

A FEJLŐDŐ ORSZÁGOK EGÉSZSÉGÜGYE

FELKAI DÉNES

Közlésre érkezett: 1976. XII. 9.

A föld országainak felosztása

A föld országait politikai-gazdasági-társadalmi szempontból 3 nagy csoportba osztjuk:

A föld országainak a felosztása (1972)

Országcsoportok	A világ területének %-a	A világ lakosságának %-a
Szocialista	25,9	32,4
Tőkés	23,9	19,0
Fejlődő	50,2	48,6

Forrás: Nemzetközi Statisztikai Évkönyv (Központi Statisztikai Hivatal 1974., Budapest)

Mind a 3 országcsoportnak — az adott társadalmi rendszerek eredményeként — sajátos egészségügy felel meg.

A fejlődő országok egészségügye

Az egészségügy, az orvostudományok társadalmi alkalmazását jelenti. Ilyen formán egy országban, hogy hogyan alakul a lakosság egészségi állapota attól is függ, hogy hogyan tudják alkalmazni, vagy alkalmazzák-e egyáltalán az orvostudományok eredményeit. Az egészségügy célkitűzéseit az egészségügyi szolgálat valósítja meg, amely egy országra kiterjedő intézményrendszerrel jelent a lakosság egészségügyi szükségleteinek és igényeinek a biztosítására. Egy ország vagy országcsoport lakosságának az egészségi állapota tehát az ország vagy országcsoportok politikai-gazdasági-társadalmi-kulturális helyzetétől, valamint az egészségügyi szolgálatuk fejlettségétől függ.

A fejlődő országok egészségi állapota

A föld kb. 150 országa közül mintegy 110 (Afrika, Amerika, Ázsia országai) tartozik a fejlődőkhöz.

Döntő többségük létrejöttükor a kapitalista utat választotta, kisebb részük a nem-kapitalista úton halad, csak kevesen váltak ki és csatlakoztak a szocialista világrendszerhez. A fejlődő országok nagy csoportját alkotják az ún. el nem kötelezett országok: külpolitikájukban gyakran antiimperialisták, belpolitikájukban — egészségügyükben is — a tőkés rendszer az ideáljuk.

A fejlődő országok között megindult bizonyos polarizáció a gazdasági adottságaiktól függően: olajtermelők és olajexportőrök; néhány latin-amerikai ország közepesen fejlett tőkés országgá válik, az olajjal vagy más jelentősebb nyersanyaggal nem rendelkezők helyzete változatlanul reménytelen.

A nagy különbségek ellenére is közös vonásuk, hogy az imperializmus gyarmati rendszerének örökségeként valamennyiüket jellemzi a politikai-gazdasági-társadalmi-kulturális és egészségügyi elmaradottság. A fejlődő országok meghatározásában — a marxista felfogás szerint — 3 kritérium döntő: a gyarmati-félgyarmati múlt, az elmaradottság és a hatalom nem szocialista jellege (a nem marxisták, pl. az ENSZ kiadványokban a fejlődőkhöz sorolják Kínát, Kubát stb.).

Sok fejlődő országban megtalálhatók egymás mellett a kapitalista, prekapitalista, a feudális, sőt a törzsközösségi viszonyok elemei. A fejlődő országok túlnyomó része a politikai függetlenség kivívása ellenére erősen függ az imperializmustól. A gazdasági függés szálai ezekben az országokban nemcsak megmaradtak, hanem sok országban erősödtek, ami csorbítja a politikai függetlenségüket.

Gazdasági elmaradottságukra jellemző: az 1970-es évek elején az egy főre jutó nemzeti jövedelem a fejlett országokban (a tőkés és a KGST országok, mivel ezek gazdasági életét az iparosodás jellemzi és ennek a következményei látszatra több hasonló vonás, de alapjaiban eltérő tartalommal; pl. urbanizáció: a városok a tőkés országokban anarchikusan, a szocialista országokban tervszerűen fejlődnek) meghaladta az évi 2000 dollárt, a fejlődő országokban csak 140—150 dollár. A mezőgazdaságuk képtelen a lakosságukat megfelelő élelemmel ellátni, a világ ipari termelésében való részesedésük 14—15%.

A fejlődő országok lakosságának nagyobbik fele sohasem járt iskolába, az ifjúságnak csak kb. 30%-a van beiskolázva és csupán 5% végzett felsőfokú iskolát.

Az egészségi állapot vizsgálatához a következőket szoktuk megnézni: *a)* népmozgalmi adatokat, *b)* táplálkozási helyzetet, *c)* környezetegészségügyi helyzetet és *d)* a morbiditást.

a) Népmozgalmi adatok

(Lásd 1. sz. táblázat.)

I. sz. táblázat

Országok	Születési arány ‰/‰	Halálzási arány ‰/‰	Csecsemő-halandóság ‰/‰	A lakosság növekedése ‰/‰	Az orvosok száma 10 000 lakosra	A kórházi ágyak száma 10 000 lakosra
	1.	2.	3.	4.	5.	6.
<i>Afrika</i>						
Algéria (1969)	41,6	9,8	—	31,8	1,3	29,3
Angola (1972)	23,1	2,6	24,1	20,5	0,7	31,0
Burundi (1973)	—	—	—	—	0,2	12,4
Csád (1973)	—	—	—	—	0,2	9,4
Egyiptom (1973)	35,4	12,9	97,9	22,5	5,5	21,7
Etiópia (1972)	—	—	—	—	0,1	3,2
Felső Volta (1973)	50,0	32,0	180,0	18,0	0,1	8,5
Ghana (1971)	—	—	63,7	—	0,8	12,8
Guinea (1972)	—	—	—	—	0,3	16,7
Kenya (1970)	—	—	55,0	—	1,7	13,2
Kongó (1971)	42,0	24,0	180,0	18,0	1,6	56,5
Libéria (1971)	49,8	21,0	159,2	28,9	1,0	19,0
Líbia (1973)	45,4	8,8	80,3	36,6	7,9	43,6
Madagaszkár (1972)	34,1	10,2	53,2	23,9	0,9	28,0
Malavi (1971)	11,0	5,5	—	5,5	0,1	13,2
Mali (1972)	49,5	27,8	—	21,7	0,3	7,2
Marokkó (1972)	—	—	—	—	0,7	14,4
Niger (1972)	—	—	—	—	0,2	5,6
Nigéria (1972)	—	—	—	—	0,4	7,3
Szenegál (1972)	21,0	2,3	—	18,6	0,7	13,2
Szomália (1973)	—	—	—	—	0,5	17,6
Szudán (1972)	45,0	20,0	—	25,0	0,8	12,8
Tanganyika (1972)	—	—	—	—	0,5	14,3
Tunézia (1973)	35,8	8,0	76,2	27,7	1,6	23,2
Zaire (1973)	46,7	18,6	—	28,0	0,4	31,4
<i>Amerika</i>						
Argentína (1970)	22,9	9,4	22,9	20,9	20,9	55,8
Bolívia (1971)	16,9	3,8	—	13,0	4,1	20,4
Brazília (1972)	—	—	—	—	6,0	38,2
Chile (1972)	25,0	8,8	78,0	16,3	4,5	33,8
Ecuador (1973)	35,1	9,5	75,8	26,5	3,5	20,9
Guatemala (1973)	43,4	15,4	79,1	28,0	2,3	21,9
Mexiko (1973)	47,5	8,5	51,9	39,1	6,9	12,3
Peru (1970)	35,3	8,2	65,1	27,0	5,5	20,1
Venezuela (1973)	36,2	6,8	54,2	29,4	10,2	30,0

I. sz. táblázat folytatása

Országok	Születési arány ‰	Halálozási arány ‰	Csecsemő halandóság ‰	A lakosság növekedése ‰	Az orvosok száma 10 000 lakosra	A kórházi ágyak száma 10 000 lakosra
	1.	2.	3.	4.	5.	6.
<i>Ázsia</i>						
Afganisztán (1972)	—	—	—	—	0,4	1,5
Banglades (1973)	—	—	—	—	1,0	1,5
Burma (1973)	—	—	—	—	1,3	8,3
Ciprus (1973)	18,3	9,5	28,4	8,8	9,3	67,6
India (1970)	36,9	15,7	139,0	21,1	2,2	6,2
Indonézia (1972)	—	—	—	—	0,4	6,9
Irak (1972)	15,9	4,0	—	11,9	3,5	19,2
Jordánia (1973)	44,9	3,5	22,6	40,9	3,9	10,7
Laosz (1971)	45,9	22,5	—	23,4	0,8	7,8
Libanon (1973)	24,5	4,5	—	20,2	6,8	38,4
Nepál (1970)	—	—	—	—	0,2	1,5
Sri Lanka (1971)	29,9	7,5	—	22,5	2,5	30,3
Szaud Arábia (1973)	—	—	—	—	2,4	11,1
SzírIA (1973)	36,9	4,8	21,7	32,1	2,9	10,3
Törökország (1970)	40,8	13,5	153,0	27,3	4,7	20,4

Forrás: Annuaire de Statistiques Sanitaires Mondiales 1972 (OMS Genève 1976).

A születési arányszám a fejlődő országokban változatlanul magas: kétszer magasabb, mint a fejlettekénél. Az általános halandóság a fejlettekénél már nem csökken, sőt emelkedik, aminek az oka az öregek számának a növekedése. A fejlődő országoknál, „fiatal” országok lévén, az általános halandóság tovább csökken, így a különbség a fejlettek és a fejlődők között is csökken.

A csecsemőhalandóság az egész világon csökkent, mégis jelentős különbségeket mutatnak nemcsak az egyes fejlődő országok egymás között, de főleg

A fejlett és fejlődő országok néhány demográfiai adatának az összehasonlítása

Országcsoporthok	Születési arány (‰)		Halálozási arány (‰)		Természetes szaporodás (‰)	
	1960–1970	1970–1975	1960–1970	1970–1975	1960–1970	1970–1975
A világon összesen	33,3	31,8	14,1	12,8	19,2	19,0
Fejlettek	19,3	17,2	9,1	9,2	10,2	8,0
Fejlődők	39,2	37,8	16,6	14,4	22,6	23,4

Forrás: Rapport sur la Situation Sociale dans le Monde 1974 (Nations Unies).

a fejlett és fejlődő országok. Még jelentősebb ez a különbség, ha a gyermekhalandóságot 1—4 éves korig nézzük.

Változatlanul nagy a különbség — négyszer akkora — a lakosság évenkénti növekedésében.

A születéskor várható élettartam:

a fejletteknél	73 év
a fejlődőknél	41—64 év
(Dél-Ázsiában és Észak-Afrikában	50 év
Trópusi-Afrikában)	40—50 év

Forrás: Rapport sur la Situation Sociale dans le Monde 1974 (Nations Unies).

b) Táplálkozási helyzet

A lakosság és az élelem növekedése (évi átlagban)

Országocsoport	Lakosság	1952—1962. évi termelés		Lakosság	1962—1972. évi termelés	
		összesen	lakosonként		összesen	lakosonként
Fejlettek	1,3	3,1	1,8	1,0	2,7	1,7
Fejlődők	2,4	3,1	0,7	2,5	2,7	0,2
A világon összesen	2,0	3,1	1,1	1,9	2,7	0,8

Forrás: Rapport sur la Situation Sociale dans le Monde 1974 (Nations Unies).

Ha összehasonlítjuk az élelemtermelést a demográfiai változásokkal, akkor kitűnik, hogy az élelemtermelés a fejlődő országokban csak kb. 2,7%-kal emelkedett, ami éppen lépést tart a lakosság növekedésével, azaz tartósítja az amúgy is súlyos állapotot.

Sokkal nagyobb jelentőségű az élelem mennyiségének a fejenkénti szétosztása, ami csökkenő tendenciát mutat és amelyet tovább ront a lakosság különféle társadalmi-gazdasági csoportjai közötti, sőt a családon belüli egyenlőtlen szétosztás.

Érdekes adatokat közöl a FAO a világ kalória-fehérje helyzetéről:

Ezek szerint a kalória és protein szükséglet biztosítva lenne a világon, de amíg a fejlett országoknál a kalória, de főleg a protein egy főre eső mennyisége állandóan nő, a fejlődő országok kalória helyzete állandóan romlik, a protein mennyisége stagnál. A protein ellátottság meghaladja világviszony-

Országcsoportok	Szükséglet lakosonként		A rendelkezésre álló szükséglet százaléka			
			1965		1970	
	kalória	protein (gr)	kalória	protein	kalória	protein
Fejlettek	2560	39,5	116	221	121	229
Fejlődők	2200	37,9	84	117	79	117
A világon összesen	2380	38,7	100	169	101	173

Forrás: Projection des produits agricoles (FAO, Rome, 1970).

latban a becsült szükségletet. Mégis a protein hiány a rosszul tápláltság fontosabb eleme, tekintve, hogy főleg az állati fehérje igen drága. A proteinből a látszólagos többletet azért nehéz értékelni, mert ha nem elégséges a termelt energia, a szervezet a proteint nem a protein szükséglet fedezésére, hanem az energiahány pótlására használja. Ennek alapján megállapíthatjuk, hogy a táplálkozási helyzet kritikus a fejlődő országokban. A fejlett országokban állandóan nő az állati protein iránti kereslet: 1980-ra a kereslet a szükséglet 240%-a lesz. Ennek fontos kihatása lesz a világ gabona ellátására. Jelenleg néhány fejlett országban, mint Kanadában, az USA-ban, fejenként és éventenként 1 tonna gabonát fogyasztanak. Ebből 70 kilót fogyasztanak kenyér és tésztaféleségek formájában, a többi állatok etetésére megy. A fejlődő országokban fejenként és évente csak 190 kiló gabona jut és ezt közvetlenül az energia szükséglet ellátására fordítják.

A kormányok adatai szerint — átlagos termés esetén — 300—500 millióra tehető a rosszul táplált ember. A gyermekek közül 100 millió szenved táplálkozási betegségben. Ezek a számok rossz termés esetén 3—5-ször nagyobbak!

Forrás: Rapport sur la Situation Sociale dans le Monde 1974 (Nations Unies).

c) Környezet-egészségügy

A fejlődő országok lakosságának az egészsége állandó veszélyben van a környezet biológiai szennyezettsége miatt. Ezzel kapcsolatban 3 tényezőre szeretnék utalni:

- Ivóvíz ellátás (1970): a falusi lakosság 80—90%-a, a városi lakoságnak több mint egyharmada nincs ellátva megfelelő ivóvízzel.
- Szennyeltávolító rendszer: a lakosság 75%-a nélkülözi.
- Nem megfelelő harc a fertőző és nem-fertőző betegségeket terjesztő vektorok ellen.

Forrás: Rapport sur la Situation Sociale dans le Monde 1974 (Nations Unies).

d) *Morbiditás*

A fejlődő országok morbiditási helyzete is sajátos képet mutat:

A) Fertőző betegségek:

a) speciális trópusi betegségek:

- malária: még néhány évtizede az emberiségnek kb. a fele élt maláriás területen; 1970 óta ennek a kb. 75%-a már olyan területen lakik, ahol a maláriát felszámolták, vagy jelenleg áll felszámolás alatt;
- himlő: amíg 1967-ben 30 ország, 1973-ban 7 ország, 1976-ban már csak 2 országból jelentettek fertőzéseket. Gyakorlatilag a himlőt sikerült likvidálni az egész világon;
- a kolera, bilharziozis, filariásis, a lepra, az onchocerciásis, a sárgaláz, a pestis stb. változatlanul nagy számban fordulnak elő és ezen betegségek nagy része ellen még megoldatlan a védekezés;

b) A fejlett országokban is gyakori betegségek:

- enterális fertőzések, tbc, trachoma, szifilis, gonorrhoea stb. ugyancsak jelentős számban találhatók.

B) A nem-fertőző, krónikus-degeneratív megbetegedések előfordulása, mint a fejlett országokban — bár ezek jelentősége a fejlődő országokban jóval kisebb.

Összefoglalóan a fejlődő országok egészségi állapotáról:

A kép jelentősen különbözik a fejlett országok egészségi állapotától, mind a népesedés, mind a testi fejlettségi, illetve megbetegedési képet illetően. Legfőbb ok: a politikai-gazdasági-társadalmi-kulturális helyzet és az ezekkel együttjáró egészségügyi szolgálat elmaradottsága. Az egészségügy feladata a fizikai és szellemi jólét, valamint a munkaképes élet biztosítása mindenki számára az orvostudományok eredményeinek társadalmi alkalmazásával. A fejlődő országok lakosságának az egészségi állapota azonban még magán viseli a természet és a társadalom vak erőinek — szenny, szegénység, tudatlanság — a hatását, tehát a társadalom tudatos cselekvése, a modern egészségügy, az orvostudományok eredményei kevésbé érvényesülnek. De ezek után nézzük meg konkrétan is az egészségügyi szolgálat helyzetét.

A fejlődő országok egészségügyi szolgálata

Mielőtt rátérnénk az egészségügyi szolgálat két fő ágának — a gyógyító-megelőző és a közegészségügy-járványügy — a megvizsgálására, tekintsük át az egészségügyi szolgálatot jellemző 2 mutatót világ vonatkozásban és konkrétan a fejlődő országok viszonylatában (lásd 1. sz. táblázat).

Orvos—lakos arány:

1970-ben az egész világon az orvosok száma kerekén 2 200 000, ami azt jelenti, hogy 10 000 lakosra 8 orvos jut. Ha azonban kontinensenként nézzük meg az orvosok eloszlását, 10 000 lakosra a következőt találjuk:

Afrikában	1,36 orvos
Amerikában	10,76 orvos
Ázsiában	2,84 orvos
Európában	14,85 orvos
Óceániában	12,00 orvos
Szovjetunióban	23,78 orvos

Forrás: Rapport sur la Situation Sociale dans le Monde 1974 (Nations Unies).

A szakemberek véleménye szerint a helyes arány 10 000 lakosra legalább 10 orvos.

Az egészségügyi szolgálat munkáját jelentősen befolyásolja:

a) az orvosok elosztása a város és a falu viszonylatában:

A városi és a falusi lakosság aránya világviszonylatban (1970)

Országsoportok	A városi lakosság %-ban	A falusi lakosság %-ban
Fejlett országok	64	36
Fejlődők	25	75
Az egész világon	37	63

Forrás: Rapport sur la Situation Sociale dans le Monde 1974 (Nations Unies).

Néhány fejlődő országban az orvosok számát 10 000 lakosra mutatja az 1. sz. táblázat. A fejlődő országokban átlagban a lakosság háromnegyed része vidéken lakik. Az orvosok száma kevés, ezeknek is 80%-a a városokban él. Ezt támassza alá néhány egyéb adat is, pl. Afrikában 1971-ben az orvosok száma 45 754, a fővárosokban és a nagyobb városokban egy orvosra 1963 lakos jut, vidéken 1 000 400.

b) Az orvosi munka színvonal: ez többek között az orvosképzés—továbbképzés kérdése.

Kórházi ágy—lakos arány:

1970-ben a kórházi ágyak száma a világon 12 568 000, tehát 10 000 lakosra 44 ágy jut. Az általunk közölt 1. sz. táblázatból kiderül, hogy a fejlődő országok zöme jóval kevesebb ágygal rendelkezik, általában 10 000 lakosra 10—40 ágyat találunk. A szakemberek véleménye szerint 10 000 lakosra legalább

100 kórházi ágy felel meg a szükségleteknek. A világ lakosságának a fele a világ kórházi ágyainak csupán kb. egyharmadával rendelkezik.

Az orvos—lakos és a kórházi ágy—lakos arány — bár nemzetközileg használatos mutatók az egészségügyi szolgálat jellemzésére — keveset mondanak az egészségügyi szolgálat kiterjedtségéről, szervezetségéről, az egészségügyi szolgálat munkájának a minőségéről.

Ha az egészségügyi szolgálat kiterjedtségét, minőségét akarjuk megvizsgálni a fejlődő országoknál, az orvosok és a kórházi ágyak számából adódóan kiderül, hogy a gyógyító-megelőző ellátásnak az általunk megszokott felosztása kórházon kívüli egészségügyi ellátásra és kórházi egészségügyi ellátásra, értelmét veszti. Ez a felosztás a fejlett országokban, fejlett egészségügyi szolgálat mellett helyes, bár a fenti felosztás keveset mond arról, hogy az emberek már a betegségük kezdetén milyen mértékben vehetik, illetve veszik igénybe az egészségügyi szolgálatot. Fejlett országokban mind az életszínvonal, mind az egészségügyi szolgálat kiterjedtsége erre többé-kevésbé lehetőséget nyújt.

A fejlődő országokban többet mond a gyógyító-megelőző ellátást felosztani:

elsődleges vagy általános egészségügyi ellátásra és
másodlagos egészségügyi vagy szakellátásra.

Az elsődleges egészségügyi ellátást megkülönböztetjük az „elsődleges orvosi ellátástól” tekintve, hogy az elsődleges egészségügyi ellátást a fejlődő országokban általában nem orvosok nyújtják. Az elsődleges vagy általános egészségügyi ellátást a WHO (Glossary of Health Care terminology — Regional Office for Europe, Copenhagen 1975) a következőképpen határozza meg: „tanács vagy elsődleges ellátás, amelyet egy vagy több egészségügyi nyújt, akik egyedül vagy csoportosan dolgoznak; alapfokú gyógyító-megelőző ellátás (egyszerűbb diagnózis és kezelés, a komplikáltabb eseteket a magasabb egészségügyi egységnek referálják), valamint megfelelő egészségügyi felvilágosítás”.

A fejlett országokban „elsődleges orvosi ellátásról” beszélünk általában, amelyet az az orvos nyújt, akihez a beteg egészségügyi problémáival először fordul.

A tőkés országokban — kivéve Angliát és Svédországot a biztosítottak részére — szervezett elsődleges egészségügyi ellátás nincs: oka a magánpraxis. Mindenki ahhoz az orvoshoz fordul, akit meg tud fizetni.

Szocialista országokban az elsődleges egészségügyi ellátás jól szervezett. Pl. nálunk a körzeti orvos, a körzeti gyermekorvos, körzeti fogorvos, iskola orvos, üzemi orvos, gondozóintézetek, szakorvosi rendelők, városi (járási) kórházak biztosítják az elsődleges egészségügyi ellátást. Az elsődleges egészségügyi ellátásnak a betegség felismerése, kezelése szempontjából nagy jelentőséget tulajdonítanak.

Elsődleges egészségügyi ellátás a fejlődő országokban:

1. A szolgálat egyszerű kell legyen, de elérhető mindenki számára akár falvakban, akár városi körzetekben.
2. Leglényegesebb feladatai:
 - Hogy elkerüljék a fertőző betegségek és járványok terjedését (oltások végzése, a betegek felkeresése és kezelése stb.).
 - Anya- és gyermekellátás (terhes gondozás, segítés a szülésnél, újszülött ellátás, családtervezés stb.).
 - Környezetegészségügy (az ivóvíz fertőzőttségének megszüntetése, szennyeltávolítás, élelemhigiéne stb.).
 - Más egészségügyi problémák a gyakoriságuktól függően (bőr- és szembetegségek, has és mentális megbetegedések stb.).
3. Ez a munka egy személy részére nagyon sok és ezt csak úgy lehet megoldani, ha az elsődleges egészségügyi ellátás részét alkotja egy jól szervezett hierarchikus alapon felépített szolgálatnak, amelyen belül a feladatok jól el vannak osztva.
4. Szükség van arra, hogy a komplikáltabb eseteket megkonzultálhassák egy magasabb egységgel. A magasabb egységek változni fognak számban az egyes országok adottságai szerint. A lényeges, hogy ezek kiegészítsék és támogassák egymást, hogy ezáltal integrálódjon a szolgálat.

Az elsődleges egészségügyi ellátás — általában — a következő egységekre oszlik:

a) Egészségügyi állomás:

feladata: ellátni 5—6000 embert,
 személyzete: 1—2 egészségügyi dolgozó,
 elhelyezése: rendelő helyiségből és szülőszobából áll.

b) Egészségügyi központ:

feladata: 5—6 egészségügyi állomás felügyelete, tehát már 30—35 000 ember kiszolgálására alkalmas,
 személyzete: itt már találunk egy orvossegédet, jól képzett ápolónőt, kiegészítő ápolónőket, bábákat, közegészségügyi ellenőrt, egészségőröket, adminisztrátorokat,
 elhelyezés: a feladatoknak megfelelő.

c) Falusi (városkörzeti) kórház:

feladata: ellenőrizni több egészségügyi központot és ez már kb. 100 000 lakos egészségéért felelős,
 személyzet: néhány általános orvos, orvossegédek, ápolónők, bábák, közegészségügyi ellenőrök, egészségőrök, fog- és laboratóriumi technikusok stb.

A falusi kórház munkája nem korlátozódik csupán annak a helység lakosságának az ellátására, ahol található. Idefordulnak tanácsért és ellátási

segítségért az egészségügyi állomások és központok; a falusi kórház már ellátási, információs és kiképzési bázisul is szolgál. Ugyanakkor ez is átmeneti állomásként szolgál, amikor a betegeket jobban képzett központokba kell tovább küldeni.

A fentiekén kívül számos fejlődő országban találhatók nem szervezett formában működően az ún. tradicionális gyógyítók (gyógynövényekkel gyógyítók, akupunktúrát végzők, töréstkezelők, tradicionális bábák stb.). Szervezett formában is találunk olyan személyeket, akik csak egy-egy meghatározott feladatra alkalmasak, pl. a malária felszámolásra, a himlőoltás elvégzésére stb. Ezek rendszerint valamelyik egészségügyi szervhez tartoznak.

Az elsődleges egészségügyi ellátás formái szervezeten a szocializmust építő volt fejlődő országokban Kínában, Vietnamban stb. alakultak ki és terjedtek el. Az elsődleges egészségügyi ellátásnak a fent ismertetett szervezett, összefüggő egysége — amelyekben zömmel közép- és kiségitő káderek dolgoznak — a fejlődő országok nagy többségében hiányzik.

Másodlagos egészségügyi ellátás vagy szakellátás:

A másodlagos egészségügyi ellátás „azt az ellátást jelenti, amelyet szakorvosok biztosítanak az elsődleges szolgálat által tovább küldött betegeknek. Általában komplikáltabb ellátást jelent, amelyet az általános orvos már nem tud nyújtani” (Glossary of Health Care terminology — Regional Office for Europe, Copenhagen 1975). Ez magasabb fokozatot jelent, magába foglalja a megyei egészségügyi szerveket, az egyetemi klinikákat, és az ún. országos intézeteket, amelyek képesek már nagyobb problémákkal foglalkozni, ehhez megfelelő szakemberekkel és megfelelő felszereléssel rendelkeznek.

A kórházak az egészségügyi szolgálat igen költséges, de fontos elemét alkotják. A fejlett országokban a kórházak jelentősége funkcióik kiterjesztésével (gyógyítás-megelőzés-oktatás-kutatás) állandóan nő.

Számos fejlődő országban a fejlett országok egészségügyi szolgálatát igyekeznek utánozni: jó kórházakat hoznak létre megfelelő szakemberekkel és technikával. Ezeknek a kórházaknak a jelentőségét csökkentik:

- a kórházak csak a fővárosban és néhány nagyobb városban találhatók;
- a kórházakban magas az ápolási költség. Ha megvizsgáljuk a kórházi ágyak kihasználásának a mértékét, az ún. hospitalizációs százalékot, amíg a fejlett országokban ez 10—20%, a fejlődőknél csupán 2—4%. Tehát még a rendelkezésre álló kevés kórházi ágy is kihasználatlan;
- egy ország egészségügyi feladatainak végrehajtásában résztvevő szervek lehetnek: állami (helyi) egészségügyi szervek, a társadalombiztosító tulajdonában levők, közületi és magán egészségügyi intézmények.

A fejlődő országokban az állam által fenntartott gyógyító intézmény (tbc

szanatórium, elmeegógyintézet stb.) kevés, társadalombiztosító vagy egyáltalán nincs, vagy a népességnek mindössze néhány százalékára terjed ki. Pl. a biztosítottak aránya Venezuelában 15%, Indiában 10%, Ecuadorban 5%. Nincs biztosító tehát, amely a betegeknek segítséget nyújtana, a gyógyító ellátás alapvetően a magánpraxisra épül.

A kórházak az állami költségvetésnek legalább felét viszik el, mégis a fejlődő országokban a kórházak szerepe főleg gyógyításra irányul és ez a feladat sem terjed az adott város határain túl, így a kórházak szerepe az egészségügyi szolgáltatásban igen alárendelt.

Összefoglalóan a gyógyító-megelőző munkáról: ezek egymástól el vannak választva; hiányzik az egész lakosságra kiterjedő infrastruktúra, nem rendelkeznek sem megfelelő egészségügyi káderekkel, sem megfelelő egészségügyi intézetekkel. Ami még ennél is döntőbb: a lakosság zöménél még nem alakult ki az az általános és egészségügyi-kulturális színvonal, amely igényli modern egészségügyi szolgálat megteremtését. A fejlődő országok lakosságának a 80%-a (a falusi lakosság, a városok nyomornegyedei, a nomádok) nem részesülnek semmilyen egészségügyi ellátásban.

Közegészségügy-járványügy:

A közegészségügy-járványügy mind a szocialista, mind a tőkés, mind a fejlődő országokban államilag szervezett. A szocialista országokban, ahol az egészségügyi szolgálat a maga egészében állami feladat, ez természetes; a tőkés államokban felismerték a közegészségügy-járványügy fontosságát, de mivel ez a tevékenység a végrehajtó számára nem biztosít megtérülő anyagi előnyt, a feladatot az államra ruházták.

A közegészségügy-járványügy nem az egyén, hanem elsősorban a társadalom egyes csoportjai egészségvédelmével foglalkozik. A szocialista országokban a gyógyító-megelőző és a közegészségügyi-járványügyi ellátás között a határ mindinkább elmosódik (munkaegészségügy, oltások stb.), magasabb szinten integrálódnak. A tőkés országokban a gyógyítás és a megelőzés külön van választva: a megelőzés ingyenes, a gyógyítás a magánorvosok feladata, ezért fizetni kell.

A fejlődő országokban, az egészségügyi központokban végzik a vakcinálást a fertőző betegségek ellen és mindenütt találunk közegészségügyi ellenőrköt, egészségőrököt, itt tehát a gyógyító-megelőző és a közegészségügyi-járványügyi munka szintén integrálódik, de rendkívül primitív fokon. A fejlődő országokban is találunk ún. közegészségügyi laboratóriumokat: ezek működése rendkívül fontos. A közegészségügyi szervezet többi fokozatai azonban hiányzanak.

Az egészségügyi szolgálat két fő ágán kívül ismerni kell röviden valamit az ún. mellégágak működéséről (egészségügyi igazgatás, képzés stb.).

Egészségügyi igazgatás:

Az egészségügyi igazgatás, az államigazgatás része. Feladata: tervezni, szervezni, vezetni. Ehhez két dolog szükséges: megfelelő igazgatási szervezet (Egészségügyi Minisztérium, megyei, járási, városi egészségügyi osztályok stb.) és egészségügyi intézményhálózat (kórházak, közegészségügyi laboratórium, egészségügyi központok stb.). Ennek előfeltétele olyan államszervezet, amely szükségesnek tartja az egészségügyi igazgatási szerveket, az egészségügyi intézményhálózatot és a közösség részvételével elő tudja teremteni az ehhez szükséges személyi és anyagi feltételeket.

Az egészségügyi igazgatás sok fejlődő országban, a központi szerveken kívül nincs, ha van is kezdetleges: a feladatokból a legfontosabb a tervezés, de a vezetés és a szervezés is megoldatlan.

Egészségügyi káderek képzése:

A korszerűen képzett egészségügyi káderek hiánya — orvosok, közép-, illetve kiegészítő káderek — a fejlődő országok egészségügyének egyik leg-súlyosabb problémája.

Az egészségügyi szolgálat leglényegesebb kádere kétségtől az orvos. Az orvosképzés azonban számos problémába ütközik:

- orvosképző iskola: sok országban nincs vagy csak részleges (csak az első két év működik),
- az orvosképzés időtartama: általában 5—7 év, tehát az egészségügyi szolgálatba való bekapcsolódásuk időt igényel,
- az orvosképzés jelentős összegbe kerül: a 60-as évek végén általában orvosonként 25 000 dollárra becsülték.

Az egészségügyi szolgálat megteremtéséhez az egészségügyi közép- és kiegészítő káderek képzése látszik viszonylag hosszú ideig a járható útnak:

- a közép- és kiegészítő káderképző iskolák létrehozása könnyebben megoldható, tekintve, hogy a képzés fontos része a gyakorlati munka a falusi kórházakban, illetve egészségügyi központokban történik,
- a képzés időtartama: 1 hónaptól 3 évig terjed,
- a középkáderek képzése a 60-as évek végén, még 1—3 éves képzés mellett is csak 3—8000 dollárba került. A kiegészítő káderek képzése pedig ennél is jóval olcsóbb.

Forrás: Rapport sur la Situation Sociale dans le Monde 1974 (Nations Unies).

Összefoglalólag a fejlődő országok egészségügyi szolgálatáról:

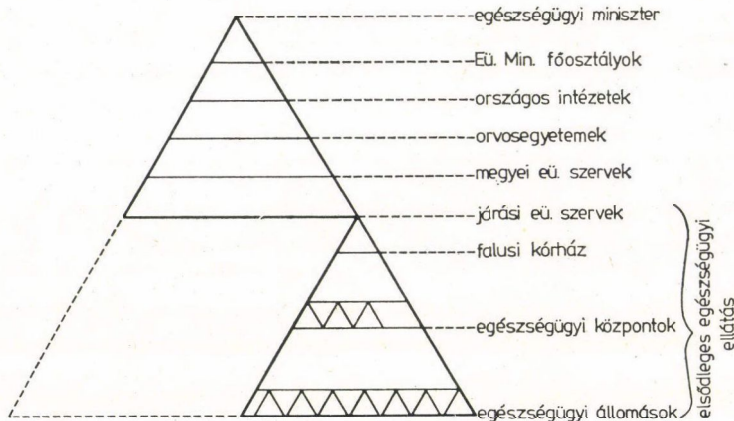
1. A nagyfokú minden irányú elmaradottságot nehezíti a fejlődő országok sajátos helyzete: a függetlenedéssel járó antiimperializmusuk a szocialista

országokhoz, belpolitikai és gazdasági helyzetük pedig a tőkés államokhoz fűzi őket. A gyarmati örökségnek és ennek a bonyolult helyzetnek a következménye a kulturális-szociális-egészségügyi helyzetükben való súlyos elmaradottság és következetlenség.

2. Az általános gazdasági-társadalmi helyzet katasztrófális állapota, az élet-színvonal megdöbbentően alacsony volta, csak igen kezdetleges egészségügyi szolgálat kialakítását tette szükségessé.
3. Az állam részvétele az egészségügyben igen csekély, lényegében a lakosságnak a városokban élő 15—20%-ára terjed ki, azaz számos országban a lakosság 80—90%-a egészségügyileg teljesen ellátatlan, hiányzik az egészségügyi infrastruktúra (káderek, intézetek).
4. Az egészségügyi szolgálat fő ágai a gyógyítás-megelőzés és a közegészségügy-járványügy kezdetlegesek, sok országban hiányzik vagy részleges az orvosképzés, nem működik elég középkaderképző iskola, kevés országban folyik biomedicalis kutatás.
5. Egészségügyi igazgatás sok országban, a központi szerveken kívül nincs, ha van is, primitív.
6. Az egészségügyi szolgálat megfelelő információs rendszere még a városokban sem alakult ki. A fejlődő országok által szolgáltatott statisztikai adatok becslésen alapulnak és nehezen értékelhetők.
7. Az egészségügyi ellátás megszervezésében — az országok zömében az anyagilag és kulturálisan elmaradt lakosság aktív részvétele igen csekély.

Ha a fejlődő országok egészségügyi szolgálatát piramissal ábrázoljuk, akkor a következőt láthatjuk:

Az egészségügyi szolgálat piramisa



A fejlődő országok zöménél, ami az egész nép egészségügye szempontjából a leglényegesebb, a piramis alapja, az elsődleges egészségügyi ellátás gyakorlatilag hiányzik.

*Teendők a fejlődő országok
egészségügyi szolgálatának a megjavítására*

A fejlődő országok egészségügyi szolgálatának az összefoglaló értékelése egyben jelzi a tennivalókat is:

1. Az elmaradt politikai-gazdasági-társadalmi-kulturális helyzet végleges felszámolása csak a szocialista forradalomtól várható.
2. Az egészségügyi szolgálat fejlesztése elengedhetetlen része az általános politikai-gazdasági-társadalmi-kulturális fejlődésnek.
3. Az egészségügyi szolgálat megszervezése, állami feladat. Az egészségügy célja: az egészség biztosítása az ország minden lakója számára.
4. Meg kell teremteni az egészségügyi szolgálat egységét: a megelőzés-gyógyítás, a közegészségügy-járványügy, kádereképzés, kutatás stb. létrehozásával, egyesítésével.
5. Létre kell hozni az egészségügy egységes igazgatását, tervszerű fejlesztését: megfelelő infrastruktúra kiépítését, mindenekelőtt az elsődleges egészségügyi ellátás biztosítását.
6. Meg kell teremteni az egészségügy megfelelő információs rendszerét.
7. Biztosítani kell a lakosság aktív részvételét: ez mind az infrastruktúra, mind az egészségügy egyéb céljai megvalósításának előfeltétele.

Ezeket a célkitűzéseket a fejlődő országok az általuk eddig követett módszerekkel — a fejlett országok utánzásával — nem tudják megvalósítani. Ezt felismerte a WHO főigazgatója, dr. Mahler, aki az Európai Területi Bizottság 26. ülésén többek között a következőket mondta: „Az egészségügy politikai és társadalmi folyamat és csupán a társadalmilag szükséges egészségügyi politika végrehajtásával képzelhető el, hogy az egészségügy megfelelő szintre emelkedjék 2000-re. Az egészségügy területén külön hangsúlyt kapott a társadalmi forradalom . . .”

Az eddig követett módszer eredménye: kevés jól képzett káder, kevés korszerűen felszerelt intézet és ugyanakkor a lakosság 80—90%-a nem részesül semmiféle egészségügyi ellátásban. Miben áll a „társadalmi forradalom” az egészségügyben? Felismerni, hogy az egészségügy része a társadalmi-gazdasági fejlődésnek, csak ezzel együtt emelkedhet. Mindenki számára elérhető egészségügyi ellátás biztosítása, még ha alacsonyabb színvonalon is (kevésbé képzett káderek, rosszabbul felszerelt intézetek). Ez azt jelenti, hogy az egészségügy fejlesztése nem haladhatja meg az általános fejlődést: példa erre India, ahol nagyszámú orvosképző iskolát hoztak létre, sok orvost képeztek,

de a társadalom egyelőre nem képes ezeket megfelelően hasznosítani. A fejlődő országok közül Kína, Vietnam, ahol megteremtették és jól bevált az elsődleges egészségügyi ellátás rendszere, főleg a közép- és kiegészítő egészségügyi káderek alkalmazásával (ennek fontos feltétele: *a*) minden beteg odakerüljön, ahol az egészségügyi ellátására szüksége van; *b*) az egészségügyi dolgozók állandó továbbképzése).

Befejezésül, hadd ismertessem a WHO elveinek megfelelően Banglades példáját:

Banglades 1971-ben lett önálló állam. Lakosainak a száma kb. 75 millió. Az életszínvonalat mutatja, hogy az egy főre jutó nemzeti jövedelem évente, 70 dollár.

Az egészségügyi szolgálatról a következőket mondták el: az orvosok száma 7000, a képzett ápolónők száma 700, a kórházi ágyak száma 12 000, és a felszabadulás előtt kb. 150 egészségügyi központ működött. Egészségügyi szolgálat lényegében a fővárosban és néhány városban létezett csupán. Vidéken számos kiegészítő egészségügyi (pl. malária felszámolók, himlő oltást végzők stb.), illetve tradicionális gyógyítók (ayurvéd) működtek.

A kiegészítő egészségügyi képzését 1960-ban indították el, a felszabaduláskor a számukat 12 500-ra teszik. Ezek képzése a következőkre terjed ki: malária felszámolás (DDT-zés) oltás adás himlő ellen, vitamin A tabletta adás (a vakság ellen), az ivóvíz klórozása, tabletta biztosítás a családtervezéshez, egészségügyi felvilágosítás.

1974-ben a WHO tanácsára meghatározzák a tennivalókat, az ún. egészségügyi politikát. Ennek lényege:

1. A vidéki területeknek elsőbbséget biztosítanak;
2. a hangsúlyt a kollektívák és nem az egyének ellátására helyezik;
3. az ország lakosságának az egészségügyi ellátása elsőrendűen fontos és sürgős. Lehetetlen megvárni, míg elég orvos áll rendelkezésre: az elsődleges egészségügyi ellátás biztosítására közép- és kiegészítő káderek (az együttműködésre kész tradicionális gyógyítók is!) jönnek elsősorban számításba.
4. Természetesen a modern egészségügy szükségessé teszi — az általános fejlődéssel párhuzamosan — az orvosok egyetemi és egyetem utáni képzését. Az egyetemi oktatók képzését a WHO segítségével kívánják megoldani.

A fenti elvek gyakorlati megvalósítására szolgálnak az egészségügyi tervek. Ezek értelmében szükséges létrehozni az intézet hálózatot:

- a*) Számításaik alapján 356 járási egészségügyi központ és 1068 egészségügyi alközpont szükséges.

b) A káderek szükséglet biztosítására:

— kiegészítő egészségügyi képzése:

különösen ezekből szükséges sürgősen kb. 32 000, azaz a meglévő 12 500-on kívül még kb. 20 000. Képzésükhöz előfeltétel: 10—12 általános osztály; képzésük időtartama: 1 hónap; feladatuk: közreműködés az elsődleges egészségügyi ellátásban és a családtervezésben.

— Orvossegédek képzése:

előfeltétel: 10 általános osztály; a képzés 3 éves: 2 év elméleti és 1 év gyakorlati munka; beosztásuk: egészségügyi alközpont vezetők; feladatuk: egyszerűbb betegek kezelése, a súlyosabb betegek továbbküldése, bizonyos közegészségügyi feladatok.

A fenti tervek megvalósítására többéves terveket dolgoztak ki. Az itt ismertetett tervek természetesen csak az elsődleges egészségügyi ellátás létrehozására vonatkoznak, de ezzel egyidőben kívánják megteremteni az egészségügyi szolgálat alapjait más területen is.

Amint látható, igaza van Mahler doktornak, a WHO főigazgatójának: az egészségügyi szolgálat felépítése a vázolt módon forradalmat jelent az egészségügyben: ha a fenti egészségügyi rendszert választja egy ország egészségügyi politikája céljának — még ha egyelőre összfejlődésében nem is túzi maga elé a szocializmus megvalósítását — minden lépés ezen az úton elősegíti az egész nép egészségének a megjavítását. Így 2000-ig valóban jelentős fordulat következhet be a világ egészségügyében.

IRODALOM

- Choudhury M.*: Bangladesh (Actes Officiels de l'OMS N° 218. (Genève 1974).
Cinquième rapport sur la situation sanitaire dans le monde (1969—1972) Genève, 1975.
Fejlődő országok lexikona (Akadémiai Kiadó Budapest, 1975).
Felkai D.: A WHO és a fejlődő országok, kézirat, 1967.
Flahault D.: An integrated and functional team for primary health care (WHO Chronicle, 30: 442—446 (1976)).
Fülöp Tamás: Egészségügyi szervezési gyakorlati alapismertetek (Medicina, 1975).
Kenneth W. Newell: Participation et santé (OMS 1975).
OMS Actes officiels n° 227 (Genève, 1975).
Rapport sur la situation sociale dans le monde (1974. Nations unies).
Rapport of the Regional Committee for Europe 1976. (Copenhagen).