

# Bocskor Éva

## Hargita megye lakosságának egészségi állapota az egészségügyi szolgáltatások jegyében

A tanulmány a romániai, ezen belül a Hargita megyei halandósági viszonyokat, illetve a korai halálozási okokat és a halálozással szembeni egyenlőtlenségeket vizsgálja nemzetközi kontextusba helyezve. A kedvezőtlen népesedési viszonyok súlyos társadalmi-gazdasági problémát jelentenek, és jelentős politikai feszültség forrásai lehetnek. A 21. század hosszú távon két nagy kihívással kell szembenézzen: az egyik demográfiai, a másik klimatikus kihívás. A demográfiai kihívást globálisan a túlnépesedés, a posztindusztriális társadalmakban, kiváltképpen Európában azonban a népesség öregedése, és ezzel kapcsolatban az eltartási teher növekedése, illetve a versenyképesség csökkenése jelenti. Az ENSZ előszámítása szerint Európa viszonylagos demográfiai súlya a századunkban mindvégig jelentősen csökkenni fog. Bocskor Éva szociológus, Sapientia EMTE Csíkszereda; e-mail címe: bocsievi@yahoo.com

*„A betegség a környezethez való hibás adaptáció terméke... Az iparosodás kezdete óta a társadalom a folyamatos változás állapotába került, s az állandó változás egyensúlyhiányt és a környezethez való rossz adaptációt eredményez, s ez utóbbi pedig betegség kialakulásához vezet.”*

*René Dubos*

A 21. századnak hosszú távon két kihívással kell szembenéznie, amelyek a legtöbb problémát okozzák majd: az egyik demográfiai, a másik klimatikus kihívás. Ez a megállapítás az Organization for Economic Co-operation and Developmenttől (OECD) származik. A demográfiai kihívást globálisan a túlnépesedés, a posztindusztriális társadalmakban, kiváltképpen Európában azonban a népesség öregedése, és ezzel kapcsolatban az eltartási teher növekedése, illetve a versenyképesség csökkenése jelenti. A népesség öregedése annak a következménye, hogy egyre kisebb lélekszámúak a populációba belépő nemzedékek – alacsony, illetve csökken a születések száma –, illetve egyre nagyobb az öregek létszáma az életkilátások nagymértékű javulásának eredményeként. Az öregek növekvő részaránya miatt a halálozások száma viszonylag magas, annak ellenére, hogy a születéskor várható élettartam jelenleg messze a leghosszabb a történelem folyamán, és a jövőben további növekedése prognosztizálható. Mivel Európa számos országában kevesebben születnek, mint amennyien meghalnak, természetes fogyás következik be; ha a demográfiai deficitet a világ más tájairól származó bevándorlás nem egyenlíti ki, a természetes fogyás tényleges fogyássá alakul át. Az ENSZ előszámítása szerint Európa viszonylagos demográfiai súlya a 21. században mindvégig jelentősen csökkenni fog.

A kritikus népesedési viszonyok általánosak Európában – bár Franciaországban várhatóan a jövőben is nő majd a népesség lélekszáma, számos országban (például Oroszországban, Németországban és Olaszországban) nagymértékben csökken. A volt szocialista országok többségében

a születésgyakoriság szinte szabadeszerűen lett alacsonyabb, a halálozási gyakoriság pedig – legalább is átmenetileg – magasabb a rendszerváltás sokkhullámainak következtében.

A tanulmány során a romániai, ezen belül a Hargita megyei halandósági viszonyokat, illetve a korai halálozási okokat és a halálózással szembeni egyenlőtlenségeket vizsgálom meg nemzetközi kontextusba helyezve. A kedvezőtlen népesedési viszonyok súlyos társadalmi-gazdasági problémát jelentenek, és jelentős politikai feszültség forrásai lehetnek.

## AZ EGÉSZSÉGÜGY SZERVEZETE ÉS MŰKÖDÉSE

A romániai helyzet megértéséhez szükséges az egészségügyi intézkedések áttekintése. Az első társadalombiztosítási törvények a 20. század elején jelentek meg (1902 – Missir- törvény, 1912 – Nenitescu-törvény, 1933 – a társadalombiztosítások egyesítése, 1938 – Ralea- törvény). A kommunista rendszer kezdetén az 1945/17. és az 1949/10. törvény tartalmazott az egészségügyre vonatkozóan is cikkelyeket, míg 1977-re az egészségügyi biztosítás már minden állampolgárra kiterjedt.

A szocialista ideológiának megfelelően a cél a homogén társadalom megteremtése volt az egyenlőség elve alapján. A kommunizmus ideje alatt azonban nem beszélhetünk tényleges szociálpolitikáról, mivel az ideológia szerint erre nincs szükség, a „gondoskodó állam” ugyanis minden probléma megjelenését kiküszöböli. Bár nem volt kidolgozott szociálpolitika, léteztek különböző univerzális, illetve szelektív juttatások. Az egészségügyi ellátás az univerzális juttatások körébe tartozott, minden állampolgár jogosult volt az ilyen szolgáltatások igénybe vételére. Ezenkívül az egészségügyi ellátás ingyenes volt, teljes mértékben az állami költségvetésből finanszírozták. Azonban Románia – a szovjet modellt követve – a közép-kelet-európai térség más szocialista országaihoz képest sokkal kevesebbet fordított egészségügyi kiadásokra (Zamfir, 1999).

Az ország tehát a szocializmus idejéből erősen centralizált állami egészségügyi rendszert örökölt. A kilencvenes évek elején megindult társadalmi-gazdasági változások következtében viszont elkezdődött az egészségügy átalakítása és decentralizálása. A rendszerváltás utáni körülmények változása reformok sorozatát tette szükségessé az egészségügy terén. A román egészségügy 1997-ig teljesen centralizált volt és az Egészségügyi Minisztérium fennhatósága alatt állt: ez volt az az intézmény, amely az egészségügyi alapokat kezelte, illetve igazgatott minden egészségügyi létesítményt.

Az egészségügyi biztosítási (1997/145.) törvényt 1997-ben fogadták el és 1998-ban lépett érvénybe. Ez az új törvény európai modellen alapult – rendelkezései értelmében létesítettek köztulajdonú biztosítóházakat. A törvény tartalmazott továbbá cikkelyeket a román egészségügy privatizációjára vonatkozóan is: az első fázisban a kórházak kiegészítő tevékenységeinek privatizációja (például konyha, mosoda), illetve a gyógyszertárak és a fogászati rendelők magánosítása volt a cél. A privatizáció második fázisa a mérhető szolgáltatások magánosítását (például röntgenblokk, laboratóriumok) célozta meg, a harmadik fázisban pedig a kórházak részben vagy teljesen magántulajdonú részvénytársaságokká való átalakítása a feladat. Ugyanakkor a szolgáltatások minőségének javítása érdekében a törvény kimondja az egészségügyi alapok adminisztrálásának a decentralizálását, a kórháztól független orvosi ellátás kialakulását (házi orvosok, fogorvosok), illetve a szolgáltatók közötti konkurencia liberalizálását is.

*Alapellátás és járóbeteg-szakellátás:* A járóbeteg-ellátás 1999-ben elkezdődött reformja az alapellátásról, a fogászati ellátásról és a járóbeteg-ellátásról együttesen rendelkező jogszabályon alapul. Olyan, új típusú járóbeteg-létesítmények létrehozatalát vetíti elő, amelyek az önálló rendeltől és a csoportpraxisban végzett betegellátástól kezdve, az általános egészségügyi és fogászati ellátást nyújtó központokon át, a függetlenül működő diagnosztikai központokat is felölelik.

1999-től a rendelőintézetek intézményes kereteiket és funkciójukat tekintve teljesen leváltak a kórházakról. Többségük – gazdasági társaságként bejegyezve – gyógyító, diagnosztikai vagy konzultációs profillal rendelkező egészségügyi központtá alakult. Mivel az épületekkel a helyhatóságok rendelkeznek, az önálló- vagy csoportpraxist folytató szakemberek tulajdonjogot szerezhetnek a helyiségek és az orvosi felszerelés felett, vagy bérelhetik rendelőjüket. A rendelkezések nyomán radikális változás következett be a járóbeteg-ellátást nyújtó létesítmények típusában, tulajdonjogában, illetve az ellátók jogállásában, valamint ezáltal egyenlő státuszt nyert minden intézmény függetlenül attól, hogy állami, helyhatósági vagy magántulajdonban van-e. Az intézkedés célja a verseny ösztönzése volt a szolgáltatások színvonalasabbá tétele és az anyagi erőforrások hatékonyabb felhasználása érdekében. A törvény értelmében az orvosok, illetve az egészségügyi központok az 1999-ben felállított Országos Egészségbiztosítási Alappal kötnek szerződést a kötelező fedezetben részesülő szolgáltatásaikra. Azok, akik nem állnak szerződésben az Országos Egészségbiztosítási Alappal, a betegek által fizetett szolgáltatás szerinti díjazás mellett folytathatnak magánrendelést.

A fentebbi román egészségügyi reform nagymértékben támaszkodik egy, a járóbeteg-ellátásban bevezetett új intézményre – a háziiorvosi rendszerre. Az új szabályozás szerint szabad orvosválasztás van érvényben Romániában. Hargita megyében 2005-ben 157 családorvos látta el a lakosságot. A rendszerben a háziiorvosok „kapuőri” szerepkört töltenek be, ugyanis a szakorvost családorvosi beutaló nélkül felkereső beteg közvetlenül (*out-of-pocket*) köteles téríteni a számára nyújtott szolgáltatásokat. A háziiorvos maga is tulajdonosa az egészségügyi létesítménynek, amelyben tevékenységét folytatja, így közvetlenül érdekelt szolgáltatásainak eredményességében – díjazása fejkvótán alapul, tevékenységi köre meghatározott szolgáltatásokból áll, amelyben az országos prioritásoknak megfelelően fontos szerepet játszik a betegségmegelőzés és az egészségmegőrzés. Amennyiben a háziiorvosok speciális egészségügyi programokban is részt vesznek, ezért a fakultatív tevékenységért külön díjazásban részesülnek.

*Az egészségügy finanszírozása:* 1991-ben a GDP 3,3%-át fordították egészségügyi kiadásokra, majd – egy 1999-ig tartó enyhén csökkenő periódus után – ez 2001-re 4,2%-ra növekedett, ami viszont még így is messze elmarad az egészségügy finanszírozásának EU-átlagától (a GDP 8,7%-a). E keretszámok mögött az áll, hogy a rendszerváltáskor Romániában az egészségügyi rendszer finanszírozása általános adózáson alapult, anyagi háttérét az állami és a helyhatósági költségvetések képezték. Ellenben a radikális reform következtében 1999-től az egészségbiztosítási alap kezdte finanszírozni az egészségügyi ellátást. Az egészségbiztosítási járulékot a jövedelem 6,5%-ában állapították meg – ez elvileg kötelező érvényű az egész lakosság számára, a gyakorlatban azonban a lakosság csak egy része rendelkezik biztosítással.

## NÉPESSÉGSZÁM ÉS ELŐREGEDÉS HARGITA MEGYÉBEN

Hargita megye lakossága 1990-ben megközelítette a 362 000 főt. A 90-es évek folyamán azonban csökkenés jelentkezett a lakosság előregedése, valamint az alacsony születésszámok és a magas halálozás következtében. A folyamatos fogyás következményeként 2004-ben a megye 328 547 lakost számlált, és a csökkenő tendencia továbbra is fennáll – 2005-ben 326 558 volt a lakosok száma.

| Év   | Férfiak | Nők     | Összesen |
|------|---------|---------|----------|
| 1980 | 174 314 | 170 232 | 344 546  |
| 1990 | 182 183 | 179 673 | 361 856  |
| 1995 | 172 631 | 173 229 | 345 860  |
| 2000 | 169 663 | 171 907 | 341 570  |
| 2005 | 161 909 | 164 649 | 326 558  |

1. táblázat. A lakosság számának alakulása (Hargita megye).

| Korcsoport | 1995    | 2000    | 2005    |
|------------|---------|---------|---------|
| 0–14       | 75 186  | 64 492  | 54 073  |
| 15–64      | 230 678 | 234 467 | 227 998 |
| 65–        | 40 322  | 42 611  | 44 487  |
| Összesen   | 346 186 | 341 570 | 326 558 |

2. táblázat. Hargita megye lakosságának korcsoportos megoszlása.

Hargita megyében 2004-ben 3657 volt az élve születettek száma és 1000 lakosra 11,1 élveszületés jutott, míg 2005-ben csak 3466 gyermek született (élve) és 1000 lakosra mindössze 10,61 élveszületés jutott<sup>1</sup>. Tizenöt évvel korábban (1990-ben) még 4966 gyermek született, és 13,7%<sup>2</sup> volt az élveszületési arányszám. A megyében tehát stagnál a születési arány, míg nő a halálozás, és ez a negatív tendencia érvényesül a természetes szaporulatban is.

| Mutató                  | 1980 | 1990 | 1995 | 2000 | 2005  |
|-------------------------|------|------|------|------|-------|
| Élveszületési arányszám | 19,3 | 13,7 | 10,7 | 10,9 | 10,61 |
| Halálozási arányszám    | 10,4 | 10,1 | 11,9 | 10,9 | 10,94 |
| Természetes szaporodás  | 8,9  | 3,6  | -1,2 | 0,0  | -0,33 |
| Csecsemőhalálozás       | 23,0 | 15,9 | 13,2 | 14,5 | 11,82 |

3. táblázat. Természetes szaporulat Hargita megyében 1980–2005 között (%).

A lakosság számának kedvezőtlen alakulása mellett rendkívül magas az abortuszok száma is: 2003-ban 1000 élveszületésre 1085,6 abortusz jutott, míg az európai átlagérték 484/1000 volt. Az anyák gyermekágyi halálozása azonban számottevően csökkent az évek során. Míg korábban az erre vonatkozó statisztikák országos szinten és Hargita megyében jelentősen különböztek, 2003-ra nagyon közel kerültek egymáshoz:

1. Romániában 2004-ben 216 261 gyermek született, az élveszületési arányszám 10,0%<sup>2</sup> volt.

2. Országosan 314 746 élveszületés – 13,6%<sup>2</sup>.

|               | 1980 | 1990 | 2000 | 2003 |
|---------------|------|------|------|------|
| Románia       | 1,33 | 0,83 | 0,33 | 0,30 |
| Hargita megye | 0,45 | 0,20 | 0,27 | 0,29 |

4. táblázat. 1000 élveszületésre jutó anyai elhalálozások aránya.

## HALANDÓSÁG

A népesség számát, összetételét befolyásoló egyik alapvető fontosságú tényező a halandóság, amely szoros összefüggésben áll a lakosság egészségi állapotával. A halandóság nem pusztán a népesedési folyamatok mérőszáma, hanem esetünkben a népesség egészségi állapotának indikátora is, jóllehet az élő populáció jellemzésére csak korlátozottan alkalmas, hiszen nem tükrözi azoknak a betegségeknek az előfordulási gyakoriságát, amelyek nem vezetnek szükségképpen elhalálozáshoz.

A lakosság egészségi állapotának mérésére használt mutatószámok rendszere többféle lehet az egészség definíciós modelljétől függően. A hagyományos megközelítés szerint az „egészség a betegség hiánya”, vagyis a statisztika feladata, hogy a betegségek által érintett lakosság nagyságát, arányát meghatározza. Ha azonban a WHO általánosabb megközelítését alkalmazzuk („egészség = jóllét”), akkor az egészséghez hozzátartozik a megfelelő természeti, gazdasági és társadalmi környezet megléte is – a jelen keretek között azonban nem vállalkozhatok ennek komplex leírására.

A halálozási statisztika a haláleseteket veszi számba. Az ENSZ Statisztikai Bizottságának ajánlása szerint halálozásként értelmezendő „az élet minden jelének végleges elmúlása az élveszületés megtörténte után bármely idővel”. A romániai statisztikák az eset helye szerint regisztrálják az eseményeket, tehát figyelembe veszik az ország területén bekövetkezett valamennyi halálesetet, de nem terjednek ki a határokon kívül meghalt román állampolgárokra. A haláleseti jelentéseket adatlapra rögzítik, amely az elhunyttra vonatkozó demográfiai adatokat mellett tartalmazza a halál okát is – ez utóbbi besorolása a WHO kódrendszerének (Betegségek Nemzetközi Osztályozása) 10. revíziója alapján történik. Az elhalálozás okai a halál neme szerint két csoportba sorolhatók: természetes okról beszélünk, ha a halálozás fertőzési rendellenesség, kóros állapot vagy betegség következménye, illetve az erőszakos okról, ha a halált sérülés, mérgezés vagy külső behatolás idézte elő. Az elhalálozás okai osztályozhatók a megbetegedett testrészt vagy szerv alapján (lokalizációs elv), valamint a betegség patológiai folyamata vagy kórtani eredete (etiológiai elv) szerint is. A gyakorlatban alkalmazott osztályozások általában a betegségek (sérülések) etiológiai és lokalizáció szerinti kombinációjával készülnek.

Az elhalálozás okainak vizsgálata alapján megállapítható, hogy ezek koncentrálnak – a halálozások 75%-át a keringési rendszer betegségei és a daganatos megbetegedések okozzák. Ez a struktúra viszonylag lassan változik. A 70-es évek óta a fertőző betegségek miatti halálozás aránycsökkenése volt látható, amely a közegészségügyi fejlődéssel függ össze, mialatt jelentősen nőtt a daganatos megbetegedések okozta halál aránya, míg a keringési rendszer betegségei miatti halálozás mindvégig igen magas – de viszonylag azonos – arányt képviselt. Mindez azzal is magyarázható, hogy az időskori halálozás okaként leginkább ebbe a csoportba tartozó betegséget diagnosztizáltak. A légzőrendszeri betegségek miatti halálozás nagyjából azonos szinten alakult az elmúlt közel húsz év alatt, viszont az emésztőrendszeri betegségek miatti elhalálozás

növekedett (főleg az alkoholizmus következtében). Az erőszakos eredetű halálozások aránya évtizedek óta szintén növekszik.

Az elmúlt évtizedekben az okspecifikus halandóság változásai mind a férfi, mind a női népességben megegyeznek: az alkoholizmus és a dohányzás az a két rizikófaktor, amely a mortalitás emelkedésében a legjelentősebb szerepet játsza. Emellett a különböző elemzések a mozgásszegény életmódot, az egészségtelen táplálkozást, az ideges életvitelt, valamint a környezetszennyezést emelik ki a magas halandóság okaiként.

Nem egyformák azonban a nemek életésélyei. A születéskor várható átlagos élettartam 1979–2003 között a férfiak körében több mint két évet növekedett, míg nők körében közel négy évet. A várható élettartam jól mutatja a halandóság nemek közötti eltéréseit is, miszerint (a 2003-as adatok alapján) a nők várhatóan átlagosan mintegy 8 évvel többet élnek a férfiaknál.

|           | Férfiak | Nők   |
|-----------|---------|-------|
| 1979–1981 | 66,33   | 72,93 |
| 1993–1995 | 65,95   | 74,67 |
| 1998–2000 | 67,53   | 74,95 |
| 2001–2003 | 67,61   | 76,03 |

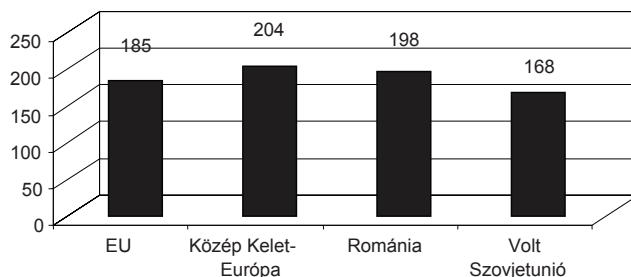
5. táblázat. A születéskor várható átlagos élettartam alakulása (Hargita megye).

Hargita megyében az összes elhalálozás több mint fele szív- és érrendszeri betegségeknek tulajdonítható. Míg a nyugati országokban a táplálkozási szokásokban bekövetkezett változások, a testmozgás és a korszerű gyógyszeres kezelés hatására e betegségek (koszorúér-betegség, agyérrendszeri történes, perifériás érbetegség, illetve aortabetegség együttvéve) mortalitása 1970 óta 20–30 százalékkal csökkent, Romániában a szív- és érrendszeri betegségek okozta elhalálozások aránya nőtt ugyanezen idő alatt. A szív- és érrendszeri betegségek rizikófaktorainak egy része (a magas vérzsír-szint, az elhízás, a cukorbetegség és a magas vérnyomás) szorosan összefügg a táplálkozással, ezek a szív- és érrendszeri betegségek 30–80 százalékában játszanak szerepet. A megye lakosságának elhalálozására tehát jellemző, hogy – kisebb ingadozásoktól eltekintve – növekszik a krónikus egészségi problémákra visszavezethető mortalitás, ami a lakosság egészségtelen életmódjának, a romló életkörülményeknek és a növekvő elszegényedésnek tudható be. Ugyanakkor nem hagyható figyelmen kívül az a tény sem, hogy a keringési rendszer betegségei Európa-szerte vezető haláloknak számítanak.

|                     |       |               |       |
|---------------------|-------|---------------|-------|
| Moldvai Köztársaság | 834,3 | Franciaország | 167,4 |
| Orosz Föderáció     | 798,7 | Spanyolország | 197,9 |
| Ukrajna             | 790,7 | Svájc         | 209,5 |
| Bulgária            | 737,1 | Izland        | 226,9 |
| Románia             | 667,1 | Hollandia     | 233,8 |
| Belorusszia         | 658,9 | Luxemburg     | 240,6 |
| Makedónia           | 582,2 | Norvégia      | 245,5 |
| Szerbia-Montenegró  | 570,4 | Belgium       | 246,4 |
| Észtország          | 569,8 | Svédország    | 255,3 |

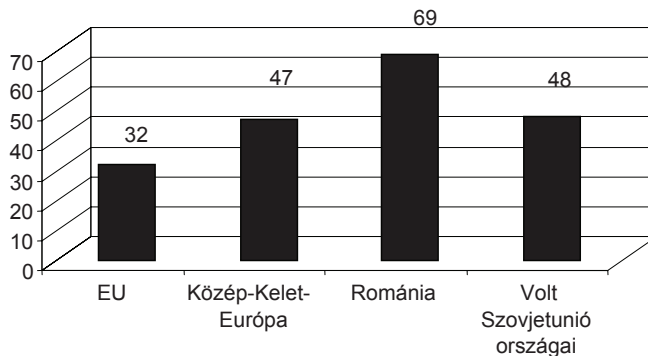
6. táblázat. A keringési rendszer betegségei okozta elhalálozások (100 000 lakosra).

Ugyancsak egész Európára jellemző, hogy a keringési rendszer betegségei mellett a legtöbb áldozatot a daganatos megbetegedések szedik. Bár ez a betegség nem új keletű, a megelőzésére és korai felismerésére való törekvés csak az utóbbi évtizedben kapott nagyobb nyilvánosságot, és kerültek a betegség kiváltó okai (dohányzás, alkoholfogyasztás, környezeti ártalmak, genetikai örökség, életmód stb.) a figyelem középpontjába. Míg a kontinens nyugati felében a daganatok okozta halálozások lakosságszámhoz mért aránya visszaszorulóban van, Közép- és Kelet-Európa számos országában, így Romániában is emelkedő tendenciát mutat. Romániában 2004-ben több mint 259 ezer halálozást regisztráltak, amelynek 16%-át elsődlegesen valamilyen daganatos megbetegedés okozta.



1. ábra. Daganatos megbetegedés okozta elhalálozások, 2000 (100 000 lakosra).

Az emésztőrendszeri betegségek következtében elhalálozottak arányát szemügyre véve elmondható, hogy 2000-ben Románia a harmadik helyet foglalta el e tekintetben 37 európai országból. Míg Romániában 2000-ben 69,0 ilyen elhalálozás jutott 100 000 lakosra, addig például Magyarországon 87, Svédországban 19,5 és Görögországban csak 17,7.

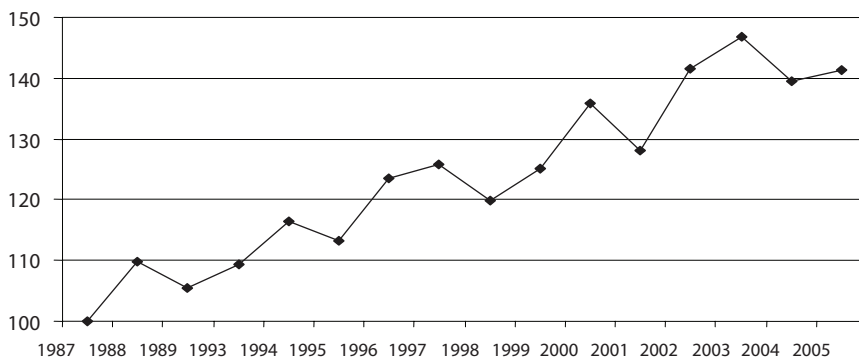


2. ábra. Emésztőrendszeri betegségek okozta elhalálozások, 2000 (100 000 lakosra).

A Hargita megyei egészségügyi statisztikák szerint a daganatok okozta megbetegedések a szív és keringési megbetegedések mellett a második leggyakoribb haláloknak számítanak: 1996-ben a megyei elhalálozások 12,5 %-a, 2005-ben pedig már 15,2 %-a daganatos betegségek következménye volt. E betegségek következtében 2005-ben a megyében 545-en haltak meg, illetve 100 ezer lakosra 166 ilyen eset jutott. Országos összehasonlításra a 2004-es adatok nyújtanak lehetőséget – ezek alapján elmondható, hogy Hargita megyében a daganatos betegségek okozta

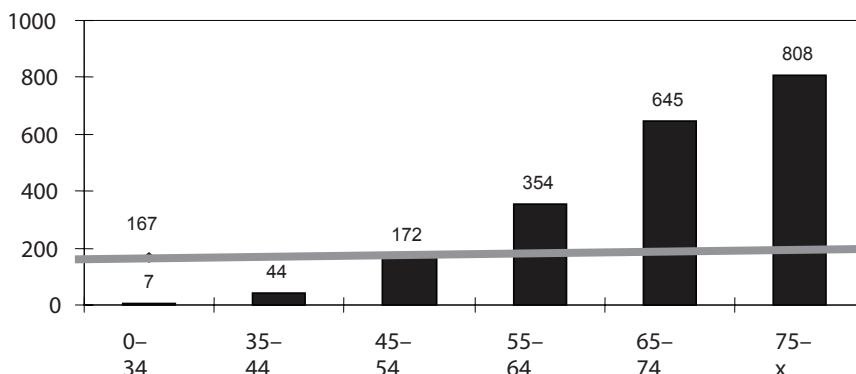


elhalálzási arányok az országosnál kedvezőbbek. 2004-ben a megyében 541 daganatos betegség okozta halálesetet regisztráltak, azaz 100 ezer lakosra 167 eset jutott<sup>3</sup>. Ugyanakkor az elmúlt 20 évben Hargita megyében a daganatos betegségekben elhalálozottak száma folytonosan, átlagosan évi 2,2 %-kal növekedett.



3. ábra. A daganatos megbetegedések okozta elhalálozások alakulása Hargita megyében, 1987–2005 (100 000 lakosra, 1987=100).

A daganatos megbetegedés okozta elhalálozás gyakorisága az életkor előrehaladtával növekszik, 2005-ben a 75 évesnél idősebbek közül 100 000 lakosra közel százhuszszor annyi eset jutott, mint a legkedvezőbb mutatóval rendelkező 34 év alattiak esetében. A daganatos megbetegedésekben elhalálozottak között a férfiak szerepelnek nagyobb arányban (60,9 %), azonban korosztályos megoszlásuk a nőkéhez hasonló.



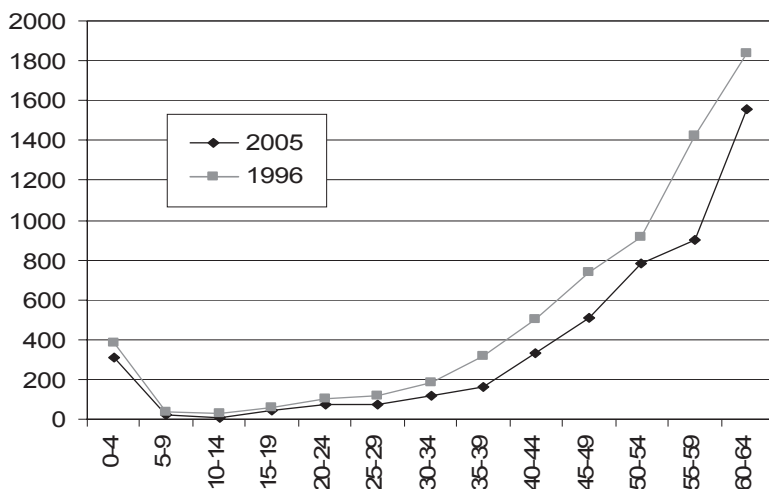
4. ábra. Daganatos megbetegedés okozta halálozások Hargita megyében, 2005 (100 000 megfelelő korú lakosra).

*Életkor és elhalálozás:* A kor szerinti halandóság egy torzult „fél U” alakú görbével ábrázolható, mivel a csecsemők halandósága igen magas, azonban a gyermekhalandóság az életkorral egyre csökken, és 10–14 éves korban éri el a minimumot. A serdülőkor elején a halandóság kissé nő,

3. Az országos arány 203/100 000 lakos.



majd a 25–30 éves életkorúaknál átmenetileg ismét csökken, míg a 30-as évektől folyamatosan emelkedik, s végül a 60–70-es évektől rohamos ütemben nő.

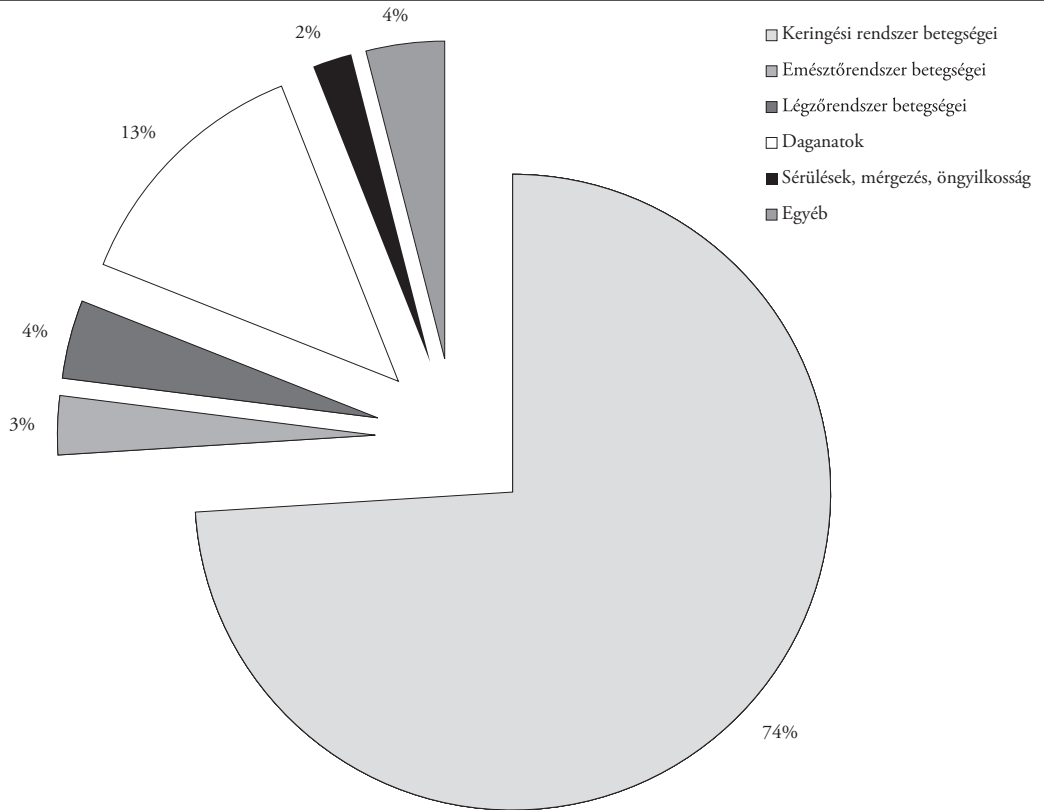


5. ábra. Az elhalálozások korcsoportos alakulása Harghita megyében  
(100 000 megfelelő korú lakosra).

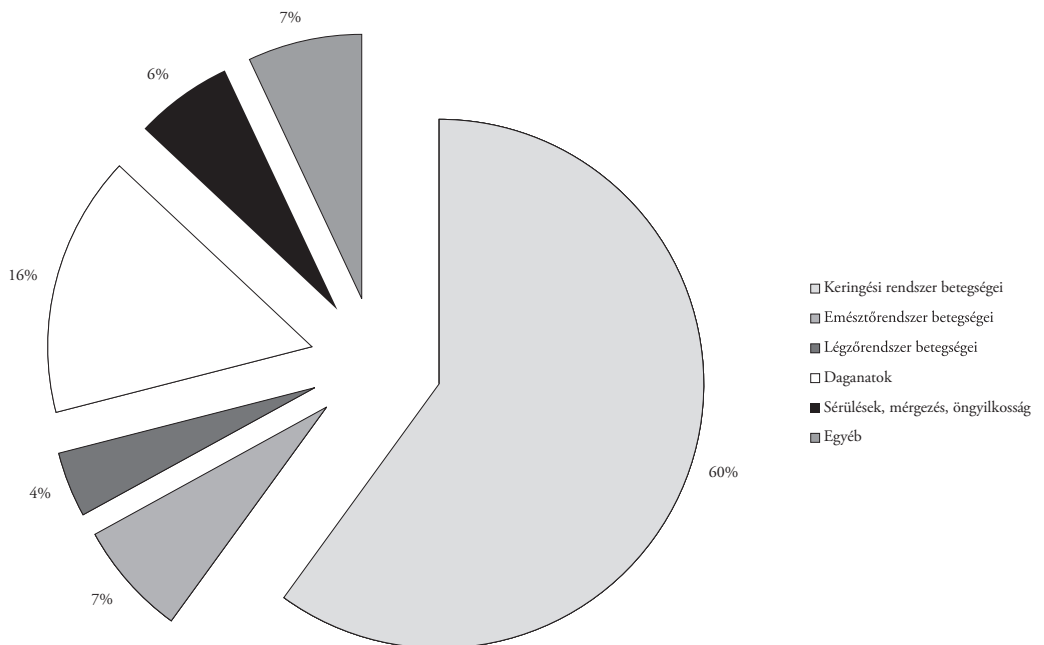
Ha a korosztályok szerinti halandóságot nézzük, azt találjuk, hogy 1996 óta a csecsemő- és gyermekhalandóság csökkent, hasonlóképpen jelentősen a középkorosztályok halandósága is. Az 1996-os adatok alapján az elhalálozások háromnegyede hatvan-, 55%-a hetvenéves koron felül következett be. A csecsemő- és gyermekkorban (0–14 évesek) bekövetkező halálozások az összhálaózás két százalékát, a 35–64 év közötti korcsoportokban bekövetkező halálozások pedig az összhálaózások egynegyedét tették ki. Ezek az arányok 2005. évre 1–2 százalékkal csökkentek – a halálozások több, mint 60%-a hetvenéves kor fölött következett be.

*Elhalálozás nemek szerinti bontásban:* A férfi és a női korszpecifikus halálaózási arányszámok közötti különbségek évtizedek óta fokozatosan növekszenek. Jelenleg (2005) létezik olyan korcsoport (20–34 évesek), amelyben a férfiak halálaózási gyakorisága több mint háromszorosa a nőkének. Illetve 15 és 69 év között a férfinépesség mortalitása minden ötéves korcsoportban háromszor, három és félszer nagyobb a nők mortalitásánál. Továbbá Harghita megyében a halálaózási gyakoriság is a férfiak esetében nagyobb – a tapasztalat azt mutatja, hogy a nők sokkal inkább odafigyelnek egészségi állapotukra és az aggasztó tünetekkel hamarabb fordulnak orvoshoz.

A különböző halálaókokat figyelembe véve nemek szerinti bontásban elmondhatjuk, hogy – a vizsgált tíz év adatai alapján – a keringési rendszer betegségei a férfiak körében az elhalálaózások 60%-át, míg nők körében ezek háromnegyedét jelentették; sérülések, mérgezés, öngyilkosság következtében halt meg a férfiak 6, a nők 2 %-a.

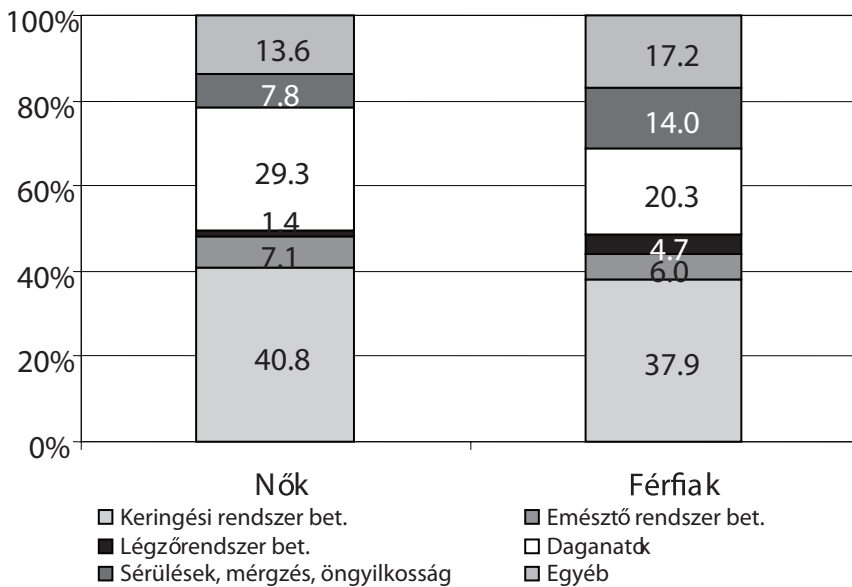


6. ábra. Halálozás a nők körében halálokokként Hargita megyében, 1996–2005.



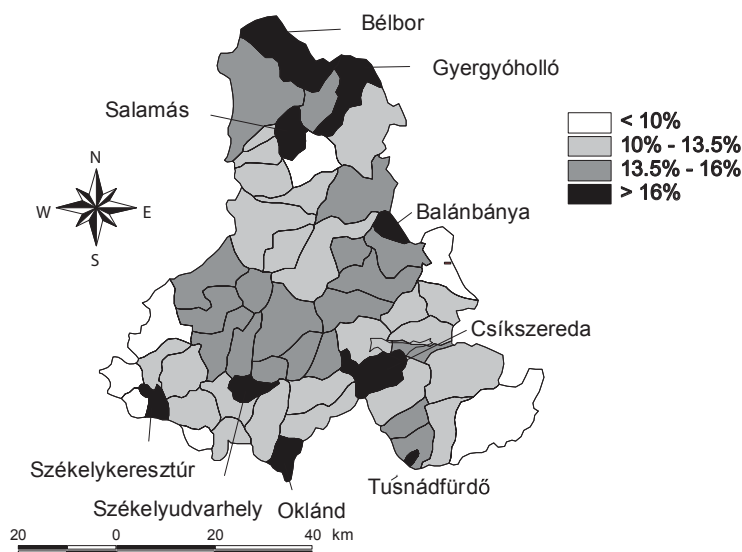
7. ábra. Halálozás a férfiak körében halálokokként Hargita megyében, 1996–2005.

2005-ben az elhunyt férfiaknál minden hatodik, míg a nőknél minden tizedik esetben játszott szerepet daganat. A leginkább érintett korcsoport a 40 év felettieké volt, az ennél fiatalabb korosztályok együttesen is csak a daganatos halálozások alig 3 %-át tették ki. A teljes időszak halálainak elemzése alapján elmondhatjuk, hogy a nők körében az 1996. évi összhála-  
 zások 25%-át daganatos megbetegedések jelentették, ami tíz év alatt 7 százalékkal növekedett, elérve a 32%-ot. Ilyen nagy arányú növekedést vagy csökkenést nem figyelhetünk meg más megbetegedések esetében, például a légzőrendszeri betegségekben elhalálozottak aránya ugyanebben az időszakban 4 százalékról 1 százalékra csökkent. Ugyanakkor elmondható, hogy a daganatos megbetegedések a női elhalálozások körében magasabb arányban vannak jelen: az említett periódusban a férfiak esetében a daganatok okozta halálozások aránya csupán 5 százalékkal növekedett (1996: 17%, 2005: 22%). Viszont a férfiak közt a sérülés, mérgezés és öngyilkosság következtében elhalálozottak aránya jóval magasabb mint a nőknél – 1996-ban a női halálozások 9%-a tudható ezeknek, míg férfiak körében ez 14%. Az adatokat figyelembe véve elmondható, hogy 2005-ben a 0–64 éves lakosság körében a női elhalálozás 29%-át, míg a férfialhalálozás 20%-át daganatos megbetegedés jelentette. Ezzel szemben a sérülések, mérgezés, öngyilkosság a férfialhalálozások 14%-át, a női elhalálozások 7% -át jelenti.



8. ábra. A főbb halálokok aránya nemek szerint Hargita megyében, 2005 (0–64 éves korosztály).

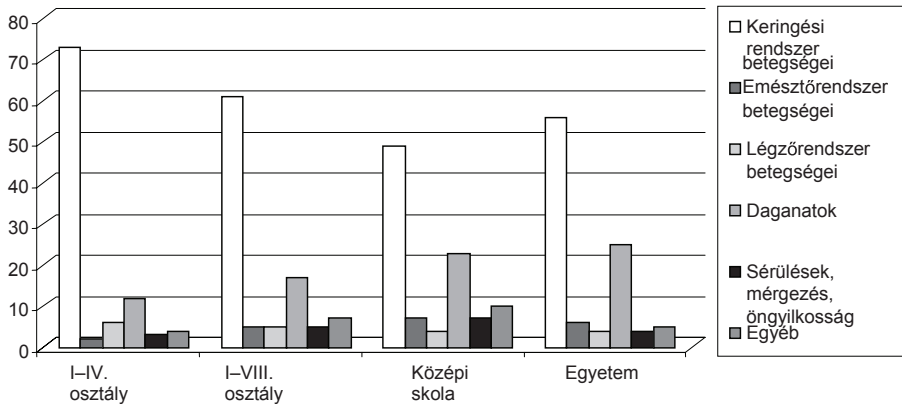
A daganatos betegségek okozta elhalálozásokat ábrázoló térkép jól szemlélteti, hogy milyen nagy különbségek lehetnek akár az egymás mellett lévő községek között is. Ezt részben az (is) magyarázza, hogy ahol radioaktív anyagokat bányásztak, ott nagyobb a sugárzás, ami megnöveli a daganatos megbetegedések következtében elhalálozottak arányát.



1. térkép. Daganatos betegségek okozta elhalálozások aránya az összes halálesethez viszonyítva Harghita megyében, 1996–2005.

*Elhalálozás és iskolai végzettség:* Rose és Marmot (1981) a szív- és érrendszeri megbetegedések okozta halálozások és a társadalmi helyzet közötti kapcsolatot elemezve fordított összefüggést talált a társadalmi-gazdasági státus és hipertónia, valamint a szívkoszorúér betegségei között. A Harghita megyei adatok is ezt igazolják: a magasabb iskolai végzettségűek körében lényegesen ritkábban fordul elő keringési rendszeri megbetegedések okozta elhalálozás, míg az általános iskolai végzettségűek esetében kiemelkedő kockázattal kell számolni a magas vérnyomás és a szívbetegségek tekintetében.

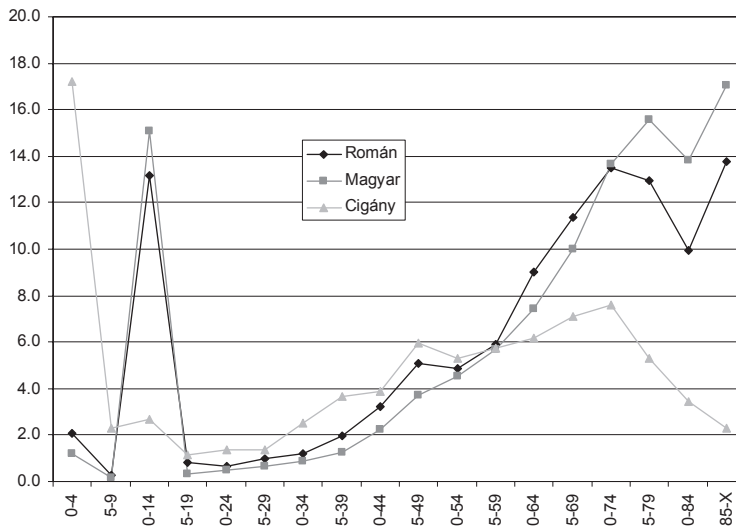
Magyarországon Losonczy (1989) vizsgálta a szív-és érrendszeri betegségek társadalmi feltételeit, aki a feszített életritmus és a túlhajszoltság mellett a kedvezőtlen vagyoni helyzetet és a társadalmi mobilitás csökkent esélyét emelte ki. Az egészségmagatartás és az életmód, valamint a társadalmi helyzet összefüggése már bizonyított – a szív- és érrendszeri betegségek megelőzésében igen nagy jelentőségű, ugyanis ez a betegségcsoport főleg életmódhoz kötött, csak kis mértékben genetikai meghatározottságú. A táplálkozás, a dohányzás vagy a túlzott alkoholfogyasztás tekintetében nem hagyható figyelmen kívül a társadalmi-gazdasági helyzet, a szokások, normák és az iskolázottság szerepe.



9. ábra. Iskolai végzettség és elhalálozás Hargita megyében, 1996–2005 (15 évesnél idősebb korcsoportok).

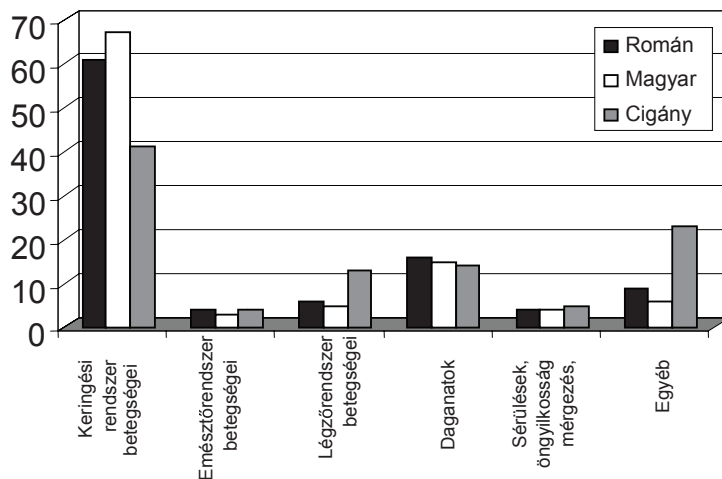
Jól látható, hogy az iskolai végzettség növekedésével csökken a keringési rendszer megbetegedései okozta elhalálozások aránya, ám növekedik a daganatos megbetegedéseké.

*Elhalálozás és nemzetiségek:* Ha a korszpecifikus halálozási arányokat nemzetiségi bontásban figyeljük meg, jelentős különbségeket vehetünk észre: a cigányok körében a csecsemőkorban bekövetkező halálozások az összhálaózás (1996–2005) 13 százalékát tették ki, míg a magyaroknál ez az arány nem érte el az egy százalékot és a románok esetében is csak 1,5%. Az előbbieknél az elhalálozás 15–19 éves kortól fokozatosan növekszik, de a 70–74 évesek korcsoportjától látványosan csökken, azaz esetükben fiatal népeésgről beszélhetünk.



10. ábra. Korcsoportos elhalálozási arányok Hargita megyében etnikumonként, 1996–2005 (összes halálozáshoz viszonyítva).

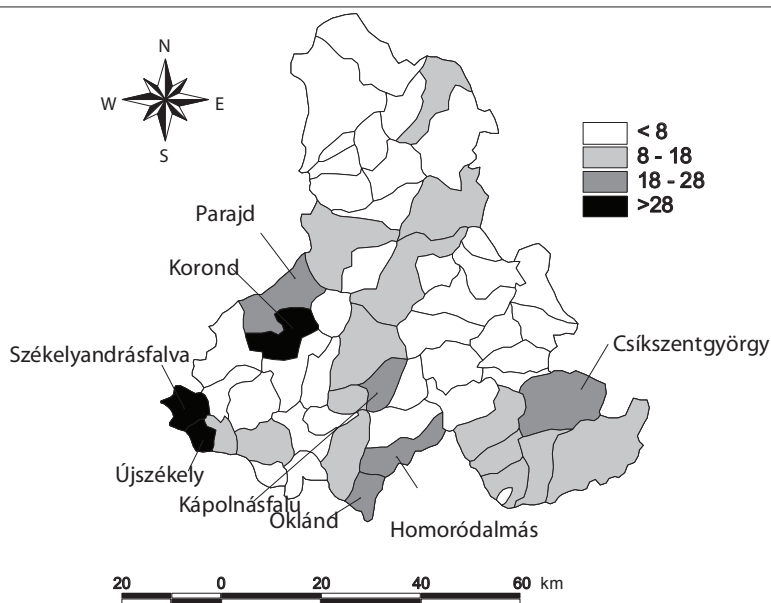
Ugyanakkor a hargitai cigány lakosságnál<sup>4</sup> magasabb az légzőrendszer betegségei következtében történt halálozások aránya, mint románok és magyarok körében. Míg az utóbbiak esetében mindez a halálozások 5-6%-át adja, a cigányok körében majdnem a halálozások egy-negyedét – a leggyakrabban előforduló légzőszervi betegség a tüdőtágulás és az idült hörgőghurut, amelyek elsősorban a nagyon erős dohányzás következményei.



11. ábra. Halálokok nemzetiségek szerint Hargita megyében, 1996–2005.

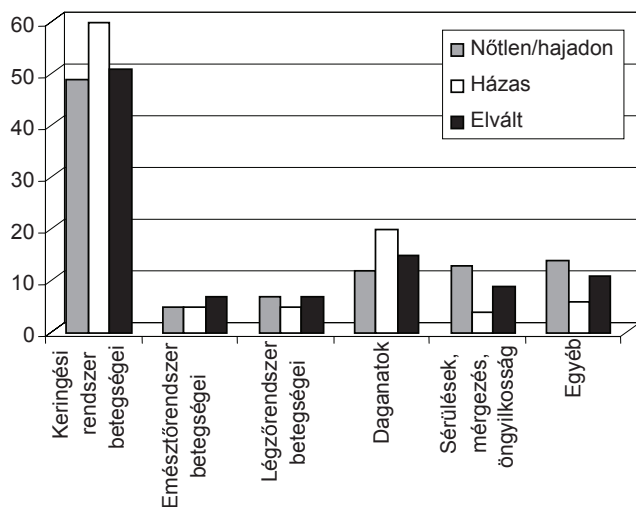
Nem hagyható figyelmen kívül az sem, hogy sok cigány (származású) ember a roma közösségek fizikai elzártsága, a közlekedési eszközök hiánya, illetve az alacsony fokú iskolázottság miatt – továbbá mivel képtelen megfizetni az orvosi díjakat – gyakorlatilag nem is tudja igénybe venni az egészségügyi ellátásokat (lásd Zoon 2001). Ez magyarázza azt is, hogy 1996–2005 között nem egyformán alakult a roma elhalálozottaknak az összes halálesethez viszonyított településenkénti aránya sem: bőven találunk olyan községeket, ahol az 1000 elhalálozásból legalább 28 cigány etnikumú volt, Korondon például ez az arány 62/1000.

4. A statisztikákban a románoknak csak egy részét jegyezték be cigány etnikumúként.



2. térkép. Cigány etnikumúak elhalálozási arányai Hargita megyében (1000 halálesetből).

*Elhalálozás és családi állapot:* 1996–2005 között a nőtlen/hajadon személyek 13%-a sérülés, mérgezés, öngyilkosság következtében halt meg. Ez az arány az özvegyeknél is magas, közülük minden tizedik sérülés, mérgezés, öngyilkosság következtében halt meg, míg a családosoknál ez az arány csak 4%. Daganatos megbetegedés okozta azonban minden ötödik családos halálát, és minden tizedik házasulatlanét.



12. ábra. Halálokok alakulása a családi állapot függvényében Hargita megyében, 1996–2005 (15 évesnél idősebb népesség).

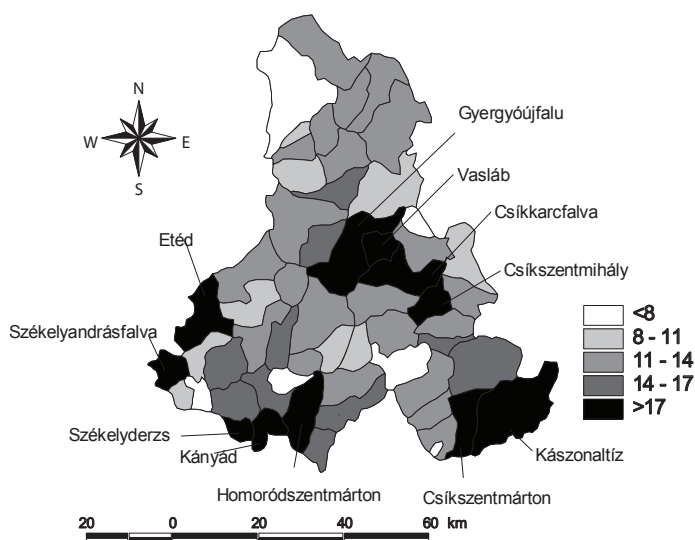


*A halandóság területi különbségei:* A fentebb felsoroltak mellett az elhalálozások jelentős területi különbségeket is mutatnak, aminek kulturális, az egészségügyi ellátásból fakadó, lakáshelyzetbeli, klimatikus, munka- és életkörülménybeli okai vannak<sup>5</sup>. A megyei adatokat figyelembe véve látható, hogy a kiemelt halálokok tekintetében a 100 000 lakosra jutó elhalálozás évről évre növekedett, csak a balesetek aránya csökkent 1995-től mérsékelten.

| 100 000 lakosra jutó elhalálozás | Keringési rendszer betegségei | Daganatok | Légzőrendszer betegségei | Balesetek | Emésztőrendszer betegségei |
|----------------------------------|-------------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------|
| 1989                             | 642.1                         | 138.7     | 62.2                     | 91.9      | 26.4                       |
| 1990                             | 660.8                         | 127.5     | 49.7                     | 84.1      | 26.2                       |
| 1995                             | 942                           | 164       | 98                       | 112       | 42                         |
| 1999                             | 718                           | 158.3     | 58.7                     | 95.2      | 42.4                       |
| 2004                             | 659.7                         | 160.9     | 65.7                     | 76.7      | 36.2                       |

7. táblázat. Halálokok alakulása Hargita megyében, 1989–2004 (100 000 lakosra).

2005-ben Hargita megyében 1000 lakosra 10,9 halálozás jutott. A férfiak esetében az arány 12,4‰, a nőknél 9,6‰. A községekre lebontott adatokat elemezve látható, hogy vannak olyan községek, ahol az 1000 lakosra jutó elhalálozás meghaladja a 17-et (ez 100 000 lakosra 1700 elhalálozást jelent).

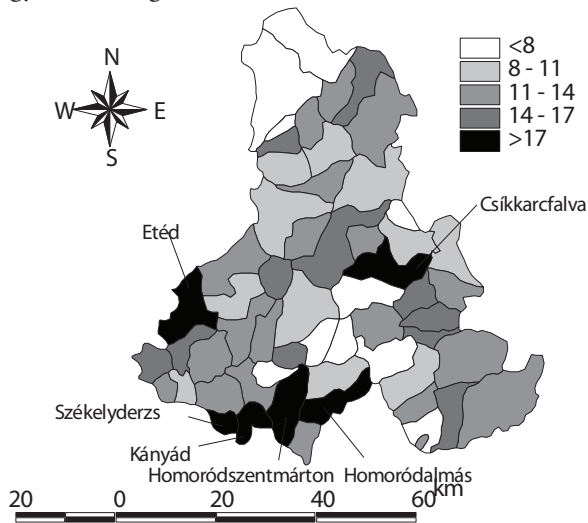


3. térkép. Elhalálozási arányok Hargita megyében, 1996 (‰).

1996-ban több mint 17 elhalálozás jutott ezer lakosra a megye 11 községében (Gyergyóalfalu, Vasláb, Csíkkarcfalva, Csíkszentmihály, Kászonaltíz, Csíkszentmárton, Homoródszentmárton, Kányád, Székelyderzs, Székelyandrásfalva és Etéd), sőt olyan község is volt, ahol 26‰-es elhalá-

5. A községekre vonatkozó adatok a Megyei Statisztikai Hivatal adatbázisából származnak. Mivel az egyes évek adatai – a kis számok miatt – statisztikailag nehezen elemezhetők, 1996–2005 együttes adataival számoltam.

lozási aránnyal számolhattunk (Székelyandrásfalva). A vizsgált tíz év alatt a halálozási arányok csökkenő tendenciát mutatnak, a térkép 2005-re mintegy „kivilágosodik”. Míg 1996-ban csak négy olyan község és egy város volt, ahol az ezer főre eső elhalálozás 8-nál kisebb volt, 2005-ben 10 ilyen község figyelhető meg.

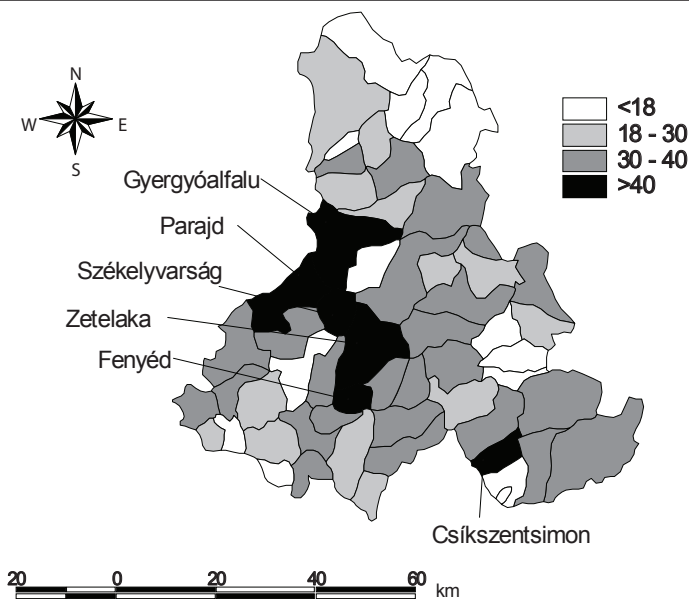


4. térkép. Elhalálozási arányok Hargita megyében, 2005 (%o).

2005-ben már csak a megye 6 községében volt nagyobb 17‰-nél az elhalálozási arány. A községek közül Csíkkarcfalva, Etéd, Homoródalmás, Homoródszentmárton, Kányád és Székelyderzs község mortalitása a legkedvezőtlenebb.

**Öngyilkosság és területi különbségek:** Szakemberek véleménye szerint Romániában a legtöbb esetben a nyomorból, szegénységből adódó depresszió és elkeseredettség veszi rá az érzékenyebb idegzetűeket erre a végzetes lépésre. A kilátástalan jövő, a frusztráció, fásultság, életuntság érzése inkább kamaszkorban jelentkezik, de a feszültségekkel teli családi, társadalmi helyzet, munkahelyi viszonyok is öngyilkossághoz vezethetnek. Kisebb százalékban, a személyiségfejlődési zavarokban szenvedő személyek is könnyen lemondanak az életről. A végsőkig elkeseredettek 57%-a elemi végzettséggel, 37 százaléka középiskolai és 6%-a főiskolai tanulmányokkal rendelkezik, mutatják az országos adatok. A legtöbb öngyilkos a 41–50 év közötti korosztályból kerül ki, és az esetek 80 százalékában a férfiak azok, akik eldobják maguktól az életet. A férfiak a nyári hónapokban, a nők késő ősszel, télen és tavasszal hajlamosabbak véget vetni életüknek.

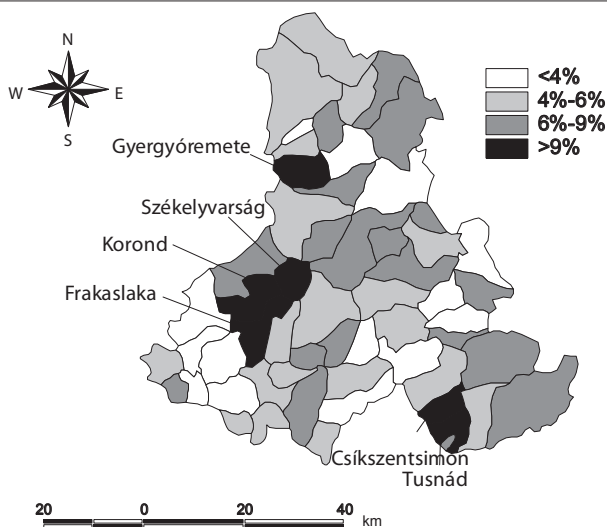
Összességében 100 ezer lakosra évente 15,5 öngyilkos eset jut (2005). Vannak megyék, ahol az öngyilkosok száma igen magas, és vannak olyanok, ahol jóval az átlag alatt van az ilyen halálesetek száma. Romániában a magyar többségű megyékben a legmagasabb az öngyilkosságok számaránya, az öngyilkossági „toplista” élén évek óta Hargita és Kovászna megye áll (Hargita megyében a 100 000 főre évente átlagosan 32,8, míg Kovászna megyében 32 öngyilkosság jut). A vizsgált 10 év (1996–2005) adatai alapján elmondható, hogy az elkövetett öngyilkosságok 85%-ában volt férfi az elkövető, 15%-ában pedig nő.



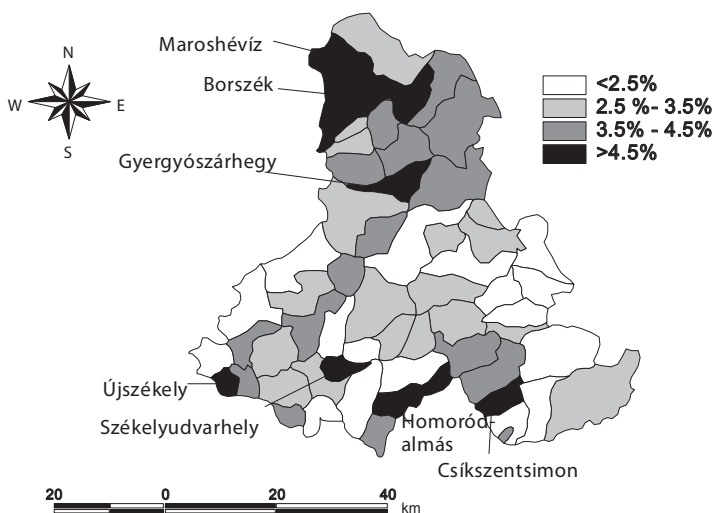
5. térkép. Az öngyilkosságok aránya Harghita megyében, 1996–2005 (1000 halálesetre).

A fenti térkép jól szemlélteti, hogy melyek azok a községek, ahol legmagasabb az ezer elhalálozásból az öngyilkosságok száma (Parajd, Székelyvarság, Gyergyóalfalu, Zetelaka, Fenyéd és Csíkszentsimon), illetve megfigyelhető az öngyilkosságok eloszlásának rendkívül markáns differenciáltsága is.

*Egyéb halálokok területi eltérései:* A halálozási különbségek a megyén belül a társadalmi egyenlőtlenségek és az egészségi állapot kirajzolódó példái. A légzőrendszer betegségeinek halálozási rátája, mint főcsoporté, különös módon alakult az elmúlt 20 évben. A 1987-ben 100 000 lakosra jutó ilyen eredetű elhalálozások száma 71,5 volt, ez 1994-ben 66,6-ra, 2000-ben 47,4-re csökkent, majd 2004-ben újra elérte a 67,6-ot, míg 2005-ben 48-an haltak meg valamilyen légzőrendszeri betegség következtében. 1996–2005 között az elhalálozások több mint 9 százalékát okozta légzőrendszeri megbetegedés a következő községekben: Tusnád, Csíkszentsimon, Korond, Farkaslaka, Székelyvarság.

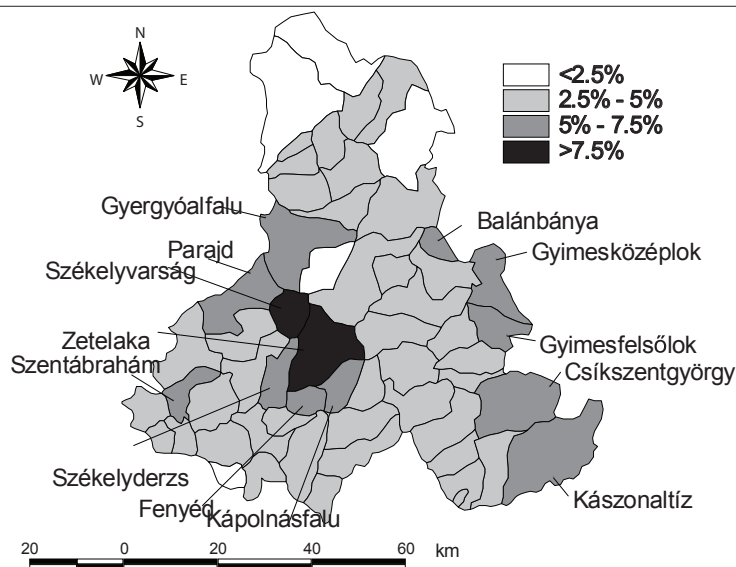


6. térkép. Légzőrendszeri megbetegedések okozta halálesetek részarányai Hargita megyében, 1996–2005 (összes halálához viszonyítva).



7. térkép. Emésztőrendszeri megbetegedések okozta halálesetek részarányai Hargita megyében, 1996–2005 (összes halálához viszonyítva).

Ugyanakkor 1987 óta rendkívüli mértékben emelkedett az emésztőrendszeri betegségek következtében meghaltak aránya, 2002-re a 100 000 lakosra jutó halálozások száma 24-ről 46-ra emelkedett, majd 2005-re ismét csökkent (38/100 000). E betegségek nagyobb mértékben vezetnek halálhoz a férfiaknál, mint a nőknél: napjainkban (2005) 10 000 férfi közül 385 hal meg emésztőrendszeri betegség következtében, míg ugyanannyi nő közül csupán 296.

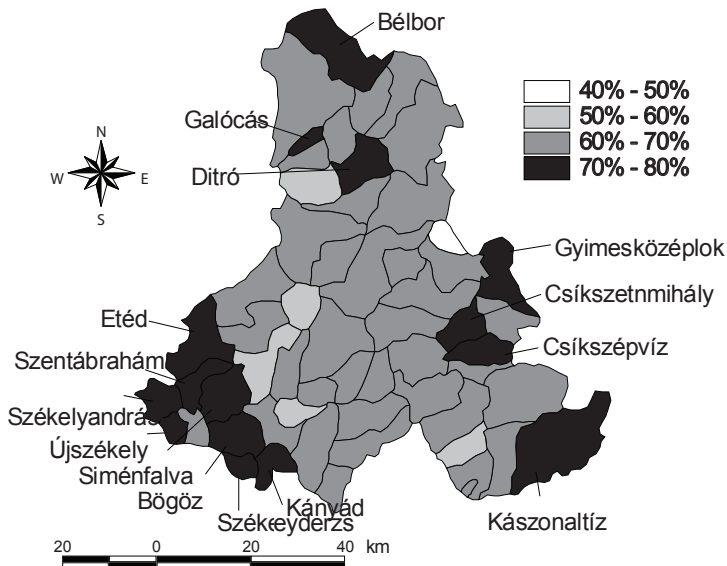


8. térkép. Sérülés, mérgezés és öngyilkosság okozta halálozások részarányai Harghita megyében, 1996–2005 (összes halálozáshoz viszonyítva).

Harghita megye 1990 óta országos szinten is vezető helyet foglal el az öngyilkossági statisztikában. A megyén belül az erőszakos halálok következtében elhunytak a legmagasabb arányban Székelyudvarhely környékén szerepelnek a statisztikákban.

Ugyanakkor a halálokok vizsgálata alapján megállapítható, hogy ezek koncentrálnak – a halálozások 75%-át a keringési rendszer betegségei és a daganatos megbetegedések okozzák. A keringési rendszer betegségei miatti halálozás igen magas, részaránya több mint 40 százalékát

jelenti az elhalálozásoknak a megye összes településén, de vannak olyan községek, ahol akár a háromnegyedét is, ezek: Bélbor, Galócás, Ditró, Etéd, Szentábrahám, Székelydrásfalva, Újszékely, Siménfalva, Bögöz, Székelyderzs, Kányád, Kászonaltíz, Csíkszépvíz, Csíkszentmihály és Gyimesközéplak.



9. Sérülés, mérgezés és öngyilkosság okozta halálozások részarányai Hargita megyében, 1996-2005 (összes halálozáshoz viszonyítva).

## KÖVETKEZTETÉSEK

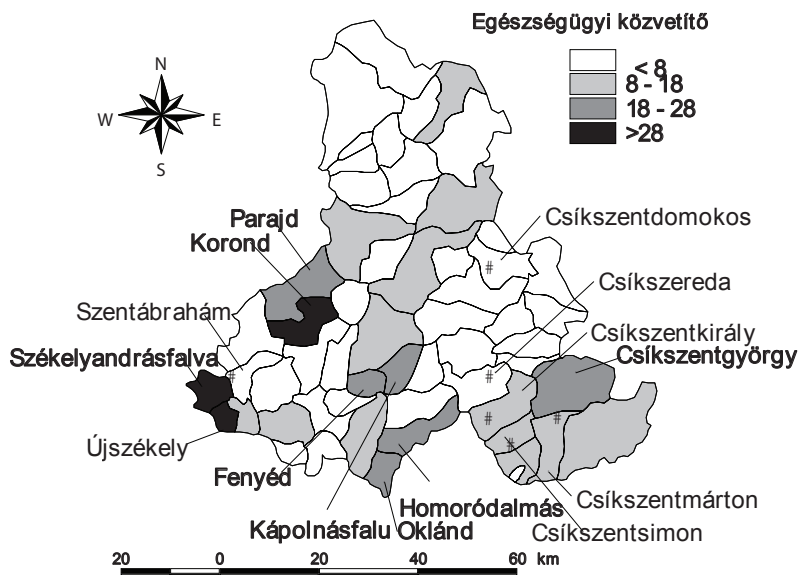
Az elmúlt évtizedekben az okspecifikus halandóság változásai mind a férfi, mind a női népességben megegyeznek – az alkoholizmus és a dohányzás az a két rizikófaktor, amely a mortalitás emelkedésében a legjelentősebb szerepet játssza. Emellett a mozgásszegény életmódot, az egészségtelen táplálkozást, az ideges életvitelt, valamint a környezetszennyezést emelik ki a különböző elemzések a magas halandósági ráták okaiként. Az Egészségügyi Világszervezet álláspontja szerint a populáció egészségi állapotának 43%-áért az életmód (társadalmi tényezők és magatartás), 27%-áért a genetikai tényezők, 19%-áért a környezeti hatások felelősek, az egészségügyi ellátás pedig csupán 11%-ban befolyásolja azt. Az előbbi arányokból adódik, hogy az egészséges életmódra nevelés mellett a környezetvédelem és a humángenetikai kutatások támogatása került előtérbe a fejlett országokban, a hagyományos egészségügyi szolgáltatók támogatása pedig visszafogottabbá vált.

Komoly teendők állnak az egészségügy előtt is, de tudjuk, hogy az egészségügyi ellátás önmagában nem tud javítani az ország/megye igen rossz halálzási és morbiditási viszonyain. A megelőzés tekintetében például a lakosság egészségmagatartása komoly akadályt jelent. A már definiált betegségek/halálokok jó részében az egészségügyi ellátás már csak az állapot kompenzálására, többnyire csak csillapító megoldásokra szorítkozhat, ami lényegesen drágább és kimenetele is kétségesebb. Közhelynek számít például, hogy a tüdőrák és egyéb légzőszervi

megbetegedések morbiditási/mortalitási rátája érdemben nem csökkenthető az igen drága diagnosztikai-terápiás protokollok fejlesztésével. Ezek nem elegendők, amíg a dohányzás elleni permanens kampány nem válik szigorúvá és keményen eltökéltté; amíg a média nem vállal komoly szerepet ebben, s a reklámokat nem korlátozzák drasztikusan; amíg a már meglévő törvényeket nem hajtják végre kellő szigorral, vagy amíg nem valósulnak meg a légszennyezést csökkentő intézkedések. Ugyanez mondható el az alkoholizmus és öngyilkosság kérdéséről is, lévén a két jelenség igen szoros összefüggésben.

A megelőzés fontosságát kellene tehát fokozottabban propagálni a társadalmi helyzetük szempontjából veszélyeztetett csoportoknak, hiszen ők épp azok, akik a szűrővizsgálatokat is kevésbé veszik figyelembe. Ahol magasabb az 1000 elhalálozásra jutó cigány etnikumúak elhalálozása, ott valószínű, hogy a lakosság körében is magasabb az arányuk, ezért az ilyen községekbe olyan közvetítőket kellene alkalmazni, akik egyrészt biztosítják a családorvos és a cigány lakosság közötti kapcsolatot, másrészt az egészségügyi szolgáltatás hozzáféréseinek a lehetőségeit is ismerik. Továbbá a közvetítők képzésére is hangsúlyt kellene fektetni. Jelenleg azok a személyek, akik közvetítői szerepet vállalnak a roma közösség és az egészségügyi szolgáltatók között, maguk is romák köréből kerülnek ki, és egyenként 500–750 romát „szolgálnak” ki. Hargita megyében 5 közvetítőt alkalmaztak, akik 16 településen tevékenykednek. Az alábbi térképen látható, hogy az egyes községekben ezer elhalálozásra hány cigány elhalálozás jut, illetve leolvasható az is, hogy hol működik közvetítő személyzet, illetve hol lenne még erre szükség.

Mivel nincs minden településen közvetítő, a közegészségügyi programok (például egészségnevelés) szervezésekor és gyakorlatba ültetésekor figyelni kell arra, hogy a közvetítők a környező települések közösségeit is bevonják a programokba. Ilyen lehetne például a családtervezés cigány közösségeknek – a gyerek és az anya védelmére helyezve a hangsúlyt. Nagyon fontos lenne továbbá a cigány etnikumúak körében a tbc-szűrés, mivel náluk a legmagasabb a légzőrendszeri betegségek következtében elhalálozottak aránya.



10. térkép. Romák elhalálozási arányai és egészségügyi közvetítők községenként Hargita megyében, 1996–2005.



Az 1996–2005 közötti évek adatait vizsgálva azt is láttuk, hogy a csecsemőhalandóság a cigányok körében az átlagnál sokkal magasabb. E haláleseteknél nagy szerepet játszhat a terhesség alatti dohányzás vagy az anyák rendkívül alacsony életkora, ezért lenne célszerű nevelési programok szervezése közvetítők bevonásával. A csecsemőhalandóság egyébként a népesség szociális jólétét is kifejezi: minél alacsonyabb a halandósági mutató, annál fejlettebb az adott közösség életszínvonala. A probléma ezért az életszínvonal emelésén kívül az oktatás segítségével oldható meg.

Hargita megye 1990 óta vezető helyet foglal el az országos öngyilkossági statisztikákban. Az öngyilkos-magatartásra, a kedélyzavarokra, a megelőzési módokra is rá kell irányítani a figyelmet – a megelőzést illetően vannak is kezdeményezések: Csíkszeredában Országos Pszichiátriai Szimpóziumot szerveztek, ahol magyarországi és hazai szakemberek részvételével, az öngyilkos-magatartásról és kedélyzavarokról folytak az előadások.

Ugyancsak közismert a dohányzás egészségkárosító hatása, ami jelentős szerepet játszik a keringési és légzőszervi betegségek, a légcső- és tüdőrák, valamint a szájüregi rák kialakulásában, továbbá számos egyéb betegség kialakulását segíti elő, azaz jelent kockázati tényezőt. A dohányzás okozta megbetegedések jelentős terhet rónak az egészségügyi ellátásra, a társadalombiztosításra, ezáltal az egész társadalomra. A idő előtti halálozásban is jelentős szerepet játszik a dohányzás, nemzetközi szakértők szerint a 35–69 éves férfiak halálozásáért 35%-ban a dohányzás tehető felelőssé, míg a nők körében ez az arány 7%. Különösen nagy kockázatot jelent a dohányzás és a nagymértékű alkoholfogyasztás együttes előfordulása. Ezért egyre fontosabb az ilyen jellegű ismeretterjesztő kampányok szervezése.

A szív- és érbetegségek kialakulásának megelőzése valóban hatékony lehet a rizikófaktorok kontrollja révén (dohányzás visszaszorítása, fizikai aktivitás, táplálkozás, stresszmenedzsment, életmódreform, egészségtudatosság; koleszterin, vérlipidek, glukóz szintjének ellenőrzése). Svédországban a betegségmegelőzésre létrehozott programok következtében lecsökkent például a szív- és érrendszeri megbetegedések okozta elhalálozás aránya: 2002-ben százezer lakosra Svédországban 243,17, míg Romániában 767,9 volt ilyen halálestet jutott.

A szakemberek véleménye szerint a daganatos megbetegedések mutatóinak javításában a megelőzést elősegítő életmódbeli és környezeti tényezők visszaszorítása, valamint a betegség korai felismerését és kezelését szolgáló egészségügyi ellátás bír alapvető fontossággal. Mivel Hargita megyében magas a daganatos megbetegedések következtében elhalálozottak aránya, illetve nagyon fontos a betegség korai felismerése, úgy gondolom, hogy további szakorvosok alkalmazására lenne szükség (jelenleg egyetlen onkológus dolgozik a megyében).

A vizsgálatnak további fő megállapítása volt, hogy majdnem minden, mindkét nemet érintő megbetegedés kialakulásában nagyobb a férfiak kockázata, mint a nőké.

Amellett, hogy a vizsgált adatok (születések, halálozás különböző halálokok szerint, születéskor várható élettartam stb.) a társadalom egészségi állapotának mutatói, közvetetten a román társadalom állapotának is igen fontos komplex jelzőszámai, és sok egymástól nehezen elválasztható tényező hatását tükrözik. A kedvezőtlen romániai és ezen belül Hargita megyei mortalitási jelzőszámok mögött – számos más tényező mellett – meghúzódó egészségtelen életmód és/vagy az egészséggel való törődés hiánya egyfajta latens önkárosító magatartást, attitűdöt jelenthet – hiszen, mint tudjuk, az egészséggel szembeni nemtörődomség jelentős problémákat okozhat.

FELHASZNÁLT IRODALOM

\*\*\* 2004: *Komorbiditás vizsgálata a fekvőbeteg és járóbeteg szakellátás 2002. évi adatai alapján*, Budapest: Központi Statisztikai Hivatal

\*\*\* 2004: *Morbiditási Adattár 2003*, Budapest: Központi Statisztikai Hivatal

\*\*\* 2005: *Starea de sănătate a populației europene – la începutul secolului XXI și prognoza pentru anii 2020–2025*, București: Ministerul Sănătății – Centrul de Calcul și Statistică Sanitară

\*\*\* 2000–2004: *Anuar Statistică Sanitară*, Ministerul Sănătății – Centrul de calcul și statistică sanitară, București

\*\*\* 2000: *Comparații internaționale privind statistică demografică și sanitară*, Ministerul Sănătății – Centrul de calcul și statistică sanitară, București

Zoon. I. 2001: *Peremre szorulva: a romák és közszolgáltatások helyzete Romániában, Bulgáriában és Macedóniában*, New York: Open Society Institute

Rose, G.–Marmot, M. G. 1981: *Social class and coronary heart disease*. *British Heart Journal* 45

Losonczi, Á. 1989: *Ártó-védő társadalom*. Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.

Cătălin Zamfir 1999: *Politici sociale în România*, editura Expert, București