

JELENTÉS EGY EGÉSZSÉGBEN ELMARADOTT ORSZÁGBÓL...

EGÉSZSÉGJELENTÉS - 2010

az *Egészségünkért Együtt Civil Kezdeményezés*

megbízásából, kiadta az

EgészségMonitor Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhasznú Kft.

Budapest, 2010. március



KÉSZÍTETTÉK

Vitrai József

Bakacs Márta

Juhász Attila

Kaposvári Csilla

Nagy Csilla

VÉLEMÉNYEZTÉK

'Amberger Erzsébet'

Bagdy Emőke

Bálint Géza

Boldizsár Ferenc

Buda Béla

Csépe Péter

Felvinczi Katalin

Füzesi Zsuzsanna

Gyárfás Iván

Harangozó Judit

Hoffer Gábor

Kapócs Gábor

Kopp Mária

Kullmann Lajos

Páldy Anna

Rácz József

Vokó Zoltán

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, amelyek 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 EgészségMonitor, hogy készítse el, 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 ideális közel álló célállapotot, az utóbbi egy számunkra elérhetőbb célt képvisel. Másképpen, az EU15 lakosságának egészségmutatói azt az állapotot jelzik, „ahová szeretnénk eljutni”, a V3 lakosságé 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 összehasonlítása 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 je-

lentős 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 érintette, 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 számoltunk 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 található meg. Ahol másképp 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 ÖSSZEHASONLÍTÁSA ³

Egészségmutató	magyar adat (%)	EU15 átlaghoz viszonyítva	V3 átlaghoz viszonyítva
Egészségüket rossznak vagy nagyon rossznak ítélok 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 találhatóak 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 országcsoportok átlagától.

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 várhatóan 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. TÁBLAZAT: A KORAI HALÁLOZÁS MIATT ELVESZTETT ÉS A BETEGSÉGEKBE 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%
Roszindulatú 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 találhatóak. 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 országcsoportok átlagától.

Milyen egészség-egyenlőtlenségek tapasztalhatók Magyarországon a referencia országokkal összevetve?

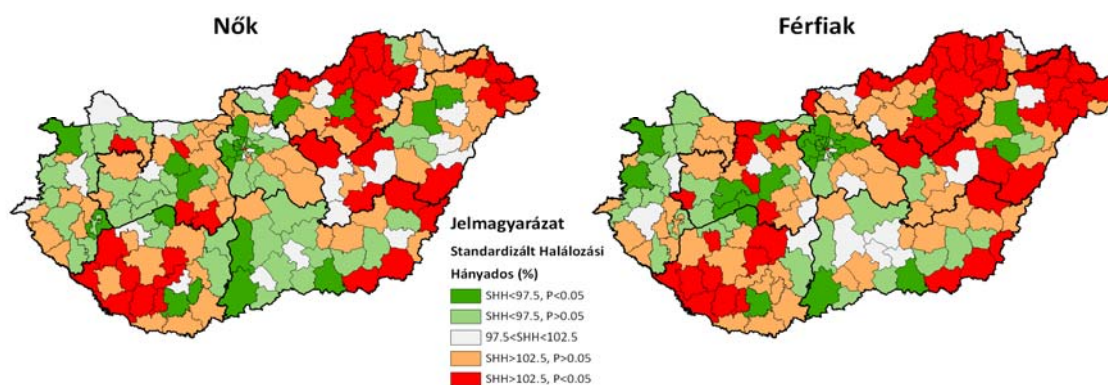
A társadalom különböző csoportjainak egészségi állapota közötti eltéréseket — leszámítva az életkori és nemi különbségeket — a társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek okozzák. Ezek kiegyenlítése nemcsak a társadalmi igazságosságot növeli, hanem a lakosság egészségének javulását is eredményezi, sőt hatékonyabbá 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 élettartam 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 számíhattak, mint leány társaik. Európában a két nem várható élettartama között izlondon 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 hátrányon 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 egész-

ségügyi 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 75 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 élőket. 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 fogyó 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 felettek 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 betegségek kiváltásához és rosszabbodásához. A környezeti stressz-

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.

szek 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."