

Az egészségi állapot világméretű különbségei¹

UZZOLI ANNAMÁRIA²

Abstract

Health inequalities in the world

Health inequalities in the world basically mean widening gap between the health status of the low and the high income countries. On the other hand, health inequalities can be defined in the distribution of health determinants between different population groups in OECD countries. While in the advanced capitalist countries health promotion and health conscious lifestyle have recently become integrated parts of the everyday values, in the countries with low and moderately low GDP and incomes per capita the morbidity and mortality situation is extremely bad.

The aim of this study is to put the health inequalities in an international context. The countries of the world were classified into three groups (developed, reformer and developing) to compare them by the main health indicators. The east-west gap in mortality situation within Europe is also presented and explained, and the health situation of Hungary among WHO countries defined. The study is based on WHO statistics such as infant and adult mortality rates, average life expectancy at birth by sex, mortality rate by selected groups of death causes etc. In conclusion, firstly we can say that the most endangered societies are to be found in Sub-Saharan Africa, where life expectancy is less than 40 years. Secondly, there are fundamental inequalities in the health status in Europe, mainly between the western and the eastern parts of the continent, and among them the most disadvantaged regions are the former republics of the Soviet Union (CIS as newly independent states). Thirdly, the general state of health of the Hungarian population is worse than justified by the level of economic development, because the death rate of the middle-aged male population stands out by global standards.

Bevezetés

Napjainkra már bebizonyosodott, hogy a WHO az 1970-es években megfogalmazott „Egészséget mindenkinek 2000-re!” (WHO Alma-Ata Charta, 1978) célkitűzés nem valósult

¹ A tanulmány az OTKA PF 63 859 sz. pályázat támogatásával készült.

² ELTE TTK Földrajz- és Földtudományi Intézet, Regionális Tudományi Tanszék, 1117 Bp., Pázmány P. sétány 1/c. E-mail: annamaria.uzzoli@gmail.com

meg, sőt egyre nehezebben valósítható meg. Az emberek egészségi állapotát tekintve jelentős differenciák tapasztalhatók a világ országai között. Az egészségi állapot világméretű különbségeinek mérséklése nemcsak egészségügyi, hanem egyben társadalmi, gazdasági, sőt politikai kérdés is.

A különféle betegségek és halálokok területi eloszlása híven tükrözi a társadalmi-gazdasági fejlettség világszintű eltéréseit. Sőt, bizonyos egészségmutatók (pl. a várható élettartamok vagy a csecsemőhalandóság) a fejlettségi szint releváns mérőszámai. Az egészségügyi egyenlőtlenségek (*health inequalities*) mind az egészségi állapotban, mind pedig az egészségügyi ellátórendszer működésében egyaránt értelmezhetők (TOWNSEND, P.–DAVIDSON, N. 1982), azonban ezek okait és következményeit más-más tényezők determinálják a fejlett, ill. a fejlődő országokban.

A tanulmány célja a népesség egészségi állapota terén jelenleg világszinten tapasztalható különbségek bemutatása. A nemzetközi összehasonlítás külön kezeli a fejlett, a rendszerváltó, valamint a fejlődő országokat, és ezen országcsoportok viszonylatában elemzi a fő egészségmutatók alakulását meghatározó folyamatokat.

Eközben a következő kérdésekre keresi a választ: Milyen fordulópontot okozott az epidemiológiai átmenet a fejlett országok egészségi/egészségügyi helyzetében? Mit jelent a „Kelet” és a „Nyugat” között fennálló szakadék Európa halandósági viszonyaiban? Mennyivel rosszabb a fejlődő világ lakosságának egészségi állapota a fejlett országokhoz képest? Magyarország egészségi állapota miként definiálható a világ országai között? A vizsgálati kérdések megválaszolása a kutatási előzmények ismertetésével, ill. a WHO statisztikák elemzésével történik meg.

Az epidemiológiai átmenet kihívásai a fejlett országokban

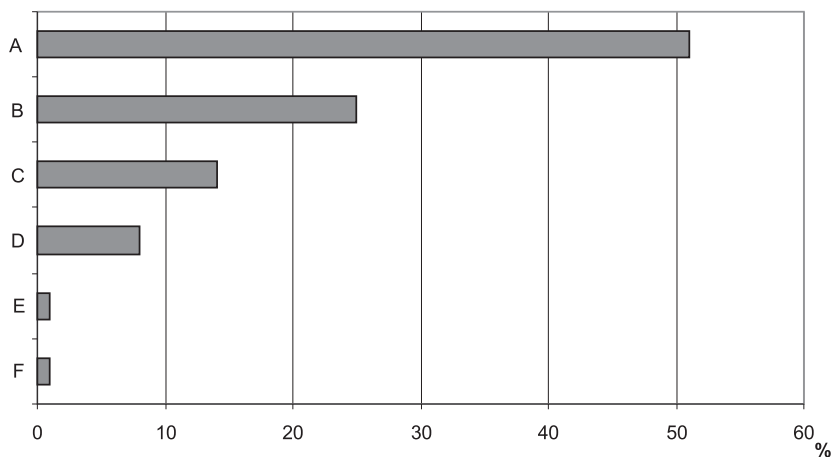
A történelem folyamán egészen a 19. sz. utolsó harmadáig hasonló körülmények határozták meg a morbiditási és mortalitási helyzetet a világ országaiban (SZÁNTÓ Zs. 2002). A halálozások gyakoriságát főként a fertőző betegségek (pl. pestis, lepra) ismétlődő hullámai szabták meg. A több országra, sőt kontinensekre kiterjedő járványok (*pandémia*) tizedelték a lakosságot. Az ipari forradalom gyors népességnövekedést idézett elő, az egyre inkább zsúfolttá váló városokban a rossz higiénés feltételek között akadálytalanul terjedtek a fertőző betegségek (pl. tbc, hastífusz, himlő, kolera). Ettől kezdve a fejlettebb társadalmak mortalitásában a helyi jelentőségű járványok (*endémia*) kezdtek hangsúlyossá válni.

A gazdasági növekedés hosszú története aztán a fejlett országokban a 20. sz. közepére ún. epidemiológiai átmenetet eredményezett (WILKINSON, R. 1996). Ennek lényege, hogy az életszínvonal emelkedése és az életminőség folyamatos javulása megteremtette az egészség megőrzéséhez szükséges alapvető feltételeket. A közegészségügyi és járványügyi fejlődés, ill. a gyógyító-megelőző intézkedések hatására a fertőző betegségek visszaszorultak, valamint jelentős mértékben csökkent a fiatalok halálozások aránya. Ugyanakkor az életmód és a korösszetétel átalakulása új betegségek megjelenésével és a halálloki struktúra megváltozásával járt együtt.

Az idült nem fertőző, krónikus degeneratív, civilizációs vagy urbanizációs betegségek (GRAY, A. 1985) előretörése az 1950-es és 60-as évektől új kihívások elé állította a jóléti államok egészségügyi rendszerét. Ezek a „jóléti” betegségek többségében hosszabb lefolyású (*limiting longstanding illness*), s egyben gyógyulási idejűek, kezelésük költségesebb, így sokkal inkább rónak terheket a társadalomra (pl. államháztartási kiadások) és az egyénre (pl. járu-lékfizetési kötelezettségek) (JEE, M.–OR, Z. 1999).

A betegségek nemzetközi nómenklatúrája (BNN) 21 főcsoportjából 4 haláloki (daganatos, keringési rendszeri, légző- és emésztőrendszeri) főcsoport okozza a halálozások több, mint 90%-át az OECD országokban (1. ábra). A fertőző betegségek évszázadokon keresztül döntően befolyásolták a halálozások alakulását a világon, azonban a 20. sz. második felében az iparilag fejlett országokban elvesztették jelentőségüket. Az 1980-as évektől kezdődően a HIV/AIDS, valamint az 1990-es évektől Kelet-Európában újból megjelenő tüdőgümőkór (CURTIS, S. 2004) okozta halálozások számának emelkedése ismét növelte a fertőzések okozta halálozások arányát ebben az országcsoportban (bár csak kismértékben).

A légzőrendszer betegségei közül leggyakrabban az obstruktív tüdőbetegségek (idült hörghurut, tüdőtágulat, asztma), a hörgőtágulat betegségek, valamint a tüdőgyulladás okoz halálozást. A légzőrendszeri halálozások részarányának ingadozását a néhány évenként tapasztalható influenza-járványok



1. ábra. Haláloki struktúra az OECD országokban, 2005. – A = keringési rendszer betegségei; B = daganatok; C = emésztőszervi betegségek; D = légzőszervi betegségek; E = csecsemőhalálozások; F = fertőzőes betegségek. Forrás: OECD Egészségügyi Adatok, 2005

Death causes structure in OECD countries, 2005. – A = mortality of circulatory system; B = mortality of malignant neoplasm; C = mortality of digestive system; D = mortality of respiratory system; E = infant mortality; F = infectious diseases. Source: OECD Health Data, 2005

befolyásolják. Az emésztőszervi betegségek közül leggyakoribb a gyomor- és nyombélfekély, az idült májgyulladás (krónikus hepatitisz) és a májzsugor (májcirrózis) okozta halálozás. A WHO előrejelzései alapján elsősorban az egészségkockázati magatartás következményeként a cukorbetegség egyre inkább népbetegséggé válik a fejlett országokban, és a diabétesz okozta halálozások akár kétszeres növekedése várható 2025-re (WHO Jakarta Charta, 1997).

A megváltozott népegészségügyi helyzet a magas jövedelmű országokban markáns szemléletváltást eredményezett a nemzetközi egészségfejlesztési mozgalmakban is. Ugyan kissé megkésve, de a WHO az 1980-as évek közepétől kezdte tudatosan külön kezelni a fejlett és a fejlődő országok egészségügyi problémáit, s egyben próbált hatékony megoldási javaslatokat megfogalmazni (WHO Ottawa Charta, 1986). A magas jövedelmű országok esetében napjainkban, s valószínűleg középtávon a jövőben is a következő egészségügyi konfliktusok kezelését szükséges hangsúlyozni a nemzeti népegészségügyi programok kidolgozásában:

- A fejlett országokban az egészségi állapot különbségeinek mérséklése elsősorban a hátrányos helyzetű társadalmi csoportok, rétegek számára alapvető célkitűzés az esélyegyenlőség megteremtésében.

- Ezekben az országokban a vezető halálokok kialakulásában az életmóddal kapcsolatos kockázati tényezőknek jelentős szerepe van, ezek társadalmi meghatározottsága egyben az egészségügyi egyenlőtlenségek velejárója.

- A fejlett világban a 20. sz. közepétől az epidemiológiai átalakulás demográfiai átmenettel párosult, amelynek napjainkig egyik meghatározó eleme a népesség folyamatos elöregedése.

A 20. sz. közepétől bekövetkező epidemiológiai átmenet ugyan csökkentette az iparilag fejlett országok között az egészségi állapotban tapasztalható különbségeket, azonban társadalmi értelemben az egészségügyi egyenlőtlenségek fokozódásához vezetett. A leggazdagabb országokban az egészségi állapot különbségei tehát ma már kevésbé az országok közötti fejlettségbeli különbségekkel magyarázhatók. Az országon belüli jövedelemkülönbségek egyre inkább hangsúlyosabbá teszik az egészségi állapot társadalmi meghatározottságát.

Egyes fejlett társadalmakban gyakran két-háromszor magasabb a halálozási arány az alacsonyabb társadalmi státusúak körében, mint a magasabb státusban lévők között (WILKINSON, R. 2006). A hátrányos munkaerőpiaci pozíció – pl. alacsony iskolai végzettség, munkanélküliség, csökkent munkaképesség stb. – közvetetten a legjelentősebb kockázati tényezője az egészségi állapot megromlásának és a különböző betegségek kialakulásának. Nemcsak az egyén, hanem az egyes társadalmi csoportok, rétegek egészségi állapotát leginkább a kedvezőtlen szociális helyzetből fakadó ún. pszichoszociális kockázatok befolyásolják (ELSTAD, J. 1998). A közösségi támogatás hiánya, a meggyengült társadalmi kapcsolatok, a fiatalkori stressz és szorongás maga-

tartási zavarokhoz, végső soron az alkotó- és munkaképesség csökkenéséhez vezethet. Többek között a stressz átélése közrejátszhat különféle szenvedélybetegségek, vagy éppen az öngyilkosság létrejöttében. Önmagában nem a rosszabb szociális helyzet, hanem annak következtében kialakult depressziós tünetegyüttes, azaz a lemaradás szubjektív átélésének érzése a leglényegesebb egészséget veszélyeztető tényező (MACLEOD, J.–DAVEY SMITH, G. 2005).

A szociális-gazdasági lemaradás és az egészségi állapot közötti igen szoros összefüggés nagyrészt a depressziós tünet-együttes súlyosságán keresztül érvényesül. Egyes vélemények szerint a rossz szociális helyzet egészséget kockáztató hatása akár súlyosabb lehet az egészségtelen életmódnál is (TUNSTALL, H. et al. 2004).

A vezető halálokok kialakulásában az életmóddal kapcsolatos kockázati tényezőknek meghatározó szerepe van (STOKOLS, D. 1992), amelyek főként a rizikó-, vagyis az egészségkárosító magatartással függenek össze. Ezek közé olyan viselkedésformák tartoznak, amelyeknek igen fontos szerepe van az életút folyamán bizonyos krónikus betegségek megjelenésében, és legtöbbször azok súlyosbodásában. A dohányzás, az alkohol- és kábítószer-fogyasztás, az evészavarok (elhízás, kóros soványság) egyben pszichoszociális egészségindikátorok (CSOBOTH Cs. 2001), így kialakulásuk társadalmilag meghatározott.

A nagyvárosi népesség egészségi állapotának (*urban health*) egyik igen jelentős meghatározó tényezője a mozgás- és sportszegény életmód nem szenvedélybetegség, hanem elsődlegesen civilizációs ártalom (CURTIS, S.–JONES, I. 1998). A rendszeres testmozgás hiánya közvetlenül szerepet játszik az emberi szervezet ellenálló képességének csökkenésében, amely előbb vagy utóbb különböző betegségek kialakulását eredményezi. Számos egészségtudományi kutatás bizonyította, hogy az egyén társadalmi státusa (*socio-economic position*) szoros kapcsolatban áll a fizikai aktivitással (MCNEILL, L. et al. 2006). Az alacsonyabb társadalmi státusúak inkább munkájukhoz, foglalkozásukhoz kötött testmozgást végeznek, míg a magasabb státusúakra leginkább a rekreációs, szabadidős fizikai aktivitás a jellemző (GILES-CORTI, B.–DONOVAN, R. 2002). Napjainkban az életmód-kutatások kapcsán egyre inkább előtérbe kerülnek azok a vélemények, amelyek a fejlett országokban a halálozások legalább felét a három legfőbb rizikótényezővel (dohányzás, alkoholizmus, elhízás) és a négy fő halálokkal (szívinfarktus, agyérgörcs, tüdődaganat, májzsugor) magyarázzák (PLANNING, S. 2008).

A fejlett ipari országokban a népesség fokozatos elöregedése egyrészt az alacsony születésszámmal, másrészt pedig az átlagos élettartam folyamatos hosszabbodásával magyarázható. Az időskorú népesség (60 éves és annál idősebb) arányának évtizedek óta tartó növekedése az egészségügyi konfliktusok és egyenlőtlenségek kiéleződéséhez vezet. Az idős emberek megbetegedési és halálozási mutatói a legmagasabbak az összes többi korcsoportéhoz képest. Az életkor előrehaladtával nagyobb a valószínűsége az egészségi állapot fizikai

és mentális (lelki) romlásának, így az idősek veszik leggyakrabban igénybe a különféle egészségügyi szolgáltatásokat. Ugyanakkor a felnőtt lakosság más korcsoportjaihoz képest az idősek körében a legmagasabb a hátrányos helyzetűek és a szegények aránya. Végeredményben az előrehaladott életkor a társadalmi helyzetből eredő szociális hátránnyal párosulva fokozott veszélyeztető tényezője lehet az egészségi állapotnak (GYUKITS Gy.–ÜRMÖS A. 2002; HELMAN, C. 2003).

A közép-európai „egészség paradoxon”

Az 1960-as évektől kezdődően a megbetegedési és halálozási viszonyokban végbement változások hatására az ipari országok két csoportja alakult ki Európában: az egyikhez tartoznak a nyugat-európai államok, a másikhoz pedig Közép- és Kelet-Európa rendszerváltó országai. A két csoport szétválásának oka elsősorban az epidemiológiai korszakváltással magyarázható: az idült, nem fertőző betegségek epidemiológiai korszaka fokozatosan átalakult a késleltetett, krónikus, nem fertőző betegségek epidemiológiai korszakává (JÓZAN P. 1989). A megbetegedési és halálozási viszonyok strukturálisan azonosak a két országcsoportban, a kor- és okspecifikus halálozási arányok azonban az előbbiben alacsonyabbak, az utóbbiban pedig magasabbak. Ráadásul a nyugat-európai országokban a populáció öregedése már jóval korábban megkezdődött, mégis az idősek növekvő részaránya ellenére csökkent a halálozások gyakorisága a 20. sz. utolsó harmadától (CORNIA, G. 2001).

Az 1980-as évek elejétől a különböző életkorokban várható átlagos élettartamok jelentősen meghosszabbodtak, s főleg idős- és öregkorban javultak az életésélyek. Ennek az epidemiológiai fejlődésnek kiemelkedően fontos jelensége az öregek (70 év felettek) és aggastyánok (80 év felettek) mortalitásának csökkenése (JÓZAN P. 2002a). Sőt, idős- és öregkorban a hosszabbodó várható átlagos élettartamok jórészt rokkantság nélkül járnak, beleértve az időskorral járó képességek csökkenését. Az ilyen jellegű változásokra a volt szocialista országokban sem akkor, sem azóta nem került sor.

Az egészségi állapot és az életminőség szempontjából fontos mutató az egészségben várható átlagos élettartam. Ennek alacsony értéke feltételezi adott népesség „rossz” egészségi állapotát. Az 1. táblázat adatai alapján a legkedvezőbb egészségi állapotú európai országokban több mint 70 év az egészségben eltölthető várható átlagos élettartam, a nők esetében pedig a 75 évet is meghaladhatja. Ugyanakkor az egészségi állapot szempontjából leghátrányosabbak csoportjában a mutató értéke a 65 évet sem éri el, sőt, a férfiaknál még a 60 évet sem (pl. szovjet utódállamok). Ezekben az országokban rendkívül magas a korai halálozások aránya, így a krónikus betegségek miatt elvesztett életevek száma magasabb, mint egy hasonló korösszetételű országban.

1. táblázat. Az egészségben várható átlagos élettartam Európában, 2005)

Rangsor	Ország	Mindkét nem, év	Férfiak, év	Nők, év
1.	Franciaország	73,1	69,3	76,9
2.	Svédország	73,0	71,2	74,9
3.	Spanyolország	72,8	69,8	75,7
4.	Olaszország	72,7	70,0	75,4
5.	Görögország	72,5	70,5	74,6
6.	Svájc	72,5	69,5	75,5
7.	Hollandia	72,0	69,6	74,4
8.	Egyesült Királyság	71,7	69,7	73,7
9.	Norvégia	71,7	68,8	74,6
10.	Belgium	71,6	68,7	74,6
11.	Ausztria	71,6	68,8	74,4
12.	Luxemburg	71,1	68,0	74,2
13.	Izland	70,8	69,2	72,3
14.	Finnország	70,5	67,2	73,7
15.	Málta	70,5	68,4	72,5
16.	Németország	70,4	67,4	73,5
17.	Ciprus	69,8	68,7	70,9
18.	Írország	69,6	67,5	71,7
19.	Dánia	69,4	67,2	71,5
20.	Portugália	69,3	65,9	72,7
21.	Szlovénia	68,4	64,9	71,9
22.	Csehország	68,0	65,2	70,8
23.	Horvátország	67,0	63,3	70,6
24.	Örményország	66,7	65,0	68,5
25.	Szlovákia	66,6	63,5	69,7
26.	Grúzia	66,3	63,1	69,4
27.	Lengyelország	66,2	62,3	70,1
28.	Szerbia	66,1	64,2	68,1
29.	Montenegró	66,1	64,2	68,1
30.	Bosznia és Hercegovina	64,9	63,4	66,4
31.	Bulgária	64,4	61,2	67,7
32.	Magyarország	64,1	60,4	67,9
33.	Litvánia	64,1	60,6	67,5
34.	Macedónia	63,7	61,8	65,6
35.	Azerbajdzsán	63,7	60,6	66,7
36.	Észtország	63,1	58,1	68,1
37.	Ukrajna	63,0	58,5	67,5
38.	Románia	62,3	58,8	65,8
39.	Lettország	62,2	57,1	67,2
40.	Fehéroroszország	61,7	56,2	67,2
41.	Moldova	61,5	58,5	64,5
42.	Oroszország	61,3	56,1	66,4
43.	Albánia	60,0	56,5	63,4

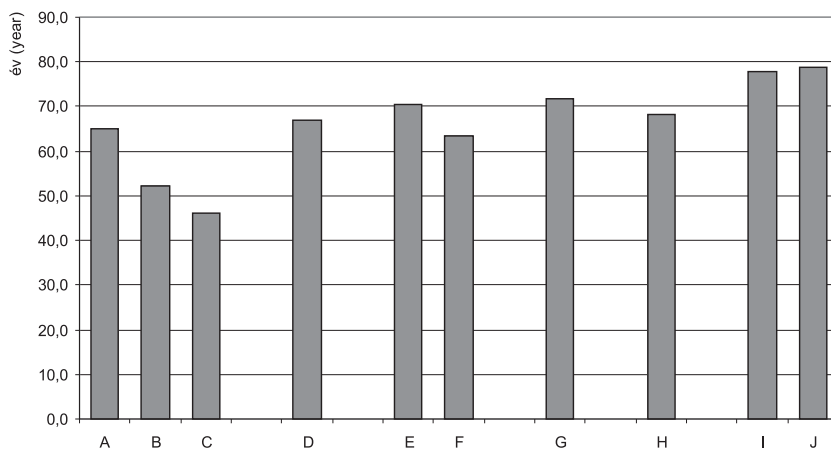
Forrás: www.workmall.com/wfb2005/

A legutóbbi három évtizedben kialakult krónikus epidemiológiai válság meghatározó jelensége a 35–64 év közötti – főleg férfiak – halálozási gyakoriságának emelkedése (korai halálozás) (ARJAN, G. et al. 1999), amely az Elbától K-re minden országra jellemző (LOSONCZI Á. 1998). Az elhúzódó epidemiológiai válság oka, hogy Közép- és Kelet-Európa átmeneti országaiban az életkörülmények javulása az egészségi állapot és az életkilátások rosszabbodásával járt együtt (JÓZAN P. 2002b), és végeredményben sem az egészségpolitika, sem pedig az emberek egészségmagatartása részéről nem történt hatékony válaszadás a fogyasztói társadalomhoz kapcsolódó életmódváltozás kihívásaira. Tulajdonképpen paradox epidemiológiai jelenség a térségben, hogy a növekvő jólét feltételei között egyre több, élete delén lévő férfi halt, ill. hal meg (JÓZAN P. 2002a).

Európában a K–Ny-i „halandósági lejtő” (VÄGERÖ, D.–LEINSALU, M. 2005) növekedésében elsődlegesen a középkorú népesség mortalitásának rosszabbodása a meghatározó tényező. Általában az idült, krónikus betegségek tünet- és panaszmentesen valószínűsíthető megjelenése már 30 éves kor előtt bekövetkezik, amelyek esetleg két-három évtized alatt okozzák a beteg halálát, igen gyakran már 35–64 év között (FORSTER, D.–JÓZAN, P. 1990). A kockázati tényezők több évtizedes hatásával (pl. dohányzás, alkoholizmus, elhízás) függ össze, hogy középkorú népesség halálozási viszonyainak rosszabbodásában viszonylag kisszámú halálok gyakoribbá válásának (pl. infarktusz, tüdődagyma, májzsugor) van meghatározó jelentősége (JÓZAN P. 1994a).

Az ún. közép-európai „egészség paradoxon” lényege (CORNIA, G.–PANICIA, R. 2000), hogy a népesség egészségi állapota rosszabb annál, mint ami az adott ország gazdasági helyzetéből következne (KOPP M.–KOVÁCS M. 2006). Miközben Nyugat-Európa államaiban az utóbbi években egyfajta értékmérő vált az egészség, ill. az egészségre orientált életmód, addig Európa középső és K-i felének reformer országaiban az átmeneti folyamatok az populáció egészségi állapota romlásához és az egészségügyi egyenlőtlenségek kiéleződéséhez vezettek. A társadalmi-gazdasági-politikai átalakulás okozta létbizonytalanság, a romló lakásviszonyok, a fokozódó szociális problémák (munkanélküliség, szegénység, hajléktalanság), az évtizedek óta folytatott egészségromboló életmód bizonyos társadalmi rétegek és csoportok középkorú tagjai számára drámai következményekkel jártak együtt. A rendszerváltozás egészségi állapotra gyakorolt hatása leginkább a volt Szovjetunió lakosságát érintette. Az orosz férfiak 40 éves korban várható átlagos élettartama alig 22,4 év, ami 8,8 évvel alacsonyabb a nyugat-európai, és 3,8 évvel rövidebb a közép-európai átlagnál (ANDREEV, E. et al. 2003).

A születéskor várható átlagos élettartam világszintű különbségei (2. ábra) szoros összefüggésben vannak a gazdasági fejlettséggel. Az életkilátások világszinten a legrosszabbak a legszegényebb ázsiai és fekete-afrikai országokban, ahol még az 50 évet sem éri el a mutató értéke. Ha alapvetően a



2. ábra. A születéskor várható átlagos élettartam (év) a különböző országcsoportokban, 2005. – A = fejlődő országok; B = legszegényebb országok; C = Fekete-Afrika országai; D = arab országok; E = Kelet-Ázsia és Óceánia; F = Dél-Ázsia; G = Latin-Amerika; H = Kelet-Közép-Európa és a FÁK-tagállamok; I = OECD országok; J = leggazdagabb OECD országok. Forrás: Human Development Report, 2005

The average life expectancy at birth in different country groups, 2005. – A = developing countries; B = poorest countries; C = Black Africa; D = Arabian countries; E = East Asia and the Pacific; F = South Asia; G = Latin America; H = East Central Europe and CIS member states; I = OECD countries; J = OECD countries with the highest GDP. Source: Human Development Report, 2005

fejlődő, a fejlett és a rendszerváltó országok szintjén elemezzük az életesélyeket, akkor a fejlődő országok (65 év) csoportja után világszinten a közép- és kelet-európai átmeneti országokban a legrosszabbak az életesélyek (68,1 év). A fejlődő országok csoportjában azonban jelentős eltérések vannak az országok társadalmi-gazdasági helyzete alapján. Még a viszonylag kismértékű gazdasági növekedés is jelentős javulást eredményezhet a fejlődő országok lakosságának életesélyeiben (pl. Latin-Amerikában, Kelet-Ázsiában).

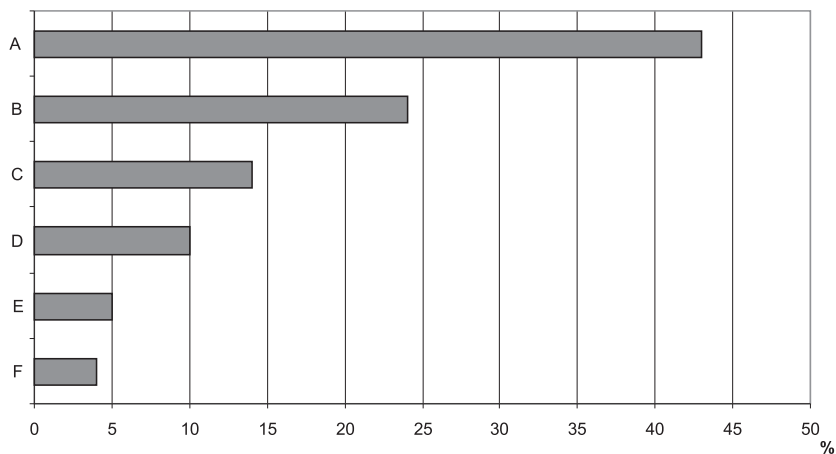
Népegészségügyi helyzet a fejlődő országokban

A társadalmi-gazdasági fejlődés következménye, hogy azokban az országokban, ahol a legalacsonyabb az egy főre jutó nemzeti jövedelem, ott a legalacsonyabb a születéskor várható átlagos élettartam és legmagasabb a csecsemőhalandóság. Az elmaradott, szegény országokban napjainkban még mindig azokkal a népegészségügyi problémákkal küzdenek, amelyeket a fejlett országok a 20. sz. közepére végeredményben teljes mértékben felszámoltak.

Az epidemiológiai és demográfiai fejlődés eredménye, hogy a fejlett és a fejlődő országok ok- és korszpecifikus halálozási struktúrájában lényegi különbségek észlelhetők. A WHO adatai szerint a fejlett országok lakosságának halálozását túlnyomórészt meghatározó halálóki főcsoportok (1. ábra) a fejlődő országokban bekövetkező halálozások felét sem teszik ki (3. ábra). A fertőző betegségek okozta halálozások mellett kiváltképp nagy az eltérés a keringési rendszeri és daganatos betegségek okozta halálozásban: halálóki súlyuk a fejlődő országokban feleakkora, mint a fejlett országokban.

Míg a fejlett országokban az összes halálozást 2/3-a a 65 éves vagy idősebb lakosság körében következik be, addig a fejlődő országokban ez a korcsoport az összes halálozás 1/3-át sem teszi ki. Ezzel szemben a fejlődő országokban aránytalanul magas a fiatalok halálozása (közel 40%), ami a fejlett világ országaiban kb. 4% (BIRG, H. 2005). Egyébként a csecsemő- és gyermekhalandóság a mai fejlődő országokban csak harmada az ipari országok 100 évvel ezelőtti értékeinek. Ennek magyarázata egyrészt a fertőző betegségek (pl. malária, kolera, himlő) elleni sikeres harc, másrészt pedig a javuló higiénés viszonyok.

A WHO által minden évben közölt jelentések (*World Health Report*, *Human Development Report*) alapján a legfontosabb egészségmutatók segítségé-



3. ábra. Halálóki struktúra a fejlődő országokban, 2005. – A = fertőzőes betegségek; B = keringési rendszer betegségei; C = csecsemőhalálozások; D = daganatok; E = légzőszervi betegségek; F = emésztőszervi betegségek. Forrás: www.undp.org/hdr2005/indicator/index.html

Death causes structure in developing countries, 2005. – A = infectious diseases; B = mortality of circulatory system; C = infant mortality; D = mortality of malignant neoplasm; E = mortality of respiratory system; F = mortality of digestive system. Source: www.undp.org/hdr2005/indicator/index.html

vel értelmezhetjük a fejlett és a fejlődő országok egészségi állapotában meglévő különbségeket (2. táblázat). A születéskor várható átlagos élettartam mutatói alapján közel 50 év az eltérés az életesélyekben a világon: míg a legjobb helyzetű országokban – pl. Japánban, vagy a nyugat-európai törpeállamokban – a mutató értéke meghaladja a 80 évet, addig a legrosszabb egészségi állapotú

2. táblázat. A fejlett és a fejlődő országok fő egészségmutatói, 2005

Mutató	Legjobb helyzetű ország a világon	Legrosszabb helyzetű ország a világon
Születéskor várható átlagos élettartam (év)	Japán (83,1 év)	Zimbabwe (36,2 év)
Születéskor várható átlagos élettartam (év), férfi	Japán (79,1 év)	Libéria (33,9 év)
Születéskor várható átlagos élettartam (év), nő	Japán (86,5 év)	Zimbabwe (38,2 év)
5 év alatti gyermekhalandóság (ezer főre), férfi	Svédország (4 fő)	Sierra Leone (296 fő)
5 év alatti gyermekhalandóság (ezer főre), nő	Finnország (3 fő)	Niger (269 fő)
15–64 év közötti felnőtt halandóság (ezer főre), férfi	San Marino (66 fő)	Zimbabwe (857 fő)
15–64 év közötti felnőtt halandóság (ezer főre), nő	Izland (45 fő)	Zimbabwe (849 fő)

Forrás: <http://www.who.int/whosis/country>

országokban – főként Fekete-Afrikában – még a 40 évet sem éri el.

Mind az életkilátások, mind pedig a gyermek- és felnőtt halandóság tekintetében világszinten a legkedvezőbb helyzetű országok között a legmagasabb jövedelmű OECD országokat, valamint Kuvaitot, Szingapúrt és Dél-Koreát találjuk. A legkedvezőtlenebb országok csoportjába elsődlegesen a Szaharától D-re elhelyezkedő országok (pl. Angola, Sierra Leone, Libéria, Botswana, Zimbabwe, Lesotho, Szváziföld), vagy éppen Ázsiából Afganisztán, Bhután, Banglades kerültek. A fejlett és a fejlődő országok közötti különbség a gyermekhalandóságot illetően többszörösével meghaladja a várható élettartamok közötti különbségeket.

Ennek alapvető oka, hogy az életesélyek javulása mindenekelőtt a csecsemő- és gyermekhalandóság csökkenése által javul. A fejlett országokban pedig ez a kedvező tendencia már 100 évvel ezelőtt megkezdődött, s a várható élettartam emelkedésével az idősebb korúak halálozási mutatói is javultak. Azonban néhány közepes jövedelmű fejlődő ország elérte a gazdasági fejlettségnek azt a fokát, ahol ez a javuló tendencia megfigyelhető, így az elkövetkezendő években a fejlett országokhoz hasonló epidemiológiai folyamatok fogják meghatározni a népegészségügyi helyzetet.

A várható élettartam mutatók nemcsak a lakosság egészségi állapotáról, hanem életkörülményeiről, egészségügyi helyzetéről, s végső soron az ország gazdasági fejlettségéről is tájékoztatnak. A születéskor várható átlagos élettartam 1950–1955 és 1995–2000 között világátlagban 46,5 évről (férfiaknál 45,2 évről; nőknél 47,9 évről) 64,6 évre emelkedett (férfiaknál 62,5 évre; nőknél 66,9 évre).

Ugyanebben az időszakban a fejlett országokban az életkilátások közel 9 évvel; a fejlődő országokban pedig több mint 21 évvel javultak (3. táblázat), de az eltérés így is 10 év. Különösen nagy a különbség a fejlett és a fejlődő világ női lakosságának életesélyeiben (közel 15 év). A várható élettartambeli, nemtől függő különbség lényegében genetikailag meghatározott. A fejlett országokban a nők előnye mintegy 8 év a férfiakhoz képest, a fejlődő országokban ez a különbség mindkét nem várható alacsony élettartam és a nők kedvezőtlenebb életkörülményei miatt csupán 3 év.

3. táblázat. A születéskor várható átlagos élettartam a fejlett és a fejlődő országokban, év

Lakossági csoport	1950–1955	1995–2000	2045–2050
Fejlett országok			
mindkét nem	66,1	74,8	81,6
férfiak	63,5	70,1	78,6
nők	68,5	78,5	84,5
Fejlődő országok			
mindkét nem	41,0	62,5	73,1
férfiak	40,2	60,9	71,0
nők	41,9	64,3	75,3

Forrás: BIRG, H. 2005. p. 93.

Az ENSZ előrejelzései 2050-re olyan magas várható élettartamot feltételeznek a mai fejlődő országokban, mint ami egyébként jelenleg tapasztalható a fejlett országokban. Elsősorban Kelet- és Dél-Ázsia, az arab országok és Latin-Amerika éri el akkorra a fejlettség magas fokát, ami majd az egészségi állapot mutatóiban is értelmezhetővé válik. Természetesen a mai fejlett országokban is ugyan szerényebb mértékben, de tovább javulnak az életesélyek.

Magyarország egészségi állapota a világ országai között

Magyarország morbiditási és mortalitási mutatói 1966 óta folyamatosan romlottak, ill. rosszak (KLINGER A. 1985), amelynek következtében az 1990-es évek elejére epidemiológiai válság alakult ki az országban (JÓZAN P. 1994b). Ennek lényege, hogy minden életkorban - főként a 30 és 59 év között - jelentős mértékben romlottak az életesélyek, és a korai, idő előtti halálozás különösen a 45–54 év közötti férfiakat érintette hátrányosan (JÓZAN P. 2002b). Ráadásul a népesség 1981

óta tartó folyamatos fogyása, valamint a lakosság fokozatos elöregedése demográfiai krízishelyzet kialakulását eredményezte hazánkban (GÁRDOS É. 2001).

Magyarország a lakosság egészségi állapota alapján a világ országai között a középmezőnyhöz tartozik, bár bizonyos mutatók esetében ténylegesen egyike vagyunk a legrosszabb népegészségügyi helyzettel bíró országoknak (UZZOLI A. 2003). A WHO tagországainak (192 állam) rangsorában rosszabbodott az ország helyezése az elmúlt hat évben (4. táblázat) annak ellenére, hogy a vizsgált egészségmutatók ugyan kismértékben, de folyamatosan javultak hazánkban. Azonban halálozási viszonyaink évtizedeken keresztül tartó romlása csak 1993 után állt meg, amely 1996-tól eredményezte a születéskor várható átlagos élettartam lassú emelkedését. Mindeközben a közepes jövedelmű országok egy részének egészségmutatói olyan mértékben javultak, hogy ma már kedvezőbbek az életkilátásaik, mint Magyarországnak.

Az életesélyek és a halálozási valószínűségek alapján hazánkat a

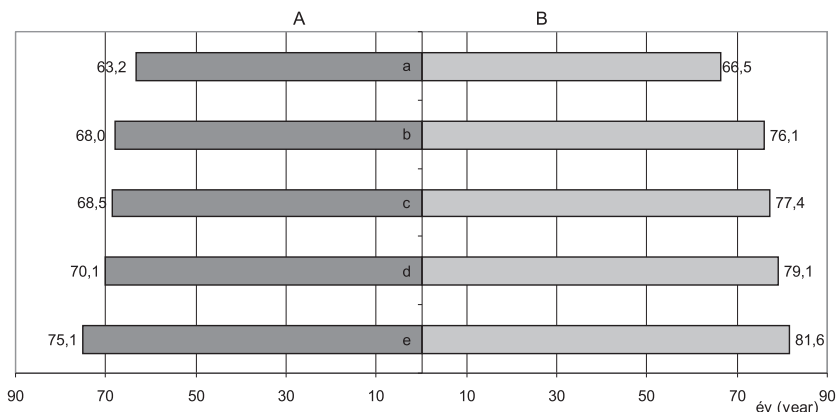
4. táblázat. Magyarország helyzetének változása 2001 és 2007 között a WHO tagországainak rangsorában néhány egészségmutató alapján

Főbb egészségmutatók	Helyezés, 2001	Helyezés, 2007
Születéskor várható átlagos élettartam, teljes népesség	60.	79.
Születéskor várható átlagos élettartam, férfi	84.	91.
Születéskor várható átlagos élettartam, nő	50.	68.
5 éves kor alatti halálozás, férfi	40.	46.
5 éves kor alatti halálozás, nő	36.	41.
15–59 év közötti halálozás, férfi	120.	127.
15–59 év közötti halálozás, nő	70.	74.

Forrás: <http://www.who.int/whosis/country>

legtöbb esetben újonnan iparosodó ázsiai országok (pl. Dél-Korea, Tajvan, Szingapúr stb.), latin-amerikai államok (pl. Argentína, Kuba, Mexikó stb.), ill. észak-afrikai (pl. Algéria, Líbia, Tunézia) és kőolajtermelő arab országok (pl. Kuvait, Irak stb.) előzik meg a WHO rangsorban. Az egészségmutatóink főként a férfiak esetében maradnak el a legfejlettebb OECD országokhoz képest. Magyarországon átlagosan 5–6 évvel rövidebb élettartamra számíthatnak az emberek, mint Nyugat-Európában. A magyar férfiak születéskor várható átlagos élettartama jelenleg a 70 évet sem éri el (4. ábra), miközben az EU 15 csoportban a mutató értéke 75,1 év.

Bár a magyar nők átlagosan 77 évre számíthatnak, de ez szintén néhány évvel elmarad a nyugat-európai mutatókhoz képest (EU-15-ben 81,6 év). Ráadásul Magyarországon a két nem életesélyeiben közel 9 év a különbség, ami világszinten is kimagasló a biodemográfiai számításokkal bizonyított 1–2 évhez képest. Igaz, ez a mutató eleve magas az egész európai kontinensen (átlagosan 4–5 év).



4. ábra. Születéskor várható átlagos élettartam (év) Magyarországgal összehasonlítva, 2005. – A = férfiak; B = nők; a = világ b = átmeneti országok; c = Magyarország; d = az EU-hoz 2004-ben csatlakozott országok; e = EU-15. Forrás: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

The average life expectancy at birth (year) in comparison with Hungary, 2005. – A = males; B = females; a = world; b = countries in transition; c = Hungary; d = countries joined to EU in 2004; e = EU-15. Source: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

A közép-európai egészség paradoxon igaz Magyarországra is. Azonban a társadalom mélyreható átalakulása a régió összes országához képest lényegesen nagyobb mértékű egészségromlást eredményezett a középkorú magyar férfiak körében (KOPP M.–SKRABSKI Á. 2007). A társadalmi-gazdasági környezet és az egészségi állapot összefüggéseinek értelmezésében lényeges szempont a viszonylagos társadalmi-gazdasági lemaradás, az iskolai végzettség és a nemi különbségek vizsgálata. MACKENBACH és munkatársai bizonyították, hogy az iskolai végzettség szerinti halálozási hányados a magyar férfiak között lényegesen magasabb, mint Európa más országaiban. Az érettségénél alacsonyabb végzettségű, 74 évnél fiatalabb férfiak halálozási aránya 1,78-szor magasabb, mint a magasabb végzettségűeké. Ezzel szemben a középkorú nők között ez az iskolázottság szerinti halálozási különbség csupán 1,28-szoros (MACKENBACH, J. et al. 1999).

Összefoglalás

A WHO legutóbbi jelentése (WHO 2007) arról számol be, hogy legtöbb halálozást (17,3 millió fő – 33%) a világon a fertőző betegségek (pl. tbc, malária, HIV) okozzák. A halálozások hasonló hányada (15,3 millió fő – 29%) a keringési rendszeri megbetegedésekre vezethető vissza, míg a rosszindulatú daganatok a halálozások 12%-át (6,2 millió fő) teszik ki. E három halálteki főcsoport

világszinten az összes halálozás háromnegyedét eredményezi. Globálisan a halálozásokért túlnyomó többségéért felelős fertőző betegségek 95%-a a fejlődő országokban szedi a legtöbb áldozatát. Közülük is legjelentősebb a tuberkulózis és a malária. Míg az előbbi világszerte négyemillió ember életét követeli, ami a halálozások 5%-a, addig az utóbbi évente 2,5 millió áldozatot követel (HAGGETT, P. et al. 2004).

A fejlett és a fejlődő országok egészségi állapotában jelenlévő különbségek nemcsak az ok-, hanem a korspecifikus halálozásokban is értelmezhető. Az egészségügyi ellátórendszer fejletlensége, az anya- és csecsemővédelem – sok esetben teljes – hiánya, valamint az alultápláltság okozza, hogy a szegény országokban viszonylag enyhének számító betegségek (pl. hasmenés) az öt éves kor alatti gyermek halálozásával jár együtt. A fejlődő országokban az utóbbi évtizedekben bekövetkező urbanizáció szintén az előbb említett tendenciák erősödésével fog együtt járnai, főként a legszegényebb társadalmi helyzetűek körében.

A WHO előrejelzései szerint a 21. sz. társadalmi-gazdasági, sőt egészségügyi szempontból is legnagyobb kihívása a szegénység csökkentése lesz. Az utóbbi évtizedekben a legnagyobb szegénységben élők száma nagyobb mértékben nőtt, mint a teljes populáció. Napjainkban a lakosság egyötöde ebbe a csoportba sorolható (HAGGETT, P. 2006).

A világméretű egészségügyi egyenlőtlenségek mérséklésében 2025-ig egyrészt legalább tíz évvel csökkenteni kell a legjobb és a legrosszabb életkilátással bíró országok különbségét. Másrészt minimum 10%-kal csökkenteni szükséges a szintén legjobb és legrosszabb egészségi állapotú országok halálozási viszonyaiban tapasztalható eltéréseket. Végül a jövőbeli közegészségügyi helyzet javítása érdekében a legszegényebb országokban cél 20 ezrelék alá szorítani a csecsemőhalálozást (WHO 2007).

IRODALOM

- ANDREEV, E. M.–MCKEE, M.–SHKOLNIKOV, V. 2003. Health expectancy in the Russian Federation. A new perspective on the health divide in Europe. – *Bulletin of WHO*, Geneva, pp. 778–787.
- ARJAN, G.–TOMASSINI, C.–VAUPEL, J. W. 1999. Male-female differences in mortality in the Developed World. – *MPIDR Working Paper WP*, July 1999. (www.demogr.mpg.de)
- BIRG, H. 2005. A világ népesség. Dinamikus növekedés és leelkedő csapdák. – Corvina Kiadó, Budapest, 156 p.
- CORNIA, G. A.–PANICIA, R. 2000. *The Mortality Crisis in Transitional Economies*. – Oxford University Press, Oxford, 104 p.
- CORNIA, G. A. 2001. Globalization and health: results and options. – *Bulletin of WHO* 79. Geneva, pp. 834–841.
- CURTIS, S.–JONES, I. R. 1998. Is there a place for geography in the analysis of health inequality? – *Sociology of Health and Illness* 20. pp. 645–672.

- CURTIS, S. 2004. Health and inequality. – Sage Publications, London, 329 p.
- CSOBOTH Cs. 2001. Magatartás-epidemiológia. – In: BUDA B.–KOPP M.–NAGY E. (szerk.): Magatartástudományok. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, pp. 715–728.
- ELSTAD, J. I. 1998. The psycho-social perspective on social inequalities in health. – In: BARTLEY, M.–BLANE, D.–SMITH, G. D. (eds.): The sociology of health inequalities. Blackwell Publishers Ltd., Oxford, pp. 39–58.
- FORGÁCS I. 2004. A változások hatása az egészségre. – In: BÁCSY E.–MIKOLA I. (szerk.): Civilizáció és egészség. Magyar Tudományos Akadémia Stratégiai Kutatások, Budapest, pp. 85–97.
- FORSTER, D. P.–JÓZAN, P. 1990. Health in Eastern Europe. – Lancet 24. pp. 458–460.
- GÁRDOS É. 2001. Magyarország lakosságának halandósága, egészségi állapota az ezredfordulón. – Demográfia 1–2. pp. 7–44.
- GILES-CORTI, B.–DONOVAN, R.J. 2002. Socioeconomic status differences in recreational physical activity levels and real and perceived access to a supportive physical environment. – Preventive Medicine 35. pp. 601–611.
- GRAY, A. 1985. World Health and Disease. – Open University Press, 129 p.
- GYUKITS Gy.–ÜRMÖS A. 2002. Társadalmi egyenlőtlenségek és egészségi állapot. – In: SZÁNTÓ Zs.–SUSÁNSZKY É. (szerk.): Orvosi szociológia. Semmelweis Kiadó, Budapest, pp. 47–65.
- HAGGETT, P.–CLIFF, A.–SMALLMAN-RAYNOR, M. 2004. World atlas of epidemic diseases. – Oxford University Press, 256 p.
- HAGGETT, P. 2006. Geográfia – Globális szintézis. – Typotex Kiadó, Budapest, pp. 615–655.
- HELMAN, C. G. 2003. Kultúra, egészség és betegség. – Medicina Kiadó, Budapest, 315 p.
- JÓZAN P. 1989. A halálzási viszonyok néhány jellegzetessége Magyarországon. – Info-Társadalomtudomány 9. pp. 37–46.
- JÓZAN P. 1994a. Epidemiológiai válság Magyarországon a kilencvenes években I. – Statisztikai Szemle 1–2. pp. 5–20.
- JÓZAN P. 1994b. Epidemiológiai válság Magyarországon a kilencvenes években II. – Statisztikai Szemle 3–4. pp. 101–113.
- JÓZAN P. 2002a. Az ipari országok halandóságának néhány jellegzetessége az 1990-es években. Magyarország az ezredfordulón. – Magyar Tudományos Akadémia Stratégiai Kutatások, Budapest, pp. 209–242.
- JÓZAN P. 2002b. A halandóság alapirányzata a 20. században, és az ezredforduló halálzási viszonyai Magyarországon. – Magyar Tudomány 4. pp. 419–439.
- JEE, M.–OR, Z. 1999. Health outcomes in OECD countries: A framework of health indicators for outcome-oriented policymaking. – Labour market and Social policy, Occasional papers 36. OECD, Paris, 23 p.
- KLINGER A. 1985. Magyarország népesedése az elmúlt negyven évben. – Statisztikai Szemle 4–5. pp. 370–388.
- KOPP M.–KOVÁCS M. E. 2006. A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. – Semmelweis Kiadó, Budapest, 550 p.
- KOPP M.–SKRABSKI Á. 2007. A magyar népesség életkilátásai. – Magyar Tudomány 9. pp. 1149–1154.
- LOSONCZI Á. 1998. Utak és korlátok az egészségügyben. – Magyarország az ezredfordulón. Stratégiai Kutatások a Magyar Tudományos Akadémián, MTA Budapest, 238 p.
- MACKENBACH, J.–KUNST, A.–GROENHOF, F.–BORGAN, J.–COSTA, G.–FAGGIANO, F.–JÓZAN, P.–LEINSALU, M.–MARTIKAINEN, P.–RYCHTARIKOVA, J.–VALKONEN, T. 1999. Socioeconomic inequalities in mortality among women and among men: an international study. – American Journal of Public Health 89. pp. 1800–1808.

- MACLEOD, J.–DAVEY-SMITH, G. 2005. Psychosocial factors and public health: a suitable case for treatment? – *Journal of Epidemiology and Community Health* 57. pp. 565–570.
- MCNEILL, L. H.–KREUTER, W. M.–SUBRAMANIAN, S. V. 2006. Social environment and physical activity: a review of concepts and evidence. – *Social Science on Medicine* 3. pp. 1011–1022.
- OECD Health Data 2005.– OECD Publishing, Bedfordshire, UK (CD-ROM)
- PLANNING, S. K. 2008. How business can change behaviour. – In: *Strengthening health systems and the global health workforce*, Geneva, 49 p.
- STOKOLS, D. 1992. Establishing and maintaining healthy environments: Toward a social ecology of health promotion. – *American Psychologist*, 1. pp. 6–22.
- SZÁNTÓ Zs. 2002. Betegség, gyógyítás, társadalom. – In: SZÁNTÓ Zs.–SUSÁNSZKY É. (szerk.): *Orvosi szociológia*. Semmelweis Kiadó, Budapest, pp. 15–32.
- TOWNSEND, P.–DAVIDSON, N. 1982. *Inequalities in health. The Black Report*. – Penguin Books, Middlesex, England 246 p.
- TUNSTALL, H.V.Z.–SHAW, M.–DORLING, D. 2004. Glossary: Places and health. – *Journal of Epidemiology and Community Health* 58. pp. 6–10.
- UZZOLI A. 2003. A magyar népesség egészségi állapota az európai országok körében. – *Földrajzi Közlemények* 51. (127.) 1–4. pp. 131–156.
- VÁGERŐ, D.–LEINSALU, M. 2005. Health inequalities and social dynamics in Europe. – *BMJ* 33. pp. 186–187
- WHO 1978. Alma-Ata Charta. International conference on primary health care. – Alma-Ata, USSR September 6–12th, 1978. (<http://www.phmovement.org/charter/almaata.html>)
- WHO 1986. Ottawa Charta. Ottawa Charter for health promotion. – Ottawa, Canada November 21st, 1986. 128 p.
- WHO 1997. Jakarta Charta. – WHO, Geneva
- WHO 2007. World Health Report 2007. A safer future. Global public health security in the 21st century. – WHO, Geneva
- WILKINSON, R. G. 1996. *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*. – Routledge, London, 272 p.
- WILKINSON, R. G. 2006. Társadalmi korrózió, egyenlőtlenség és egészség. – In: GIDDENS, A.–PATRICK, D. (szerk.): *Írások az egyenlőtlenségről, az egyenlősdiről és az új egyenlőtlenségekről*. Napvilág Kiadó, Budapest, pp. 238–257.

INTERNETES FORRÁSOK

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
<http://globaledge.msu.edu/ibrd/countrystats.asp>
<http://www.who.int/whosis/country>
www.undp.org/hdr2005/indicator/index.html
www.workmall.com/wfb2005/
www.who.int/whr/2007/en
www.workmall.com/wfb2001