlőtlen a kardiológiai rehabilitáció hozzáférés. Egyes régiókban túl kevés a rendelkezésre álló hely, habár összességében elegendő lenne a jelenleg rendelkezésre álló 1670 férőhely.
- Jelenleg hazánkban egyáltalán nem megoldott a járó beteg kardiológiai rehabilitáció. Sporadikus, helyi kezdeményezések vannak ugyan, de ezt a fontos tevékenységet mai napig nem finanszírozza következetesen az Országos Egészségbiztosítási Pénztár. Külföldi országok példája mutatja, hogy a két rehabilitációs forma milyen jól megfér egymás mellett.
- A munkaerő piac problémája az, hogy a 1990-es évek szocialista nagyiparának széthullásával és a gazdasági válságok következtében a megváltozott munkaképességű emberek a nagy gazdasági átalakulásának vesztesei lettek. A sok megszűnt munkahely miatt a munkanélküliség helyett rokkantnyugdíjba segítették őket a társadalmi béke érdeké-

ben. A társadalmi-gazdasági problémát nem vállalta fel a politika, hanem áthárította az egészségügyre. Most pedig számon kéri rajta. Ez a folyamat zajlik napjainkban is. Európai összehasonlításban Magyarországon van a legtöbb rokkantnyugdíjas személy. A munkaképes korú és rehabilitált betegek ismételt munkába állása nem megoldott. Magyarországon nem is volt megoldott korábban sem. A jó állapotú, munkaképes betegek sem tudnak ismét munkavállalókká válni, hanem rokkantnyugdíjba kerülnek.

- 2007. évi LXXXIV. törvény a rehabilitációs járadékról érvényben van, pozitív irányú változások elsegítője lehetne, de alkalmazása nem következetes. A jelenlegi finanszírozás mellett a rehabilitált beteg is jobban érdekelt a rokkantásításban, mint a munkaerőpiacra való visszatérésben. A betegsége rizikófaktorai között első helyen szerepel a kóros munkahelyi stressz, ami miatt nem akar visszamenni a korábbi munkaadójához. A másik oldalon a korábbi munkaadó megfelelő egészségügyi ismeretek hiányában fél a megváltozott munkaképességű személy ismételt alkalmazásától.
- A rehabilitált beteg a munkaerő piacon várható új kihívások helyett szívesebben veszi az ugyan alacsony, de havonta fixen érkező rokkantnyugdíjat, s mellette a szürke-fekete gazdaságban áruba bocsátja munkaerejét. Ez azonban csak nagyon rövid távú gondolkodást fejez ki: tartósan marad az alacsony járadék akkor is, ha a későbbiekben elveszíti munkaerejét. Nagyon rosszul jár a társadalom is, mert járadékfizető helyett a személy folyamatosan járadékot kap, véglegesen kiesik az aktív munkavállalók közül. A még munkaképes személy szürke-fekete gazdaság virágzását segíti elő, ami alapjában vége senkinek sem érdeke. Évről-évre jelentős pénzüsségeket veszít az állami költségvetés. Az egyén pedig nem tud integrálódni a társadalomba.
- Keresni kell annak a lehetőségét, hogy a betegek minél szélesebb körben rehabilitálhatók legyenek, ez ne okozzon nagyobb társadalmi terhet, sőt kimutatható társadalmi hozadéka legyen azzal, hogy visszatérnek a munkaerőpiacra. Az aktív korú szívinfarktust túlélte személyek adatainak elemzése mutatja, hogy ennek a törekvésnek nemzetgazdasági hasznossága van.
- Érdekelte kell tenni a munkavállalókat a megváltozott munkaképességűek ismételt foglalkoztatására. Szükség lenne üzemi egészség menedzsment szemléletre a most működő üzemi orvoslás helyett. A menedzsment – orvos – üzemi szakszervezet együttműködésére van szükség a munkahelyeken.
- Ki kell használni, hogy a pozitív tudás és a szakmai tapasztalatuk már rendelkezésre áll. A szakmát tanulók tanítása és felügyelése, rövidített munkaidőben való alkalmazásuk,

egyszerűbb munkafolyamatokban való részvétel lehetősége megvalósítható. Adókedvezményekkel, támogatásokkal a rehabilitációs munkahelyek létrehozhatók.

- Érdekeltté kell tenni az egész társadalmat az egészséges életmód követésére az egészségben eltöltendő életévek számának növelése, ezen keresztül a szív és érrendszeri betegségek csökkenése is megvalósul. A háziorvosi szakmai továbbképzések során a rehabilitációs intézetekkel való élénkebb kapcsolatnak helyet kell kapnia.
- Javasolt, hogy tegyünk mérhetővé indikátorok segítségével adott mintavételi csoportban azonos létszámú és különbözőképpen ellátott csoportok adatait adott szív-érrendszeri esemény előtt és után vizsgálva:
 - *egyéni indikátorok*: biológiai indikátorok (vérnyomás, testsúly, vérzsír, vércukorszint) és életmód indikátorok (dohányzás, kontrollvizsgálatok, háziorvosi követés);
 - *ellátórendszer indikátorok*: primer prevenció/szűrés, kontrollvizsgálat, háziorvos követés;
 - *társadalmi indikátorok*: beteg-egyesületi kapcsolattartás, információszerzés, rokkantság, munkába visszavezetés programja.

Az Európai Chartát aláíró országok kötelezettséget vállaltak, hogy összehangolják az egyes országok adatbázisait Európai Unió szinten. Mindezt Magyarország is aláírta. A szakmai szervezetek készek a további együttműködésre, hogy a hiányzó szakmapolitikai döntések valóban azt az érdeket szolgálják, amelyek az egészségben eltöltött életévek számát növelik és javítják sokkoló statisztikai adatainkat. Szakmapolitikai szemléletváltás szükséges ahhoz, hogy mindez valósággá válhasson.

6. ÖSSZEFOGLALÁS

Az orvos-közgazdász szerző közel 30 éve rehabilitációval, ezen belül annak egyik szakterületével, a kardiológiai rehabilitációval foglalkozik a Soproni Rehabilitációs Gyógyintézetben. Dolgozatában összefoglalja ennek a jelentős átalakuláson átment tudományágnak a jellegzetességeit, fejlődésének folyamatát és a jelenlegi helyzetét. Jelen társadalmi, gazdasági környezetbe helyezi a tevékenységet és ezen keresztül rámutat nemzetgazdasági jelentőségére.

Nemzetközi népegészségügyi statisztikai adatok elemzésével rámutat arra, hogy az Európai Unióban milyen helyet foglal el országunk a megbetegedési és halálozási mutatókban. Az utóbbi években ugyan valamelyest javultak az adatok, de alapvetően elmondható, hogy a lakosság egészségi állapota meglehetősen rossz. A szerző elemzi a kardiovaszkuláris megbetegedésekkel összefüggő halálozás jelenlegi helyzetét. Ezen a rossz helyzetben csak tudatos és következetes, rövidtávú pártérdekektől mentes egészségpolitika segítségével léphet túl az egészségügy.

A prevenció és rehabilitáció kontinuitás elméletére hívja fel a figyelmet. Hangsúlyozza nemzetközi adatok alátámasztásával, hogy hosszú távon a prevencióra költött pénzösszegek milyen jelentős mértékben növelik az egészségben eltölthető évek számát és megtakarításokat eredményeznek az egészségügyi kassza számára.

Az akut kardiológia robbanásszerű technikai fejlődése hozta meg a kardiológiai rehabilitáció szemléletének a megváltozását. Jelentősen csökkent a szívbetegségek halálozása és komplex kezelés eredményeképpen ezek a betegek jó életminőségben élhetnek tovább. Csak rizikófaktoraik csökkentésével valósulhat meg ismételt munkavállalásuk, amely fontos társadalmi érdek. Cél, hogy a munkaképes korúak közül minél kevesebben szoruljanak közülük szociális járadékokra, vagy kényszerüljenek idő előtt rokkant nyugdíjba, illetve a társadalmat demoralizáló járadékmentes feketemunkából egészítsék ki jövedelmüket. A társadalom előregedése és a rokkantak nagy száma miatt ugyanis veszélybe került a jelenlegi munkavállalók nyugellátásának jövőbeli ellátása a társadalombiztosítási alapokból. A társadalmi kockázatközösségen alapuló biztosítási rendszerekhez ugyanis megfelelő számú munkaképes állampolgár járuléka szükséges.

Részletesen bemutatja az orvosi rehabilitációs szakmai testületek megoldási javaslatát, az általuk kidolgozott koncepciót. Ez a program nagy hangsúlyt helyez a rehabilitációs szakorvos és a hatékony működéshez szükséges multidiszciplináris team tagok képzésére,

továbbképzésére. Rámutat a magyarországi kardiológiai rehabilitáció hozzáférhetőségének egyenlőtlenségeire. Jelenleg a rászoruló betegek mintegy egyharmada részesül a szakma szabályainak megfelelő rehabilitációs ellátásban, a járóbeteg-rehabilitációnak pedig egyáltalán nincsenek meg a finanszírozási keretei.

A munkaképesség véleményezésének megváltozott, pozitív irányú szemléletét tükrözi a 2008. január 1-én életbe lépő 2007. évi LXXXIV. törvény a rehabilitációs járadékról. További törvényi változtatások várhatók. Az Országgyűlés az egészségkárosodást szenvedett személyek megmaradt, fejlesztendő képességeire épülő rehabilitációjának, társadalmi re-integrációjának elősegítésére, továbbá a rehabilitáció időtartamára a jövedelemarányos keresetpótlás érdekében alkotott törvényt. A korábbi szabályozással ellentétben betegséget követően nem az elveszett, hanem a megmaradt munkaképesség objektív megítélése történik és érdekeltté teszi az egyént a rehabilitációban.

Saját kardiológiai rehabilitációs osztályán kezelt betegek kérdőíves vizsgálatainak feldolgozása eredményeképpen arra a következtetésre jut, hogy a vizsgált betegek alapvető egészségmagatartási ismeretei és az egészséges életmód iránti motivációja meglehetősen alacsony. A rehabilitáció során azonban jól képzett team tagok szakmai programjaival ez a folyamat kedvezően befolyásolható. A szerző véleménye szerint a prevenció és rehabilitáció szemlélet és magatartás kérdése, az orvoslás szerves alkotórészének kell lennie.

Rámutat a jelenlegi finanszírozás szemléleti hiányosságaira, mely szerint az akut ellátással szemben a rehabilitáció során nem különbözteti meg az egyes betegcsoportok eltérő ráfordítási igényeit.

Kiemelve egy betegcsoportot, közgazdasági számításokat végez az utóbbi 10 évben szívinfarktust túlélte munkaképes korú betegek körében. Megállapítja, ha kihasználjuk a kardiológiai rehabilitáció lehetőségeit és munkahelyeket biztosítunk a rehabilitált személyeknek, a nemzetgazdasági haszon milliárdokban mérhető. Legalább ennyire fontos, hogy a betegek visszakapják egyéni önbecsülésüket, a társadalom aktív, megbecsült tagjai maradhatnak, akik nem szorulnak járadékokra.

A szerző felhívja a figyelmet az informatikai rendszerek korlátaira. Az egyes személyek követésére vonatkozó adatgyűjtést szándéka ellenére éppen ezért nem tudta jelen munkájában megvalósítani. Tervezi a kardiológiai rehabilitáció elemzésének folytatását prospektív adatgyűjtés formájában.

Kidolgozott és megvalósításra javasol olyan indikátor rendszert, amely segíti az adatgyűjtést és az egészségpolitikusokat népegészségügyi szempontból jó döntéseik meghozatala érdekében.

SUMMARY

The doctor-economist writer is engaged in rehabilitation, -among specializations – in cardiological rehabilitation for 30 years at the Rehabilitation Centre Sopron. In her degree work, she summarizes the specialities of this field, how it is going through a significant transformation, how it is developing and what is the present position of the clinical rehabilitation. The function is put to the present social, economical surroundings, and with this, the importance to the national economy is shown.

By analyzing international public health data, she assigns which position Hungarians have in the European Union, in view of illness and death rates. In the last years our data became slightly better, but altogether we can say, that the inhabitant's health is bad. By analyzing data, the writer will point out to the present status of death connected to circulatory diseases. On this really bad situation we can only change by the help of conscious, consistent health politics, and without short-distance party interests.

The study requests attention to the continuous prevention and rehabilitation. It is supported with international statistics that in the long run the sum of money spent on prevention result significantly the number of years spent healthy and they result savings for the public health fund.

The extremely quick technical development of the acute cardiology has brought the change of view in cardiological rehabilitation. The death rate of heart patients has significantly been reduced, and as a result to the complex treatment, the patients can live in a better life quality. Only with the reduce of their risk factors can they go back to work again, which is an important national interest. The purpose is that less and less of them, able to work would be in need of social allowance, or to be forced to disability retirement early, or to complete their income with illegal work, which demoralize the community. Because of the great number of disabled and the old society, financing the pension is in danger for the present workers from social security funds. The insurance system, what is based on the social communal risk taking, needs allowance from a required number of working citizens.

The study introduces exactly how the professional corporations of rehabilitation doctors imagine the solutions and presents their conception. This program underlines the importance of the education and further education of rehabilitation specialists and multidisciplinary team members, to work more effective.

The study shows, that in Hungary the availability of cardiological rehabilitation is unequal. At present only third of the needy patients get standard rehabilitation, and for the out-patients the rehabilitation is not financed at all.

The opinion about the working ability has recently positively changed; it is reflected in the 2007/LXXXIV law, enacted on 1st January 2008, about *the rehabilitation allowance*. More changes in the law are expected. The parliament has issued a law, that helps the damaged patient's rehabilitation on the saved and developable abilities, support them in reintegration into the society, additionally the law declares to give prorated compensation during the period of rehabilitation. Unlike the previous law, after the sickness not the lost, but the remained workability is in objective view and this makes the patient interested in rehabilitation.

After working up the questionnaire, filled out by the patients of her own cardiological rehabilitation department, the writer concludes that the studied patient's basic knowledge of health-behaviour and their motivation for healthy lifestyle is quite low. During the rehabilitation this process can be favourably influenced by the programs of well educated team members.

According to the writer, the prevention and rehabilitation is the question of approach and attitude, it should be an integral part of the cure.

The writer points out to the view of deficiency in the present financing system, because compared to the acute care, at the rehabilitation they don't distinguish the needs of different patient groups.

She makes economical calculations by picking out a patient group, patients able to work, in the past 10 years after surviving a heart attack. Points out, that if the opportunities of cardiological rehabilitation are used and if workplaces are given to treated patients, the benefit in the national economy could be measured in thousand millions. At least this important is for the patients to get back their self-respect, to stay active and appreciated member of the society, who are not in the need of allowances.

The writer points out to the restriction of informatical systems. In the present work, following patients by collecting data can not be carried out because of this. She is planning to continue the analysis of cardiological rehabilitation in the form of prospective data collection.

She worked out and suggested for realization an indicator system, which helps data collection and the health politicians to make good decisions.

MELLÉKLETEK

Mellékletek jegyzéke

M1. Irodalomjegyzék	II
M2. Adattáblák.....	VII
M2.1. Adattábla: 1. <i>ábra</i> : Egészségügyi kiadások, 2008	VII
M2.2. Adattábla: 2. <i>ábra</i> : Az egy főre jutó gyógyító-megelőző ellátás kiadásainak alakulása	VIII
M2.3. Adattábla: 3. <i>ábra</i> : Az egy főre jutó egészségügyi közkiadások relatív értékének alakulása Magyarországon, 2008 2008 ^{a)}	IX
M2.4. Adattábla: 4. <i>ábra</i> : Néhány fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátási mutató	X
M2.5. Adattábla: 5. <i>ábra</i> : A halálozások száma halálokok szerint	X
M2.6. Adattábla: 6. <i>ábra</i> : A születéskor várható átlagos élettartam, férfiak	X
M2.7. Adattábla: 7. <i>ábra</i> : A születéskor várható élettartam, nők.....	XI
M2.8. Adattábla: 8. <i>ábra</i> : Egészségesen várható élettartam születéskor és 65 éves korban, 2008	XI
M2.9. Adattábla: 9. <i>ábra</i> : Az OECD népesség kormegoszlására standardizált halálozási arányszámok (SHA/százezer fő), kiemelt haláloki főcsoportok szerint	XII
M2.10. Adattábla: 10. <i>ábra</i> : Keringésszervi megbetegedések okozta halandóság alakulása 0-64, 25-64 éves férfiak és nők körében Magyarországon és az Európai Unióban (SHA/100e fő), 1980– 2008	XIII
M2.11. Adattábla: 11. <i>ábra</i> : Az ischaemiás szívbetegség okozta halandóság alakulása Magyarországon és az Európai Unióban a 0- 64 éves férfiak és nők körében (SHA/100e fő), 1996–2008	XIV
M2.12. Adattábla: 12. <i>ábra</i> : Keringésszervi-haláloki struktúra a 0-x, 0-64 és 65-x éves férfiak körében Magyarországon, 2004–2008.....	XIV
M2.13. Adattábla: 13. <i>ábra</i> : Keringésszervi-haláloki struktúra a 0-x, 0-64 és 65-x éves nők körében Magyarországon, 2004–2008.....	XV
M2.14. Adattábla: 3. <i>táblázat</i> : A kardiológiai rehabilitációs osztályok eredménye, 2000–2010 és 4. <i>táblázat</i> : A kardiológiai rehabilitációs osztályok teljesítménye 2010-ben	XVI
M2.15. Adattábla: 8. <i>táblázat</i> Nyugdíjban, nyugdíjszerű ellátásban részesülők száma ellátástípusok szerint és az ellátások átlagösszegei – 2010. XII. hó	XXIII
M2.16. Adattábla: 53. <i>ábra</i> Az új rokkantak száma, megoszlása és tízezer munkavállalási korúra jutó gyakorisága betegfőcsoport szerint	XXIII
M2.17. Adattábla: 54. <i>ábra</i> Az I-II. fokú orvosi bizottságok által végzett véleményezések száma*	XXIV
M3. Saját felmérés kérdőívei	XXV
M3.1. A cardiovasculáris rehabilitációban részesülő betegek életmódvizsgálata	XXV
M3.2. Szívinfarktuson átesett cukorbeteg életmód vizsgálata	XXXVII

M1. Irodalomjegyzék

- ALDRIDGE, D. (2000): Spirituality, healing and medicine. Return to the silence. London: Jessica Kingsley;. p. 11.
- APOR, P. (2011): A cardiovascularis kockázat kapcsolata a fizikai aktivitással és a fittséggel *Orv. Hetil.*, 1, 152, 107–113.
- ARI L (2009): Öregség, rehabilitáció, egészségipar Egészségügyi. *Gazdasági Szemle* 2009/2. 3
- BÁLINT B.–KÓRÓDI T.–SIMON A.–SIMON É. (2009): Kardiológiai rehabilitációs jegyzet. *Rehabilitációs füzetek* Budapest Mandiner Design Kft
- BALOG P., et al. (2003): Depressive symptoms in relation to marital and work stress in women with and without coronary heart disease. The Stockholm Female Coronary Risk Study . *Journal of Psychosomatic Research*; 54: 113–119. p.
- BALOG P.–MÉSZÁROS E. (2005): A házastársi stressz, a depressziós tünetek és a cardiovascularis vulnerabilitás összefüggései nőknél. *LAM* ; 15(8-9): 685-92
- BELICZA É. (2007): Akut miokardiális infarktust követően fekvőbeteg rehabilitációban részesültek aránya, 2000–2005
http://www.oep.hu/pls/portal/docs/PAGE/SZAKMA/OEPHUSZAK_INDIKATOR/AMI_T_%20K%C3%96VET%C5%90_FEKV%C5%90BETEG_REHABILIT%C3%81CI%C3%93.PDF Letöltve: 2010.11.30.
- BERÉNYI I.–CZURIGA I.–SIMON A.–SIMON É. et al (2011): Ischaemiás szívbetegek rehabilitációja. Kardiológiai Szakmai Kollégium. Kardiológiai Útmutató. Klinikai Irányelvek Kézikönyve. Medition Kiadó. 99–108. p
- BERÉNYI I.–CZURIGA I.–SIMON A.–SIMON É. et al (2011): Ischaemiás szívbetegek rehabilitációja. Kardiológiai Szakmai Kollégium. Kardiológiai Útmutató. Klinikai Irányelvek Kézikönyve. Medition Kiadó. 109–112 p.
- BJAMASON-WEHRENSA, B. et al (2010) Cardiac rehabilitation in Europe: results from the European Cardiac Rehabilitation Inventory Survey Vol 17 410–418. p
- BOROS J. et al (2002) Országos Lakossági Egészségfelmérés 2000. Kutatási jelentés 6 p.
http://www.egeszsegmonitor.hu/dok/kutatasi_jelentes_OLEF2000.pdf Letöltve: 2010.11.23.
- BOROS J.–NÉMETH R.–VITRAI J. (szerk.)(2002): Kutatási jelentés. Országos Epidemiológiai Központ kiadványa
http://www.egeszsegmonitor.hu/dok/kutatasi_jelentes_OLEF2000.pdf Országos Lakossági Egészségfelmérés OLEF2000 Letöltve: 2011. 03. 10.
- BOUDREZ, H. et al (2004): Return to work after myocardial infarction: results of a longitudinal population based study. *Eur Heart J*, Volume 15:32.36 p.
- CHANDOLA, T. et al. (2008): Work stress and coronary heart disease: what are the mechanism? *European Heart Journal* . 2008; 29: 240-249
- DÉZSY J. (2006): Egészség-gazdaságtan egy kissé másképpen. Springmed Kiadó, Budapest 21. o.
- EMBER I. (2007): Népegészségügyi orvostan. Dialóg Campus Kiadó, Pécs-Budapest, 144-146.
- EVETOVITS T., GAÁL P. (2007) A költséghatékonyság értelmezése az egészségügyben: egészség-gazdasági alapok Cochrane-től Culyerig *Medicina*.91-113o.
- FORTMANN, S. P. et al. (1981): Effect of health education on dietary behaviour: the Stanford Three Community Study 1-3 *The American Journal of Clinical Nutrition*, Vol 34, 2030,
- GIANNUZZI, P. (2007): Rehabilitation Modalities in PERK, J. et al (editor) *Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* Springer-Verlag London 454-459 p.
- GIBBONS, L. W. et al (2000): Maximal exercise test as a predictor of risk for mortality from coronary heart disease in asymptomatic men. *Am. J. Cardiol.*, 2000, 86, 53–58

- GIDAI E. (2007): Az egészségi állapot és a jövedelmi viszonyok kölcsönkapcsolata az EU országában. A jövőről a jelenben. *Magyar Tudomány*, 2007/09 1145. o.
- HASKELL, W. L. et al. (2007): Physical activity and public health. Updated Recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*, 2007, 116, 1081–1093.
- HOFMARCHER, M. M.–RACK, H. (2001): Health Care Systems in Transition Austria 2001 – European Observatory on Health Care Systems
- JOLLIFFE, J. et al (2001): Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001 Issue 1.
- JUHÁSZ F. (szerk.) (2004): FNO A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása WHO Egészségügyi Világszervezet. Irányelvek a funkcióképesség, a fogyatékoság és megváltozott munkaképesség véleményezéséhez. Medicina Kiadó, Budapest, 11–120 p.
- KATONA F.–SIEGLER J. (2004): A rehabilitáció gyakorlata. Budapest: Medicina Kiadó 337–420
- KELEMEN G. (2007): Egészségtanulás és rehabilitáció *Lege Artis Medicinae* 17(3):250-3p.
- KINCSES GY.–BORBÁS I. (2009): ESKI 2009 Az egészséghatás értékelés szerepe az egészségügyben IME VIII. 5. 39 old
- LANTOS Z.: A krónikus betegségek terhe az egész társadalmat sújtja
http://www.gfk.hu/pressreleases/press_releases/articles/007305/index.hu.html Letöltve: 2011.02.10.
- LANTOS Z.: Krónikus betegségek terhe az egész lakosságot sújtja. Sajtóközlemény
<http://www.euuzlet.hu/pr/2011/januar/gfk.html> Letöltve: 2011.01.18.
- LEE, D. C., et. al. (2010): Mortality trends in the general population: the importance of cardiorespiratory fitness. *J. Psychopharmacol.*, 24, 27–35 p.
- LLOYD-JONES, D. M., et. al (2010): Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: the American Heart Association's strategic impact goal through 2020 and beyond. *Circulation*, 121, 586–613 p.
- MÁNKI M. CS. (2006): A szorongás mint önálló kardiovaszkuláris rizikófaktor. *Neuropsychopharmacologica Hungarica* 2006;VIII/1; 5-11
- N. N. (2006): A reumatológia elméleti alapjai és gyakorlatának perspektívái. *Magyar Tudomány* 2006/10 <http://www.matud.iif.hu/2006-10.pdf> Letöltve: 2010.10.12
- PERK, J. (2007): Returning to Work after Myocardial Infarction. In: PERK, J. et al (editor) *Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* Springer-Verlag London 317–323 p.
- PERK J. et al. (2007): Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. Springer-Verlag London Limited Section I, 3-8,
<https://springerlink3.metapress.com/content/n1354gx0k1555212/resource-secured/?target=fulltext.pdf&sid=xdczk5zq2s5ilczhh254e355&sh=www.springerlink.com>
Letöltve 2010.12.10
- PERRIN, E. B.–KALSBECK, W. D.–SCANLAN, T. M. (2000) (szerk.): Toward a Health Statistics System for the 21st Century. Summary of a Workshop. Committee on National Statistics, National Academy Press, Washington DC
- PUSKA P. (2002): Successful prevention of non-communicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland *Public Health Medicine*; 4(1):5-7
- PUSKA P. (2010) From Framingham to North Karelia: from descriptive epidemiology to public health action. *Prog Cardiovasc Dis*. Jul-Aug; 53(1):15-20.
- ROSENGREN, A. et al. (2004): Association of psychological risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11.119 cases and 13.648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 364: 953-962
- ROZANSKI, A. et al. (1999): Impact of psychological Factors on the Pathogenesis of Cardiovascular Disease and Implications for Therapy. *Circulation*; 99; 2192–2217

- ROZANSKI, A. et al (2004): The Epidemiology, Pathophysiology, and Managment of Psychosocial Risk Factors in Cardiac Practice. *Journal of the American College of Cardiology*;45; 637–651
- SIMON É. (2009): Cukorbetegség állapotfelmérése, oktatásuk jelentősége és eredményessége az intézeti kardiológiai rehabilitáció során Kaporvár. 2009. augusztus 29. *Orvosi Rehabilitáció és Fizikális Medicina Magyarországi Társasága XXVIII. vándorgyűlése*
- SIMON É. (2010): Svédország egészségügyi törekvései az EU elnökség fél éve alatt. A svéd elnökség programja az előzmények és a jövőbeni hatások tükrében: *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 48.5; 33–38
- SIMON É.–BAKTAI J. (2009): A kardiológiai rehabilitáció elmélete és gyakorlata a XXI. század elején. *Rehabilitáció ORFMMT Tudományos Folyóirat*; 19(4): 257–268 p.
- Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR)(2005); Swedish Health Care in an International Context – a comparison of care needs, costs, and outcomes; June 2005
- SZERZŐ/BIZOTTSÁG: A magyar EU-elnökség időszakára javasolt egészségpolitikai prioritások. *Orvosok Lapja*, 2011.8.évf.1.szám .8-9.oldal
- TOTH F. (2010): Healthcare policies over the last 20 years: Reforms and counter-reforms *Health Policy*, Volume 95, Issue 1, April
- VITRAI J.–VOKÓ Z. (2002) Országos Lakossági Egészségfelmérés 2000. Kutatási jelentés 1. fejezet 1-5 p. http://www.egeszsegmonitor.hu/dok/kutatasi_jelentes_OLEF2000.pdf Letöltve:2010.11.23.
- WILD, S. et al (2004): Global Prevalence of Diabetes Estimates for the year 2000 and projections for 2030 *Diabetes Care* 27:1047–1053 p.
- WINKLEBY, M. A. et al. (1996): The Long-Term Effects of a Cardiovascular Disease Prevention Trial: The Stanford Five-City Project *American Journal of Public Health* December, Vol. 86, No.12.
- WOOD, D. PERK J et al. (2007): Future Developments in Preventive Cardiology: The EUROACTION Project in *Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* Springer-Verlag London 477-479 p.

Internetes források

2007. évi XCII. törvény a Fogyatékkal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről <http://joglexikon.hu/jurispedia/index.php> Letöltve: 2010.11.30.
- ANTSZ <http://www.antsz.hu/portal/portal/euegeszsegiallapota3.html#top> Letöltve: 2010.12.10.
- ECHIM – *European Community Health Indicators Monitoring* http://www.healthindicators.eu/healthindicators/object_document/o5873n28314.html Letöltve: 2010.12.20.
- Egészségügyi Stratégiai Kutatóközpont honlapja: <http://fogalomtar.eski.hu/index.php/HBCs> Letöltés dátuma: 2011.04.13.
- ESKI Egészségügyi Rendszertudományi Irodájának Ausztria egészségügyéről szóló 2010-es legfrissebb ország tanulmánya <http://medinfo.hu/hol/cikkh.cgi?id=2452> Letöltve: 2011.01.31.
- ESKI egészségügyi rendszertudományi irodájának Csehország egészségügyéről szóló 2010-es tanulmánya <http://www.eski.hu/hol/cikkh.cgi?id=1398> Letöltve: 2011.03.04.
- ESKI Egészségügyi Rendszertudományi Irodájának Finnország egészségügyéről szóló 2010-es ország tanulmánya <http://www.eski.hu/hol/cikkh.cgi?id=1815> Letöltve: 2011.01.30.
- ESKI egészségügyi rendszertudományi irodájának Lengyelország egészségügyéről szóló 2010-es tanulmánya <http://www.eski.hu/hol/cikkh.cgi?id=1996> Letöltve:2011.02.21.
- EUROCISS indicators and determinants of health http://www.cuore.iss.it/eurociss/en/indicators/health_service.asp Letöltve: 2010.11.30.

- Európai Unió egészségi állapota. <http://www.antsz.hu/portal/portal/euegeszsegiallapota3.html#top>
Letöltve: 2011.03.02.
- European Quality Assurance <http://www.eqa.co.uk/home.aspx> Letöltve: 2011.04.12.
- Health Care in Sweden, Fact Sheet Health Care, Sweden.se The official gateway to Sweden
<http://www.sweden.se/eng/Home/Society/Health-care/Facts/Health-care-in-Sweden/> Letöltve: 2010.12.03.
- Health Impact Assessment, Main concepts and suggested approach. Gothenburg Consensus Paper. European Centre for Health Policy, World Health Organization Regional Office for Europe. 1999 <http://www.euro.who.int/document/pae/gothenburgpaper.pdf> Letöltve: 2010. 02.0 9.
- Health Statistics Yearbook of Slovak Republic 2008.
http://data.nczisk.sk/rocenky/rocenka_2008.pdf Letöltve: 2011.02.02
- <http://www.egeszsegesbetegsegek.hu/anyagcsere-betegseg.html> Letöltve: 2010.12.04.
- <http://www.escardio.org/about/what/advocacy/Pages/health-charter.aspx> Letöltve: 2011.04.30.
- <http://www.kulcs-soft.hu/index.php?p=informaciok/berkalkulator> Letöltve: 2011.04.26.
- Improving the quality of life of people with disabilities: enhancing a coherent policy for and through full participation, Political Declaration, Council of Europe, Malaga, Spain, 2003, CONFMIN-IPH (2003)
- International Compendium of Health Indicators
<http://www.healthindicators.org/ICHI/general/startmenu.aspx> Letöltve: 2010.04.23.
- Kórácz Mária: Benjamin Franklin, a tudós feltaláló.
http://www.sk-szeged.hu/statikus_html/kiallitas/franklin/elet.htm Letöltve: 2008.09.10
- Közlöny Kiadó <http://www.kozlonykiado.hu/kozlonyok/index.php?m=1&p=0100&k=6> Letöltve: 2010.10.30.
- OECD Health Data 2010 Version: June 2010 http://www.oecd.org/document/30/0,3746,en_2649_37407_12968734_1_1_1_374000.html Letöltve: 2011.03.20.
- ONYF (Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság)
<http://www.onyf.hu/index.php?module=news&action=getfile&fid=8565&rand=54af76ebb57e45032b0f217dec72025b> Letöltve: 2011.04.26.
- Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet története – a régmúlttól napjainkig
<http://www.rehabint.hu/new/bemut/5os.htm> Letöltve: 2011.01.23.
- ORSZI (Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet) története
<http://www.orszi.hu/index.php?ID=85> Letöltve: 2011.01.24.
- Prevenció története <http://www.meditres.hu/tevekenyseg/index.html#02> Letöltve: 2011.11.25
- Rehabilitációs Szakmai Kollégium 2010. március 10-i ülésén elfogadott definíciók
<http://www.rehab-kollegium.com/Home/fogalmak3> Letöltve: 2010.12.20.
- Semmelweis Terv <http://www.weborvos.hu/adat/files/EgpolVitairat2010%5B1%5D.pdf> Letöltve: 2011.03.14.
- Szívbeteg rehabilitációja. Történeti áttekintés <http://mek.oszk.hu/01100/01161/html/rehab.htm>
Letöltve: 2010.12.10.
- The Section and the Board of Physical and Rehabilitation Medicine represent specialists in Physical and Rehabilitation Medicine within the the European Union of Medical Specialists.
<http://www.euro-prm.org> Letöltés dátuma: 2010.11.30.
- WHO Ottawa Charter for Health Promotion. 1986
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf Letöltve: 2010.12.05.
- WHO (2003): Screening for type II diabetes. www.who.int/diabetes Letöltve: 2010.12.04.
- WHO Cardiovascular Diseases http://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/en/ 2010.11.30.

Törvények, rendeletek, határozatok

- 1991 évi IV. tv. http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99100004.TV×hift=0
Letöltve: 2011.01.22.
- 1997 évi CLIV. tv. http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700154.TV
Letöltve: 2011.01.22.
2007. évi XCII. törvény a Fogyatékkal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről <http://jogilexikon.hu/jurispedia/index.php>
Letöltve: 2010.11.30
2007. évi LXXXIV. törvény. 321/2007. (XII. 5.) Korm. rendelet a komplex rehabilitációról
http://komplexrehabilitacio.hu/index.php?option=com_content&task=view&id=27&Itemid=18 Letöltve: 2010.12.22.
- 331/2010. (XII. 27.) Korm. rendelet <http://jogilexikon.hu/jurispedia/index.php> Letöltve: 2011.03.04
- 227/2011.(X.28.) Korm.Rendelet
http://adozona.hu/orac_import/68547_227_2011_X_28_Korm_rendelet_egyes
Letöltve: 2011.11.28.
- AHA Scientific Statement (2008); Depression and Coronary Heart Disease Circulation; 118: 1768–1775
- Common Position (EC) No 34/2001 adopted by the Council, on 31 July 2001 acting in accordance with the procedure referred to in Article 251 of the Treaty establishing the European Community, with a view to adopting a Decision of the European Parliament and of the Council adopting a programme of Community action in the field of public health (2001 to 2006). *Official Journal C* 307, 31/10/2001, p. 2
- Council Conclusions on Common values and principles in European Union Health Systems (2006/C 146/01) 22.2.2006 Official Journal of the European Union C 146/1
- Európai Bizottság határozata 2011. február 22.
http://ec.europa.eu/health/programme/docs/wp2011_hu.pdf Letöltve: 2011.04.02.
- International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). World Health Organization, 2001. A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása (FNO) Kiadta az Egészségügyi Világszervezet. A kiadásért felel az Országos Egészségbiztosítási Pénztár főigazgatója. Szegedi Kossuth Nyomda Kft., Szeged
- Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR, 2005); Swedish Health Care in an International Context – a comparison of care needs, costs, and outcomes; June 2005

M2. Adattáblák

M2.1. Adattábla: 1. ábra: Egészségügyi kiadások, 2008

Ország / Countries	Egy főre jutó egészségügyi ^{a)} Per capita health care ^{a)}		GDP százalékában In percentage of GDP	
	összes kiadás total expenses	ebből: közkiadás of which: public expenses	összes kiadás total expenses	ebből: közkiadás of which: public expenses
Ausztria / Austria	3 970	3 053	10,5	8,1
Belgium / Belgium	3 677 ^{b)}	2 668 ^{b)}	10,2 ^{b)}	7,4 ^{b)}
Csehország / Czech Republic	1 781	1 470	7,1	5,9
Dánia / Denmark	3 540 ^{c)}	2 991 ^{c)}	9,7 ^{c)}	8,2 ^{c)}
Egyesült Királyság / United Kingdom	3 129	2 585	8,7	7,2
Finnország / Finland	3 008	2 233	8,4	6,2
Franciaország / France	3 696	2 875	11,2	8,7
Görögország ^{d)} / Greece ^{d)}	2 687 ^{c)}	1 622 ^{c)}	9,7 ^{c)}	5,8 ^{c)}
Hollandia / Netherlands	4 063 ^{b)}	..	9,9 ^{b)}	..
Írország ^{d)} / Ireland ^{d)}	3 793	2 918	8,7	6,7
Izland / Iceland	3 359	2 796	9,1	7,6
Lengyelország / Poland	1 213	876	7,0	5,1
Luxemburg / Luxembourg	4 210 ^{b) e)}	3 825 ^{b) e)}	7,2 ^{b) e)}	6,5 ^{b) e)}
Magyarország / Hungary	1 437	1 021	7,3	5,2
Németország / Germany	3 737	2 869	10,5	8,1
Norvégia / Norway	5 003 ^{b)}	4 213 ^{b)}	8,5 ^{b)}	7,2 ^{b)}
Olaszország ^{d)} / Italy ^{d)}	2 870	2 216	9,1	7,0
Portugália / Portugal	2 151 ^{e)}	1 539 ^{e)}	9,9 ^{e)}	7,1 ^{e)}
Spanyolország / Spain	2 902	2 105	9,0	6,5
Svájc / Switzerland	4 627 ^{b)}	2 736 ^{b)}	10,7 ^{b)}	6,3 ^{b)}
Svédország / Sweden	3 470	2 841	9,4	7,7
Szlovákia / Slovak Republic	1 738	1 199	7,8	5,4
Törökország / Turkey	767 ^{c)}	520 ^{c)}	6,0 ^{c)}	4,1 ^{c)}
a) Vásárlóerő-paritáson számított adatok, USD/PPP / Data calculated on purchasing power parity, USD/PPP. b) Becsült adat / Estimated data. c) 2007. évi adat / Data of 2000. d) Azon országok, amelyek az egészségügy pénzügyi erőforrásai keletkezésének és felhasználásának elemzésére nem az OECD által kidolgozott Egészségügyi Számlák Rendszerét (SHA) használják. / Those countries, which don't apply the System of Health Accounts (SHA) to analyse the utilization and origin of financial source of health care. e) 2006. évi adat / Data of 2006				
Forrás: Statisztikai Évkönyv 2009, Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Budapest, 2010				

M2.2. Adattábla: 2. ábra: Az egy főre jutó gyógyító-megelőző ellátás kiadásainak alakulása

Ország / Countries	2000	2005	2007	2008
Ausztria / Austria	2 339	2 853	3 119	3 261
Belgium / Belgium	..	2 652	2 791	2 970
Csehország / Czech Republic	897	1 373	1 505	1 678
Dánia / Denmark	..	2 329	2 665	..
Egyesült Királyság / United Kingdom	..	..	..	..
Finnország / Finland	1 526	2 147	2 402	2 513
Franciaország / France	2 273	2 892	3 114	3 188
Görögország / Greece	..	..	..	..
Hollandia / Netherlands	1 971	2 723	3 057	3 222 ^{b)}
Írország / Ireland	..	..	..	..
Izland / Iceland	2 325	2 647	2 680	2 722
Lengyelország / Poland	..	751	921	1 070
Luxemburg / Luxembourg	2 133	3 261	..	..
Magyarország / Hungary	802	1 320	1 297	1 344
Németország / Germany	2 252	2 824	3 061	3 165
Norvégia / Norway	2 136	2 987	3 306	3 437 ^{b)}
Olaszország / Italy	..	..	..	..
Portugália / Portugal	1 422	1 971	..	..
Spanyolország / Spain	1 462	2 009	2 333	2 547
Svájc / Switzerland	2 625	3 244	3 601	..
Svédország / Sweden	2 001	2 614	2 935	3 035
Szlovákia / Slovak Republic	..	1 085	1 487	1 647
Törökország / Turkey	..	..	..	..
a) Vásárlóerő-paritáson számított adatok, USD/PPP / Data calculated on purchasing power parity, USD/PPP Az Egészségügyi Számlák Rendszere (SHA) szerinti besorolás alapján a táblázatban szereplő adatok összegezve tartalmazzák a gyógyító ellátás és rehabilitációs célú ellátás (HC.1 + HC.2), a kiegészítő szolgáltatások (HC.4), az egészségügyi termékeknek a járóbeteg-ellátásban (HC.5), valamint a prevenció és népegészségügyi ellátás, illetve az egészségügyi adminisztráció (HC.6 + HC.7) kiadásait. The data of table include the sum of expenditure on curative and rehabilitative care (HC.1 + HC.2), expenditure on ancillary services to health care (HC.4), expenditure on medical goods (HC.5) and expenditure on collective services (HC.6 + HC.7) on the basis of classification of System of Health Accounts (SHA). b) Becsült adat / Estimated data				
Forrás: Statisztikai évkönyv 2009, Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Budapest, 2010				

M2.3. Adattábla: 3. ábra: Az egy főre jutó egészségügyi közkiadások relatív értékének alakulása

Magyarországon, 2008^{a)}

Viszonyítási ország, országcsoport <i>Country of comparison, country groups</i>	Valutaárfolyamon számítva <i>Counted at the rate of exchange</i> (%)	Vásárlóerő-paritáson számítva <i>Counted on purchasing power parity</i> (%)
Ausztria = 100 / <i>Austria = 100</i>	20	33
Belgium = 100 / <i>Belgium = 100</i>	22 ^{b)}	38 ^{b)}
Csehország = 100 / <i>Czech Republic = 100</i>	64	69
Dánia = 100 / <i>Denmark = 100</i>	15 ^{c)}	33 ^{c)}
Egyesült Királyság = 100 / <i>United Kingdom = 100</i>	25	39
Finnország = 100 / <i>Finland = 100</i>	25	46
Franciaország = 100 / <i>France = 100</i>	20	36
Hollandia = 100 / <i>Netherlands = 100</i>	23 ^{d)}	44 ^{d)}
Izland = 100 / <i>Iceland = 100</i>	20	37
Lengyelország = 100 / <i>Poland = 100</i>	113	117
Luxemburg = 100 / <i>Luxembourg = 100</i>	15 ^{b) e)}	28 ^{b) e)}
Németország = 100 / <i>Germany = 100</i>	22	36
Norvégia = 100 / <i>Norway = 100</i>	12 ^{b)}	24 ^{b)}
Portugália = 100 / <i>Portugal = 100</i>	51 ^{e)}	68 ^{e)}
Spanyolország = 100 / <i>Spain = 100</i>	34	49
Svájc = 100 / <i>Switzerland = 100</i>	19 ^{b)}	37 ^{b)}
Svédország = 100 / <i>Sweden = 100</i>	20	36
Szlovákia = 100 / <i>Slovak Republic = 100</i>	84	85
Törökország = 100 / <i>Turkey = 100</i>	200 ^{c)}	189 ^{c)}
a) A táblázatban azon országok szerepelnek, amelyek az egészségügy pénzügyi erőforrásai keletkezésének és felhasználásának elemzésére az OECD által kidolgozott Egészségügyi Számlák Rendszerét (SHA) használják. <i>The table contains the countries, which apply the System of Health Accounts (SHA) to analyse the utilization and origin of financial source of health care.</i> b) Becsült adat / <i>Estimated data</i> c) 2007. évi adat / <i>Data of 2007</i> d) 2002. évi adat / <i>Data of 2002</i> e) 2006. évi adat / <i>Data of 2006</i>		
Forrás: Statisztikai évkönyv 2009, Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Budapest, 2010		

M2.4. Adattábla: 4. ábra: Néhány fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátási mutató

Ország	Százezer lakosra jutó kórházi ágyak száma (db)	Százezer lakosra jutó aktív kórházi ágyak száma (db)	Kórházi ápolás átlagos tartama (nap)
Ausztria	769,2	562,2	8,9
Csehország	715,8	505,7	10,4
Magyarország	709,6	441,5	8,0
Lengyelország	662,1	441,2	7,8
Szlovákia	655,0	486,7	7,8
Finnország	653,8	191,2	9,7
EU-27	561,9	379,5	8,7

Forrás: Statisztikai évkönyv 2009, Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Budapest, 2010

M2.5. Adattábla: 5. ábra: A halálozások száma halálokok szerint

Tételszám	Halálok	1949	1960	1970	1980	1990	2001	2008	2009
E10–E14	Cukorbetegség	359	786	841	2 031	1 964	1 819	2 865	2 654
I00–I02	Heveny reumás láz	31	39	5	4	2	-	-	2
I05–I09	Idült reumás szívbetegségek	..	533	1 029	1 845	900	383	250	273
I10–I15	Magasvérnyomás-betegség	..	2 329	3 964	4 392	5 773	3 570	6 338	6 405
I20–I25	Ischaemiás szívbetegségek	..	6 919	23 534	25 724	28 191	29 962	32 828	33 186
I30–I51	A szívbetegség egyéb formái	18 603	16 699	8 459	7 089	5 264	4 534	7 110	6 643
I60–I69	Agyérbetegségek	7 904	14 410	17 465	24 829	21 218	18 821	13 996	14 145

Forrás: Demográfiai évkönyv, 2009. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2010

M2.6. Adattábla: 6. ábra: A születéskor várható átlagos élettartam, férfiak

Ország	2000	2005	2007	2008
Svédország	77,4	78,4	78,9	79,2
Ausztria	75,2	76,7	77,4	77,8
Finnország	74,2	75,6	76,0	76,5
Csehország	71,7	72,9	73,8	74,1
Lengyelország	69,7	70,8	71,0	71,3
Szlovákia	69,1	70,1	70,5	70,8
Magyarország	67,4	68,6	69,2	70,1

Forrás: Demográfiai évkönyv, 2009. KSH, Budapest, 2010

M2.7. Adattábla: 7. ábra: A születéskor várható élettartam, nők

Ország	2000	2005	2007	2008
Svédország	82,0	82,8	83,0	83,2
Ausztria	81,2	82,2	83,1	83,3
Finnország	81,2	82,5	83,1	83,3
Csehország	78,5	79,3	80,2	80,5
Lengyelország	78,0	79,4	79,7	80,0
Szlovákia	77,4	77,9	78,1	78,7
Magyarország*	75,9	76,9	77,3	77,8
Forrás: Demográfiai évkönyv, 2009. KSH, Budapest, 2010				

M2.8. Adattábla: 8. ábra: Egészségesen várható élettartam születéskor és 65 éves korban, 2008

Ország	Egészségesen várható élettartam, évek			
	születéskor	65 éves korban	születéskor	65 éves korban
	férfi		nő	
Ausztria	58,0	7,3	59,5	7,3
Csehország	61,2	7,4	63,3	8,2
Finnország	58,6	8,0	59,4	8,9
Lengyelország	58,4	6,9	62,6	7,5
Magyarország	56,0	5,9	58,7	6,1
Svédország	69,2	12,9	68,7	13,8
Szlovákia	51,8	2,9	52,3	2,6
Forrás: Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2009. KSH, Budapest, 2010				

M2.9. Adattábla: 9. ábra: Az OECD népesség kormegoszlására standardizált halálozási arányszámok (SHA/százezer fő), kiemelt halálloki főcsoportok szerint

Ország Countries	Év Year	Összes halálozás Total mortality	ebből: / of which:				
			rosszindulatú daganatok malignant neoplasms	keringési rendszer be- tegségei diseases of the circulatory system	légzőrendszer betegségei diseases of the respiratory system	emésztőrendszer betegségei diseases of the digestive system	külső okok external causes
Ausztria / Austria	2008	524,3	153,2	198,0	27,3	23,2	37,0
Belgium / Belgium	2004	602,3	164,5	195,2	61,6	26,5	47,7
Csehország / Czech Republic	2008	706,1	190,6	336,7	38,1	32,7	47,2
Dánia / Denmark	2006	646,5	199,4	183,1	59,1	35,2	36,9
Egyesült Királyság / United Kingdom	2007	566,8	170,7	178,7	69,7	30,8	26,5
Finnország / Finland	2008	549,9	131,4	209,3	21,5	29,8	62,1
Franciaország / France	2007	484,9	158,2	118,3	25,9	22,6	41,9
Görögország / Greece	2008	557,7	149,1	239,7	49,6	13,6	29,3
Hollandia / Netherlands	2007	542,3	175,6	158,4	51,8	21,4	24,1
Írország / Ireland	2008	545,3	170,7	182,2	62,2	21,6	36,1
Izland / Iceland	2008	490,4	156,6	162,6	41,0	13,2	34,2
Lengyelország / Poland	2008	769,2	193,2	337,0	38,4	34,9	56,5
Luxemburg / Luxembourg	2006	573,2	152,0	216,5	38,5	29,9	44,5
Magyarország / Hungary	2008	868,5	223,9	406,3	41,1	60,7	56,4
Németország / Germany	2006	562,2	156,6	224,2	35,4	30,6	28,4
Norvégia / Norway	2007	529,4	156,9	165,0	49,1	15,6	37,3
Olaszország / Italy	2007	483,3	156,6	166,4	28,0	20,3	27,6
Portugália / Portugal	2003	686,8	151,3	242,0	55,9	30,6	44,4
Spanyolország / Spain	2005	536,5	151,2	161,5	58,6	27,8	30,7
Svájc / Switzerland	2007	460,4	139,3	149,3	26,0	19,1	35,8
Svédország / Sweden	2007	510,8	143,6	188,1	29,4	17,7	36,4
Szlovákia / Slovak Republic	2005	895,6	196,2	485,4	52,5	45,3	51,5
Törökország / Turkey	..	..	..	..	..	..	..

Forrás: Statisztikai évkönyv, 2009. Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Budapest, 2010

M2.10. Adattábla: Hiba! A hivatkozási forrás nem található.

Év	Magyarország				Európai Unió			
	férfi		nő		férfi		nő	
	0-64 éves	25-64 éves	0-64 éves	25-64 éves	0-64 éves	25-64 éves	0-64 éves	25-64 éves
1980	253	422	108	180	145	239	57	92
1981	259	431	109	182	141	233	55	90
1982	262	437	104	173	139	229	53	87
1983	269	449	108	179	139	230	54	88
1984	273	456	109	181	138	229	53	86
1985	268	447	108	180	139	229	52	85
1986	264	442	104	173	136	225	50	82
1987	253	422	99	164	133	220	50	81
1988	252	420	97	161	129	213	48	78
1989	256	428	98	164	127	208	47	76
1990	266	444	99	165	126	208	46	75
1991	262	439	99	165	126	207	46	74
1992	269	450	98	164	123	201	44	71
1993	272	455	99	164	121	198	43	70
1994	252	422	91	152	116	190	42	67
1995	246	411	89	148	114	187	41	66
1996	235	393	84	140	110	180	40	64
1997	224	374	81	134	107	174	38	62
1998	230	384	82	136	103	168	37	60
1999	223	373	78	131	98	160	35	57
2000	205	342	71	119	93	152	33	54
2001	192	321	69	115	90	148	32	52
2002	188	314	65	109	87	143	31	51
2003	189	316	64	107	85	139	30	48
2004	182	305	64	107	81	133	28	46
2005	193	323	63	104	79	129	27	44
2006	183	306	59	97	76	126	26	43
2007	179	300	57	95	75	124	25	41
2008	169	283	56	94	74	122	25	41
Forrás: European health for all database								

M2.11. Adattábla: 11. ábra: Az ischaemiás szívbetegség okozta halandóság alakulása Magyarországon és az Európai Unióban a 0-64 éves férfiak és nők körében (SHA/100e fő), 1996–2008

Év	Magyarország		Európai Unió	
	0-64 éves férfi	0-64 éves nő	0-64 éves férfi	0-64 éves nő
1996	123	34	57	14
1997	117	33	55	14
1998	118	34	53	13
1999	116	32	51	12
2000	105	29	48	11
2001	99	29	45	11
2002	94	28	43	11
2003	97	27	42	10
2004	97	28	40	9
2005	105	28	38	9
2006	97	25	37	9
2007	94	24	36	8
2008	87	24	36	8
Forrás: European health for all database				

M2.12. Adattábla: 12. ábra: Keringésszervi-halálotti struktúra a 0-x, 0-64 és 65-x éves férfiak körében Magyarországon, 2004–2008

0-x évesek	2004	2005	2006	2007	2008
Heveny szívizomelhalás	5609	5895	4929	4749	4341
Többi ischaemiás szívbetegség	9753	11664	11536	11107	10972
Hipertónia és agyérbetegség	9415	9299	8669	8862	8590
Egyéb keringési rendszer	6069	5778	5349	5904	5506
0-64 évesek	2004	2005	2006	2007	2008
Heveny szívizomelhalás	2169	2327	1877	1811	1696
Többi ischaemiás szívbetegség	2122	2353	2498	2429	2277
Hipertónia és agyérbetegség	2103	2098	2095	2002	1988
Egyéb keringési rendszer	1696	1881	1773	1860	1742
65-x évesek	2004	2005	2006	2007	2008
Heveny szívizomelhalás	3440	3568	3052	2938	2645
Többi ischaemiás szívbetegség	7631	9311	9038	8678	8695
Hipertónia és agyérbetegség	7312	7201	6574	6860	6602
Egyéb keringési rendszer	4373	3897	3576	4044	3764
Forrás: Demográfiai évkönyvek. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest					

M2.13. Adattábla: 13. ábra: Keringésszervi-halálloki struktúra a 0-x, 0-64 és 65-x éves nők körében Magyarországon, 2004–2008

0-x évesek	2004	2005	2006	2007	2008
Heveny szívizomelhalás	4124	4352	3848	3627	3437
Többi ischaemiás szívbetegség	12538	14982	14597	14031	14078
Hipertónia és agyérbetegség	12459	12687	11907	11947	11734
Egyéb keringési rendszer	7198	6281	5726	6320	6091
0-64 évesek	2004	2005	2006	2007	2008
Heveny szívizomelhalás	648	654	542	480	493
Többi ischaemiás szívbetegség	787	839	774	801	805
Hipertónia és agyérbetegség	1155	1055	1016	946	979
Egyéb keringési rendszer	721	688	714	751	677
65-x évesek	2004	2005	2006	2007	2008
Heveny szívizomelhalás	3476	3698	3306	3147	2944
Többi ischaemiás szívbetegség	11751	14143	13823	13230	13273
Hipertónia és agyérbetegség	11304	11632	10891	11001	10755
Egyéb keringési rendszer	6477	5593	5012	5569	5414
Forrás: Demográfiai évkönyvek. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest					

M2.14. Adattábla: 3. táblázat: A kardiológiai rehabilitációs osztályok eredménye, 2000–2010 és

4. táblázat: A kardiológiai rehabilitációs osztályok teljesítménye 2010-ben

Megyekódok			
Sorszám	Megye	Sorszám	Megye
01	Baranya	11	Nógrád
02	Bács-Kiskun	12	Pest
03	Békés	13	Somogy
04	Borsod-Abaúj-Zemplén	14	Szabolcs-Szatmár
05	Csongrád	15	Szolnok
06	Fejér	16	Tolna
07	Győr-Moson-Sopron	17	Vas
08	Hajdú-Bihar	18	Veszprém
09	Heves	19	Zala
10	Komárom	20	Budapest

Megye	Ágyszám	Esetszám	Ápolási nap	Súlyozott ápolási nap	Korrekciós szorzó	Finanszírozás (eFt)	Ágykihasználtság (%)	Fajlagos mutatók			Halálozás	
								Egy ágyra jutó havi eset	Egy ágyra jutó havi díj (eFt)	Egy esetre jutó díj (eFt)	Meghalt	Halálozási arány (%)
2010												
	1 670	27 410	496 368	727 247	1,47	4 054 551	81	26,21	202	148	300	1,09
01	20	103	1 012	1 417	1,40	7 934	56	1,72	132	77	1	0,97
01	67	355	4 189	5 863	1,40	32 810	29	0,59	55	93	7	1,97
02	40	745	14 002	21 640	1,55	120 967	96	1,55	252	162	1	0,13
03	50	1 071	15 363	18 436	1,20	103 239	84	1,79	172	96	2	0,19
04	60	1 383	21 152	32 706	1,55	181 710	97	1,92	254	131	4	0,29
05	45	744	16 453	27 970	1,70	154 047	100	1,38	290	207	1	0,13
06	25	463	5 431	6 517	1,20	36 496	65	1,54	122	79	38	8,21
07	226	3 672	77 678	110 948	1,43	621 282	94	1,35	229	169	2	0,05
08	10	124	2 985	4 634	1,55	25 651	89	1,03	216	207	3	2,42
09	12	16	563	676	1,20	3 783	13	0,11	26	241	2	12,74
09	50	855	16 785	21 822	1,30	122 202	92	1,43	204	143	1	0,12
10	60	912	18 647	27 380	1,47	153 001	85	1,27	213	168	3	0,33
12	50	916	15 044	19 590	1,30	109 702	82	1,53	183	120	4	0,44
12	33	454	11 153	17 808	1,60	99 610	93	1,15	252	220	7	1,54
13	56	453	10 036	12 043	1,20	67 438	52	0,67	100	149	23	5,08
14	12	297	2 756	3 589	1,30	20 099	68	2,06	140	68	14	4,72
15	30	459	8 619	10 342	1,20	57 916	81	1,27	161	126	4	0,87
16	15	580	4 812	5 774	1,20	30 808	95	3,22	180	53	31	5,34
16	23	499	8 139	11 394	1,40	63 806	97	1,81	231	128	4	0,80
18	393	6 843	134 699	210 587	1,56	1 170 459	95	1,45	250	171	6	0,09
19	45	636	10 673	12 808	1,20	71 723	77	1,18	133	113	15	2,36
20	30	234	2 073	2 487	1,20	13 927	28	0,65	39	60	33	14,13
20	44	699	12 009	18 703	1,56	104 738	78	1,32	198	150	12	1,72
20	50	1 266	12 110	17 578	1,45	97 819	85	2,11	164	77	63	4,98
20	35	277	7 634	10 029	1,31	56 161	62	0,66	134	203	6	2,17
20	95	1 670	33 046	53 242	1,61	296 437	96	1,46	262	178	6	0,36
20	20	562	6 645	9 571	1,44	53 552	92	2,34	223	95	4	0,71
20	10	51	468	618	1,32	3 463	14	0,43	29	67	3	5,84
20	64	1 074	22 198	31 077	1,40	173 770	95	1,40	227	162	0	0,00
A táblázat folytatása a következő oldalon!												

M2. Adattáblák

A táblázat folytatása												
Megye	Ágyszám	Esetszám	Ápolási nap	Súlyozott ápolási nap	Korrekciós szorzó	Finanszírozás (eFt)	Ágykihasználtság (%)	Fajlagos mutatók			Halálozás	
								Egy ágyra jutó havi eset	Egy ágyra jutó havi díj (eFt)	Egy esetre jutó díj (eFt)	Meghalt	Halálozási arány (%)
2009												
	1 627	27 875	488 477	737 077	1,51	4 111 287	82	27,15	211	147	308	1,10
01	27	496	4 919	6 886	1,40	38 561	51	1,55	121	78	2	0,40
02	40	911	14 043	23 872	1,70	133 547	97	1,90	279	147	0	0,00
03	50	1 163	15 043	18 052	1,20	101 089	83	1,94	168	87	1	0,09
04	60	1 579	20 484	34 823	1,70	194 850	94	2,19	271	123	9	0,57
05	45	823	16 140	27 438	1,70	151 839	98	1,52	285	184	1	0,12
06	25	437	5 499	6 598	1,20	36 950	70	1,46	123	85	53	12,12
07	218	3 697	77 684	108 757	1,40	606 792	98	1,41	233	164	4	0,11
08	10	119	3 129	5 319	1,70	29 716	97	0,99	248	250	2	1,68
09	12	13	289	347	1,20	1 915	80	1,08	162	148	5	38,73
09	12	0	0	0		0	0	0,00	0	0	0	0,00
09	50	887	16 883	23 636	1,40	132 363	93	1,48	221	149	0	0,00
09	12	5	49	58	1,20	326	2	0,05	3	65	1	20,00
10	60	963	20 044	28 062	1,40	156 996	92	1,34	218	163	3	0,31
12	50	1 038	15 499	21 698	1,40	121 508	85	1,73	203	117	4	0,39
12	33	413	10 606	18 017	1,70	100 893	88	1,04	255	244	1	0,24
13	57	538	9 784	11 740	1,20	65 745	51	0,78	96	122	26	4,83
14	12	274	2 602	3 643	1,40	20 400	65	1,90	142	74	13	4,74
15	30	450	8 698	10 437	1,20	58 447	83	1,25	162	130	4	0,89
16	15	323	2 996	3 595	1,20	20 133	59	1,79	112	62	27	8,37
16	23	412	7 508	10 511	1,40	58 859	90	1,49	213	143	2	0,49
18	393	6 813	133 368	213 630	1,60	1 189 658	94	1,44	254	175	5	0,07
19	45	673	10 045	12 054	1,20	67 502	77	1,25	125	100	9	1,34
20	30	277	2 100	2 519	1,20	14 109	36	0,77	39	51	32	11,54
20	44	744	12 044	20 475	1,70	114 659	79	1,41	217	154	7	0,94
20	50	1 164	11 258	19 138	1,70	106 548	88	1,94	179	92	80	6,87
20	35	205	5 901	8 261	1,40	46 260	48	0,49	110	226	2	0,98
20	95	1 667	32 058	54 499	1,70	300 969	95	1,46	268	181	5	0,30
20	20	623	6 855	11 653	1,70	65 107	95	2,60	272	105	9	1,45
20	10	58	527	737	1,40	4 128	16	0,48	34	72	1	1,74
20	64	1 109	22 429	30 623	1,37	171 419	96	1,44	223	155	0	0,00
A táblázat folytatása a következő oldalon!												

M2. Adattáblák

A táblázat folytatása												
Megye	Ágyszám	Esetszám	Ápolási nap	Súlyozott ápolási nap	Korrekciós szorzó	Finanszírozás (eFt)	Ágykihasználtság (%)	Fajlagos mutatók			Halálozás	
								Egy ágyra jutó havi eset	Egy ágyra jutó havi díj (eFt)	Egy esetre jutó díj (eFt)	Meghalt	Halálozási arány (%)
2008												
	1 642	27 142	466 671	736 175	1,58	4 105 911	78	25,99	208	151	421	1,55
01	65	650	7 548	11 889	1,58	66 580	32	0,83	84	102	0	0,00
02	30	934	13 746	22 875	1,66	127 970	125	2,59	350	137	4	0,43
03	50	1 106	12 644	19 039	1,51	106 620	69	1,84	174	96	3	0,27
04	60	1 446	19 352	29 977	1,55	167 869	88	2,01	227	116	5	0,35
05	45	853	15 870	25 270	1,59	140 485	96	1,58	257	165	1	0,12
06	25	274	5 366	8 014	1,49	44 880	71	0,91	147	164	87	31,75
07	218	3 410	71 842	111 850	1,56	625 412	90	1,30	236	183	0	0,00
08	10	100	2 214	3 540	1,60	19 417	72	0,84	164	193	17	16,92
09	12	128	2 704	3 961	1,47	22 184	67	0,89	151	174	42	32,93
09	50	804	16 083	25 167	1,56	140 934	88	1,34	231	175	2	0,25
10	60	975	18 689	29 128	1,56	163 119	85	1,35	223	167	1	0,10
12	50	1 017	10 595	16 370	1,55	91 672	58	1,69	150	90	7	0,69
12	33	59	1 737	2 952	1,70	16 531	86	0,90	250	279	1	1,69
13	70	652	12 975	19 395	1,49	108 614	52	0,78	127	167	14	2,15
14	12	220	2 289	3 596	1,57	20 140	59	1,53	138	91	9	4,09
15	30	429	8 664	12 929	1,49	72 403	82	1,19	197	169	4	0,93
16	15	212	2 080	3 112	1,50	17 425	41	1,18	96	82	15	7,07
16	23	416	7 539	11 864	1,57	66 437	90	1,51	236	160	1	0,24
18	393	6 903	135 498	216 496	1,60	1 207 541	95	1,46	253	175	5	0,07
19	45	688	9 577	14 228	1,49	79 675	76	1,27	145	116	11	1,60
20	30	293	2 221	3 431	1,54	19 211	48	1,08	71	66	27	9,23
20	30	110	828	1 289	1,56	7 216	49	1,22	74	66	12	10,90
20	44	693	12 124	20 161	1,66	112 900	78	1,31	209	163	7	1,01
20	50	1 103	9 556	15 900	1,66	89 038	79	1,84	146	81	129	11,70
20	98	1 830	34 154	56 305	1,65	307 799	99	1,56	264	168	3	0,16
20	20	573	6 882	11 475	1,67	64 026	96	2,39	264	112	12	2,09
20	10	115	1 048	1 638	1,56	9 170	32	0,95	75	80	2	1,75
20	64	1 149	22 853	34 326	1,50	190 642	98	1,50	246	166	0	0,00
A táblázat folytatása a következő oldalon!												

M2. Adattáblák

A táblázat folytatása												
Megye	Ágyszám	Esetszám	Ápolási nap	Súlyozott ápolási nap	Korrekciós szorzó	Finanszírozás (eFt)	Ágykihasználtság (%)	Fajlagos mutatók			Halálozás	
								Egy ágyra jutó havi eset	Egy ágyra jutó havi díj (eFt)	Egy esetre jutó díj (eFt)	Meghalt	Halálozási arány (%)
2007												
	1 655	23 011	401 100	600 168	1,50	3 271 100	66	21,36	165	142	378	1,64
01	52	519	6 000	9 000	1,50	49 426	32	0,83	73	95	5	0,96
02	25	552	6 915	10 372	1,50	57 398	77	1,84	177	104	19	3,44
03	50	1 151	14 081	21 122	1,50	114 756	77	1,92	176	100	5	0,43
04	36	765	10 436	15 654	1,50	85 853	80	1,78	184	112	5	0,65
05	34	734	13 924	20 885	1,50	113 789	112	1,79	257	155	1	0,14
06	25	285	5 755	8 633	1,50	47 046	75	0,95	145	165	111	38,95
07	226	3 259	69 999	104 998	1,50	572 885	85	1,20	195	176	3	0,09
08	9	144	1 054	1 287	1,22	6 549	68	1,30	59	46	34	23,69
09	12	71	1 047	1 570	1,50	8 791	53	0,98	112	125	12	17,01
09	50	319	7 040	10 560	1,50	59 136	77	1,06	182	185	1	0,31
10	60	905	17 182	25 049	1,46	134 770	79	1,26	175	149	3	0,33
12	50	336	3 002	4 503	1,50	25 217	33	1,12	78	75	1	0,30
13	70	326	5 998	8 996	1,50	50 379	47	0,78	111	155	2	0,61
14	13	43	378	566	1,50	3 171	16	0,43	29	73	4	9,24
15	30	413	8 477	12 716	1,50	69 182	81	1,15	177	168	15	3,63
16	15	68	628	941	1,50	5 271	26	0,76	54	77	10	14,66
16	23	341	5 569	8 353	1,50	45 547	80	1,48	182	133	2	0,59
18	393	6 872	136 241	204 361	1,50	1 108 320	96	1,46	218	161	1	0,01
18	80	1 234	22 534	33 801	1,50	182 756	93	1,54	211	148	0	0,00
19	35	525	6 200	9 300	1,50	50 206	69	1,25	112	96	6	1,14
20	30	274	1 997	2 995	1,50	16 771	52	1,52	86	61	17	6,22
20	44	736	13 008	19 512	1,50	106 209	84	1,39	185	144	14	1,90
20	45	946	8 549	12 823	1,50	69 770	71	1,75	120	74	76	8,04
20	15	0	0	0		0	0	0,00	0	0	0	0,00
20	30	164	2 214	3 321	1,50	18 598	60	1,37	143	113	0	0,00
20	110	476	4 927	6 927	1,41	41 009	74	2,16	164	86	1	0,21
20	20	372	4 450	6 674	1,50	36 309	64	1,55	139	98	28	7,53
20	10	56	513	770	1,50	4 309	31	0,94	66	77	2	3,55
20	64	1 129	22 988	34 482	1,50	187 680	98	1,47	226	166	0	0,00
2006												
	1 176	20 649	371 467	633 355	1,71	2 746 916	87	27,70	195	133	253	1,23
01	34	318	4 047	6 411	1,58	27 327	33	0,78	66	86	5	1,57
02	5	256	2 789	4 392	1,57	19 224	166	4,27	313	75	41	16,00
03	50	1 034	16 090	25 334	1,57	110 560	88	1,72	181	107	4	0,39
04	23	557	8 159	12 853	1,58	55 999	98	2,03	200	100	2	0,36
05	35	663	12 573	24 509	1,95	105 500	99	1,58	248	159	1	0,15
06	25	291	5 551	8 726	1,57	38 100	73	0,97	125	131	88	30,25
07	228	3 679	73 075	127 981	1,75	557 009	88	1,34	200	151	8	0,22
08	5	92	975	1 307	1,34	5 438	72	1,53	91	59	13	14,13
10	60	1 029	20 403	37 871	1,86	163 110	93	1,43	223	159	2	0,19
15	30	487	8 725	13 775	1,58	59 158	83	1,35	163	121	7	1,44
18	393	6 991	137 619	241 832	1,76	1 045 537	97	1,48	219	150	3	0,04
18	80	1 524	28 977	45 637	1,57	199 678	99	1,59	203	131	3	0,20
19	25	449	5 786	9 127	1,58	39 505	89	1,50	130	88	6	1,33
20	44	817	12 430	19 654	1,58	84 542	80	1,55	157	103	6	0,73
20	40	922	6 770	10 646	1,57	46 635	77	1,92	95	51	43	4,66
20	15	0	0	0	0	0	0	0,00	0	0	0	0,00
20	20	429	4 665	7 347	1,58	32 147	65	1,79	131	75	21	4,89
20	64	1 110	22 837	35 952	1,57	157 446	98	1,44	201	142	0	0,00
A táblázat folytatása a következő oldalon!												

M2. Adattáblák

A táblázat folytatása												
Megye	Ágyszám	Esetszám	Ápolási nap	Súlyozott ápolási nap	Korrekciós szorzó	Finanszírozás (eFt)	Ágykihasználtság (%)	Fajlagos mutatók			Halálozás	
								Egy ágyra jutó havi eset	Egy ágyra jutó havi díj (eFt)	Egy esetre jutó díj (eFt)	Meghalt	Halálozási arány (%)
2005												
	1 171	21 200	372 709	662 297	1,78	2 639 471	87	28,51	188	125	264	1,25
01	34	309	3 829	6 126	1,60	24 398	32	0,76	60	79	4	1,29
02	6	246	2 492	3 987	1,60	15 983	130	3,42	222	65	39	15,85
03	50	1 035	17 014	27 222	1,60	108 987	94	1,73	182	105	2	0,19
04	20	529	7 418	11 869	1,60	47 389	102	2,20	198	90	4	0,76
05	35	749	12 392	26 022	2,10	102 288	98	1,78	248	137	0	0,00
06	25	296	6 152	9 843	1,60	38 055	82	0,99	132	129	82	27,70
07	228	3 817	73 628	135 894	1,85	545 080	90	1,39	199	143	7	0,18
08	5	105	1 111	1 778	1,60	6 771	74	1,75	119	64	18	17,13
10	60	1 019	20 715	40 842	1,97	163 126	95	1,42	228	160	6	0,59
15	30	535	8 387	13 419	1,60	53 493	84	1,48	150	100	6	1,12
18	393	7 041	138 680	255 868	1,85	1 015 731	98	1,49	218	144	3	0,04
18	80	1 872	28 746	45 993	1,60	184 306	99	1,95	192	98	0	0,00
19	22	441	5 241	8 386	1,60	33 438	97	1,66	127	76	10	2,27
20	44	817	12 719	20 350	1,60	81 579	82	1,55	155	100	6	0,73
20	40	907	7 537	12 058	1,60	48 266	90	1,89	101	53	52	5,73
20	15	0	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0	0,00
20	20	351	3 657	5 850	1,60	23 472	50	1,46	98	67	24	6,83
20	64	1 131	22 994	36 790	1,60	147 110	99	1,47	192	130	1	0,09
2004												
	1 153	21 056	369 545	591 972	1,60	2 209 462	88	28,51	160	105	220	1,04
01	34	503	7 570	11 617	1,53	42 582	62	1,23	105	85	3	0,60
02	6	191	2 482	3 839	1,55	14 332	123	2,66	199	75	26	13,58
03	50	958	16 735	25 918	1,55	96 506	92	1,60	162	101	3	0,31
04	20	480	7 233	11 204	1,55	41 638	100	2,00	175	87	3	0,62
05	35	991	13 097	23 675	1,81	82 482	106	2,36	213	83	1	0,10
06	25	290	6 413	9 933	1,55	36 350	84	0,97	124	125	74	25,52
07	228	3 666	71 176	116 542	1,64	444 508	88	1,34	160	121	7	0,19
08	5	69	807	1 244	1,54	4 247	57	1,15	77	61	14	20,24
10	60	1 018	20 363	32 160	1,58	120 517	93	1,41	167	118	4	0,39
15	30	235	3 166	5 060	1,60	19 353	46	0,87	73	82	3	1,28
18	393	7 202	140 490	226 743	1,61	846 563	98	1,53	181	118	7	0,10
18	80	1 886	28 666	44 456	1,55	166 427	98	1,96	174	88	1	0,05
19	20	417	4 731	7 338	1,55	27 397	100	1,74	115	66	6	1,44
20	44	821	13 029	20 179	1,55	75 524	84	1,56	143	92	8	0,97
20	40	894	6 962	10 808	1,55	39 905	92	1,86	85	45	40	4,48
20	15	0	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0	0,00
20	20	278	3 039	4 701	1,55	17 559	42	1,16	73	63	18	6,48
20	48	1 157	23 590	36 555	1,55	133 572	134	2,01	238	115	2	0,17
A táblázat folytatása a következő oldalon!												

M2. Adattáblák

A táblázat folytatása												
Megye	Ágyszám	Esetszám	Ápolási nap	Súlyozott ápolási nap	Korrekciós szorzó	Finanszírozás (eFt)	Ágykihasználtság (%)	Fajlagos mutatók			Halálozás	
								Egy ágyra jutó havi eset	Egy ágyra jutó havi díj (eFt)	Egy esetre jutó díj (eFt)	Meghalt	Halálozási arány (%)
2003												
	1 085	20 827	370 185	555 282	1,50	1 930 345	93	29,99	148	93	266	1,28
01	34	548	9 135	13 702	1,50	46 675	74	1,34	118	85	3	0,55
02	7	271	2 977	4 465	1,50	15 626	125	3,22	186	58	28	10,35
03	50	973	17 322	25 982	1,50	89 850	96	1,62	152	92	3	0,31
04	20	412	7 180	10 769	1,50	37 491	100	1,72	157	91	3	0,73
05	32	992	13 185	19 778	1,50	64 612	116	2,58	180	65	1	0,10
06	25	312	6 222	9 332	1,50	32 512	84	1,04	109	104	108	34,61
07	188	3 583	70 682	106 022	1,50	370 874	105	1,59	164	104	6	0,17
08	5	47	539	809	1,50	2 513	40	0,78	47	53	11	23,37
10	60	1 021	21 453	32 179	1,50	112 496	98	1,42	156	110	7	0,69
18	393	7 223	140 662	210 997	1,50	734 616	99	1,53	157	102	4	0,06
18	80	1 856	28 275	42 413	1,50	148 443	97	1,93	155	80	0	0,00
19	23	478	5 772	8 657	1,50	30 183	95	1,73	110	63	7	1,46
20	44	753	11 885	17 828	1,50	62 374	78	1,43	118	83	13	1,73
20	40	872	7 920	11 879	1,50	40 867	95	1,82	87	47	52	5,96
20	20	328	3 817	5 725	1,50	20 035	55	1,37	83	61	19	5,79
20	64	1 157	23 165	34 747	1,50	121 179	99	1,51	158	105	1	0,09
2002												
	1 090	20 723	368 318	552 372	1,50	1 917 033	93	29,80	147	93	291	1,40
01	34	517	9 107	13 660	1,50	47 287	74	1,27	117	91	2	0,39
02	5	240	2 764	4 112	1,49	14 326	156	4,00	238	60	37	15,40
03	50	978	17 432	26 130	1,50	90 305	97	1,63	152	92	3	0,31
04	20	359	7 371	11 056	1,50	38 212	102	1,50	160	106	2	0,56
05	32	1 186	13 185	19 757	1,50	65 940	119	3,08	179	56	2	0,17
06	25	253	5 926	8 888	1,50	30 926	80	0,84	103	122	147	58,14
07	192	3 580	71 268	106 901	1,50	372 712	103	1,55	162	104	5	0,14
08	5	38	571	856	1,50	2 742	32	0,63	50	73	4	10,58
10	60	977	20 505	30 758	1,50	106 743	95	1,36	149	109	9	0,92
18	393	7 099	138 327	207 490	1,50	720 280	97	1,51	153	101	7	0,10
18	80	1 889	28 708	43 031	1,50	149 877	98	1,97	156	79	0	0,00
19	26	510	6 911	10 367	1,50	35 940	92	1,63	116	70	10	1,96
20	44	841	14 046	21 068	1,50	73 257	90	1,59	139	87	10	1,19
20	40	938	7 127	10 690	1,50	36 554	77	1,95	77	39	42	4,48
20	20	172	2 292	3 437	1,50	11 983	33	0,72	50	70	9	5,24
20	64	1 146	22 783	34 174	1,50	119 948	98	1,49	155	105	2	0,17
A táblázat folytatása a következő oldalon!												

M2. Adattáblák

A táblázat folytatása												
Megye	Ágyszám	Esetszám	Ápolási nap	Súlyozott ápolási nap	Korrekciós szorzó	Finanszírozás (eFt)	Ágykihasználtság (%)	Fajlagos mutatók			Halálozás	
								Egy ágyra jutó havi eset	Egy ágyra jutó havi díj (eFt)	Egy esetre jutó díj (eFt)	Meghalt	Halálozási arány (%)
2001												
	1 043	21 193	370 287	554 934	1,50	1 740 066	97	31,58	139	82	332	1,57
01	34	620	10 693	16 039	1,50	50 144	86	1,52	124	81	1	0,16
02	11	305	3 886	5 828	1,50	18 263	98	2,31	139	60	49	16,04
03	50	983	18 021	27 000	1,50	83 809	99	1,64	142	85	1	0,10
04	20	334	7 287	10 930	1,50	34 193	100	1,39	143	102	1	0,30
05	32	1 128	12 948	19 422	1,50	59 109	113	2,93	159	52	5	0,44
06	25	333	7 444	11 141	1,50	34 986	87	1,11	117	105	155	46,51
07	76	3 433	67 572	101 213	1,50	319 547	244	3,76	350	93	7	0,20
08	5	60	734	1 101	1,50	3 339	57	1,34	77	55	13	21,54
08	5	27	425	638	1,50	1 811	95	1,82	132	66	3	11,00
10	60	967	18 052	27 078	1,50	85 327	84	1,34	119	88	18	1,86
18	393	7 330	140 785	211 136	1,50	661 665	98	1,55	141	90	5	0,07
18	80	1 885	28 759	42 916	1,49	135 771	98	1,96	141	72	1	0,05
19	20	397	5 192	7 776	1,50	24 323	105	1,78	111	61	8	2,01
20	44	820	14 340	21 510	1,50	67 448	90	1,55	128	82	7	0,85
20	40	1 369	11 222	16 819	1,50	51 121	95	2,85	110	37	53	3,87
20	20	88	1 134	1 693	1,49	5 389	21	0,49	30	61	4	4,55
20	64	806	16 312	24 468	1,50	78 332	93	1,40	135	97	0	0,00
17	64	305	5 485	8 228	1,50	25 488	93	1,59	133	84	1	0,33
2000												
	1 149	21 761	389 134	583 503	1,50	1 619 507	93	29,47	117	74	331	1,52
01	34	676	11 246	16 869	1,50	47 831	90	1,66	117	71	2	0,30
02	12	391	4 314	6 470	1,50	18 394	99	2,72	128	47	38	9,71
03	50	885	17 190	25 784	1,50	72 153	94	1,47	122	82	1	0,11
04	20	351	7 299	10 948	1,50	30 776	100	1,46	130	88	0	0,00
05	35	1 127	12 234	18 351	1,50	51 331	98	2,68	124	46	1	0,09
06	25	289	6 257	9 374	1,50	27 448	74	0,96	89	95	104	35,93
07	228	3 396	67 490	101 235	1,50	287 799	81	1,24	105	85	8	0,24
08	33	477	8 379	12 381	1,48	28 933	72	1,21	89	61	54	11,32
10	60	940	18 387	27 581	1,50	77 161	87	1,30	109	82	40	4,26
18	393	7 367	149 406	224 109	1,50	610 814	104	1,56	135	83	10	0,14
18	80	1 884	28 808	43 212	1,50	122 739	98	1,96	128	65	3	0,16
19	31	615	9 929	14 894	1,50	41 038	91	1,65	114	67	18	2,93
20	44	924	14 234	21 351	1,50	60 196	90	1,75	115	65	7	0,76
20	40	1 358	12 115	18 172	1,50	50 393	97	2,83	108	37	43	3,17
17	64	1 081	21 849	32 773	1,50	92 500	93	1,41	121	86	2	0,18

M2.15. Adattábla: 8. táblázat: Egy főre jutó rokkantnyugdíj költsége, valamint a járulékbérvétel becslése
– Nyugdíjban, nyugdíjszerű ellátásban részesülők száma ellátástípusok szerint és az ellátások átlagösszegei – 2010. XII. hó

Ellátások	Létszám	Teljes ellátás	Főellátás	Kiegészítő ellátásban is részesülők létszáma	Kiegészítő ellátások havi átlaga (Ft)
		havi átlaga (Ft)			
1. Öregségi és öregségi jellegű nyugdíjak	2 100 537	97 090	88 399	671 829	27 174
Korbetöltött öregségi	1 461 630	96 976	86 884	538 346	27 401
Korhatár alatti öregségi	239 506	115 208	114 082	8 919	30 237
Korbetöltött rokkantsági	384 086	84 926	76 534	124 187	25 955
Korengedményes és bányásznyugdíjak	15 315	129 653	128 870	377	31 816
2. Korhatár alatti rokkantsági nyugdíjak	339 628	69 973	67 103	38 918	25 047
3. Hozzá tartozói nyugdíjak	127 158	57 214	53 173	35 929	14 301
Ideiglenes özvegyi	9 321	52 335	46 671	1 863	28 339
Korbetöltött özvegyi	96 371	63 395	58 758	33 038	13 525
Korhatár alatti özvegyi	21 384	31 462	30 826	1 005	13 540
Szülői	82	63 504	56 440	23	25 186
4. Árvaeállítás	98 519	33 902	33 704	6 124	3 185
9. Rehabilitációs járadék	23 662	69 768	68 935	823	23 941
Nyugellátások összesen	2 689 504	89 225	81 869	753 623	26 252
5. Mezőgazdasági szövetkezeti járadékok	4 420	65 782	54 674	2 178	22 544
6. Baleseti járadék*	11 562	24 763	18 788	2 170	31 887
7. Egészségkárosodott személyek szociális járadékai	159 575	30 538	30 299	3 202	11 934
8. Rokkantsági járadék	32 244	33 431	33 332	110	28 993
10. Háztartási pótlék, jövedelempótlék	24 351	15 995	15 966	112	6 268
11. Egyéb ellátások	3 793	27 263	25 302	263	28 290
Nyugdíjak, nyugdíjszerű ellátások mindösszesen	2 925 449	84 429	77 609	761 658	26 195

* Egyéb (nem statisztikai szempontú) csoportosításokban nem a nyugdíjszerű ellátások között szerepel.

M2.16. Adattábla: 53. ábra: Az új rokkantak tízezer munkavállalási korúra jutó gyakorisága betegfőcsoport szerint

	Új rokkantak								
	száma			megoszlása %			Tízezer munkavállalóra jutó gyakorisága		
	Év								
	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Betegség főcsoportok									
Daganatok	7 913	6 451	6 865	23,4	23,9	28,6	12,0	9,8	10,5
Mentális és viselkedészavarok	5 454	4 768	4 489	16,1	17,6	17,5	8,3	7,3	6,8
A keringési rendszer betegségei	9 236	6 902	6 320	27,3	25,5	24,7	14,6	10,5	9,6
Csont-, izomrendszeri és kötőszövet betegségei	2 827	2 104	1 548	8,2	7,8	6,0	4,3	3,2	2,4
Egyéb	8 456	6 818	6368	25,0	25,2	23,2	13,0	10,2	9,7
Összesen	33 886	27 043	25 590	100,0	100,0	100	51,5	41,2	39

Forrás: Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2009. KSH, Budapest, 2010

M2.17. Adattábla: 54. ábra: Az I. és II. fokú orvosi bizottságok által végzett véleményezések aránya*

Év	Összes vizsgálat száma	Ebből		
		rokkantak	járadékosok száma	elutasítottak
1970	..	82 908	12 595	28 000
1980	156 883	75 715	10 157	22 737
1990	244 210	98 255	7 159	53 289
2000	330 512	133 856	4 787	74 783
2001	407 104	133 803	4 074	76 430
2002	336 292	129 936	3 425	77 562
2003	339 885	129 562	3 232	75 216
2004	320 842	125 454	2 807	71 540
2005	323 852	127 709	2 714	68 619
2006	303 334	120 238	2 469	60 766
2007	272 153	113 577	2 278	51 861
2008	281 469	104 692	7 543	47 451
2009	286 904	88 680	20 247	51 620

* 1992-ig 55-66%-os csökkentett munkaképességű bányászok és a MÁV adatai nélkül.

Forrás: Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2009. KSH, Budapest, 2010

M3. Saját felmérés kérdőívei**M3.1. A kardiovaszkuláris rehabilitációban részesülő betegek életmód vizsgálata**

Feltételezés: A kardiovaszkuláris rehabilitációra érkező betegeknél diagnosztizált betegségek nagy része, szűrővizsgálatokkal, egészségesebb életmóddal megelőzhető lett volna. A rehabilitációs kezelés hatékonyságát fokozni lehet azzal, hogy átfogó ismereteket szerzünk betegeink életmód szokásairól.

Jelen vizsgálattal célunk kettős:

- A megszerzett ismereteket a rehabilitációs tevékenység hatékonyságának növelésére szeretnénk felhasználni.
- Vizsgálni szeretnénk a kardiovaszkuláris betegségek kialakulásánál a megelőzés lehetőségeit, összefüggéseit (mennyire szükségesek és hatékonyak a szűrővizsgálatok, milyen jelentőséggel vannak jelen az életmódtényezők).

A kérdőív részei:

- I. Alapadatok (név nélküli kérdőív!!!)
- II. Az egészségi állapottal kapcsolatos kérdések
- III. A szűrővizsgálatokkal kapcsolatos kérdések
- IV. Az életmódra vonatkozó kérdések

A kérdőív készítői:

Soproni Rehabilitációs Gyógyintézet
Főigazgató főorvos. Dr. Négyesi Zsolt

I.sz. Kardiológiai Rehabilitációs Osztály
Osztályvezető főorvos: Dr. Simon Éva

EgészségPorta Egyesület
Elnök: Dr. Hanusz Klára

Sopron, 2009. április. 15.

ÉLETMÓD-VIZSGÁLAT**ALAPADATOK****1. Az Ön életkora születési év, hónap, nap:****2. Hol él?****Település neve:****Irányítószám:****3. Neme:****4. Családi állapot**

1 – hajadon/ nőtlen

2 – házas

3 – külön él

4 – elvált

5 – özvegy

6 – élettárssal él

5. Iskolai végzettsége

1. általános

2. középfok

3. felsőfok

6. Fizikai állapotra vonatkozó adatok:**Mennyi az Ön derékbősége?**

..... cm

888 – Nem tud válaszolni

999 – Nem kíván válaszolni

Mennyi az Ön csípőbősége?

..... cm

888 – Nem tud válaszolni

999 – Nem kíván válaszolni

Milyen magas Ön cipő nélkül?

..... cm

888 – Nem tud válaszolni

999 – Nem kíván válaszolni

Mekkora a testsúlya ruha és cipő nélkül? kg

888 – Nem tud válaszolni

999 – Nem kíván válaszolni

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ ADATOK**1. Ön mióta beteg?**

--	--	--	--

2. Milyen betegség után került ide?

Koszorúsér-katérezés. Szívműtét után	
Koszorúsértágítás után	
Szívinfarktus után	
Szívelégtelenség miatt	
Magas vérnyomás miatt	
Cukorbetegség miatt	
Perifériás érbetegség	
Mellkasi fájdalom	

3. Mióta vannak panaszai?**4. Visszatekintve a betegsége előtti 12 hónapra, mit gondol, milyen volt az egészsége általában?**

5 – Nagyon jó	
4 – Jó	
3 – Kielégítő	
2 – Rossz	
1 – Nagyon rossz	

8 – Nem tud válaszolni
 9 – Nem kíván válaszolni

5. Véleménye szerint Ön mennyit tehet az egészségéért?

4 – Nagyon sokat tehet	
3 – Sokat tehet	
2 – Keveset tehet	
1 – Semmit sem tehet	

8 – Nem tud válaszolni
 9 – Nem kíván válaszolni

6. Jelenleg van-e vagy korábban volt-e egy vagy több krónikus vagy hosszan tartó betegsége, ill. egészségügyi problémája a felsoroltak közül?

Betegség vagy állapot		Van-e vagy volt-e ilyen betegsége valaha?	Ha igen:		
			Ezt a betegséget orvos állapította meg?	Volt-e ilyen betegsége az elmúlt 12 hónapban?	Szedett-e gyógyszert vagy kapott-e kezelést emiatt az elmúlt 12 hónapban?
1.	Asztma				
2.	Allergiás betegség (szénanátha, ekcéma)				
3.	Cukorbetegség				
4.	Magas koleszterinszint				
5.	Magas vérnyomás				
6.	Szívroham, szívinfarktus				
7.	Bármely egyéb szívbetegség				
8.	Agyvérzés, stroke, gutaütés, szélütés, agyérögörcs				
9.	Idült hörghurut, tüdőtágulás				
10	Izületi gyulladás, reuma				
11	Csontritkulás				
12	Gyomor-, nyombélfekély				
13	Migrén vagy gyakori fejfájás				
14	Szorongás vagy depresszió				
15	Rosszindulatú daganat				
16	Vesebetegség				
17	Egyéb, éspedig				
					

7. A betegsége előtt mikor mérte meg a vérnyomását utoljára orvos vagy nővér?

1 – 3 hónapon belül

2 – 3 hónapon túl, de 6 hónapon belül

3 – 6 hónapon túl, de egy éven belül

4 – 1 éven túl

5 – Sohasem mérték

☐

8 – Nem tud válaszolni

9 – Nem kíván válaszolni

8. Rendelkezik-e vérnyomásmérővel? Mióta?

1 – igen

2 – nem

☐

8 – Nem tud válaszolni

9 – Nem kíván válaszolni

**9. Milyen gyakran méri, vagy ellenőrzi magának rendszeresen a vérnyomását?
(pl. otthon saját vérnyomásmérővel, vagy szomszédjánál, ismerősénél)****Betegsége előtt:**

1 – Naponta

2 – Hetente többször

3 – Hetente egyszer

4 – Havonta többször

5 – Havonta egyszer

6 – Nem szokta rendszeresen ellenőrizni

☐

8 – Nem tud válaszolni

9 – Nem kíván válaszolni

Betegsége után:

1 – Naponta

2 – Hetente többször

3 – Hetente egyszer

4 – Havonta többször

5 – Havonta egyszer

6 – Nem szokta rendszeresen ellenőrizni

☐

8 – Nem tud válaszolni

9 – Nem kíván válaszolni

10. Betegsége előtt te mikor járt Ön utoljára koleszterin/vérzsírszint meghatározáson/mérése egészségügyi intézményben?

1 – Fél éven belül

2 – Egy éven belül

3 – Két éven belül

4 – Öt éven belül

5 – Több mint öt éve

6 – Sohasem mérték

☐

8 – Nem tud válaszolni

9 – Nem kíván válaszolni

11. Betegsége előtt mikor járt Ön utoljára vércukorszint mérésen egészségügyi intézményben?

- 1 – Egy hónapon belül
 2 – Fél éven belül
 3 – Egy éven belül
 4 – Több mint egy éve
 5 – Sohasem mérték

☐

- 8 – Nem tud válaszolni
 9 – Nem kíván válaszolni

12. Kezelték-e Önt 1 hónapnál hosszabb ideig vagy ismétlődően valamilyen májbetegség miatt?

- 1 – Igen
 2 – Nem

☐

- 8 – Nem tud válaszolni
 9 – Nem kíván válaszolni

13. Kezelték-e Önt 1 hónapnál hosszabb ideig vagy ismétlődően valamilyen vesebetegség miatt?

- 1 – Igen
 2 – Nem

☐

- 8 – Nem tud válaszolni
 9 – Nem kíván válaszolni

14. Az elmúlt 1 hónapban érzett-e fájdalmat a nyakában, hátában, derekában, karjában vagy lábában? (Több válasz is lehet.)

- 1 – Igen, a nyakamban
 2 – Igen, a hátamban
 3 – Igen, a derekamban
 4 – Igen, a karomban
 5 – Igen, a lábamban
 6 – Nem érzek ezekben fájdalmat

☐☐☐☐☐☐

- 8 – Nem tud válaszolni

☐

- 9 – Nem kíván válaszolni

☐

15. Az elmúlt 12 hónapban a SAJÁT egészsége érdekében Ön hányszor találkozott, beleértve a magán orvosi ellátást is

	Alkalmak száma	Nem tud válaszolni	Nem kíván válaszolni
a háziorvosával			
a nővérrel a háziorvosánál vagy a gondozóban			
gyógytornással			
üzemorvossal			
fogorvossal			
pszichiáterrel, pszichológussal			
egyéb rendelőintézeti, kórházi szakorvossal (pl. nőgyógyász, reumatológus, kardiológus stb.)			
természetgyógyással			

ÉLETMÓD

TESTMOZGÁS

1. Betegsége előtt milyen gyakran végzett ilyen testmozgást az elmúlt 12 hónapban a szabadidejében?

- 1 – Legalább naponta egyszer
 2 – Hetente többször, de nem minden nap
 3 – Legalább hetente egyszer
 4 – Legalább havonta egyszer
 5 – Ritkábban mint havonta

☐

- 8 – Nem tud válaszolni
 9 – Nem kíván válaszolni

2. Betegsége előtt, 10 percen keresztül végzett-e, beleértve a MUNKA VÉGZÉST is, ami észrevehetően megizzasztja vagy felgyorsítja a szívverését?

- 1 – Igen
 2 – Nem

☐

- 3 – Nem képes efféle tevékenység végzésére
 8 – Nem tud válaszolni
 9 – Nem kíván válaszolni

3. Legalább 10 percen keresztül szokott-e SZABADIDEJÉBEN olyan testmozgást végezni, ami észrevehetően megizzasztja vagy felgyorsítja a szívverését?

- 1 – Igen
2 – Nem

☐

- 3 – Nem képes efféle tevékenység végzésére
8 – Nem tud válaszolni
9 – Nem kíván válaszolni

DOHÁNYZÁS

1. Szokott-e Ön dohányozni – cigarettát, szivart, esetleg pipát szívni?

- 1 – Igen, naponta
2 – Igen, hetente néhányszor
3 – Igen, havonta néhányszor
4 – Ritkábban, mint havonta
5 – Régebben dohányzott, de már leszokott
6 – Nem, soha nem dohányzott

☐

- 8 – Nem tud válaszolni
9 – Nem kíván válaszolni

2. Körülbelül hány cigarettát szív el NAPONTA (átlagosan) ?

1. Hétköznapi/munkanap: db

2. Hétvégén/szabad és pihenőnapon: db

3. Ön mostanában kevesebbet, körülbelül ugyanannyit vagy többet dohányzik, mint két évvel ezelőtt?

- 1 – Akkor még nem dohányzott
2 – Kevesebbet
3 – Kb. ugyanannyit
4 – Többet

☐

- 8 – Nem tud válaszolni
9 – Nem kíván válaszolni

4. Előfordult Önnel az elmúlt 12 hónapban, hogy néhány egymást követő napon nem gyújtott rá, mert megpróbált leszokni a dohányzásról?

- 1 – Igen
2 – Nem

☐

- 8 -Nem tud válaszolni
9 – Nem kíván válaszolni

5. Mikor hagyta abba a dohányzást?

1 – Kevesebb, mint 1 éve
..... éve

--	--

8 – Nem tud válaszolni
9 – Nem kíván válaszolni

6. Mennyi idős volt, amikor elkezdett RENDSZERESEN dohányozni?

--	--

..... éves

1 – Sohasem dohányzott rendszeresen
8 – Nem tud válaszolni
9 – Nem kíván válaszolni

7. Ön átlagosan naponta mennyi időt tölt az alábbi helyeken olyan helyiségekben, ahol mások dohányoznak?**1. – munkahelyen**

1/a. Hány órát?

..... óra

--	--

1/b. Hány percet?

..... perc

--	--

2. – otthon

2/a. Hány órát?

..... óra

--	--

2/b. Hány percet?

..... perc

--	--

3. – szabadidejében otthonán kívül

3/a. Hány órát?

..... óra

--	--

3/b. Hány percet?

..... perc

--	--

8 – Nem tud válaszolni
9 – Nem kíván válaszolni

ALKOHOLFOGYASZTÁS**1. Betegsége előtt körülbelül milyen gyakran fogyasztott alkoholt az elmúlt 12 hónapban?**

1. Minden nap vagy majdnem minden nap
2. Hetente 3-4 alkalommal
3. Hetente 1-2 alkalommal
4. Havonta 1-3 alkalommal
5. Ritkábban, mint havonta
6. Nem ivott alkoholtartalmú italt az elmúlt egy évben

--

8 – Nem tud válaszolni
9 – Nem kíván válaszolni

2. Kérjük, jellemezze mennyi alkoholtartalmú italt fogyasztott egy-egy nap?

	Sör	Bor / pezsgő	Vermut/	Rövidital
Hétfő	dl	dl	dl	dl
Kedd	dl	dl	dl	dl
Szerda	dl	dl	dl	dl
Csütörtök	dl	dl	dl	dl
Péntek	dl	dl	dl	dl
Szombat	dl	dl	dl	dl
Vasárnap	dl	dl	dl	dl

TÁPLÁLKOZÁS**1. Megítélése szerint tisztában van-e az egészséges táplálkozás alapelveivel?**

- 1 – nem ismerem
 2 – kicsit ismerem
 3 – vannak bizonyos ismereteim
 4 – elég jól ismerem
 5 – nagyon jól ismerem

☐

- 8 – Nem tud válaszolni
 9 – Nem kíván válaszolni

2. Mennyire törekszik érvényesíteni az egészséges táplálkozással kapcsolatos ismereteit?

- 1 – nem figyelek oda mennyire egészséges a táplálkozásom
 2 – ritkán befolyásolja a döntésem, hogy mi az egészséges táplálék
 3 – amennyire lehet előnyben részesítem az egészséges táplálékokat
 4 – teljesen ezek alapján táplálkozom

☐

- 8 – Nem tud válaszolni
 9 – Nem kíván válaszolni

3. Kell-e Önnek betegsége miatt diétát tartania?

- 1 – igen
 2 – nem

☐

- 8 – Nem tud válaszolni
 9 – Nem kíván válaszolni

4. Ha igen, válassza ki a diétát! Ha az Ön étrendje több kategóriába is besorolható, azt a kategóriát válassza ki, amelyet a legjellemzőbbnek tart!

- 01 – Cukorbetegség diétája
 02 – Sószegény étrend
 03 – Energiaszegény (kalóriaszegény) étrend (fogyókúra)
 04 – Energia gazdag (kalóriadús) étrend
 05 – Fehérjeszegény étrend

- 06 – Fehérje gazdag étrend
 07 – Zsírsegény étrend
 08 – Epekímélő étrend
 09 – Gyomorkímélő étrend
 10 – Rost dús étrend
 11 – Vegetáriánus
 12 – Liszt érzékeny diéta
 13 – Tejcukor érzékeny diéta
 14 – egyéb

--	--

- 8 – Nem tud válaszolni
 9 – Nem kíván válaszolni

5. Milyennek ítéli saját táplálkozását?

- 1 – egészségem megőrzése érdekében megfelelően táplálkozom
 2 – egészségem megőrzése érdekében nem teljesen megfelelő a táplálkozom
 3 – nem megfelelően táplálkozom

--

- 8 – Nem tud válaszolni
 9 – Nem kíván válaszolni

6. Családja táplálkozási szokásait mi befolyásolja erősebben?

- 1 – a család anyagi helyzete
 2 – saját ízlésük
 3 – családi szokások
 4 – befolyásolja döntésemet, hogy egészséges legyen
 5 – kifejezetten fontos, hogy egészséges legyen

--

- 8 – Nem tud válaszolni
 9 – Nem kíván válaszolni

7. Az elmúlt NÉGY hét során milyen gyakran evett akár friss gyümölcsöt akár nyers zöldséget?

- 1 – Naponta többször
 2 – Naponta
 3 – Két-háromnaponta
 4 – Hetente
 5 – Ritkábban, mint hetente
 6 – Egyáltalán nem fogyasztott

--

- 8 – Nem tud válaszolni
 9 – Nem kíván válaszolni

8. Önök otthon a főzéshez leggyakrabban használnak:

- 1 – Olajat
 2 – Zsírt / szalonnát
 3 – Olajat és zsírt vegyesen
 4 – Vajat
 5 – Margarint használnak
 6 – Egyiket sem
 7 – Nem főznek/sütnek otthon

☐

- 8 – Nem tud válaszolni
 9 – Nem kíván válaszolni

9. Kérjük, jelölje meg, hogy az utóbbi 3 hónapot tekintve milyen gyakran fogyasztotta a következő élelmiszereket?

Élelmiszer							
Baromfihús (pl. csirke, pulyka)	1	2	3	4	0	8	9
Hal, halkonzerv	1	2	3	4	0	8	9
Sajt, túró	1	2	3	4	0	8	9
Tej, savanyított tejtermék (pl. tejes italok, kefir, joghurt, tejföl)	1	2	3	4	0	8	9
Tojás	1	2	3	4	0	8	9
Nyers gyümölcs (friss vagy mirelit)	1	2	3	4	0	8	9
Nyers zöldség (friss, mirelit vagy savanyúság)	1	2	3	4	0	8	9
Főzelékfélék főzve, párolva, egyéb módon elkészítve	1	2	3	4	0	8	9
Olajos magvak (pl. dió, mák, mogyoró, napraforgó, mandula)	1	2	3	4	0	8	9
Graham-, magvas, barna kenyér	1	2	3	4	0	8	9

- 1 – Naponta
 2 – Hetente 4-6-szor
 3 – Hetente 1-3-szor
 4 – Ritkábban, mint hetente
 0 – Soha

☐

- 8 – Nem tud válaszolni
 9 – Nem kíván válaszolni

Köszönjük válaszait!

M3.2. Szívinfarktuson átesett cukorbetegség életmód vizsgálata**Teszt 1.**
(személyzet tölti ki)**Személyes adatok**

Név: TAJ:
 Születési idő: Elérhetőség:

Tápláltsági állapot meghatározása:

Testsúly: kg Testmagasság: cm BMI:
 Derék körfogat: cm Csípő körfogat:cm

Diagnózisok:

☐ hipertónia ☐ Stroke
☐ atherosclerosis ☐ cerebrovasculáris érbetegség
☐ Angina pectoris ☐ perifériás érbetegség
☐ AMI ☐ thrombosis
☐ ISZB ☐ egyéb
☐ pitvarfibrilláció
☐ hiperlipidaemia

Műtétek, beavatkozások:

☐ PTCA ☐ pacemaker implantatum
☐ Bypass ☐ műbillentyű beültetés
☐ stent beültetés ☐ egyéb

Gyógyszerek:

.....

Laborparaméterek:

össz. koleszterin: Mikroalbumin:
 LDL: Húgysav:
 HDL: Creatinin:
 Triglicerid CN:
 vércukor éhomi (átl., min 2 x) Na
 vércukor pp-s. (átlag, min 2 x) K
 HbA1C: Egyéb:

Diabetes:

Diabetes mellitus felfedezésének éve:
 Diabetes típusa: ☐ 1-es ☐ 2-es ☐ IGT ☐ IFG

Alkalmazott antidiabeticum(ok) neve:

Insulin típusa Mióta használja? napi adag:E
 Insulin típusa Mióta használja? napi adag:E

Kialakultak-e a diabetes mellitus szövődményei?

☐ igen, retinopathia
☐ igen, nephropathia
☐ igen, neuropathia
☐ igen, diabeteses láb
☐ igen, egyéb
☐ nem alakult ki szövődmény

Teszt 2.

(beteg tölti ki)

A helyesnek vélt választ jelölje meg x-el!

Név: Születési idő:

Életkörülményei:

1. Családi állapot: ☐ nőtlen/hajadon ☐ házas/élettárs ☐ elvált ☐ özvegy
2. Lakóhely: ☐ falu ☐ város ☐ Budapest ☐ megyeszékhely
3. Iskolai végzettség: ☐ 8 általános alatt ☐ 8 általános ☐ szakmunkás képző
 ☐ érettségi ☐ felsőfokú

Dohányzási szokások:

4. Dohányzik? ☐ soha nem dohányoztam
 ☐ már nem dohányzom mióta?
 ☐ jelenleg is dohányzom mióta?
5. Átlagosan hány szál cigarettát szív/szívott naponta? szál/nap
6. Dohányzás leszoktató programban részt vett-e? ☐ igen ☐ nem

Családi anamnézis

- Előfordult-e a családjában infarktus? ☐ igen ☐ kinél? ☐ nem
- Előfordult-e a családjában agyvérzés? ☐ igen ☐ kinél? ☐ nem
- Előfordult-e a családjában magas vérnyomás? ☐ igen ☐ kinél? ☐ nem
- Előfordult-e a családjában cukorbetegség? ☐ igen ☐ kinél? ☐ nem

Életmód:

7. Végez-e rendszeres testmozgást 20-30 percen keresztül (pl. torna, kerékpározás, úszás, gyaloglás stb.)?
 ☐ naponta
 ☐ hetente 3-4 alkalommal
 ☐ hetente 1 alkalommal
 ☐ ritkán
 ☐ nem
8. Részesült-e diétás tanácsadásban? ☐ igen alkalommal ☐ nem
9. Ki tartotta a diétás tanácsadást?
 ☐ orvos
 ☐ ápolónő
 ☐ dietetikus
 ☐ természetgyógyász
 ☐ egyéb
10. Honnan szerezte a diétával kapcsolatos ismereteit?
 ☐ női heti lapok, életmód magazinok ☐ ápolónő
 ☐ televízió, rádió ☐ természetgyógyász
 ☐ Internet ☐ betegtársak
 ☐ dietetikus ☐ egyéb:
 ☐ kezelőorvos
11. Életminősége (közérzete) változott-e a cukorbetegség felismerése óta?
 ☐ sokat javult
 ☐ keveset javult
 ☐ nem változott
 ☐ kicsit romlott
 ☐ sokat romlott

"Alulírott beleegyezem, hogy az általam, illetve segítségemmel kitöltött kérdőíveket, kizárólag tudományos célból, személyes adataim felhasználása nélkül az intézet kiértékeli."

.....(aláírás)

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Hálás szívvel gondolok néhai Gidai Erzsébet professzor asszonyra, aki a Nyugat-magyarországi Egyetem orvos-közgazdász posztgraduális képzése során felkeltette érdeklődésemet az egészségügy gazdasági aspektusai iránt és segített eligazodni az intézeti osztályvezetés útvesztői között. Az orvos-közgazdász és egészségügyi szakmenedzser diplomák megszerzése után a Doktori Iskolában tanultam tovább. Megtiszteltetés számomra, hogy halála után én oktatom a tőle átvett tantárgyat és ezen keresztül tovább adhatom tapasztalataimat a következő generáció orvos-gyógyszerész közgazdászai és egészségügyi szakmenedzserei részére.

Köszönöm Andrassy Adél professzor asszonynak és Székely Csaba professzor úrnak, hogy minden segítséget megadtak számomra és lehetővé tették az értekezés elkészítését.

Dézszy József professzor úr széles látókörű, sok szempontot átfogó nemzetközi tapasztalatából számtalan hasznos és nélkülözhetetlen javaslatot adott dolgozatom elkészítéséhez. Köszönöm barátságát, támogatását, termékeny vitáinkat, biztató szavait. Megtiszteltetés számomra, hogy együtt dolgozhattunk.

Köszönöm Árendás Györgynek mindig optimizmust sugárzó segítségét. A Doktori Iskola szükséges követelményeinek pontos közvetítésével és biztatásával újabb és újabb lendületet adott a feladat megvalósításához.

Köszönöm intézeti munkatársaimnak és minden egyes kardiológiai rehabilitációban részt vett betegemnek a bizalmat, akiktől szerzett tapasztalataimat feldolgoztam ebben a munkában. Bocsánatot is kérek tőlük, ha személyesen az időprés szorításában az általuk és általam kívánnál kevesebbet tudtam segíteni problémáik megoldásában.

Nagyon köszönöm szüleimnek, akik saját példájukkal egész életemben ösztönöztek és biztattak a becsületes, értelmes munkára. Nagy családom minden tagjának segítőkészségét, támogatását, áldozatvállalását köszönöm. Segítségükkel mindig új erőre kaptam a kitűzött cél megvalósításának útvesztőiben.

Barátaimnak köszönöm a biztatást, türelmet és megértést.

A megfelelő statisztikai adatok összegyűjtése nehéz, időnként megoldhatatlan volt számomra. A nehézségek között azonban akadtak üdítő találkozások. Munkám során új, értékes emberi kapcsolatokkal gazdagodhattam. Köszönöm emberi, önzetlen segítségüket. Barátokra is leltem közöttük, melyet szívemben őrzök és ápolok tovább.

NYILATKOZAT

Alulírott **Dr. SIMON ÉVA** jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy a(z)

A KARDIOLÓGIAI REHABILITÁCIÓ NEMZETGAZDASÁGI JELENTŐSÉGE

című

PhD értekezésem

önálló munkám, az értekezés készítése során betartottam *a szerzői jogról szóló 1999. évi LXXVI. tv. szabályait*, valamint a Széchenyi István Gazdálkodás – és Szervezéstudományok Doktori Iskola által előírt, a doktori értekezés készítésére vonatkozó szabályokat, különösen a hivatkozások és idézések tekintetében.⁷⁶

Kijelentem továbbá, hogy az értekezés készítése során az önálló kutatómunka kitétel tekintetében a programvezetőt illetve a témavezetőt nem tévesztettem meg.

Jelen nyilatkozat aláírásával tudomásul veszem, hogy amennyiben bizonyítható, hogy az értekezést nem magam készítettem, vagy az értekezéssel kapcsolatban szerzői jog-sértés ténye merül fel, a Nyugat-magyarországi Egyetem megtagadja az értekezés befoga-dását.

Az értekezés befogadásának megtagadása nem érinti a szerzői jogsértés miatti egyéb (polgári jogi, szabálysértési jogi, büntetőjogi) jogkövetkezményeket.

Sopron,

.....

doktorjelölt

⁷⁶**1999. évi LXXVI. Tv. 34. §** (1) a mű részletét – az átvevő mű jellege és célja által indokolt terjedelemben és az eredetihez híven – a forrás, valamint az ott megjelölt szerző megnevezésével bárki idézheti.

36. § (1) nyilvánosan tartott előadások és más hasonló művek részletei, valamint politikai beszédek tájékoz-tatás céljára – a cél által indokolt terjedelemben – szabadon felhasználhatók. Ilyen felhasználás esetén a for-rást – a szerző nevével együtt – fel kell tüntetni, hacsak ez lehetetlennek nem bizonyul.