

JELENTÉS EGY EGÉSZSÉGBEN ELMARADOTT ORSZÁGBÓL...

EGÉSZSÉGJELENTÉS - 2010

az ***Egészségünkért Együtt Civil Kezdeményezés***

megbízásából, kiadta az

***EgészségMonitor Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhasz-
nú Kft.***

Budapest, 2010. március



KÉSZÍTETTÉK

Vitrai József
Bakacs Márta
Juhász Attila
Kaposvári Csilla
Nagy Csilla

VÉLEMÉNYEZTÉK

Amberger Erzsébet	Harangozó Judit
Bagdy E. mőke	Hoffer Gábor
Bálint Géza	Kapócs Gábor
Boldizsár Ferenc	Kopp Mária
Buda Béla	Kullmann Lajos
Csépe Péter	Páldy Anna
Felvinczi Katalin	Rácz József
Füzesi Zsuzsanna	Vokó Zoltán
Gyárfás Iván	Zajkás Gábor

ÖSSZEFOGLALÓ

Ugyan két évtizede javul a magyar lakosság egészségi állapota, de még mindig messze elmarad szinte valamennyi egészségmutató tekintetében az Európai Unió más országaitól – azokban ugyanis gyorsabban javul az ott élők egészségi állapota. A betegségek gyakoribb előfordulása és a kimagasló halandóság miatt a magyarok rosszabb minőségű és rövidebb életre számíthatnak nemcsak a korábbi uniós országok, hanem a velünk együtt csatlakozott Visegrádi országokhoz viszonyítva is. A rossz egészségi helyzet és az alacsony születésszám eredményeképpen Magyarországon a legnagyobb a népességfogyás a referencia országokkal összevetve. Nemzetközi példák bizonyítják, a társadalom valamennyi területére kiterjedő, az egészségügy vezetésével végrehajtott átfogó változtatásokkal jelentősen javítható a lakosság egészsége.

A lakosság egészségi állapotának pontos ismerete elengedhetetlen az egészségügyet érintő döntésekhez, de nélkülözhetetlen számtalan, az egészségügy területén kívül eső olyan döntéshez is, amelyeket a lakosság egészségére kiható beruházásokról, fejlesztésekről, támogatásokról hoznak, legyen az a közlekedéssel, a mezőgazdasággal vagy akár az adózással kapcsolatos. A fejlett országokban éppen ezért a lakosság egészségi állapotáról rendszeresen jelentetnek meg ún. egészségjelentést. Mivel Magyarországon ez egy évek óta hiányzó „műfaj”, ugyanakkor az egészségügy átalakítás alatt/előtt áll, továbbá uniós források felhasználásával jelentős fejlesztések folynak az országban, az *Egészségünkért Együtt Civil Kezdeményezés* időszerűnek látta, hogy a döntéshozók munkájának támogatásához felkérje az EgészségMonitort, hogy készítsen egy, a nemzetközi gyakorlatnak megfelelő egészségjelentést.

A magyar lakosság egészségi állapotát 1987 és 2007 között a jelentést készítő szakemberek számos mutató mentén hasonlították össze egyrészt az Európai Unió 2004 előtti tagországai (röviden: EU15), másrészt a hasonló fejlődési pályán haladó Visegrádi országok (röviden: V3), vagyis a Cseh Köztársaság, Lengyelország és Szlovákia lakosságának egészségi állapotával. Az előbbi országcsoport az ideálishoz közeli célállapotot, az utóbbi egy számunkra elérhetőbb célt képvisel. Másképpen, az EU15 lakosságának egészségmutatói azt az állapotot jelzik, „ahová szeretnénk eljutni”, a V3 lakosságáé pedig azt, „ahol kellene lennünk”. Az Összefoglaló alább olvasható megállapításai és a táblázatok adatai a szakemberek számára készített részletes elemzés eredményein alapszanak.

Milyen a halandóság Magyarországon az EU15 és a V3 országokkal összevetve?

Az 1. táblázat halandósági adatainak áttekintése és azoknak a két országcsoport átlagaival való összevetése alapján megállapítható: bár az eltelt két évtizedben a magyar mutatók javultak, a magyarok életkilátásai szinte valamennyi összehasonlításban rosszabbak, mint átlagosan az EU15 vagy a V3 lakosaié. Lemaradásunk 1987 óta általában még növekedett is – nem számítva néhány kevésbé jelentős halálozási mutatót. Az eltelt húsz év során Magyarországon a halandóság nem javult folyamatosan, sőt, a '90-es évek elején még romlott is. Ez az időszakos növekedés a halandóságban leginkább a munkaképes korúakat érintet-

te, kiemelkedően a 30-44 éveseket. Ha a magyar korcsoportos halandóságot az EU15 megfelelő átlagával hasonlítjuk össze, megállapítható, hogy 1987 óta a 45-74 éves korosztály relatív helyzete a nők körében csekélyebb, a férfiak körében jelentősebb mértékben romlott. Az idősebbek helyzete lényegében változatlan maradt, a többi korosztályban a magyar halandóság kisebb-nagyobb mértékben közelebb került az EU15 átlagához. A halálozások felét okozó keringési és a negyedét okozó daganatos betegségekben megfigyelhető jelentős és növekvő leszakadás okolható elsősorban a magyarok jóval rövidebb várható élettartamáért. A leszakadás mértékét jól érzékelteti, hogy ha 1987 és 2005 között Magyarországon az osztrák halandósággal számolhattunk volna, közel 1 millióval, de ha „csak” a szlovákkal, akkor is 200 ezerrel kevesebb haláleset fordult volna elő.

1. TÁBLÁZAT: A HALANDÓSÁGI ADATOK ÖSSZEHASONLÍTÁSA ¹

Egészségmutató	Nők			Férfiak		
	magyar adat	EU15 átlaghoz viszonyítva	V3 átlaghoz viszonyítva	magyar adat	EU15 átlaghoz viszonyítva	V3 átlaghoz viszonyítva
Születéskor várható élettartam (években)	78,0 J	-5,5 -	-2 R	69,5 J	-8 R	-2 R
Csecsemőhalandóság (‰-ben)	5,6 J	160% J	120 R	6,2 J	150% J	110% -
Többlethalálozás 2005-ben ²		23 400 R	1 400 J		31 200 R	4 800 J
Keringési rendszer betegségei okozta korai halálozás	57 J	320% R	150% R	179 J	350% R	130% R
Ischaemiás szívbetegség okozta korai halálozás	37 J	400% R	190% R	136 J	350% R	170% R
Akut myocardialis infarktus okozta halálozás	46 J	180% R	140% R	107 J	200% R	130% R
Rosszindulatú daganatok okozta korai halálozás	96 -	170% R	130% R	172 -	220% R	150% R
Légcső-, hörgő- és tüdőrák okozta korai halálozás	24 J	260% R	210% R	62 -	260% R	160% R
Emésztőrendszer betegségei okozta korai halálozás	28 -	380% -	220% -	82 R	470% -	230% -
Külső okok miatti korai halálozás	19 J	170% J	120% J	80 J	210% J	100% J
Öngyilkosság miatti korai halálozás	7 J	170% J	210% J	31 J	250% J	150% J
Alkoholfogyasztáshoz köthető halálozás	59 J	200% -	160% J	200 J	250% R	140% J
Dohányzáshoz köthető halálozás	320 J	250% R	160% -	640 J	250% R	150% R

¹ Az adatok kerekítettek, a pontos értékek a jelentés „Halandóság” c. fejezetében találhatók meg. Ahol más-képp nem jelezzük, az adatok 2007-re vonatkoznak. A korra standardizált halandósági értékeket 100 ezer, 65 év alatti személyre vonatkoztatva (*korai halálozás*) adtuk meg. Ettől eltér az alkoholfogyasztáshoz és a dohányzáshoz köthető halandóság, ahol a korra standardizált értékek a teljes lakosságra vonatkoznak. Pirossal jelöltük, ha a magyar érték kedvezőtlenebb, zölddel, ha kedvezőbb, és sárgával, ha legfeljebb 10%-kal tér el az országcsoporthoz viszonyított javulását 'J', romlását 'R', változatlanságát '-' jelzi.

² A többlethalálozást az EU15 átlag helyett Ausztria illetve a V3 átlag helyett Szlovákia halandóságával számoltuk.

Milyen a magyarok egészsége, milyen a legjelentősebb betegségek gyakorisága a többi országhoz viszonyítva?

A többi európai országhoz viszonyított magasabb halandósággal összhangban a betegségek előfordulását tekintve is nagy az elmaradásunk. A 2. táblázat adatai azt mutatják, hogy az asztmát leszámítva mindegyik vizsgált betegség esetén rosszabb a helyzet Magyarországon, mint a referencia országokban. A keringési betegségek kiemelkedő jelentősége itt is megfigyelhető, hiszen a többi országhoz képest jóval gyakoribbak az agyérbetegségek valamint a magasvérnyomás. A mozgásszervi betegségek magas arányú előfordulása is figyelemre méltó. A daganatos betegségeknek az EU15 országokhoz képest átlagosan alacsonyabb gyakorisága és egyidejűleg magasabb halandósága feltehetően azt jelzi, hogy Magyarországon kevesebben élnek ilyen betegséggel, azaz a daganatos betegek – nyugati társaikkal összevetve – rövidebb ideig élnek.

2. TÁBLÁZAT: AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT ÉS A BETEGSÉGEK GYAKORISÁGÁNAK ÖSSZEHA-SONLÍTÁSA³

Egészségmutató	magyar adat (%)	EU15 átlaghoz viszonyítva	V3 átlaghoz viszonyítva
Egészségüket rossznak vagy nagyon rossznak ítélik aránya	15	250%	140%
Napi tevékenységükben erősen korlátozottak aránya	11	170%	170%
Cukorbeteg aránya	7	120%	130%
Asztmában szenvedők aránya	6	80%	120%
Magasvérnyomásban szenvedők aránya	27	150%	120%
Mozgásszervi betegségben szenvedők aránya	33	150%	140%
Daganatos betegségben szenvedők aránya	2	70%	120%
Agyérbetegségben szenvedők aránya	5	220%	460%
Krónikus szorongásban, depresszióban szenvedők aránya	10	110%	100%

³ Az adatok kerekítettek, a pontos értékek a jelentés „Egészségi állapot” c. fejezetében találhatók meg. Az adatok egy 2006-ban, 1000 véletlenül kiválasztott, 15 éves vagy annál idősebb személy bevonásával készült kérdőíves felmérésből származnak. Pirossal jelöltük, ha a magyar érték kedvezőtlenebb, zölddel, ha kedvezőbb, és sárgával, ha legfeljebb 10%-kal tér el az országcsoporthoz viszonyított átlagtól.

A betegségek miatt fellépő egyéni és társadalmi veszteségek jobban felmérhetők, ha a halálozást és az egészségi állapot megromlását együttesen vesszük számításba. Ennek egyik lehetősége a várhatónál korábban bekövetkezett halálozás miatt elvesztett évek és a megromlott egészségi állapotban eltöltött évek összegzése. Az Egészségügyi Világszervezet által elvégzett számítások eredményei lehetővé teszik, hogy e mutatóban összevessük a magyar adatokat az EU15, illetve a V3 országok átlagaival. A 3. táblázat eredményei alapján megállapítható, hogy hazánk egyetlen betegségben sincs kedvezőbb helyzetben az EU15 országokhoz képest, továbbá a V3 átlagaihoz viszonyítva a magyar értékek a táblázat 24 összehasonlításából csupán egyetlen esetben kedvezőbbek. A referencia országokkal összevetve a magyar nők némileg jobb helyzetben vannak, mint a magyar férfiak. Az összehasonlításból kiderül, hogy a keringési betegségek mellett – összhangban a magas alkoholfogyasztáshoz köthető halálozással – az emésztőrendszeri betegségekben is nagy a lemaradásunk.

3. TÁBLÁZAT: A KORAI HALÁLOZÁS MIATT ELVESZTETT ÉS A BETEGSÉGEKBEN ELTÖLTÖTT ÉVEK (DALY) ALAPJÁN TÖRTÉNŐ ÖSSZEHASONLÍTÁS⁴

Egészségmutató	Nők			Férfiak		
	magyar adat (DALY)	EU15 átlaghoz viszonyítva	V3 átlaghoz viszonyítva	magyar adat (DALY)	EU15 átlaghoz viszonyítva	V3 átlaghoz viszonyítva
Összes betegség	12 431	130%	120%	17 968	160%	120%
Fertőző, anyai, perinatális és táplálkozási betegségek	987	150%	120%	849	140%	110%
Nemfertőző betegségek összesen	10 577	130%	110%	14 951	160%	120%
Neuropszichiátriai betegségek	3 198	100%	100%	4 192	140%	140%
Keringési rendszer betegségei	1 943	230%	120%	3 681	230%	110%
Ischaemiás szívbetegségek	890	320%	140%	1 952	260%	120%
Agyérbetegségek	556	200%	120%	894	260%	120%
Roszdindulatú daganatok	1 670	140%	110%	2 804	170%	120%
Emésztőrendszer betegségei	626	180%	170%	1 414	280%	180%
Csont- és izomrendszer betegségei	748	170%	110%	504	150%	100%
Egyéb nemfertőző betegségek	2 392	110%	130%	2 357	110%	110%
Sérülések	867	180%	130%	2 167	170%	80%

⁴ Az adatok kerekítettek, a pontos értékek a jelentés „Betegségteher” c. fejezetében, a számítások részletei az „Adatok, módszerek” c. fejezetben találhatók. Az Egészségügyi Világszervezet számításainak eredményei 2004-re vonatkoznak. DALY: *Disability-Adjusted Life Years* (korlátozottsággal korrigált, elvesztett életevek). Pirossal jelöltük, ha a magyar érték kedvezőtlenebb, zölddel, ha kedvezőbb, és sárgával, ha legfeljebb 10%-kal tér el az országcsoporthoz viszonyítottól.

Milyen egészség-egyenlőtlenségek tapasztalhatók Magyarországon a referencia országokkal összevetve?

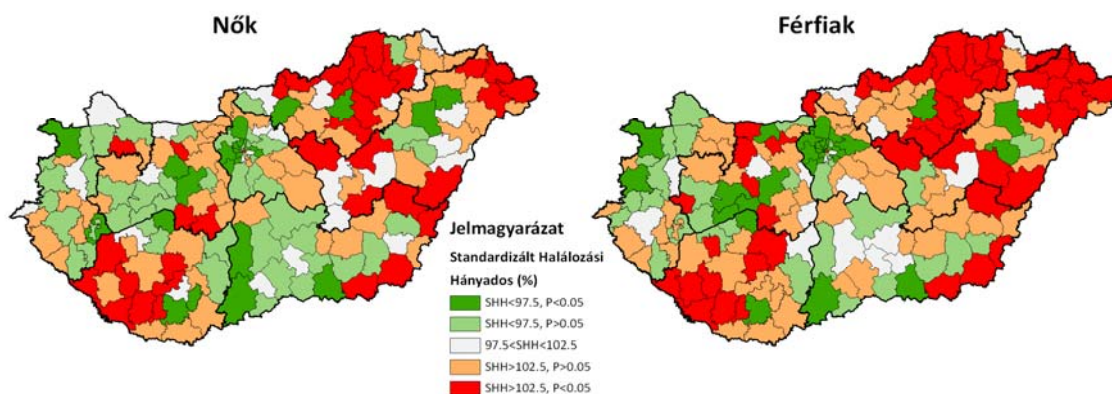
A társadalom különböző csoportjainak egészségi állapota közötti eltéréseket — leszámítva az életkori és nemi különbségeket — a társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek okozzák. Ezek kiegyenlítése nemcsak a társadalmi igazságosságot növeli, hanem a lakosság egészségének javulását is eredményezi, sőt hatékonyabbá teszi a társadalmi erőforrások felhasználását. Az egészség-egyenlőtlenség egyik jellemzője a nők és a férfiak születéskor várható élettartamának különbsége, melynek egy része ki nem küszöbölhető biológiai eltérésekkel magyarázható. Ugyanakkor minél nagyobb a várható élethossz nemek közti különbsége, annál inkább kapcsolható ez az egyenlőtlenség a nők és a férfiak társadalmi szerepének különbözőségéhez, és eltérő szellemi, fizikai és társadalmi megterheléséhez. Magyarországon 2007-ben az újszülött fiúk 8,5 évvel rövidebb életre számíthattak, mint leány társaik. Európában a két nem várható élettartama között Izlandon volt tapasztalható a legkisebb különbség, amely nem érte el a 4 évet sem. Ennek alapján levonható a következtetés: a férfiakat — a biológiai okokkal magyarázható legfeljebb 4 éves hátránnyon túl — a magyar társadalom további 4,5 évvel rövidíti meg a férfiak életét. A magyar nők és férfiak várható élettartamának különbsége az EU15-re jellemző átlagérték (5,6 év) 280%-a, ráadásul az eltelt húsz év alatt lemaradásunk megduplázódott. Ezt az egyenlőtlenséget tekintve — a hasonló társadalmi fejlődés okán — a V3 országokkal azonos szinten vagyunk.

Függetlenül azonban az egyén örökölt tulajdonságaitól, képességeitől, készségeitől és egészségmagatartásától, lakóhelye is komolyan befolyásolja egészségi állapotát. A lakóhelye közelében lévő egészségügyi ellátás hozzáférhetősége és színvonala természetesen megszabja, hogy egy betegség fellépése milyen következményekkel járhat. 2008-ban az

orvosi szempontból indokolt és elvárható beavatkozások időben történő alkalmazásával elkerülhető lett volna a 65 éves kor előtt bekövetkezett halálozások 30%-a, összesen 18 183 haláleset. Ha az EU15 és a V3 országainak 2000-es évek elején készített rangsorait nézzük, hazánk az elkerülhető halálozás tekintetében a nők esetében utolsó előtti, a férfiak esetében az utolsó helyen állt. Az első helyen álló Svédországhoz képest a magyarországi elkerülhető halálozás a nők esetében 220%-os, a férfiak esetében 250%-os többletet mutatott.

Az elkerülhető halálozás azonban igen egyenlőtlenül oszlik el az országban, amint az 1. ábra térképeiről megállapítható. Az elkerülhető halálozás kistérségi egyenlőtlensége szoros összefüggést mutat a kistérségek társadalmi-gazdasági helyzetével, deprivációjával. A leginkább deprivált kistérségekben a nők elkerülhető halálozása 40%-kal, a férfiak esetében 60%-kal haladta meg a legjobb helyzetű kistérségben élőkét. 2001 óta az elkerülhető halálozás a nők körében több mint 20%-kal, a férfiak körében ennél kisebb mértékben csökkent Magyarországon.

1. ÁBRA: AZ ELKERÜLHETŐ HALÁLOZÁS KISTÉRSÉGI EGYENLŐTLENSÉGEI MAGYARORSZÁGON, 2006-2008



Abban az esetben, amikor az egyén úgy érzi, egészségi problémája miatt szükséges lenne felkeresni egy orvost, különböző akadályok miatt akkor sem mindig jön létre az orvos-beteg találkozás. Az orvoshoz fordulás akadályainak egy része összefüggést mutat az egyének anyagi helyzetével: az alsó jövedelem-ötödbe tartozók gyakrabban halasztják el az ellátás igénybevételét, mint a felső ötödbe soroltak. Magyarország e tekintetben a középmezőnyben helyezkedik el. Míg Magyarországon – hasonlóan a legtöbb EU15 országhoz – a háziorvoshoz fordulásban nem tapasztalható egyenlőtlenség, addig a szakorvoshoz nagyobb valószínűséggel és gyakorisággal fordulnak a tehetősebbek, mint a rosszabb anyagi helyzetben élők.

A leszakadó egészségi állapot következményei

A kimagaslóan magas halandóság, valamint a vizsgált országoknál alacsonyabb születésszám következményeként Magyarország a referencia országokhoz képest kiemelkedően fogó népességű ország, azaz a halálozások és a születések 1000 lakosra vetített különbsége hazánkban a legnagyobb az EU15 és a V3 országok közül. A közhiedelemmel ellentétben a magyar népesség a többi országhoz viszonyítva nem tekinthető elöregedettnek kor szerinti összetétele alapján, hiszen sem a 15 év alattiak, sem a 65 év feletti aránya nem tér el lényegesen a vizsgált országok átlagától.

A kirívóan rossz hazai egészségi állapot társadalmi költségei hatalmasak, de az erre vonatkozó pontos számítások még nem készültek el. Egy-egy kutatás során végzett becslésekből azonban következtethetünk annak mértékére. A neuropszichiátriai betegségek következtében fellépő becsült közvetlen és közvetett költségek 2004-ben 1200 milliárd forintot¹, a keringési betegségek költségei 2003-ban közel 140 milliárd forintot² tettek ki. A cukorbetegség egészségügyi ellátásának költségei 2008-ban 174 milliárd forintra rúgtak Magyarországon³.

Milyen okok húzódnak meg a leszakadó magyarországi egészségi állapot mögött?

A nemzetközi és a hazai kutatások eredményei alapján feltételezhető, hogy a magyar lakosság kirívóan rossz egészségi állapotáért különböző tényezők lehetnek felelősek:

- Elsőként az egészséget közvetlenül befolyásoló egészségkárosító életmód a többi országhoz képest jelentős hazai elterjedtsége hibáztatható. Szerepét a túlzott alkoholfogyasztáshoz és a dohányzáshoz köthető, a referencia országokéhoz viszonyított magas halandóság meggyőzően bizonyítja. A keringési betegségek kiugróan magas halandóságához – ezeken túl – az egészségtelen táplálkozás, és a testmozgás hiánya is hozzájárulhat.
- A helytelen egészségmagatartás hátterében jórészt az egészségnevelés és egészségfejlesztés modern és eredményes módszerei elterjedtségének hiányosságai, az e célokra fordított összegek elégtelensége valamint az egészséges életmódhoz szükséges információkhoz, termékekhez, szolgáltatásokhoz, sportolási lehetőségekhez való korlátozott hozzáférés állnak. Az egészséges választások további akadálya a helyes döntéshez szükséges ismeretek és a kellő motiváció hiánya.
- A kisebb és nagyobb közösségekben az egyént érő stressz, az általános érték- és bizalomhiány, a támogató közösségek, az emberi szolidaritás gyakori hiánya, a kapcsolatokat sokszor romboló kommunikációs "kultúra", az asszertív konfliktuskezelés nehézsége, a negatív gondolkodás, az emberek közti ellentéteket szító közhangulat, a széles körű stigma és diszkrimináció egyaránt hozzájárul a lelki és testi egészségünk megromlásához. A fokozott stressz ugyanis nem csak lelki betegségekhez vezet. A depresszió és a stressz közvetlenül járul hozzá testi beteg-

¹ Costs of Disorders of the Brain in Europe. *EUR J NEUROLOGY*. 2005. Vol. 12. Supp. 1.

² Petersen S., Peto V., Rayner M., Leal J., Luengo-Fernandez R. and Gray A.: European cardiovascular disease statistics. 2005. BHF: London.

³ Vokó Z., Nagyjánosi L., Kaló Z.: A cukorbetegség közvetlen egészségügyi költségei Magyarországon. *LAM* 2009. 19(12):775–780.

ségek kiváltásához és rosszabbodásához. A környezeti stresszek hatásai pedig a gén-környezet kölcsönhatás révén a következő generációknak is átadódnak.

- Az egészséget ily módon károsító pszichoszociális környezet kialakulásában a magyar társadalom szerkezete, politikai és jogi intézményrendszere, az ország gazdasága, gazdagsági teljesítménye, foglalkoztatási és jövedelmi viszonyai, de még a közlekedési és információs infrastruktúra is szerepet játszik. Ezek együttesen határozzák meg továbbá az egyéneknek a hatalomhoz, az erőforrásokhoz, és ezáltal az egészséges életmód feltételeihez való hozzáférést is.
- Sőt, a társadalmi-gazdasági környezet felsorolt elemei az egészségügyi és szociális rendszerek nem megfelelő működtetésén keresztül közvetlenül is okolhatók a magyar lakosság Európától leszakadó egészségéért.

Míg 1970-ben a 65 évnél fiatalabb finn férfiak halandósága 660/100 ezer, addig Magyarországon csupán 570/100 ezer volt. 2008-ban ugyanez az érték azonban ott 290-re csökkent, míg nálunk 570 maradt! Az ő sikereik azt igazolják, hogy nekünk is sikerülhet. Finnországban 1972-ben indult az Észak-Karélia néven ismertté vált projekt, amely átfogó társadalmi-gazdasági-egészségügyi változások révén produkálta ezt az eredményt. Ha az egészségügyben és más területeken dolgozó szakemberek együtt, összehangoltan cselekszenek, Magyarország is elérhet ilyen sikert. Pekka Puska professzor, aki 25 évig vezette az Észak-Karélia projektet, 2010 februárjában egy kérdésre így válaszolt: "Egyáltalán nem volt könnyű! Egyidejűleg figyelembe kellett vennünk kulturális, gazdasági és egészségügyi problémákat, és megoldásukhoz szükség volt az összes döntéshozó szerv bevonására, a politikum segítségére is."

TARTALOM

ÖSSZEFOGLALÓ	3
BEVEZETŐ	11
HALANDÓSÁG	12
<i>Születéskor várható élettartam</i>	<i>12</i>
<i>Korcsoportos halandóság</i>	<i>12</i>
<i>Csecsemőhalandóság</i>	<i>13</i>
<i>Többlethalálozás.....</i>	<i>13</i>
<i>Ok szerinti halandóság</i>	<i>14</i>
EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT	21
BETEGSÉGTERHEK.....	22
EGÉSZSÉG-EGYENLŐTLENSÉG.....	23
<i>Nő-férfi élettartam különbség.....</i>	<i>23</i>
<i>Az egészségügyi ellátás igénybevételeének jövedelmi egyenlőtlenségei.....</i>	<i>23</i>
<i>Elhalasztott ellátási szükséglet jövedelmi egyenlőtlensége.....</i>	<i>23</i>
<i>Elkerülhető halandóság térségi egyenlőtlenségei</i>	<i>24</i>
DEMOGRÁFIA	28
<i>Születési arány</i>	<i>28</i>
<i>Természetes szaporodás/fogyás.....</i>	<i>28</i>
<i>A fiatal és idős népesség aránya.....</i>	<i>28</i>
FÜGGELÉK	30
<i>Adat és módszer.....</i>	<i>30</i>
<i>Ábrák, táblázatok</i>	<i>37</i>

BEVEZETŐ

Az Egészségünkért Együtt Civil Kezdeményezés megbízásából hiánypótló kiadvány elkészítésére vállalkozott az EgészségMonitor: a fejlett országok gyakorlatának megfelelően a lakosság egészségét bemutató egészségjelentést kíván évente kiadni. E vállalkozás több szempontból is időszerű és fontos. Hazánkban nem alakult ki a döntéshozókat, lakosságot és a szakmát informáló rendszeres jelentési gyakorlat, amely megbízható információt nyújt a lakosság egészségének, az egészségügyi rendszer teljesítményének követéséhez és értékeléséhez. A hazai egészségügy átalakítás előtt, de ugyanakkor már fejlesztés alatt áll. Az ehhez szükséges, tényekre alapozott döntésekhez tárgyilagos és szakszerű értékelés tud csak megbízható információt nyújtani. A független és e téren tapasztalt szakértőket, neves szakembereket a kiadvány összeállításába bevonó EgészségMonitor garanciát nyújt a jelentés hitelességére.

A szakembereknek, a döntéshozóknak valamint az érdeklődőknek egyaránt szánt áttekintés a nemzetközi ajánlásoknak megfelelő mutatók segítségével hasonlítja össze Magyarország, az Európai Unió 15 korábbi tagállama valamint a Visegrádi Országok lakosságának egészségét. A húsz év adataira támaszkodó értékelés választ kínál arra a kérdésre: *„Hogyan változott a magyar lakosság egészsége más országokkal összevetve az elmúlt két évtizedben?”*

A jelentés a magyar lakosság egészségének bemutatására szorítkozik, az egészségi állapotot meghatározó tényezők elemzésére, az okok feltárására – terjedelmi okok miatt – nem vállalkozik. A kiadvány három részből áll: a döntéshozóknak és az érdeklődő olvasóknak egy rövid Összefoglaló áll rendelkezésre. A második rész a szakemberek számára tartalmazza a jelentés legfontosabb megállapításait. A megállapítások alapját képező adatok valamint a módszertani részletek a Függelékben találhatók.

HALANDÓSÁG

SZÜLETÉSKOR VÁRHATÓ ÉLETTARTAM

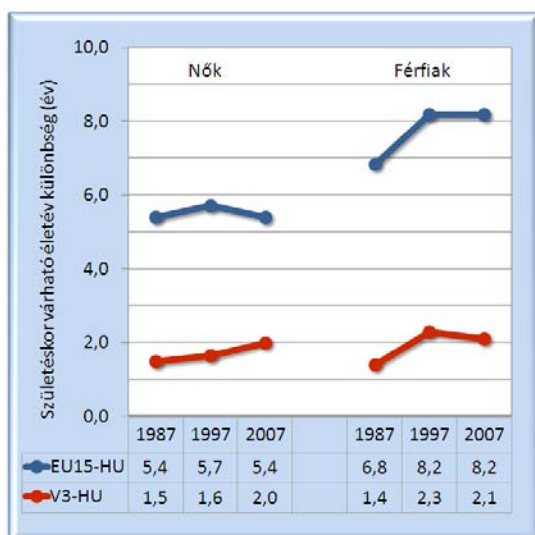
1987-től 2007-ig a magyar lányok születéskor várható élettartama közel 4 évvel, 74 évről 78 évre növekedett [4. táblázat].

4. TÁBLÁZAT: SZÜLETÉSKOR VÁRHATÓ ÉLETTARTAM (ÉVEK)

	Nők			Férfiak		
	1987	1997	2007	1987	1997	2007
HU	73,9	75,5	77,8	65,8	66,7	69,4
EU15	79,3	81,2	83,2	72,6	74,8	77,6
V3	75,4	77,2	79,8	67,1	68,9	71,5

Ez a négyévi növekedés az 1987-es értékhez viszonyítva 5%-os bővülésnek felel meg. Az EU15 országokban született lányok 2007-ben ugyanakkor átlagosan majdnem 5,5, a V3 országokban pedig átlagosan 2 évvel hosszabb életre számíthattak a magyarokénál. Lemaradásunk az eltelt húsz évben nem csökkent: az EU15 országokhoz viszonyított különbség 2007-ben ugyanannyi volt, mint 1987-ben, a V3 országokhoz képest még kissé nőtt is [2. ábra].

2. ÁBRA: A SZÜLETÉSKOR VÁRHATÓ ÉLETÉVEK KÜLÖNBSÉGEI AZ EU15 ÉS A V3 ÁTLAGÁTÓL



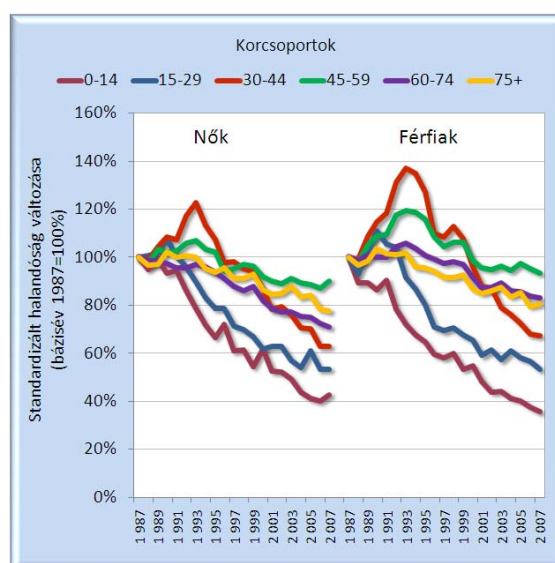
Az újszülött magyar fiúk várható élethossza a vizsgált húsz év alatt a lányokénál kevésbé, 3,5 évvel nőtt, 2007-ben 69,4 év

volt. Az EU15 országokban született fiúkra a magyaroknál átlagosan több mint 8 évvel, a V3 országokban pedig átlagosan 2 évvel hosszabb élettartam várt 2007-ben. A különbség a vizsgált húsz év során mindkét ország csoporthoz viszonyítva megnövekedett.

KORCSOPORTOS HALANDÓSÁG

A magyarországi születéskor várható élettartamnak a vizsgált időszakban megfigyelhető növekedése a hazai halandósági viszonyok javulását jelzik. A különböző korosztályok számára azonban ez a javulás eltérő mértékű volt. 1987-hez viszonyítva legnagyobb csökkenést – mind a nőknél, mind a férfiaknál – a legfiatalabbak halandósága mutatta, a legkisebb javulást pedig a 45-59 évesek körében lehetett kimutatni [3. ábra].

3. ÁBRA: A MAGYARORSZÁGI KORCSOPORTOS HALANDÓSÁG VÁLTOZÁSA AZ 1987-HEZ VISZONYÍTVA

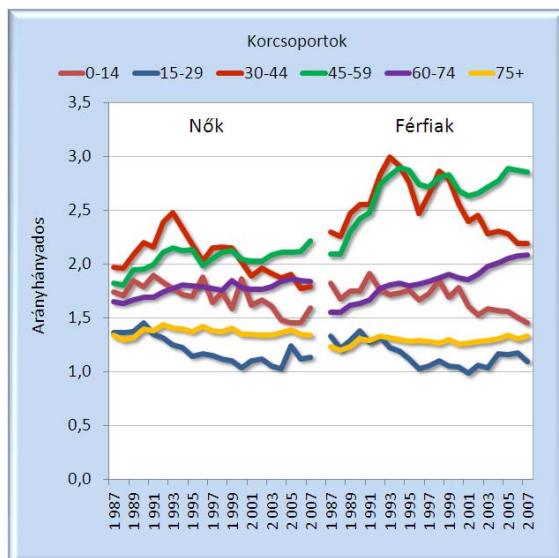


Az eltelt húsz év alatt a halandóság nem javult folyamatosan, sőt a '90-es évek elején még romlott is! A halandóság növekedése leginkább a munkaképes korúakat érintette, kiemelkedően a 30-44 éveseket.

Ha a magyar korcsoportos halandóságot az EU15 országok megfelelő átlagával hasonlítjuk össze, megállapítható, hogy a 45-59 és a 60-74 éves korosztály relatív helyzete a nőknél csekélyebb, a férfiaknál

jelentősebb mértékben romlott az eltelt húsz év alatt [4. ábra].

4. ÁBRA: A MAGYARORSZÁGI KORCSOPORTOS HALANDÓSÁG VÁLTOZÁSA AZ EU15 ÁTLAGÁHOZ VISZONYÍTVA



Lényegében változatlan maradt a 75+ korcsoport halandósága, ugyanakkor a többi korosztályban a magyar halandóság kisebb-nagyobb mértékben közelebb került az EU15 átlagához.

CSECSEMŐHALANDÓSÁG

Az elmúlt húsz évben Magyarországon a lány csecsemők halandósága 60%-kal csökkent [5. táblázat]. A jelentős javulás ellenére ez az érték az EU15 2007-es átlagát jelentősebben, a V3 értékét kisebb mértékben meghaladta [5. ábra]. Az 1987-es értékeket figyelembe véve az EU15 halandóságához közelített a magyar érték, a V3 átlaghoz képest leszakadás tapasztalható.

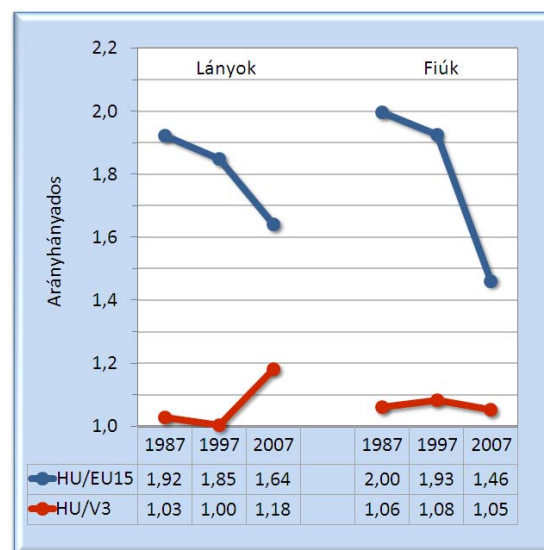
5. TÁBLÁZAT: CSECSEMŐHALANDÓSÁG 1000 LAKOSRA (‰)

	Lányok			Fiúk		
	1987	1997	2007	1987	1997	2007
HU	14,7	8,7	5,6	19,8	11,0	6,2
EU15	7,6	4,7	3,4	9,9	5,7	4,2
V3	14,3	8,6	4,7	18,7	10,1	5,9

A fiú csecsemők halandósága is mintegy harmadára csökkent 1987-től 2007-re, de ezzel az értékkel még mindig 1,5-szer magasabb, mint az EU15 átlaga, és a V3 átlagát is némileg meghaladja. Visszatekint-

ve az elmúlt húsz esztendőre ugyanakkor megállapítható, hogy Magyarországon a fiúkra számított csecsemőhalandóság gyorsabban javult, mint az EU15 országokban, lemaradásunk csökkent, a V3 országokhoz képest helyzetünk nem változott.

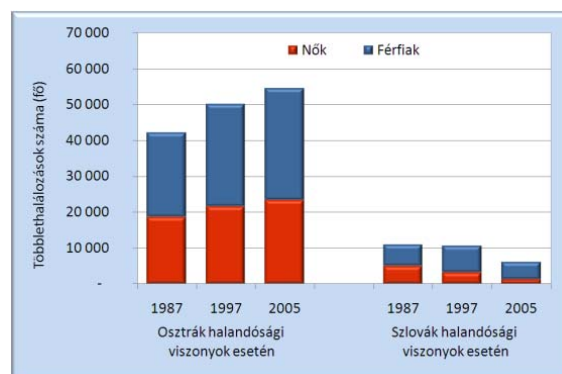
5. ÁBRA: A MAGYARORSZÁGI CSECSEMŐHALANDÓSÁG ELTÉRÉSE AZ EU15 ÉS A V3 ÁTLAGÁHOZ VISZONYÍTVA



TÖBBLETHALÁLOZÁS

Azt feltételezve, hogy Magyarországon az EU15-öt képviselő Ausztria halandóságával számolhattunk volna, akkor húsz éve 42 ezer, tíz éve 50 ezer és 2005-ben közel 55 ezer fővel kevesebb hazai haláleset történt volna egy év alatt [Függelék 24. táblázat].

6. ÁBRA: A MAGYAR FÉRFIAK ÉS NŐK TÖBBLETHALÁLOZÁSA AZ OSZTRÁK ÉS A SZLOVÁK NÉPESÉG HALANDÓSÁGÁNAK ÉRVÉNYESÜLÉSE ESETÉN



Ha a V3 országokat képviselő szlovák halandósággal számolunk, akkor 1987-ben és 1997-ban kerekítve 11 ezerrel kevesebben haltak volna meg Magyarországon azokban az években, de 2005-re hátrányunk már „csak” 6000 főt tett volna ki [6. ábra].

A vizsgált időszakra (1987-2005) összesítve, a többlethalálozás az osztrák halandóságot feltételezve közel 1 millió, a szlovák halandósággal számolva pedig 200 ezer fő lett volna [6. táblázat]. E többlet értékeléséhez fontos megjegyezni, hogy a magyarországi halandóság egészen a '70-es évek közepéig az osztrákhoz és a szlovákhoz hasonló szinten állt.

6. TÁBLÁZAT: A MAGYAR FÉRFIAK ÉS NŐK TÖBBLETHALÁLOZÁSA AZ OSZTRÁK ÉS A SZLOVÁK NÉPESSÉG HALANDÓSÁGÁNAK ÉRVÉNYESÜLÉSE ESETÉN

		Többlethalálozás	
		az osztrák halandósági viszonyok esetén	a szlovák halandósági viszonyok esetén
Nők	1987	18 651	5 114
	1997	21 683	3 219
	2005	23 410	1 375
	1987-2005	412 351	76 383
Férfiak	1987	23 528	6 025
	1997	28 575	7 517
	2005	31 197	4 767
	1987-2005	554 832	125 936
Együtt	1987	42 179	11 139
	1997	50 259	10 736
	2005	54 606	6 142
	1987-2005	967 183	202 319

OK SZERINTI HALANDÓSÁG

KERINGÉSI RENDSZER BETEGSÉGEI

Hazánkban a keringési betegségek standardizált halandósága 100 ezer 65 évnél fiatalabb nőre 99 volt 1987-ben, ami 2007-re több mint 40%-kal, 57-re mérséklődött [7. táblázat].

7. TÁBLÁZAT: A KERINGÉSI RENDSZER BETEGSÉGEI MIATTI KORAI HALANDÓSÁG 100 000 FŐRE

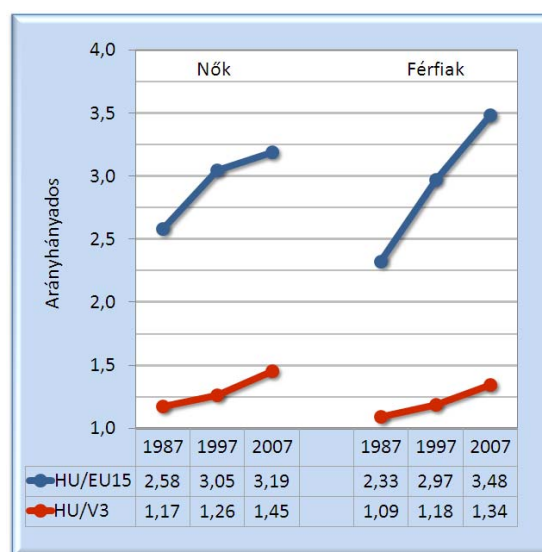
	Nők			Férfiak		
	1987	1997	2007	1987	1997	2007
HU	98,6	80,6	57,0	252,5	223,8	179,3
EU15	38,2	26,4	17,9	108,6	75,3	51,5

V3	84,2	63,9	39,3	231,9	188,9	133,6
----	------	------	------	-------	-------	-------

A tetemes javulás ellenére ez a halandósági szint az EU15 átlagának több mint 3-szorosa, a V3 átlagának közel 1,5-szerese volt [7. ábra]. A vizsgált időszakban tapasztalt magyarországi javulás lassúbb ütemű volt, mint a többi országban, emiatt elmaradásunk 1987-óta növekedett.

Férfiaknál hasonló tendenciák figyelhetők meg: húsz év alatt a halandóság 253-ról 179-re, 30%-kal csökkent. A 2007-es magyar halandóság az EU15 átlagának 3,5-szerese, a V3 átlagának pedig mintegy 1,3-szorosa volt. A mérsékeltebb magyar javulás következtében a férfiak lemaradása is megnövekedett.

7. ÁBRA: A MAGYARORSZÁGI KERINGÉSI RENDSZER BETEGSÉGEI MIATTI KORAI HALANDÓSÁG ELTÉRÉSE AZ EU15 ÉS A V3 ÁTLAGÁHOZ VISZONYÍTVA



Ischaemiás szívbetegség

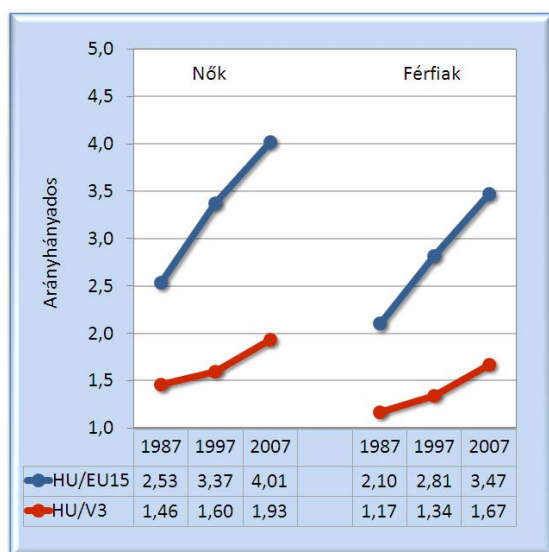
Magyarországon 1987-ben az ebben a betegségben elhunyt 65 évnél fiatalabb nők standardizált halálozása 100 ezer főre 37 volt, 2007-ben pedig 24, ami húsz év alatt 35%-os javulásnak felel meg [8. táblázat]. A komoly csökkenés ellenére ez a halálozási szint az EU15 átlagánál 4-szer, a V3 átlagánál 2-szer volt magasabb. A húsz évvel korábbi értékekhez képest a lemaradás tovább nőtt [8. ábra].

8. TÁBLÁZAT: AZ ISCHAEMIÁS SZÍVBETEGSÉGEK MIAITTI KORAI HALANDÓSÁG 100 000 FŐRE

	Nők			Férfiak		
	1987	1997	2007	1987	1997	2007
HU	37,3	32,8	24,2	135,6	117,4	93,7
EU15	14,7	9,7	6,0	64,7	41,7	27,0
V3	25,6	20,5	12,5	116,4	87,4	56,1

A férfiaknál hasonló tendencia volt megfigyelhető: húsz éve 100 ezer 65 év alatti férfira számítva 136 haláleset fordult elő, 2007-ben már csak 94, ami a kiindulási adathoz viszonyítva 30%-os javulásnak felel meg. A magyar halandóság – jelentős csökkenése ellenére – 2007-ben az EU15 átlagának közel 3,5-szerese, a V3 átlagának pedig 1,7-szerese volt. Amint az ábráról leolvasható, a magyar férfiak húsz évvel korábbi hátrányos helyzete is tovább romlott.

8. ÁBRA: A MAGYARORSZÁGI ISCHAEMIÁS SZÍVBETEGSÉG MIAITTI KORAI HALANDÓSÁG ELTÉRÉSE AZ EU15 ÉS A V3 ÁTLAGÁHOZ VISZONYÍTVA

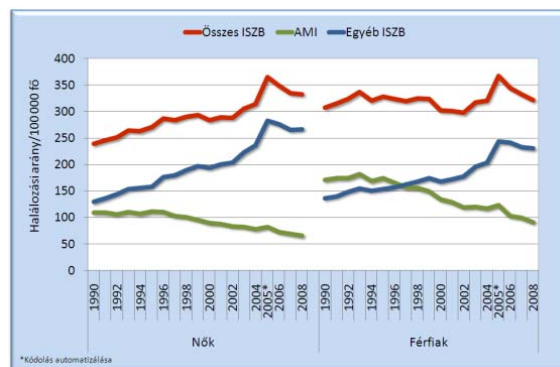


Akut myocardialis infarktus, egyéb ischaemiás szívbetegségek

Az akut myocardialis infarktus (AMI) okozta halálozás utóbbi évtizedben megfigyelhető csökkenését gyakran a magyar egészségügyi ellátórendszer sikertörténeteként értelmezik⁴. A tárgyilagos értékelés érdeké-

ben érdemes az AMI-val párhuzamosan az egyéb ischaemiás szívbetegségek (ISZB) alakulását is szemügyre venni.

9. ÁBRA: A MAGYARORSZÁGI AKUT MYOCARDIALIS INFARKTUS ÉS EGYÉB ISCHAEMIÁS SZÍVBETEGSÉGEK HALANDÓSÁGA, 1990-2008



Az adatok azt mutatják, hogy miközben az AMI halálozás 1990 és 2008 között a nőknél közel 40%-kal, férfiaknál mintegy 50%-kal csökkent, az egyéb ISZB halálozás a nőknél több mint 200%-kal, férfiaknál 170%-kal emelkedett [9. ábra].

A két változás eredőjeként tíz év alatt az összes ISZB okozta halálozás nőknél 40%-kal nőtt, a férfiaknál gyakorlatilag változatlan maradt [9. táblázat].

9. TÁBLÁZAT: A MAGYAR LAKOSSÁG AKUT MYOCARDIALIS INFARKTUS MIAITTI NYERS HALANDÓSÁGA 100 000 FŐRE

Év	Nők			Férfiak		
	AMI	Egyéb ISZB	Összes ISZB	AMI	Egyéb ISZB	Összes ISZB
1990	109,7	129,1	238,8	171,4	136,0	307,4
1991	109,3	135,9	245,2	174,2	140,0	314,1
1992	106,2	144,0	250,2	174,6	148,6	323,3
1993	110,5	153,5	263,9	182,0	154,6	336,6
1994	106,6	155,5	262,2	169,2	150,8	320,0
1995	111,5	158,2	269,7	174,6	153,6	328,2
1996	110,3	176,6	286,8	165,5	157,3	322,8
1997	103,1	179,7	282,8	156,7	162,8	319,4
1998	101,0	189,0	290,0	155,9	168,3	324,1
1999	95,8	197,5	293,3	149,3	174,0	323,3
2000	89,3	193,6	282,9	134,4	167,3	301,7
2001	88,1	199,9	288,0	128,8	172,0	300,8
2002	83,5	204,1	287,6	119,4	177,7	297,1
2003	82,2	222,7	305,0	120,3	196,2	316,5
2004	77,7	236,2	313,9	116,9	203,2	320,1
2005	82,1	282,8	364,9	123,1	243,6	366,7
2006	72,7	276,0	348,7	103,1	241,2	344,3
2007	68,7	265,7	334,3	99,5	232,6	332,1
2008	65,2	267,0	332,2	91,1	230,2	321,3

Nemzetközi összehasonlításban a magyarországi helyzet még kevésbé tekinthető sikertörténetnek. Annak ellenére, hogy a

⁴ Józán P.: Halálozási viszonyok és életkilátások a 21. század kezdetén a világ, Európa és Magyarország népességében. Magyar tudomány. 2009.10:1231-44

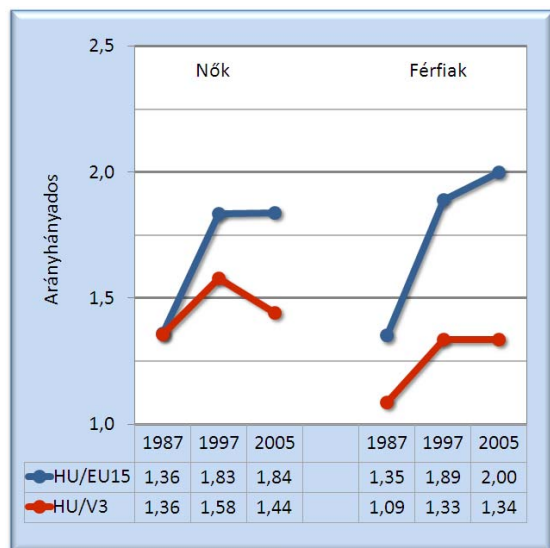
magyar nők AMI halálozása a vizsgált időszak elején tapasztalt 73-ról 2005-re csaknem 40%-kal, 46-ra csökkent, ez az érték még így is több mint kétszerese az EU15 átlagának, és a V3 országok átlagánál is másfélszer nagyobb [10. táblázat, 10. ábra]. Húsz év alatt a magyar nők AMI halandósága távolabb került a referencia országok halandósági szintjétől.

10. TÁBLÁZAT: AZ AKUT MYOCARDIALIS INFARKTUS MIATTI HALANDÓSÁG 100 000 FŐRE

	Nők			Férfiak		
	1987	1997	2005	1987	1997	2005
HU	73,3	69,3	46,4	170,6	153,4	107,2
EU15	54,0	37,8	25,2	126,3	81,3	53,7
V3	54,0	43,9	32,2	157,0	115,0	80,3

A férfiaknál a nőkéhez hasonló változások figyelhetők meg. A húsz éves időszak elején tapasztalt 170-ről 2005-re 74-re mérséklődött az AMI halandóság, mely szintén 40%-os csökkenést jelentett. A magyar halandóság azonban kétszerese illetve másfélszerese volt 2007-ben az EU15 illetve a V3 átlagának. A magyar férfi halandóság relatív helyzete tehát tovább romlott.

10. ÁBRA: A MAGYARORSZÁGI AKUT MYOCARDIALIS INFARKTUS HALÁLOZÁS ELTÉRÉSE AZ EU15 ÉS A V3 ÁTLAGÁHOZ VISZONYÍTVA



ROSSZINDULATÚ DAGANATOK

A 65 év alatti nőknél 1987-ben 100 ezer főre a standardizált halálozás 95, húsz évvel később szinte ugyanannyi, 96 volt. Ez a halálozási szint az EU15 átlagához viszo-

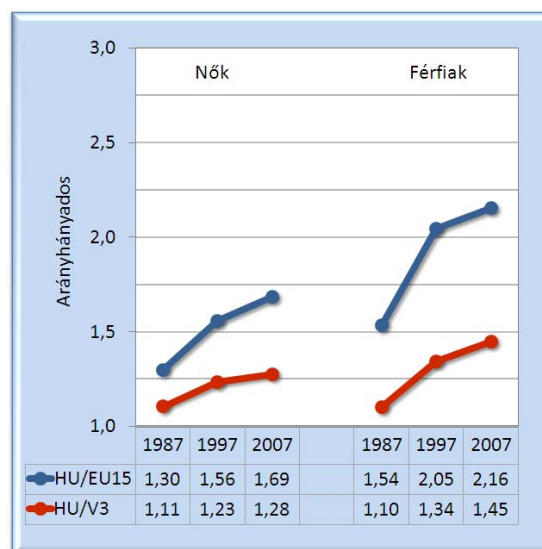
nyítva 1,7-szeres, a V3 átlagához képest 1,3-szoros többletet jelentett 2007-ben [11. táblázat].

11. TÁBLÁZAT: A ROSSZINDULATÚ DAGANATOK MIATTI KORAI HALANDÓSÁG 100 000 FŐRE

	Nők			Férfiak		
	1987	1997	2007	1987	1997	2007
HU	94,5	100,7	96,3	169,8	194,6	172,3
EU15	72,8	64,6	57,1	110,6	95,1	79,9
V3	85,5	81,6	75,5	154,2	145,0	119,0

Mivel a többi országban – velünk szemben – lassú javulást tapasztaltak ezen a területen, elmaradásunk a két évtizeddel korábbi állapottal összevetve tovább nőtt [11. ábra].

11. ÁBRA: A MAGYARORSZÁGI ROSSZINDULATÚ DAGANATOK MIATTI KORAI HALANDÓSÁG ELTÉRÉSE AZ EU15 ÉS A V3 ÁTLAGÁHOZ VISZONYÍTVA



A férfiaknál a nőkéhez hasonló időbeli változás volt megfigyelhető: míg 1987-ben 170 volt a standardizált halálozás 100 ezer 65 év alatti férfira számolva, addig 2007-ben ennél kissé több, 172 volt. Ez az érték több mint kétszerese volt az EU15 és másfélszerese a V3 átlagának. 1987-hez viszonyítva a férfiaknál is az elmaradás növekedése volt megfigyelhető.

Légcső-, hörgő- és tüdőrák

Az első vizsgált évben, 1987-ben több mint 11 volt a standardizált halálozás 100 ezer 65 év alatti magyar nőre, húsz év múlva ez

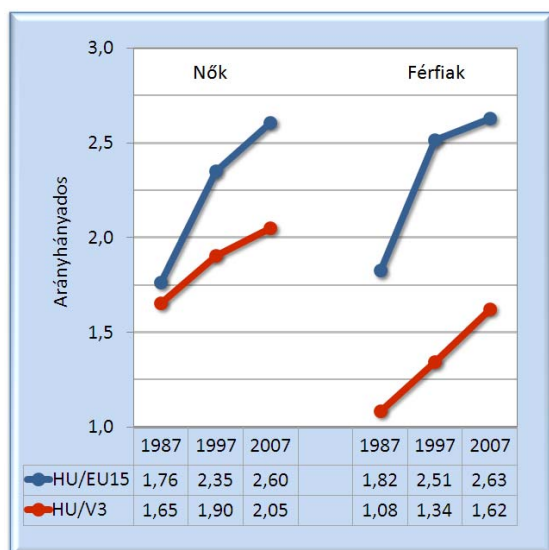
az érték a 24-et is meghaladta, ami 215%-os növekedésnek felel meg [12. táblázat]. A magas magyar halandóság 2007-ben az EU15 országokban tapasztaltak 2,6-szorosa volt, a V3 átlagával összevetve pedig 2-szer magasabb szintet jelentett [12. ábra]. Az elmúlt két évtized alatt a magyar nők relatív helyzete tovább romlott.

12. TÁBLÁZAT: A LÉGCSŐ-, HÖRGŐ- ÉS TÜDŐRÁK MIATTI KORAI HALANDÓSÁG 100 000 FŐRE

	Nők			Férfiak		
	1987	1997	2007	1987	1997	2007
HU	11,4	16,9	24,4	62,2	70,0	61,7
EU15	6,5	7,2	9,4	34,1	27,9	23,5
V3	6,9	8,9	11,9	57,5	52,2	38,0

A férfiaknál a 62-es kiindulás értékről a vizsgált időszak közepén a halandóság 70-re emelkedett, majd 2007-ben az 1987-es értékre tért vissza. Ez a halandósági szint az EU15 átlagához viszonyítva 2,6-szeres, a V3 átlagához képest 1,6-szoros értéket képviselt. A nőkhez hasonlóan, a férfiak halandósága tovább távolodott a referencia országok halandósági szintjétől.

12. ÁBRA: A MAGYARORSZÁGI LÉGCSŐ-, HÖRGŐ- ÉS TÜDŐRÁK MIATTI KORAI HALANDÓSÁG ELTÉRÉSE AZ EU15 ÉS A V3 ÁTLAGÁHOZ VISZONYÍTVA



EMÉSZTŐRENDSZER BETEGSÉGEI

1987-ben a 100 ezer 65 év alatti nőre számított standardizált halálozás 28 volt, tíz

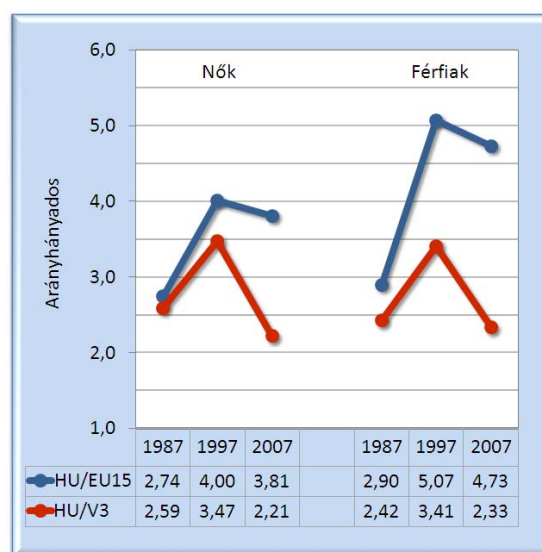
évvél később 34, majd újabb tíz év múlva ismét 28-ra tért vissza [13. táblázat].

13. TÁBLÁZAT: AZ EMÉSZTŐRENDSZER BETEGSÉGEI MIATTI KORAI HALANDÓSÁG 100 000 FŐRE

	Nők			Férfiak		
	1987	1997	2007	1987	1997	2007
HU	27,7	34,1	28,0	70,4	101,9	81,6
EU15	10,1	8,5	7,4	24,3	20,1	17,3
V3	10,7	9,8	12,7	29,1	29,9	35,1

A 2007-es magyar halandóság az EU15 országokban élő nők átlagos halandóságának közel 4-szerese, a V3 halandóságánál több mint kétszer nagyobb volt [13. ábra]. Míg az EU15 halandóságához viszonyított érték emelkedett a vizsgált időszakban, a V3 országokhoz képest kissé javult a magyar nők halandósági helyzete.

13. ÁBRA: A MAGYARORSZÁGI EMÉSZTŐRENDSZERI BETEGSÉGEK MIATTI KORAI HALANDÓSÁG ELTÉRÉSE AZ EU15 ÉS A V3 ÁTLAGÁHOZ VISZONYÍTVA



A férfiaknál hasonló időbeli változás volt megfigyelhető, bár az 1997-es kiugrást követően a kiinduláshoz képest egy magasabb szintre tért vissza (az értékek: 70, 102, 82). A 2007-es magyar férfi halandóság az EU15 átlagával összevetve közel ötszörös volt, a V3 átlagához képest a kétszeres értéket is meghaladta. A halandóságnak a referencia országokhoz viszonyított szintje a nőkhez hasonló változást mutatott a férfiaknál is.

KÜLSŐ OKOK

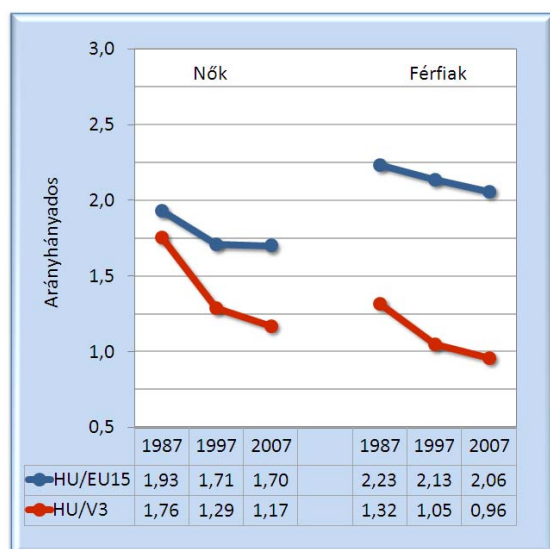
A 65 év alatti nők 100 ezer főre számolt standardizált halálozása a vizsgált húsz év alatt a kezdeti 36-ról közel felére (47%-kal), 19-re csökkent [14. táblázat]. Ezzel a magyar halandóság az EU15 átlagával összevetve 1,7-szeres, a V3 átlagához képest 1,2-szeres többletet mutatott 2007-ben. A 14. ábra alapján megállapítható, hogy lemaradásunk csökkenést mutatott mindkét ország csoporthoz képest.

14. TÁBLÁZAT: A KÜLSŐ OKOK MIATTI KORAI HALANDÓSÁG 100 000 FŐRE

	Nők			Férfiak		
	1987	1997	2007	1987	1997	2007
HU	36,2	25,6	19,2	125,6	103,6	79,9
EU15	18,8	15,0	11,3	56,3	48,6	38,9
V3	20,6	19,8	16,4	95,2	98,9	83,3

A férfiaknál hasonló változás történt, hiszen a standard halandóság az 1987-es 126-ról a 2007-ben tapasztalt 80-ra (36%-os csökkenés) mérséklődött. Ez a halandósági szint az EU15 átlagához viszonyítva kétszeres volt, azonban a V3 halandóságával megegyezett. A magyar férfiak relatív pozíciója a vizsgált húsz év alatt a referencia országokhoz képest javult.

14. ÁBRA: A MAGYARORSZÁGI KÜLSŐ OKOK MIATTI KORAI HALANDÓSÁG ELTÉRÉSE AZ EU15 ÉS A V3 ÁTLAGÁHOZ VISZONYÍTVA



Öngyilkosság

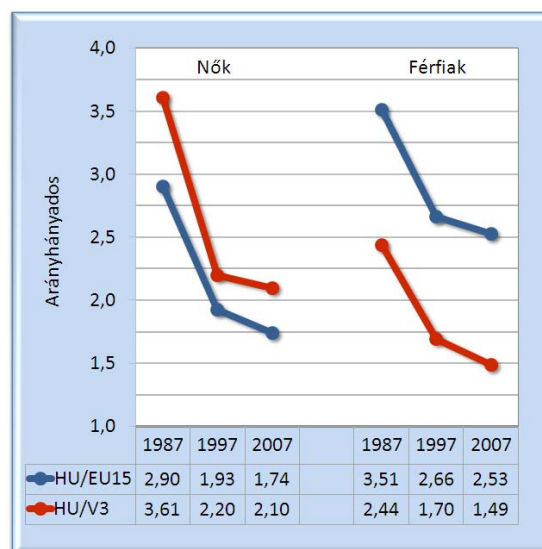
A vizsgált időszakban mindkét nemben jelentősen javult az öngyilkosság miatti halálozás. A nők korai halandósága a kiindulási 19-es szintről húsz év alatt 7-re csökkent, ami közel 60%-os javulásnak felel meg [15. táblázat].

15. TÁBLÁZAT: AZ ÖNGYILKOSSÁG MIATTI KORAI HALANDÓSÁG 100 000 FŐRE

	Nők			Férfiak		
	1987	1997	2007	1987	1997	2007
HU	18,5	9,5	6,9	58,1	40,0	31,4
EU15	6,4	4,9	4,0	16,6	15,0	12,4
V3	5,1	4,3	3,3	23,8	23,6	21,1

Igaz, a kedvező változás ellenére ez az érték az EU15 országokban tapasztalt szintnek még így is 1,7-szerese, és a V3 halandóságának kétszeresét is meghaladta [15. ábra]. A két országcsoporthoz viszonyított halandósági többlet jelentősen csökkent a vizsgált húsz év során.

15. ÁBRA: A MAGYARORSZÁGI ÖNGYILKOSSÁG MIATTI KORAI HALANDÓSÁG ELTÉRÉSE AZ EU15 ÉS A V3 ÁTLAGÁHOZ VISZONYÍTVA



A magyar férfiak öngyilkos halálozásában hasonló változások voltak tapasztalhatók az elmúlt húsz évben: az 1987-ben 100 ezer 65 év alatti férfira számított 58 halálozás a vizsgált időszak során 31-re mérséklődött, azaz közel felére csökkent. A javulás ellenére a magyar halandóság jóval

magasabb volt 2007-ben, mint az EU15 átlaga (2,5-szeres) és a V3 átlaga (1,5-szeres). Az 1987-től 2007-ig terjedő időszakban a magyar férfiak relatív halandósága mérséklődött a vizsgált országokhoz viszonyítva.

AZ ALKOHOLFOGYASZTÁSHOZ KÖTHETŐ HALÁLOZÁS

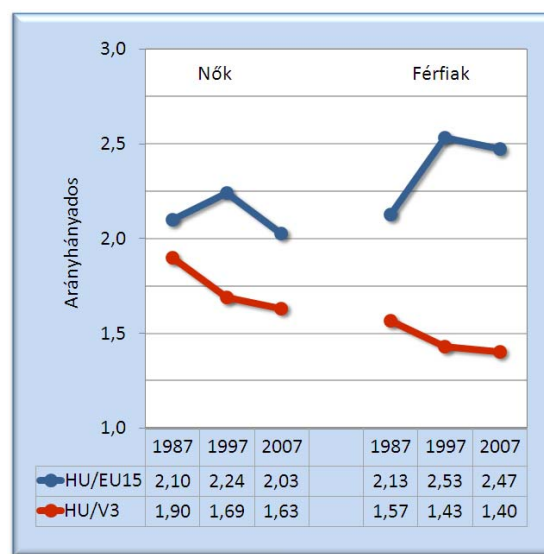
A húsz év során ebben a halandósági csoportban is mindkét nemben jelentős javulás volt megfigyelhető. A 100 ezer nőre számolt standardizált halálozás 1987-es 114-es értéke 2007-re közel felére, 60 alá csökkent [16. táblázat], és részaránya az összhálózásban 12%-ról 8%-ra mérséklődött [Függelék 25. táblázat]. A komoly javulás mellett ez a halandósági szint az EU15 átlagának kétszerese, a V3 átlag 1,6-szorosa volt [16. ábra]. A vizsgált időszak alatt az EU15 és a V3 átlagához viszonyítva a magyar női halandóság gyorsabban javult, így lemaradásunk csökkent.

A férfiak halandósága ugyancsak jelentősen, a kiindulási 315-ről 202-re, közel 35%-kal csökkent, és az összes halálozáson belüli aránya egyidejűleg 20%-ról 15%-ra mérséklődött. 2007-ben ez a halandósági szint az EU15 átlagánál 2,5-szer, a V3 átlagánál 1,4-szer volt nagyobb. Mivel ebben az időszakban az EU15 országokban nagyobb ütemű javulás volt tapasztalható, a hozzájuk viszonyított lemaradásunk növekedett. A V3 országokban tapasztalt halandóság lassabb csökkenése ezzel szemben a relatív helyzetünk javulását eredményezte.

16. TÁBLÁZAT: AZ ALKOHOLFOGYASZTÁSHOZ KÖTHETŐ HALANDÓSÁG 100 000 FŐRE

	Nők			Férfiak		
	1987	1997	2007	1987	1997	2007
HU	113,8	87,0	59,2	314,7	276,0	202,2
EU15	54,2	38,8	29,2	147,9	109,0	81,8
V3	59,8	51,6	36,3	201,0	193,3	144,2

16. ÁBRA: A MAGYARORSZÁGI ALKOHOLFOGYASZTÁSHOZ KÖTHETŐ HALANDÓSÁG ELTÉRÉSE AZ EU15 ÉS A V3 ÁTLAGÁHOZ VISZONYÍTVA



A DOHÁNYZÁSHOZ KÖTHETŐ HALÁLOZÁS

A 100 ezer nőre számolt standard halálozásban viszonylag csekély javulás történt a vizsgált időszak alatt. A kezdeti 372-es érték húsz év múlva 319-re, közel 15%-kal mérséklődött [17. táblázat]. Megjegyezzük, a csökkenés ellenére aránya az összhálózásban 39%-ról 45%-ra emelkedett. Az EU15 illetve V3 átlagánál ez a 2007-es érték 2,5 illetve 1,5-szer magasabb volt [17. ábra]. Az EU15 országokban megfigyelhető, a magyarnál nagyobb mértékű javulás következtében a lemaradásunk növekedett. A V3 országokban azonban a hazainál kisebb volt a javulás, emiatt a hozzájuk viszonyított elmaradásunk némileg csökkent.

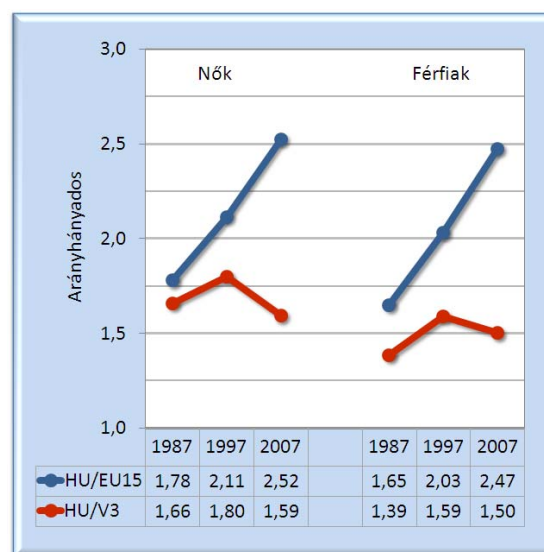
Az eltelt húsz év során a férfiak halálozása – a nőkhez hasonlóan – 15%-kal javult Magyarországon. Az 1987-es, 100 ezer főre számolt 743 halálessettel szemben 2007-ben már csak 635 volt a dohányzáshoz kapcsolható, bár részaránya az összhálózásban 46%-ról 49%-ra nőtt. A halandóság magas szintjét jelzi, hogy ez az érték az EU15 illetve a V3 országok átlagának 2,5 illetve 1,5-szerese volt. A refe-

renca országokban tapasztalt nagyobb mértékű csökkenés következtében a magyar férfiak relatív halandósági helyzete romlott az eltelt húsz év során.

17. TÁBLÁZAT: A DOHÁNYZÁSHOZ KÖTHETŐ HALANDÓSÁG 100 000 FŐRE

	Nők			Férfiak		
	1987	1997	2007	1987	1997	2007
HU	371,7	360,9	318,9	743,3	734,2	635,4
EU15	209,1	170,7	126,4	450,9	362,0	256,9
V3	224,2	200,7	200,3	536,4	462,2	423,3

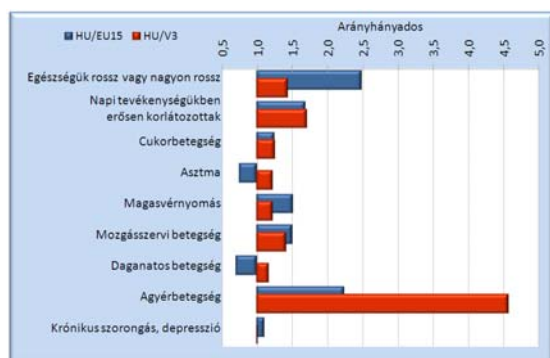
17. ÁBRA: A MAGYARORSZÁGI DOHÁNYZÁSHOZ KÖTHETŐ HALANDÓSÁG ELTÉRÉSE AZ EU15 ÉS A V3 ÁTLAGÁHOZ VISZONYÍTVA



EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT

A 2006-os EUROBAROMETER kérdőíves felmérés eredményei szerint az egészségi állapotukat rossznak vagy nagyon rossznak ítélő 15 éves és idősebb magyarok aránya 2,5-szer magasabb, mint az EU15 átlaga, és a magyar lakosság több mint másfélszer nagyobb arányban számolt be erős korlátozottságról, mint a másik két ország csoport lakosai [18. ábra].

18. ÁBRA: A MAGYAR EGÉSZSÉGMUTATÓK ELTÉRÉSEI AZ EU15 ÉS A V3 ORSZÁGOK ÁTLAGÁHOZ VISZONYÍTVA, EUROBAROMETER 2006



Jelentős – csaknem 4,5-szeres – volt a V3 országok átlagához viszonyított eltérés a stroke prevalenciájában.

A betegségek közül Magyarországon csak az asztma és a daganatos betegségek gyakorisága volt alacsonyabb, mint az EU15-re számolt átlag, míg a krónikus depresszió előfordulása hasonló arányú volt, mint a másik két ország csoportban [Függelék 26. táblázat]. A többi egészség-indikátornál talált eltérés mind az EU15, mind a V3 átlaghoz képest magyar többletet mutat.

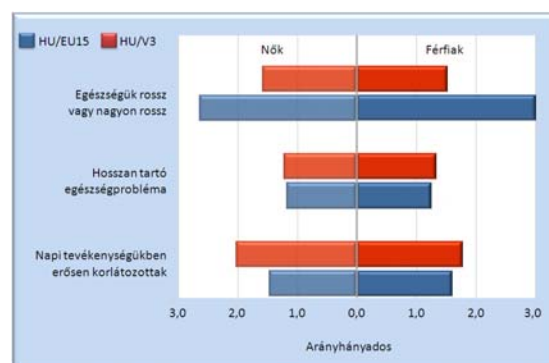
A 2007-es EU-SILC felmérés hasonló eredményeket hozott [18. táblázat].

18. TÁBLÁZAT: A MAGYAR EGÉSZSÉGMUTATÓK AZOK ELTÉRÉSEI AZ EU15 ÉS A V3 ORSZÁGOK ÁTLAGÁHOZ VISZONYÍTVA, EU-SILC 2007

	Egészségük rossz vagy nagyon rossz		Hosszantartó egészség-probléma		Napi tevékenységükben erősen korlátozottak	
	Nők	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők	Férfiak
HU	15,7%	14,8%	28,9%	28,1%	8,2%	8,4%
EU15	5,9%	4,9%	24,5%	22,4%	5,6%	5,2%
V3	9,9%	9,7%	23,5%	21,1%	4,1%	4,7%

Az EU15 országokban tapasztaltnál képest közel háromszor, a V3 átlagához viszonyítva a 15-64 éves lakosok közül másfélszer többen tartják egészségüket rossznak vagy nagyon rossznak Magyarországon [19. ábra]. A mindennapi tevékenységükben erősen akadályozottak és a hosszan tartó egészségproblémával küzdők aránya is jóval meghaladja a két referencia ország csoportban mért értékeket.

19. ÁBRA: A MAGYAR EGÉSZSÉGMUTATÓK ELTÉRÉSEI AZ EU15 ÉS A V3 ORSZÁGOK ÁTLAGÁHOZ VISZONYÍTVA, EU-SILC 2007

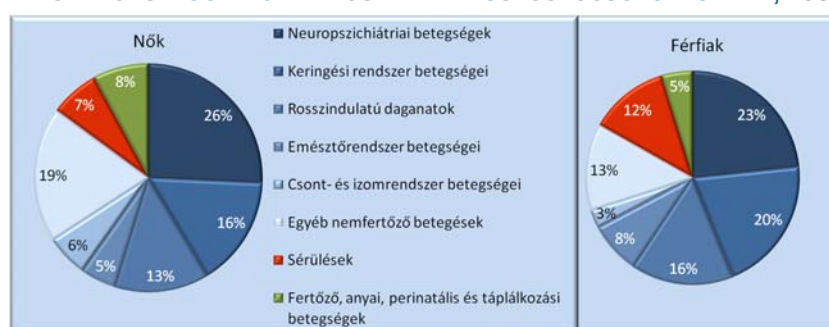


BETEGSÉGTERHEK

Az átlagoshoz képest „idő előtti” halálozás illetve a megromlott egészség miatt elvesztett élet éveket összegző DALY-t a halandósági mutatóknál alkalmasabbnak tartják a betegségek társadalmi terheinek becslésére. Mint azt a 20. ábra mutatja, Magyarországon – mint ahogy az a fejlett világ más országaiban is megfigyelhető –

a neuropszichiátriai betegségek okozták a legjelentősebb terhet, majd azt követték a vezető halálokokat képviselő keringési és daganatos betegségek. E három betegségcsoport tette ki az elvesztett életévek több mint felét.

20. ÁBRA: A KORAI HALÁLOZÁS MIATT ELVESZTETT ÉS A BETEGSÉGBEN ELTÖLTÖTT ÉVEK (DALY) MEGOSZLÁSA
MAGYARORSZÁGON A JELENTŐSEBB BETEGSÉGCSONTOKBAN, 2004

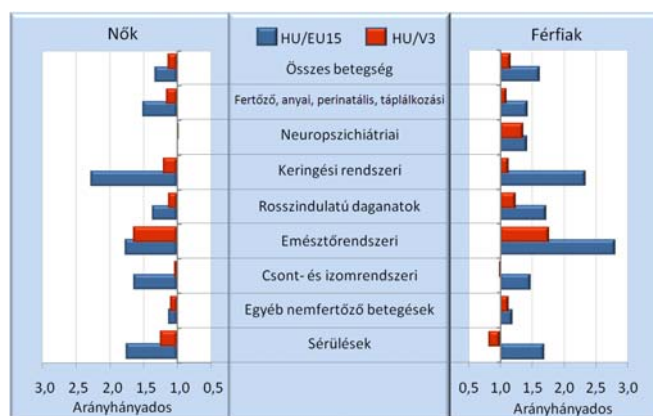


Az EU15 országokra számított átlagos DALY-t a magyar érték legjobban a keringési, az emésztőrendszeri, a csont és izomrendszeri betegségekben illetve a sérülésekben haladta meg a nőknél és a férfiaknál egyaránt [21. ábra].

jelentősen, nőknél az ischaemiás szívbetegségek valamint a sérülések, férfiaknál a neuropszichiátriai betegségekben voltak némileg magasabbak [Függelék 27. táblázat].

A V3 országokra elvégezve az összehasonlítást, megállapítható, hogy a magyarországi életévvesztések mindkét nemben az emésztőrendszeri betegségekben

21. ÁBRA: A KORAI HALÁLOZÁS MIATT ELVESZTETT ÉS A BETEGSÉGEKBEN ELTÖLTÖTT ÉVEK (DALY) ÉLTÉRÉSE EGYES BETEGSÉG-CSONTOKBAN AZ EU15 ÉS A V3 ÁTLAGÁHOZ VISZONYÍTVA, 2004



EGÉSZSÉG- EGYENLŐTLENSÉG

NŐ-FÉRFI ÉLETTARTAM KÜLÖNBSÉG

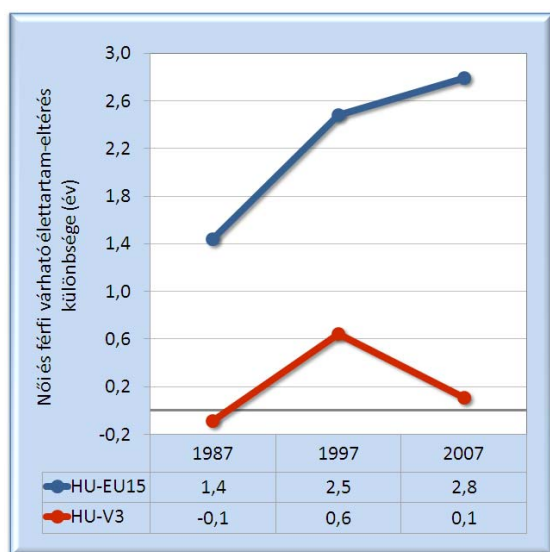
Magyarországon 2007-ben az újszülött fiúk közel 8,5 évvel kevesebb életévre számíthattak, mint a leányok. Húsz évvel korábban a fiúk hátránya valamivel kisebb volt, azóta a különbség közel 3%-kal nőtt [19. táblázat].

19. TÁBLÁZAT: NŐK ÉS FÉRFIAK SZÜLETÉSKOR VÁRHATÓ ÉLETTARTAMA KÖZÖTTI KÜLÖNBSÉG (ÉVEK)

	1987	1997	2007
HU	8,2	8,9	8,4
EU15	6,7	6,4	5,6
V3	8,3	8,2	8,3

2007-ben az EU15 országokban ez a különbség átlagosan mintegy 3 évvel kevesebb volt, mint hazánkban. Magyarország lemaradása e téren 1987 óta növekedett, hiszen a női-férfi élettartam-különbség akkor még csak 1,5 évvel volt több az EU15 átlagánál [22. ábra]. A V3 átlagához viszonyítva ebben a mutatóban lényeges változás nem történt.

22. ÁBRA: A NŐK ÉS FÉRFIAK SZÜLETÉSKOR VÁRHATÓ ÉLETTARTAMÁNAK KÜLÖNBSÉGEI AZ EU15 ÉS A V3 ÁTLAGÁTÓL



Megjegyezzük, 2007-ben Izlandon közel 4 év volt a két nem várható élettartamában mért különbség, ami alapján levonható a

következtetés: a két nem közötti biológiai különbségek legfeljebb ekkora különbségeket magyarázhatnak. Ebből következően a 4 év feletti különbségért a férfiakat hátrányosan érintő társadalmi tényezők felelősek. Magyarország esetében e tényezők 4,5 évvel rövidítik meg a férfiak életét.

AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS IGÉNY- BEVÉTELÉNEK JÖVEDELMI EGYEN- LŐTLENSÉGEI

Egy 2006-ban megjelent, az OECD országokra vonatkozó tanulmány szerint az EU15 ország csoportból vizsgált 14 közül 5-ben fordul elő, hogy a magasabb jövedelműek nagyobb valószínűséggel keresnek fel orvost, ugyanolyan ellátási szükséglet mellett⁵. Magyarországon nem volt ilyen egyenlőtlenség. Megkülönböztetve a háziorvosi és a szakorvosi viziteket, Magyarországon ez az egyenlőtlenség a háziorvosi vizitekre nem, a szakorvosi vizitekre azonban tendenciaszerűen jellemző volt. A referencia országok közül 2-ben a háziorvost inkább keresik fel a tehetősebbek, a szakorvosok esetében ez 7 EU15 országban volt szignifikáns. A vizitek számát tekintve Magyarországon nem, de 4 EU15 országban a magasabb jövedelműek többször keresnek fel orvost. A háziorvosokat inkább az alacsonyabb jövedelműek (kivéve 1 EU15 országot), a szakorvosokat pedig inkább a tehetősebbek keresték fel gyakrabban. Ez utóbbi állítás Magyarországra is és még 12 EU15 országra is egyaránt igaz volt.

ELHALASZTOTT ELLÁTÁSI SZÜKSÉGLET JÖVEDELMI EGYENLŐTLENSÉGE

A 2007-es EU-SILC felmérés adatai azt mutatják, hogy a várható nagy költségek miatt az alsó jövedelmi ötödbe tartozó magyar nők 5%-a, míg a felső ötödbe soroltak

⁵ E. van Doorslaer, C. Masseria, and X. Koolman: Inequalities in access to medical care by income in developed countries. Canadian Medical Association Journal. 174 (2):177-183. 2006.

fél százaléka nem vett igénybe egészségügyi ellátást, pedig úgy gondolta, szüksége lett volna rá. Férfiaknál 3% illetve 0,5% volt ez a két arány [20. táblázat].

20. TÁBLÁZAT: JÖVEDELEM SZERINTI ELTÉRÉSEK AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS IGÉNYBEVÉTELÉNEK ELMARADÁSÁBAN, 2007

	Alsó jövedelmi ötödbe tartozók		Felső jövedelmi ötödbe tartozók		Arányhányados (felső/alsó jövedelmi ötöd)	
	Nők	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők	Férfiak
Magyarország	5,1%	3,3%	0,5%	0,5%	10,2	6,6
Lengyelország	9,9%	5,8%	1,1%	0,6%	9,0	9,7
Szlovákia	2,6%	3,1%	0,1%	:	26,0	:
Ausztria	0,7%	1,2%	0,1%	:	7,0	:
Dánia	0,5%	0,1%	0,3%	:	1,7	:
Franciaország	3,5%	3,1%	0,2%	0,2%	17,5	15,5
Görögország	9,6%	8,8%	1,1%	0,5%	8,7	17,6
Írország	3,8%	3,4%	0,3%	0,6%	12,7	5,7
Luxemburg	1,4%	0,6%	0,3%	:	4,7	:
Németország	5,4%	7,5%	0,8%	0,3%	6,8	25,0
Olaszország	7,9%	5,9%	0,9%	0,7%	8,8	8,4
Portugália	18,3%	17,3%	2,5%	1,6%	7,3	10,8
Svédország	0,9%	0,7%	0,4%	:	2,3	:

Nőknél, a 13 országra rendelkezésre álló adatok alapján felállított egyenlőtlenségi rangsorban Magyarország a 10. volt, nagyobb egyenlőtlenségről csak Írországban, Franciaországban és Szlovákiában számoltak be. Férfiaknál csupán 8 országra állnak rendelkezésre adatok a rangsorhoz, Magyarország ebben a 2. legjobb helyezést érte el.

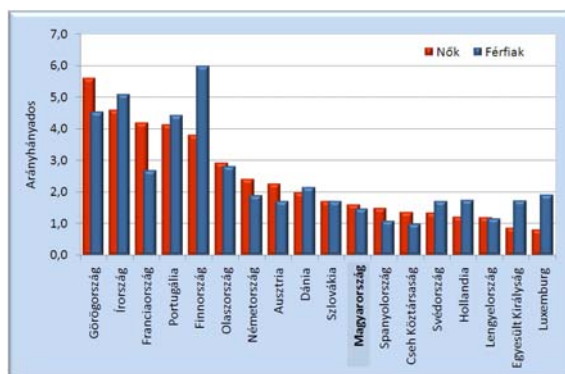
21. TÁBLÁZAT: JÖVEDELEM SZERINTI ELTÉRÉSEK AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS IGÉNYBEVÉTELÉNEK ELMARADÁSÁBAN, 2007

	Alsó jövedelmi ötödbe tartozók		Felső jövedelmi ötödbe tartozók		Arányhányados (felső/alsó jövedelmi ötöd)	
	Nők	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők	Férfiak
Magyarország	14,0%	15,6%	8,7%	10,5%	1,6	1,5
Cseh Köztársaság	5,2%	5,2%	3,8%	5,2%	1,4	1,0
Lengyelország	16,7%	13,4%	13,8%	11,5%	1,2	1,2
Szlovákia	6,7%	6,9%	3,9%	4,0%	1,7	1,7
Ausztria	2,5%	2,4%	1,1%	1,4%	2,3	1,7
Belgium	1,7%	1,5%	0,0%	0,0%	-	-
Dánia	1,4%	1,3%	0,7%	0,6%	2,0	2,2
Egyesült Királyság	3,3%	4,7%	3,8%	2,7%	0,9	1,7
Finnország	1,9%	1,8%	0,5%	0,3%	3,8	6,0
Franciaország	6,7%	6,2%	1,6%	2,3%	4,2	2,7
Görögország	12,9%	10,9%	2,3%	2,4%	5,6	4,5

Hollandia	2,8%	2,8%	2,3%	1,6%	1,2	1,8
Írország	6,9%	5,6%	1,5%	1,1%	4,6	5,1
Luxemburg	3,3%	4,8%	4,0%	2,5%	0,8	1,9
Németország	12,6%	13,7%	5,2%	7,2%	2,4	1,9
Olaszország	12,0%	9,6%	4,1%	3,4%	2,9	2,8
Portugália	20,7%	21,3%	5,0%	4,8%	4,1	4,4
Spanyolország	1,8%	2,2%	1,2%	2,0%	1,5	1,1
Svédország	16,2%	15,8%	12,0%	9,2%	1,4	1,7

A szükségesnek vélt ellátás igénybevételének bármilyen okból történt elhalasztásának aránya az alsó jövedelmi ötödben nőknél 14%, férfiaknál 16% volt, a felső ötödben 9% illetve 11% volt Magyarországon [21. táblázat]. A vizsgált 19 ország rangsorában Magyarország nőknél a 8. férfiaknál 18-ból a 4. helyezést érte el [23. ábra].

23. ÁBRA: A BÁRMELY OKBÓL ELMARADT IGÉNYBEVÉTEL ELTÉRÉSEI A FELSŐ ÉS ALSÓ JÖVEDELMI ÖTÖDBE TARTOZÓ NÉPESSÉG KÖRÉBEN, 2007



ELKERÜLHETŐ HALANDÓSÁG TÉRSÉGI EGYENLŐTLENSÉGEI

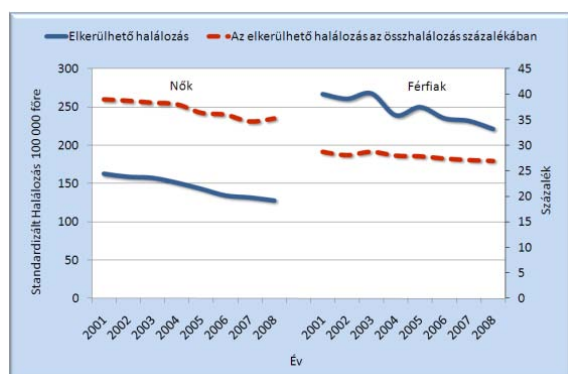
Elkerülhetőnek tekinthetők azok a halálozások, amelyek megfelelő orvosi beavatkozással elkerülhetőek lennének. A megfelelő ellátással elkerülhető halálozás (továbbiakban: elkerülhető halálozás) hasznos indikátor az egészségügyi ellátás minőségének és az igénybevétel jellemzésére. Megjegyezzük, körültekintő értékeléséhez azonban néhány befolyásoló tényezőt (például a társadalmi-gazdasági helyzetet) érdemes figyelembe venni (részletesebben erről lásd az idevágó módszertani leírást a Függelékben). A nemzetközi adatokkal való összehasonlíthatóság miatt a jelentésben a 0-74 éves magyarországi népesség elkerülhető halálozását vizsgáltuk.

Magyarországon a vizsgált időszakban, 2001 és 2008 között a 100 ezer 75 év alatti

ti nőre számított elkerülhető halálozás ötödével, 163-ról 128-ra csökkent [Függelék 29. táblázat]. Mivel ez idő alatt a nem elkerülhető halálozás is lecsökkent, az elkerülhető halálozásnak az összes korai halálozásban képviselt aránya alig változott: a 2001-es 39%-ról a 2008-as 35%-ra mérsékelődött [24. ábra].

A férfiak elkerülhető halálozásában hasonló, de valamivel kisebb mértékű változások voltak megfigyelhetők. A 100 ezer 75 év alatti férfira számított elkerülhető halálozás 2001-ben 267, 2008-ban 222 volt, ami 17%-os csökkenésnek felel meg. A korai halálozásbeli aránya 8 év alatt alig változott, 29%-ról csupán 27%-ra mérsékelődött.

24. ÁBRA: A LAKOSSÁG ÖSSZES KORAI ÉS ELKERÜLHETŐ HALÁLOZÁSÁNAK ALAKULÁSA MAGYARORSZÁGON, 2001-2008

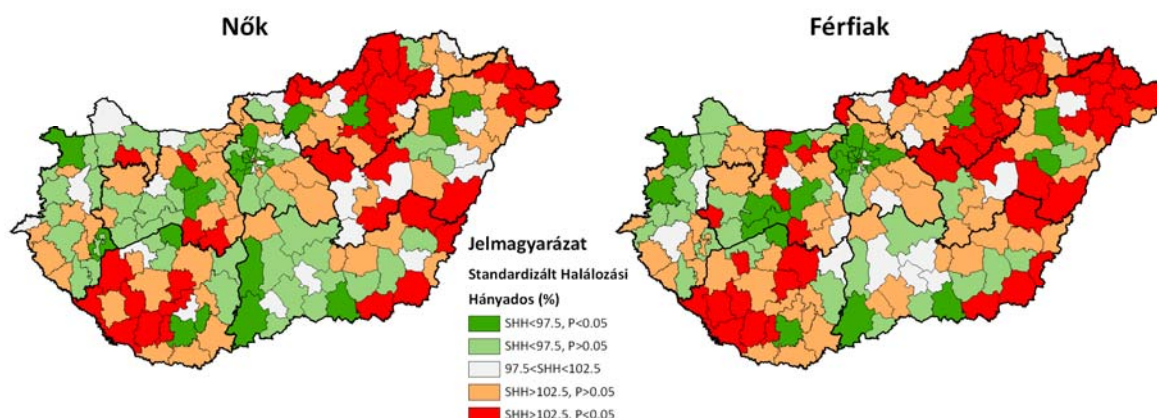


2008-ban a 75 év előtt elhunyt nők és férfiak mintegy 30%-a, 19183 fő vesztette életét elkerülhető halálokok miatt.

A nőknél az elkerülhető halálozásnak az összes korai halálozásban való magasabb részarányát több, kizárólag a női nemhez köthető (terhesség, szülés és a gyermekágy betegségei, anyai halálozás), illetve nagyobb súllyal szereplő halálok (emlő-, méhnyak-, méhtestrák) okozza.

A magyar lakosság elkerülhető halálozásában egyértelmű térségi egyenlőtlenségek fedezhetők fel 2006 és 2008 között [25. ábra]. A legmagasabb halálozási arány hazánk északi, keleti, valamint a dél-nyugati részének kistérségeiben volt tapasztalható. Ezen kívül Komárom-Esztergom, Fejér, Tolna és Baranya megye néhány kistérsége, valamint a főváros „középső” részén a VIII. kerületben volt magas az elkerülhető halálozás.

25. ÁBRA: AZ ELKERÜLHETŐ HALÁLOZÁS KISTÉRSÉGI EGYENLŐTLENSÉGEI MAGYARORSZÁGON, 2006-2008



Az elkerülhető halálozás térségi mintázata átfedést mutat a társadalmi-gazdasági helyzetet jellemző deprivációs index tér-

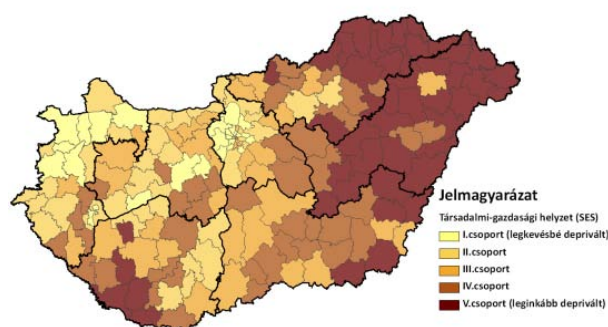
ségi mintázatával [26. ábra, „A”]. Az elemzés mindkét nem esetében erős kapcsolatot ($p < 0,001$) mutatott ki a társadalmi-

gazdasági helyzet és az elkerülhető halálozás között [26. ábra, „B”; Függelék 30.

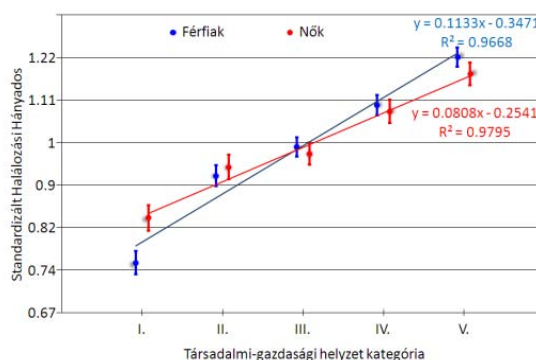
táblázat].

26. ÁBRA: A TÁRSADALMI-GAZDASÁGI HELYZET ÉS AZ ELKERÜLHETŐ HALÁLOZÁS ELTÉRÉSEINEK KAPCSOLATA, 2006-2008

A.



B.



Az elemzés eredményei szerint ugyanis az elkerülhető halálozás kockázata a depriváció emelkedésével (azaz a kistérség társadalmi-gazdasági helyzetének romlásával) együtt emelkedő tendenciát mutatott. A leginkább deprivált kistérségekben a nők elkerülhető halálozása 40%-kal, a férfiak esetében 60%-kal haladta meg a legjobb helyzetű kistérségben élőkét. A legkedvezőtlenebb társadalmi-gazdasági helyzetű kistérségek elkerülhető halálozása a nők esetében 17%-kal, a férfiaknál 22%-kal haladta meg az országos szintet, míg a legjobb helyzetű kistérségekben a nőknél 16%-kal, a férfiaknál pedig 25%-kal volt alacsonyabb a nem-specifikus országos halálozásnál [Függelék 31. táblázat].

A valamennyi kistérségre vonatkozó egyenlőtlenségi elemzés alapján megállapítható, hogy 2008-ban az elkerülhető halálozás 40%-a az ország népességének 50%-át kitevő kistérségekhez köthető [Függelék 31. ábra]. A társadalmi-gazdasági helyzet alapján számolt kistérségi egyenlőtlenség nem volt jelentős: hazánk népességének rosszabb helyzetű kistérségekben élő fele adta az elkerülhető halálozás 54%-át [Függelék 32. ábra]. Bár az ország egészét tekintve a kistérségi elkerülhető halálozás egyenlőtlensége nem bizonyult jelentősnek, de időben emelkedő tendenciát mutatott a vizsgált

időszakban [Függelék 33. ábra]. A kistérségek társadalmi-gazdasági helyzete alapján számított egyenlőtlenség mindegyik vizsgált évben egyformán alacsony volt (koncentrációs együttható = -0,07).

Az elkerülhető halálozásra vonatkozó összehasonlítható nemzetközi adatok az 1990/01-es, 2000/02-es, valamint 2002/03-as évre állnak rendelkezésre. Az elemzések azt bizonyítják, hogy a '90-es években az európai országok döntő többségében az egészségügyi ellátással elkerülhető (vagy kezelhető) halálozás folyamatosan csökkent. Ha az elemzésben rendelkezésre álló EU15 és a V3 országainak 2000/02-es adatait tekintjük, az elkerülhető halálozás 14 országra készített rangsorában hazánk a nőknél az utolsó előtti, a férfiaknál az utolsó helyen állt [Függelék 32. táblázat].

Az első helyen álló Svédországhoz képest a magyar elkerülhető halálozás a nőknél 2,2-szeres, a férfiaknál 2,5-szeres többletet mutatott. Készült egy az OECD tagországok 2002/03-as adatai alapján számított elkerülhető halálozási rangsor is, amellyel ugyancsak összehasonlíthatjuk a saját elemzéssel Magyarországra nyert értéket. Az összehasonlítás alapján hazánk ebben a rangsorban mindkét nemben az utolsó helyen végzett. A legjobb helyezést elérő Franciaország halandósági szintjének a magyar érték a nőknél 2,8-

szer, a férfiaknál 3,6-szer nagyobb volt
[Függelék 33. táblázat].

DEMOGRÁFIA

SZÜLETÉSI ARÁNY

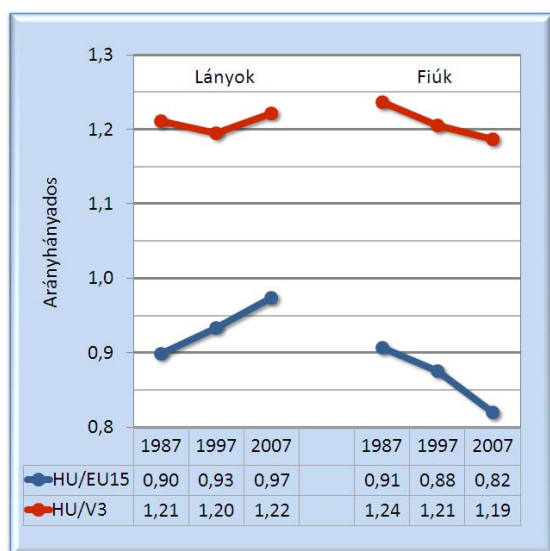
Az eltelt húsz évben a lányok 1000 lakosra számolt születési aránya 11-ről 9-re csökkent. 2007-ben Magyarországon az EU15 és a V3 átlagához viszonyítva egyaránt eggyel kevesebb születés jutott 1000 lakosra [22. táblázat]. Az 1987 óta bekövetkezett kisebb mértékű magyar csökkenés eredményeképpen a hazai születési arány közelebb került az EU15 átlagához, de a V3 átlagához viszonyított helyzet lényegesen nem változott [27. ábra].

22. TÁBLÁZAT: NYERS ÉLVESZÜLETÉSI ARÁNY 1000 FŐRE

	Lányok			Fiúk		
	1987	1997	2007	1987	1997	2007
HU	11,2	9,0	9,0	12,6	10,6	10,5
EU15	11,3	10,3	10,2	12,6	11,4	11,2
V3	14,6	9,8	9,8	16,2	10,9	11,0

1987-ben a fiúk születési aránya 12,6 volt, 2007-re 2-vel 10,5-re csökkent. Ez az arány az EU15 országokban tapasztaltnál alacsonyabb, a V3 országok értékénél viszont magasabb. Az EU15 átlaghoz viszonyított magyar helyzet az eltelt húsz év során tovább romlott, a V3 országokhoz mért elmaradás mérséklődött valamelyest.

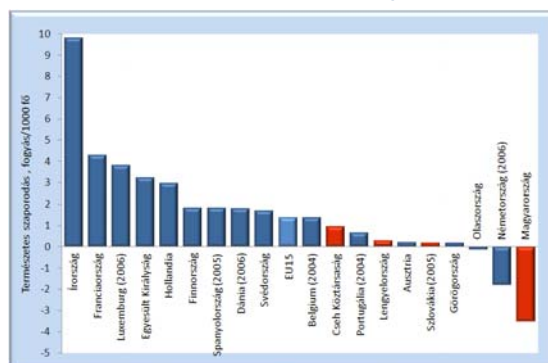
27. ÁBRA: AZ ÉLVESZÜLETÉSI ARÁNYOK ELTÉRÉSE AZ EU15 ÉS A V3 ÁTLAGÁTÓL



TERMÉSZETES SZAPORODÁS/FOGYÁS

A 2007-es népességi adatok alapján egyértelműen megállapítható, Magyarország a referencia országokhoz képest kiemelkedően fogyó ország, azaz a halandóság és a születés különbsége hazánkban a legnagyobb [28. ábra; Függelék 34. táblázat].

28. ÁBRA: MAGYARORSZÁG, AZ EU15 ÉS A V3 ORSZÁGOK NÉPESÉGÉNEK TERMÉSZETES SZAPORODÁSA/FOGYÁSA, 2007



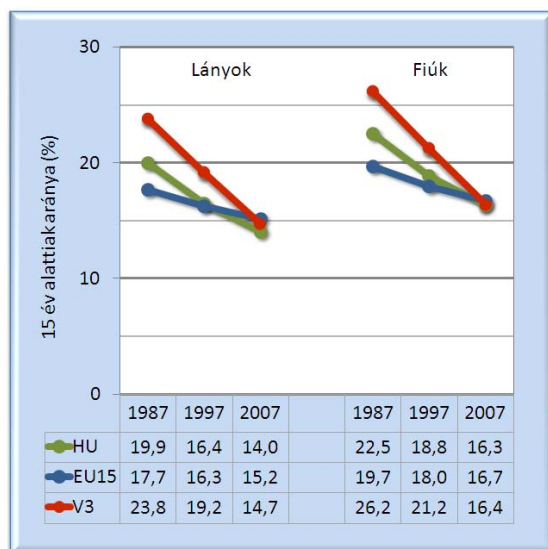
A FIATAL ÉS IDŐS NÉPESSÉG ARÁNYA

A 15 évnél fiatalabb magyar lányoknak a női népességen belüli aránya a vizsgált időszak alatt 20%-ról 14%-ra csökkent. A 2007-es magyar érték 1%-kal kisebb, mint az EU15 és a V3 országok átlagos arányai. Az előző húsz év során a magyar lányok részarányának csökkenése az EU15-höz képest lassúbb, a V3 átlagához képest valamivel nagyobb ütemben zajlott.

A magyar férfiak között a 15 év alatti fiúk aránya közel 23%-ról 16%-ra, negyedével csökkent 1987 és 2007 között [29. ábra]. Az 1987-ben, a fiatal fiúk arányaiban még megfigyelhető különbségek 2007-re kiegyenlítődtek.

Magyarországon az idős nők aránya 15%-ról 19%-ra emelkedett 1987 és 2007 között eltelt időszakban, és elérte az EU15 országok átlagát [30. ábra]. A V3 országokkal összevetve a 3% körüli magyarországi többlet időben alig változott.

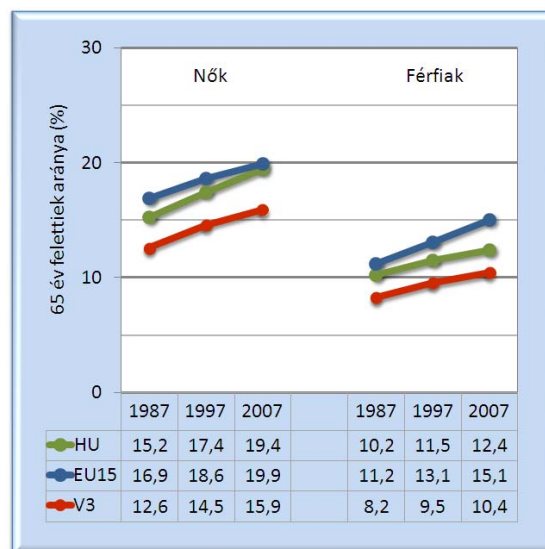
29. ÁBRA: A 0-14 ÉVES NÉPESSÉG ARÁNYAI MAGYARORSZÁGON, AZ EU15 ÉS A V3 ÁTLAGÁBAN



A vizsgált húsz év során az idős férfiak arányának növekedési üteme elmaradt az EU15 átlagában tapasztalt emelkedéstől. A V3 aránya a magyarokéhoz hasonló mértékben változott, így relatív helyzetünk hozzájuk képest nem változott. A 65 éves vagy annál idősebb magyar férfiak aránya

1987-től ötödével, 10%-ról, 12%-ra emelkedett. Ez az arány közel 3%-kal alacsonyabb, mint az EU15 országokban mért átlag, viszont 2%-kal magasabb, mint a V3 országok átlaga.

30. ÁBRA: A 65 ÉVES ÉS IDŐSEBB NÉPESSÉG ARÁNYAI MAGYARORSZÁGON, AZ EU15 ÉS A V3 ÁTLAGÁBAN



FÜGGELÉK

ADAT ÉS MÓDSZER

A magyar lakosság egészségét az Európai Unió 2004 előtti 15 országának (a továbbiakban: EU15) és a Magyarországon kívüli három Visegrádi Ország (*Lengyelország, Cseh Köztársaság és Szlovákia; a továbbiakban: V3*) átlagértékeinek összehasonlításával mutatjuk be 1987, 1997 és 2007 évekre.

23. TÁBLÁZAT: AZ ÁTLAGSZÁMÍTÁSOKNÁL HASZNÁLT SÚLYSZÁMOK

A. TÁBLÁZAT: AZ ÉLVESZÜLÖTTEKRE SZÁMÍTOTT SÚLYSZÁMOK

	Lányok			Fiúk		
	1987	1997	2007	1987	1997	2007
Cseh Köztársaság	0,1596	0,1614	0,2071	0,1595	0,1610	0,2047
Lengyelország	0,7371	0,7333	0,6952	0,7389	0,7340	0,6977
Szlovákia	0,1033	0,1052	0,0978	0,1015	0,1050	0,0977

B. TÁBLÁZAT: A 0-X ÉVES NÉPESSÉGRE SZÁMÍTOTT SÚLYSZÁMOK

	Lányok			Fiúk		
	1987	1997	2007	1987	1997	2007
Cseh Köztársaság	0,1951	0,1897	0,1901	0,1936	0,1896	0,1935
Lengyelország	0,7072	0,7113	0,7099	0,7078	0,7113	0,7060
Szlovákia	0,0977	0,0990	0,1001	0,0986	0,0991	0,1005

C. TÁBLÁZAT: A 0-64 ÉVES NÉPESSÉGRE SZÁMÍTOTT SÚLYSZÁMOK

	Lányok			Fiúk		
	1987	1997	2007	1987	1997	2007
Cseh Köztársaság	0,1897	0,1853	0,1847	0,1903	0,1868	0,1892
Lengyelország	0,7117	0,7145	0,6980	0,7114	0,7136	0,6995
Szlovákia	0,0985	0,1001	0,1174	0,0983	0,0996	0,1112

Az így kapott súlyozott átlagot tekintettük referenciaértéknek ($V3_{\text{átlag}}=1,0$ és $EU15_{\text{átlag}}=1,0$), amellyel a magyar egészségmutatót elosztottuk. Mivel az egészségmutatók arányok voltak (a várható élet-tartamot leszámítva), ezek relatív eltérését *arányhányados* formájában adtuk meg. Ha az arányhányados értéke 1-nél nagyobb, azt jelenti, hogy a magyarországi egészségmutató nagyobb, mint a referenciaérték. Ha az arányhányados 1-nél kisebb, akkor a magyar egészségmutató kisebb a referenciaértéknél.

A V3 átlagának számításakor – és bizonyos indikátoroknál, ahol az EU15 átlag nem állt rendelkezésre – súlyozást alkalmaztunk. A súlyszámokat az adott országok megfelelő korú népessége alapján képeztük [23. táblázat A-D.]

D. TÁBLÁZAT: A 2006. ÉV 15+ ÉVES NÉPESSÉGÉRE SZÁMÍTOTT SÚLYSZÁMOK

	2006
Cseh Köztársaság	0,1911
Lengyelország	0,7127
Szlovákia	0,0962
Ausztria	0,0223
Belgium	0,0282
Dánia	0,0144
Egyesült Királyság	0,1553
Finnország	0,0142
Franciaország	0,1434
Görögország	0,0283
Hollandia	0,0424
Írország	0,0101
Luxemburg	0,0012
Németország	0,2097
Olaszország	0,1593
Portugália	0,0263
Spanyolország	0,1206
Svédország	0,0244

Az arányhányados másik interpretálási lehetősége, amikor a referenciaérték százalékában adjuk meg a referenciától való eltérés nagyságát. Ekkor a referencia értéket 100%-nak tekintjük.

$$\text{Arányhányados EU15} = \frac{HU_{\text{indikátor}}}{EU15_{\text{indikátor}}}$$

$$\text{Arányhányados } V3 = \frac{HU_{\text{indikátor}}}{V3_{\text{indikátor}}}$$

A mutatók képzésének ilyen vagy ettől eltérő módját minden indikátor esetében megadjuk.

Azokban az esetekben, amikor a vizsgálni kívánt évek valamelyikében nem állt rendelkezésre adat, az általánosan elfogadott módon, a hozzá legközelebbi elérhető év adatával számoltunk. Ezzel kissé felülbecsültük az EU15 és a V3 átlagait, melyek az arányhányados képzésénél alulbecsült eredményeztek.

Az alábbiakban a jelentés struktúráját követve mutatjuk be az egészségindikátorokat, megadjuk definíciójukat, az alapadatok forrását illetve az összehasonlítást szolgáló származtatott mutatók képzési módját.

HALANDÓSÁG

Születéskor várható élettartam

Definíció: Azon életévek várható száma, melyet egy adott évben született gyermek az adott évre jellemző halálozási viszonyok mellett várhatóan megélné.

Forrás: European health for all database, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark. Update: January 2010. <http://www.euro.who.int/HFADB>

Mutató: különbség (EU15-HU, V3-HU)

Korcsoportos halandóság

Definíció: 100 000 főre számolva a 0-14, 15-29, 30-44, 45-59, 60-74 és 75+ évesekre megadott standardizált halálozási arány (SHA), ahol a standard az európai népesség 1976. évi kormegoszlása.

Forrás: European mortality database, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark. Update: January 2010. http://www.euro.who.int/InformationSources/Data/20011017_1

1. **Mutató:** bázisévhez (1987=100%) viszonyított halandóság változása százalékban kifejezve.

2. **Mutató:** arányhányados (HU/EU15)

Csecsemőhalandóság

Definíció: Az 1000 élveszülöttre jutó egy éven aluli meghaltak száma.

Forrás: European health for all database, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark. Update: January 2010. <http://www.euro.who.int/HFADB>

Mutató: arányhányados (HU/EU15, HU/V3)

Többlethalálozás (TH)

Definíció: A tényleges halálesetek (T) és a várható halálesetek (V) különbsége. Ahol a várható halálesetek száma a kiválasztott alapszintek (Ausztria illetve Szlovákia) szerint mutatja meg, hogy mennyi haláleset következett volna be hazánkban, ha a magyar populációban a referencia országok halandósági mutatói érvényesültek volna. A pontosabb becslés érdekében 5 éves korcsoportonként adtuk meg a várható esetek számát, majd összegeztük a 0-99 éves népességre.

$$\text{Várható esetek} = \sum_{i=1}^n HA_i \times P_i$$

Ahol:

HA_i : a referencia ország i . korcsoportjának nyers halálozási aránya

P_i : a magyar népesség száma az i . korcsoportban

Forrás: Human Mortality Database. University of California, Berkeley (USA), and Max Planck Institute for Demographic Research (Germany). 2008. november. A többlethalandóság elemzéséhez felhasznált HMD alapadatok becslések eredményei, melynek módszertana a www.mortality.org honlapon olvasható.

Mutató: különbség (TH=T-V)

Ok szerinti halandóság

Az ok szerinti halandóságot a 0-64 éves korcsoportra elemeztük. (Ettől csak az alkoholfogyasztáshoz és a dohányzáshoz köthető halandóság képeznek kivételt, ahol a 0-X évesekre megadott mutatók voltak elérhetők.)

Definíció: 100 000, 0-64 éves népességre számolt standardizált ok szerinti halálozási arány (SHA), ahol a standard az európai népesség 1976. évi kor megoszlása. Megjegyezzük: az SHA értékét torzíthatja az összehasonlított populációk népességé-

nek a standardtól való különböző eltérése, mely akkor fordulhat elő, ha egy idősödő és egy fiatalabb korösszetételű népességet hasonlítunk össze. A 65 éven aluli populációkra való alkalmazása esetén a torzítás mértéke várhatóan csekély.

Az egészségjelentésben az alábbi halálokokat elemeztük:

Halálok	BNO-10 kód
Keringési rendszer betegségei	I00-I99
Ischaemiás szívbetegségek (ISZB)	I20-I25
Akut myocardialis infarktus	I21
Egyéb ISZB	I20, I22-I25
Roszdulatú daganatok	C00-C97
Légcső-, hörgő- és tüdőrák	C34-C34
Emésztőrendszer betegségei	K00-K93
Külső okok	V00-V99, W00-W99, X00-X99, Y00-Y99
Öngyilkosság	X60-X84
Alkoholfogyasztáshoz köthető	C15, C32, F10, K70, K73, K74, K76, V00-V99, W00-W99, X00-X99, Y00-Y99.
Dohányzáshoz köthető	C00-C14, C32-C34, C15, I20-I25, I60-I69, J40-J47

Forrás: European health for all database, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark. Update: January 2010. <http://www.euro.who.int/HFADB>

Mutató: arányhányados (HU/EU15; HU/V3)

Akut myocardialis infarktus és egyéb ischaemiás szívbetegségek

1. Definíció: Az adott évben a halálozások számának és az évközepi népesség számának 100 000 főre vetített hányadosa.

1. Forrás: stADAT-táblák. Központi Statisztikai Hivatal. 2009. http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/tabl1_04i.html

1. Mutató: nyers halálozási arány 100 000 főre

2. Definíció: 100 000, 0-X éves népességre számolt standardizált ok szerinti halálozási arány (SHA), ahol a standard az európai népesség 1976. évi kor megoszlása.

2. Forrás: OECD Health Data 2009 - Version: November 09.

<http://www.ecosante.org/index2.php?base=OCDE&langs=ENG&langh=ENG>

Az egészségjelentésben az alábbi egészségindikátorokat elemeztük:

	Kérdés száma	Válaszkategória
Vélt egészség	QB39	Egészsége rossz vagy nagyon rossz

2. Mutató: arányhányados (HU/EU15, HU/V3)

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT

EUROBAROMETER: a 25 uniós, 2 csatlakozó országra és Horvátországra kiterjedő, 2006-ban végzett felmérésben a 15 éves és idősebb népesség általános egészségi állapotáról, betegségeiről, a mindennapi életvitelt befolyásoló egészségproblémáiról gyűjtöttek adatokat. Az Európai Egészségfelmérési Rendszer (European Health Survey System/EHSS) a már meglévő nemzetközi és országos felmérések tapasztalataira építve fejlesztette ki azt a kérdőívet, mellyel a European Community Health Indicators (ECHI) projekt által meghatározott egészségindikátorokkal mérhetik az Európai Népegészségügyi Program eredményességét.

1. Definíció: az egészségi állapot meghatározott mutatójának előfordulási gyakorisága a 15 éves és idősebb népesség körében.

Funkcionalitás-csökkenés	QB41	Napi tevékenységükben erősen korlátozottak
Krónikus betegségek		
Cukorbetegség	QB42.1	Igen
Asztma	QB42.3	Igen
Magasvérnyomás	QB42.4	Igen
Mozgásszervi betegség	QB42.5	Igen
Daganatos betegség	QB42.6	Igen
Gutaütés, agyvérzés	QB42.11	Igen
Krónikus szorongás vagy depresszió	QB42.13	Igen
Hosszantartó egészségprobléma	DS-068663	Igen
Funkcionalitás-csökkenés	DS-068665	Napi tevékenységükben erősen korlátozott

A funkcionalitás-csökkenés definíciójához lásd az Egészségügyi Világszervezet: A funkcióképesség, fogyatékosság és egészség nemzetközi osztályozása. ESzCsM-OEP-Medicina közös kiadása, Budapest, 2004. Az osztályozási rendszer megtalálható az ORSZI honlapján: <http://www.orszi.hu/iranyelvek/FNO.pdf>

1. Forrás: Health in the European Union. Special Eurobarometer 272e / Wave 66.2 – TNS Opinion & Social. 2007. http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eb_health_en.pdf

1. Mutató: arányhányados (HU/EU15, HU/V3)

EU-SILC: Az Európai Unió jövedelemre és az életkörülményekre vonatkozó 2007-es felmérése (*European Statistics of Income and Living Conditions; EU-SILC*). A kérdezettek referencia populációja az adott ország háztartásai illetve azok 15 év feletti tagjai.

2. Definíció: az egészségi állapot meghatározott mutatójának előfordulási gyakorisága a 15-64 éves népesség körében. (Az adatbázis az egészségmutatók gyakoriságát tízéves korosztályokra adja meg. A 15-64 éves korcsoportra vonatkozó értéket az ebbe az intervallumba eső öt korcsoport matematikai átlagával számítottuk.)

2. Forrás: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database

2. Mutató: arányhányados (HU/EU15, HU/V3)

A vizsgált egészségindikátorok:

	Kérdés száma	Válaszkategória
Vélt egészség	DS-068660	Egészsége rossz vagy nagyon rossz

BETEGSÉGTERHEK

Definíció: A korai halálozás miatt elvesztett és a betegségekben eltöltött évek összegével (DALY: *Disability Adjusted Life Years*) mérik egy populációban megmutató, az átlaghoz képest idő előtti halálozás illetve betegség vagy sérülés miatt elvesztett életévi veszteségeket.

Forrás: The Global Burden Of Disease: 2004 Update. World Health Organization. 2008. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf

Mutató: arányhányados (HU/EU15, HU/V3)

EGÉSZSÉG-EGYENLŐTLENSÉG

Nők és férfiak születéskor várható élettartamának különbsége

Definíció: Azon életévek várható száma közti különbség, melyet egy adott évben született lány illetve fiúgyermek az adott évre jellemző halálozási viszonyok mellett várhatóan megélne.

Forrás: European health for all database, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark. Update: January 2010. <http://www.euro.who.int/HFADB>

Mutató: különbség
($HU_{nő} - HU_{férfi}$; $EU15_{nő} - EU15_{férfi}$,
 $V3_{nő} - V3_{férfi}$);
arányhányados (HU/EU15, HU/V3)

Elhalasztott ellátási szükséglet jövődelmi egyenlőtlensége

SILC: Az Európai Unió jövedelemre és az életkörülményekre vonatkozó 2007-es felmérése (*European Statistics of Income and Living Conditions; EU-SILC*). A kérde-

zettek referencia populációja az adott ország háztartásai illetve azok 15 év feletti tagjai.

Definíció: az egészségi állapot meghatározott mutatójának előfordulási gyakorisága az alsó és a felső jövedelmi ötödbe tartozó 15-64 éves népesség körében.

A vizsgált egészségmutatók:

	Kérdés száma	Válaszkategória
Elhalasztott ellátási szükséglet a beavatkozás drága volta miatt	DS-074765	Igen
Igénybe vett ellátási szükséglet*	DS-074765	Igen

*A mutató elemzésekor az ellátási szükségletet az igénybe vett és a bármely okból elmaradt igénybevétel összegének tekintettük. Az elemzést a bármely okból elmaradt igénybevételi arányokon végeztük.

Forrás:

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database

Mutató: arányhányados (gyakoriság a felső jövedelmi ötödben/gyakoriság az alsó jövedelmi ötödben)

Elkerülhető halandóság térségi egyenlőtlenségei

A megfelelő egészségügyi ellátással elkerülhető haláleseteknek tekintettük azokat a – nemzetközi és hazai [6,7,8,9,10,11] referenciák szerint meghatározott életszakaszon bekövetkező – haláleseteket, melyek az orvosi beavatkozások időben történő, megfelelő igénybevételével és alkalmazásával elkerülhetők lennének. Ezen vizsgált

elkerülhető halálokok összetett csoportját a Függelék 28. táblázat tartalmazza.

A kistérségek (Budapest esetében kerületek) kor és nem szerinti létszámadatait a Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatal; a halálesetek számát kor, nem, terület (kerület/kistérség), halálok szerinti bontásban a Központi Statisztikai Hivatal bocsátotta rendelkezésünkre.

A halandóság időbeli alakulásának vizsgálata direkt standardizált halálozási arányszámok segítségével történt, ahol a standard az Európai standard populáció 1976. évi koreloszlása volt.

A halandóság területi egyenlőtlenségeinek vizsgálata standardizált halálozási hányadosok (SHH) számításával történt. Az SHH azt mutatja meg, hogy az adott kistérség lakosságának adott időszakra és halálokra vonatkozó halálozása hány százaléka az országos halálozási szintnek, tehát a viszonyítási alapot az adott időszakra vonatkozó országos nem-, és korszpecifikus halálozási arányszámok képezték. A kistérségenkénti elegendő esetszám következtében nem volt szükség az SHH stabilizálására. Így a térképen a korrekció nélküli SHH-k kerültek megjelenítésre. A konfidencia intervallumok meghatározása 100-nál kisebb esetszámok esetén Poisson, 100-nál nagyobb esetszámok esetén Normál-eloszlás figyelembevételével történt.

Megvizsgáltuk a társadalmi-gazdasági helyzet és az elkerülhető halálozási kockázat közötti kapcsolatot. Egy adott kistérség társadalmi-gazdasági helyzetét egy több dimenziós, terület alapú, település/kerület szintű társadalmi-gazdasági helyzet index (SES-index) felhasználásával, a kistérséghez tartozó települések SES értékeinek populációval súlyozott átlagaként határoztuk meg [12, 13]. A tár-

6.Nolte E., McKee M.: Measuring the health of nations:how much is attributable to health care? An analysis of mortality amenable to medical care. BMJ. 2003.327:1129-32.

7.Nolte E., McKee M.: Does healthcare save lives? Avoidable mortality revisited. London: The Nuffield Trust. 2004.

8.Korda R.J., Butler J.R.G.: Effect of healthcare on mortality: Trend sin avoidable mortality in Australia and comparisons with Western Europe. Public Health. 2006. 120:95-105.

9.Nolte E., Scholz R., Shkolnikov V., McKee M.: The contribution of medical care to changing life expectancy in Germany and Poland. Social Science and Medicine. 2002. 55:1095-1921

10.Boján F., Vargáné Hajdú P., Belicza É.: Avoidable mortality is it an indicator of quality of medical care in Eastern European countries? International Journal for Quality in Health Care. 1991.3:191-203.

11.Belicza É., Boján F.: A térinformatika alkalmazási lehetőségei az egészségügyi ellátás elemzése és értékelése során. Magyar Epidemiológia. 2006. 3:155-163.

12. Juhász A., Nagy Cs., Páldy A.: A magyar lakosság társadalmi-gazdasági státusz index alapján meghatározott helyzete és a korai halálozás közötti összefüggés, 1998-2004. Népegészségügy. 2009. 87.3:195-203

sadalmi-gazdasági helyzet alapján (5 közel egyenlő populáció nagyságú) csoportba sorolt fővárosi kerületek/kistérségek csoportjai és a csoportok elkerülhető halálozási kockázat közötti összefüggést tanulmányoztuk.

Az elkerülhető halálozási kockázat és a társadalmi-gazdasági helyzet kapcsolatát χ^2 homogenitás teszt és χ^2 linearitás trend vizsgálattal ellenőriztük, a megfelelő társadalmi-gazdasági helyzetű település-csoportonként számolt SHH-k alapján [14, 15].

Homogenitás Teszt (különbözőség):

$$\chi_{\text{hom}}^2 = \sum_{k=1}^K \frac{(O_k - E_k^*)^2}{E_k^*} \sim \chi_{K-1}^2$$

Ahol:

$$\begin{aligned} O_k &: \text{megfigyelt esetek} & E_k^* &= E_K \cdot O_+ / E_+ \\ E_k &: \text{várt esetek} & O_+ &= \sum_{k=1}^K O_k \\ Z_k &: \text{átlag SES} & E_+ &= \sum_{k=1}^K E_k \end{aligned}$$

Linearitás Teszt (folyamatos alakulás):

$$\chi_{\text{lt}}^2 = \sum_{k=1}^K \frac{(\sum_{k=1}^K Z_k (O_k - E_k^*))^2}{\sum_{k=1}^K Z_k^2 E_k^* - (\sum_{k=1}^K Z_k E_k^*)^2 / O_+} \sim \chi_1^2$$

A homogenitás teszt a vizsgált csoportok SHH értékeinek hasonlóságára vonatkozó statisztikai próba. A linearitás trend vizsgálat pedig teszteli, hogy a csoportképző tulajdonság alapján sorba rendezve a településcsoportok SHH értékei mennyire követnek egy monoton emelkedő, vagy csökkenő trendet.

13. Juhász A., Nagy C., Páldy A., Beale L.: Development of a Deprivation Index and its relation to premature mortality due to diseases of the circulatory system in Hungary, 1998-2004. Social Science & Medicine. 2010. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.01.024

14. Breslow N.E., Day N.E.: Statistical Methods in Medical Research Vol. II. International Agency for Research Cancer. Lyon. 1987.

15. Bland M.: An introduction to medical statistics (Third edition). Oxford: Oxford University Press. 2000.

DEMOGRÁFIA

Születési arány

Definíció: Egy adott naptári évben az 1000 lakosra jutó élveszülöttek száma.

Forrás: European health for all database, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark. Update: January 2010. <http://www.euro.who.int/HFADB>

Mutató: arányhányados (HU/EU15; HU/V3)

Természetes szaporodás/fogyás

Definíció: Egy adott naptári évben az 1000 lakosra jutó élveszületések és a halálozások különbözete.

Forrás: European health for all database, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark. Update: January 2010. <http://www.euro.who.int/HFADB>

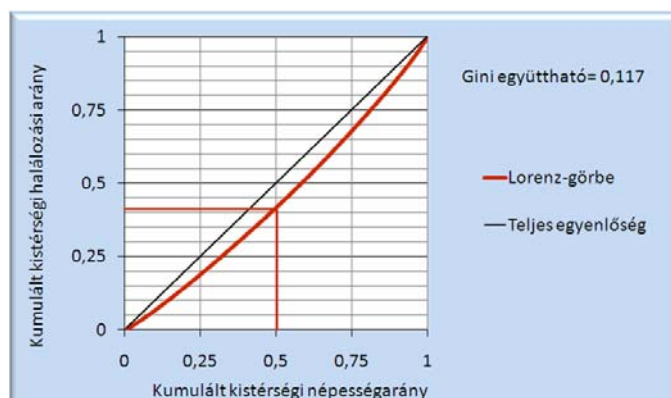
A fiatal és idős népesség aránya

Definíció: A 0-14 évesek illetve a 65 évesek és idősebbek teljes lakosságon belüli részaránya.

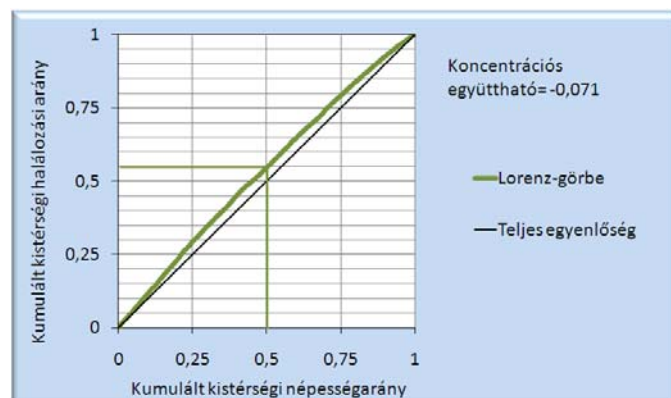
Forrás: European health for all database, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark. Update: January 2010. <http://www.euro.who.int/HFADB>

ÁBRÁK, TÁBLÁZATOK

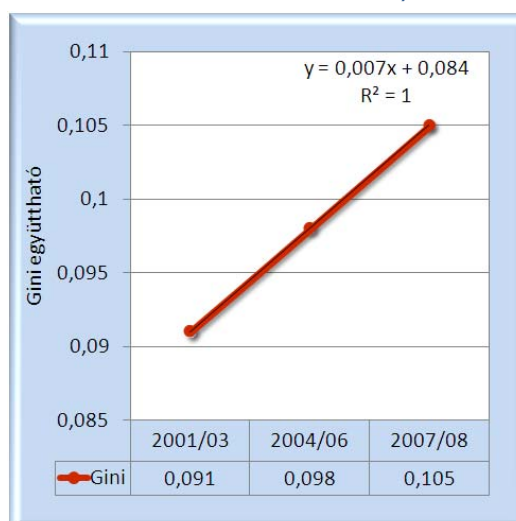
31. ÁBRA: A KISTÉRSÉGI ELKERÜLHETŐ HALÁLOZÁS EGYENLŐTLENSÉGÉT ÁBRÁZOLÓ LORENZ-GÖRBE



32. ÁBRA: AZ ELKERÜLHETŐ HALÁLOZÁS TÁRSADALMI-GAZDASÁGI HELYZET ALAPJÁN SZÁMÍTOTT KISTÉRSÉGI EGYENLŐTLENSÉGÉT ÁBRÁZOLÓ LORENZ-GÖRBE



33. ÁBRA: AZ ELKERÜLHETŐ HALÁLOZÁS KISTÉRSÉGI EGYENLŐTLENSÉGÉNEK ALAKULÁSA, 2001-2008



24. TÁBLÁZAT: A MAGYARORSZÁGI TÖBBLETHALÁLOZÁSOK SZÁMA AZ OSZTRÁK ÉS A SZLOVÁK HALANDÓSÁGI VISZONYOK ESETÉN

		Nők			Férfiak			Együtt		
		1987	1997	2005	1987	1997	2005	1987	1997	2005
Halálozások	tényleges száma	67 626	66 057	65 768	74 898	73 259	69 730	142 524	139 316	135 498
	várható száma az osztrák halandósági viszonyok esetén	48 975	44 374	42 358	51 370	44 684	38 533	100 345	89 057	80 891
	várható száma a szlovák halandósági viszonyok esetén	62 512	62 838	64 393	68 873	65 742	64 963	131 385	128 580	129 356
Többlethalálozás	az osztrák halandósági viszonyok esetén	18 651	21 683	23 410	23 528	28 575	31 197	42 179	50 259	54 606
	a szlovák halandósági viszonyok esetén	5 114	3 219	1 375	6 025	7 517	4 767	11 139	10 736	6 142

25. TÁBLÁZAT: A MAGYARORSZÁGI ALKOHOLFOGYASZTÁSHOZ ÉS DOHÁNYZÁSHOZ KÖTHETŐ STANDARDIZÁLT HALANDÓSÁG ÉS EZEK ÖSSZHALÁLOZÁSON BELÜLI RÉSZARÁNYA

	Összhalálozás		Alkoholfogyasztáshoz köthető				Dohányzáshoz köthető			
	standardizált halálozás 100 000 főre		standardizált halálozás 100 000 főre		halandóság részaránya		standardizált halálozás 100 000 főre		halandóság részaránya	
	Nők	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők	Férfiak
1987	945,8	1607,5	113,8	314,7	12%	20%	371,7	743,3	39%	46%
1997	849,2	1541,2	87,0	276,0	10%	18%	360,9	734,2	42%	48%
2007	711,9	1308,9	59,2	202,2	8%	15%	318,9	635,4	45%	49%

26. TÁBLÁZAT: AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT NÉHÁNY MUTATÓJA MAGYARORSZÁGON, A VISEGRÁDI HÁRMAS ÉS AZ EU15 ORSZÁGAIBAN; EUROBAROMETER 2006

	Egészsége rossz vagy nagyon rossz	Napi tevékenységében erősen korlátozott	Jelenlegi illetve valaha fennálló egészségprobléma								15 éves és idősebb népesség (fő)
			Cukorbetegség	Asztma	Magasvérnyomás	Mozgásszervi betegség	Daganatos betegség	Agýérbetegség	Krónikus szorongás, depresszió		
Magyarország	15%	11%	7%	6%	27%	33%	2%	5%	10%	8 503 379	
EU 15	6%	7%	6%	8%	18%	22%	3%	2%	9%	306 990 651	
V3	10%	6%	6%	5%	22%	23%	2%	1%	10%	40 539 590	
Cseh Köztársaság	6%	4%	8%	5%	21%	19%	1%	1%	8%	8 571 710	
Lengyelország	12%	7%	5%	5%	22%	25%	2%	1%	11%	31 967 880	
Szlovákia	8%	7%	5%	4%	25%	20%	1%	2%	6%	4 316 438	
Ausztria	5%	3%	7%	6%	19%	19%	3%	1%	3%	6 848 736	
Belgium	5%	7%	5%	8%	20%	31%	3%	2%	14%	8 650 994	
Dánia	6%	7%	6%	11%	18%	26%	3%	3%	8%	4 411 580	
Egyesült Királyság	8%	7%	6%	16%	19%	23%	4%	3%	14%	47 685 578	
Finnország	6%	7%	7%	8%	20%	21%	4%	2%	7%	4 348 676	
Franciaország	6%	10%	5%	11%	17%	24%	5%	2%	18%	44 010 619	
Görögország	5%	5%	6%	4%	17%	12%	2%	1%	5%	8 693 566	
Hollandia	4%	6%	5%	9%	19%	22%	5%	2%	8%	13 030 000	
Írország	3%	2%	3%	7%	11%	10%	2%	1%	4%	3 089 775	
Luxemburg	5%	6%	5%	10%	14%	26%	3%	2%	9%	374 097	
Németország	7%	7%	6%	5%	20%	19%	2%	3%	4%	64 361 608	
Olaszország	3%	5%	5%	5%	17%	27%	1%	3%	7%	48 892 559	
Portugália	9%	5%	8%	8%	21%	26%	1%	2%	13%	8 080 915	

Spanyolország	7%	4%	6%	3%	14%	17%	2%	-	5%	37 024 972
Svédország	6%	10%	4%	11%	17%	23%	5%	2%	9%	7 486 976

27. TÁBLÁZAT: A KORAI HALÁLOZÁS MIATT ELVESZTETT ÉS A BETEGSÉGEKBEN ELTÖLTÖTT ÉVEK (DALY) ELTÉRÉSE AZ EGYES BETEGSÉGCSOPORTOKBAN AZ EU15 ÉS A V3 ÁTLAGÁHOZ VISZONYÍTVA, 2004

Betegségek	Nők					Férfiak				
	Korra standardizált DALY 100 000 főre			Arányhányados		Korra standardizált DALY 100 000 főre			Arányhányados	
	HU	EU15	V3	HU/EU15	HU/V3	HU	EU15	V3	HU/EU15	HU/V3
Összes betegség	12431	9300	10819	1,3	1,1	17968	11076	15444	1,6	1,2
Fertőző, anyai, perinatális és táplálkozási betegség	987	649	846	1,5	1,2	849	592	775	1,4	1,1
Nemfertőző betegség	10577	8158	9285	1,3	1,1	14951	9203	12013	1,6	1,2
Neuropszichiátriai betegség	3198	3179	3254	1,0	1,0	4192	2941	3075	1,4	1,4
Keringési rendszer betegsége	1943	849	1602	2,3	1,2	3681	1572	3253	2,3	1,1
Ischaemiás szívbetegség	890	278	623	3,2	1,4	1952	750	1655	2,6	1,2
Agyérbetegség	556	276	471	2,0	1,2	894	346	721	2,6	1,2
Roszzindulatú daganat	1670	1214	1466	1,4	1,1	2804	1629	2255	1,7	1,2
Emésztőrendszer betegsége	626	352	378	1,8	1,7	1414	503	801	2,8	1,8
Csont- és izomrendszer betegsége	748	452	714	1,7	1,0	504	341	515	1,5	1,0
Egyéb nemfertőző betegségek	2392	2111	1871	1,1	1,3	2357	2217	2114	1,1	1,1
Sérülések	867	493	688	1,8	1,3	2167	1280	2656	1,7	0,8

28. TÁBLÁZAT: AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSHOZ KÖTHETŐ – ELKERÜLHETŐ – HALÁLOKOK ÉLETKORI HATÁRAI ÉS BNO-10 KÓDJAI

Betegség	Korcsoport	BNO-10
Fertőző bélbetegségek	0-14	A00-A09
Gümőkór és következményei	0-74	A15-A19, B90
Diphtheria, egyéb tetanus, heveny poliomyelitis	0-74	A36, A35, A80
Szamárköhögés	0-14	A37
Septicaemia	0-74	A40-A41
Kanyaró	1-14	B05
Vastagbél és végbél rosszindulatú daganata	0-74	C18-C21
A bőr egyéb rosszindulatú daganata	0-74	C44
A emlő rosszindulatú daganata	0-74	C50
A méhnyak rosszindulatú daganata	0-74	C53
A méhtest és a méh nem meghatározott részének rosszindulatú daganata	0-44	C54, C55
A here rosszindulatú daganata	0-74	C62
Hodgking-kór	0-74	C81
Leukaemia	0-44	C91-C95
A pajzsmirigy rendellenességei	0-74	E00-E07
Cukorbetegség	0-49	E10-E14
Epilepsia	0-74	G40-G14
Idült rheumás szívbetegség	0-74	I05-I09
Magas vérnyomás betegség	0-74	I10-I15
Ischaemiás szívbetegség*	0-74	I20-I25
Agyérbetegség	0-74	I60-I69
Légzőrendszeri betegségek (kivéve influenza és a tüdőgyulladás)	1-14	J00-J09, J20-J99
Influenza	0-74	J10-J11
Tüdőgyulladás	0-74	J12-J18
Gyomor-, és nyombélfekély	0-74	K25-K27
A féregnyúlvány betegségei	0-74	K35-K38
Hasüregi sérv	0-74	K40-K46
Epekőveség, és epehólyag-gyulladás	0-74	K80-K81
Glomerularis betegségek, veseelégtelenség, a vese és az uréter egyéb rendellenességei	0-74	N00-N07, N17-N19, N25-N27
Prosztata túltengés	0-74	N40
Terhesség, szülés és a gyermekágy betegségei (anyai halálozás)	0-X	O00-O99
A keringési rendszer veleszületett rendellenességei	0-74	Q20-Q28
Perinatális szakban keletkező bizonyos állapotok, tetanus	0-X	P00-P96, A33-A34

neonatorum, szülészeti tetanus		
Műtétrel és gyógykezeléssel összefüggő esetek	0-X	Y60-Y69, Y83-Y84

* Ischaemiás szívbetegségek 50%-a

29. TÁBLÁZAT: ÖSSZES KORAI ÉS ELKERÜLHETŐ HALÁLOZÁS VÁLTOZÁSA MAGYARORSZÁGON, 2001-2008

Év	NŐK			FÉRFIAK		
	Összes korai halálozás	Elkerülhető halálozás	Elkerülhető részaránya	Összes korai halálozás	Elkerülhető halálozás	Elkerülhető részaránya
	Standardizált halálozási arány 100 000 főre					
2001	417	163	39%	931	267	29%
2002	410	159	39%	929	261	28%
2003	411	158	38%	932	268	29%
2004	398	151	38%	855	240	28%
2005	394	143	36%	898	250	28%
2006	374	135	36%	859	236	27%
2007	381	132	35%	856	232	27%
2008	363	128	35%	822	222	27%

30. TÁBLÁZAT: AZ ELKERÜLHETŐ HALÁLOZÁSI KOCKÁZAT ÉS A TÁRSADALMI-GAZDASÁGI HELYZET KAPCSOLATÁNAK STATISZTIKAI ELEMZÉSE

Nem	C^2 Homogenitás	$P_{\text{Homogenitás}}$	C^2 Linearitás	$P_{\text{Linearitás}}$
Nők	324,8	<0,001	320,38	<0,001
Férfiak	829,91	<0,001	825,67	<0,001

31. TÁBLÁZAT: A TÁRSADALMI-GAZDASÁGI HELYZET ALAPJÁN CSOPORTOSÍTOTT KISTÉRSÉGEK LAKOSSÁGÁNAK KORAI HALÁLOZÁSI KOCKÁZATA, 2006-2008

TÁRSADALMI-GAZDASÁGI INDEX KATEGÓRIA	NŐK		FÉRFIAK	
	Standardizált halálozási arány 100000 főre	Standardizált halálozási hányados	Standardizált halálozási arány 100000 főre	Standardizált halálozási hányados
	[95%-os konfidencia intervallum]			
I. (legkevésbé deprivált)	106,02 [102,78-109,36]	0,84 [0,81-0,86]	167,07 [162,57-171,68]	0,75 [0,73-0,77]
II.	118,88 [115,45-122,41]	0,94 [0,92-0,97]	203,8 [198,84-208,88]	0,92 [0,90-0,95]
III.	122,82 [119,53-126,21]	0,97 [0,95-1,00]	218,66 [213,78-223,66]	0,99 [0,97-1,01]
IV.	136,35 [132,53-140,27]	1,08 [1,05-1,11]	240,41 [234,84-246,12]	1,09 [1,07-1,12]
V. (leginkább deprivált)	148,02 [144,04-152,12]	1,17 [1,14-1,21]	269,73 [263,76-275,83]	1,22 [1,20-1,25]
Magyarország	126,35 [123,59-129,16]	1,00	220,65 [216,63-224,75]	1,00

*Standard: Európai standard populáció (1976) koreloszlása

32. TÁBLÁZAT: ÖSSZES KORAI ÉS ELKERÜLHETŐ HALÁLOZÁS AZ EU TAGORSZÁGAIBAN 2000/02 [16]

	Standardizált halálozási arány 100 000 főre (2000/02)		
	Összes korai halálozás	Elkerülhető halálozás*	Elkerülhető részaránya
Nők			
Spanyolország	184	72	39%
Finnország	219	77	35%
Franciaország	208	78	38%
Svédország	220	78	36%
Olaszország	197	81	41%
Ausztria	225	90	40%
Németország	236	92	39%
Hollandia	260	100	39%
Portugália	245	103	42%
Egyesült Királyság	268	105	39%
Írország	287	114	40%
Lengyelország	333	130	39%
Magyarország	410	184	45%
Csehország	313	238	76%
Férfiak			
Svédország	366	91	25%
Finnország	493	131	26%
Hollandia	447	131	29%
Egyesült Királyság	437	132	30%
Írország	504	140	28%
Olaszország	399	144	36%
Franciaország	485	150	31%
Németország	472	150	32%
Ausztria	456	151	33%
Spanyolország	440	153	35%
Portugália	535	194	36%
Csehország	661	234	35%
Lengyelország	794	260	33%
Magyarország	931	379	41%

*Elkerülhető halálozás: az eredeti cikkben megadott kezelhető halálozás valamint az ischaemiás szívbetegségek okozta standard halálozás összege

16. Newey C, Nolte E, McKee M and Mossialos E: Avoidable mortality in the Enlarged European Union. ISS Statistics 2. Brussels: ISS. 2004.
http://www.euractiv.com/31/images/ISS%20Avoidable%20Mortality%20final%20%20Nov%2004_tcm31-132956.pdf (2010.02.18.)

33. TÁBLÁZAT: A LAKOSSÁG ELKERÜLHETŐ HALÁLOKOK MIATTI STANDARDIZÁLT KORAI HALÁLOZÁSA 15 OECD TAGORSZÁGÁBAN 2002/03 [17]

	ELKERÜLHETŐ HALÁLOZÁS (2002/03)	
	Standardizált halálozási arány 100 000 főre	
	NŐK	FÉRFIAK
Franciaország	57,40	72,62
Spanyolország	60,39	87,75
Olaszország	65,09	83,49
Svédország	66,90	89,85
Görögország	67,81	101,13
Finnország	68,06	119,77
Ausztria	70,54	99,30
Norvégia	70,94	88,79
Németország	75,14	105,80
Hollandia	75,81	88,03
Portugália	85,13	124,78
Írország	88,58	118,44
Egyesült Királyság	89,64	116,62
Dánia	96,31	105,48
Magyarország**	158,41	264,54

* Standard: európai standard populáció (1976) kormegoszlása ** Saját számítás

34. TÁBLÁZAT: A TERMÉSZETES SZAPORODÁS/FOGYÁS ÉRTÉKEI 1000 FŐRE MAGYARORSZÁGON AZ EU15 ÉS V3 ORSZÁGOKBAN*

	1987	1997	2007
Írország	7,6	5,8	9,8
Franciaország	4,3	3,4	4,3
Luxemburg (2006)	0,5	4,1	3,8
Egyesült Királyság	2,3	1,6	3,2
Hollandia	4,4	3,6	3,0
Finnország	2,5	2,0	1,8
Spanyolország (2005)	3,0	0,5	1,8
Dánia (2006)	-0,3	1,5	1,8
Svédország	1,4	-0,3	1,7
EU15	1,8	1,0	1,4
Belgium (2004)	1,2	1,2	1,4
Cseh Köztársaság	0,4	-2,1	1,0
Portugália (2004)	2,8	0,8	0,7
Lengyelország	6,1	0,8	0,3
Ausztria	0,2	0,6	0,2
Szlovákia (2005)	6,1	1,3	0,2
Görögország	1,1	0,2	0,2
Olaszország	0,5	-0,4	-0,1
Németország (2006)	-0,2	-0,6	-1,8
Magyarország	-1,6	-3,8	-3,5

*A 2007-es adatok szerint csökkenő sorba rendezve