

Halálozási jelenségek összefüggései a várható élettartam és az egészségügyi állapot tükrében

Globális, országos és Balaton térségi helyzetkép

A kurrens globális folyamatokhoz illeszthetően Magyarországon és azon belül a Balaton Kiemelt Üdülőkörzetben is, a jelen és a jövő kiemelt fontosságú kérdéseinek egyik köre a demográfia témaköre köré csoportosul. A fejlődő országok robbanásszerűen növekvő népességszáma, a klímaváltozás hatásai, a fejlett országok elöregedő társadalmi sajátos globális körülményeket alakítanak ki, melyek óhatatlanul befolyással vannak egy kiemelkedő táji-természeti értékekkel rendelkező, gazdaságilag prosperáló európai léptékben is számon tartott térségre.

Az alábbiakban bemutatott vizsgálat elsősorban a Balaton térségben azonosítható mortalitási specifikumokat kívánja bemutatni, hosszú időtávban a globális és országos dimenziókhöz viszonyítva. A Balaton Fejlesztési Tanács által elrendelt kutatás indokoltságát a Balaton Kiemelt Üdülőkörzet Magyarországon egyedinek számító, a térség helyzeti energiáira visszavezethető demográfiai viszonyai valamint a terület egyes feltételezett mikroregionális sajátosságai szolgáltatták.

A vizsgálat alapkérdései a következőkben foglalhatók össze. Milyen demográfiai, egészségi állapotbeli és halálozási jelenségek tárhatók fel a Balaton Kiemelt Üdülőkörzetben hosszú időtávot vizsgálva? Hogy alakul a térségi népesség egészségi állapota, korstruktúrá-

ja a globális és országos helyzetképhez viszonyítottan? Feltárhatók-e specifikus Balaton Kiemelt Üdülőkörzeti jellemzők a témakör vonatkozásában? Milyen fejlesztéspolitikai válaszok adhatók az esetlegesen feltárt problémakörökre?

A vizsgálat módszertana

A vizsgálati kérdésekre adható megalapozott válaszok érdekében 1970 és 2016 közötti 47 naptári év időszakát átfogó, a Balaton Kiemelt Üdülőkörzet területére vonatkozóan települési szintű, halálok-főcsoportok dimenzióiban megjelenő korcsoportos halálozási adatok kerültek a Központi Statisztikai Hivatal által összeállításra, kiegészítve a vonatkozó időszak szerinti országos és NUTS III területi szintek adataival.

Az elemzést a minél átfogóbb és integráltabb összkép érdekében demográfiai aspektusok szerint élettartam, életkorstruktúra, népesedés és népmozgalmi adatokkal egészítettük ki, ezek mellett gazdasági megközelítések egyes vetületeit is ábrázoltuk az emberi fejlettség (HDI) index segítségével, illetve elemzés alá vontuk a kérdésben releváns vonatkozó egészségügyi szempontokat is. A BKÜ területi szegmens érvényességét a hatályban lévő törvényi rendelkezés szerinti települések köréhez igazítottuk.¹ Ennek megfelelően nem kellett térséget elhagyó településekkel számolnunk, de hasonlóan az első keresztmetszethez, figyelembe kellett venni az üdülőkörzet területén települési szétválással, illetve egybeolvadással megjelenő településeket.

Az adatok értelmezése és összehasonlító elemzése érdekében BKÜ települési szintű adatszemléte mellett megegyező tartalmi tematika alapján a vizsgálati időszak egészére országos, illetve valamennyi megyére kiterjedő adatállomány összeállítását is kértük, amelyet a KSH elvégzett és rendelkezésünkre bocsátott. Az összesített adatok a területre nem bontható adatokkal együtt jelennek meg. A települési szintű adatokat az alábbiakban részletezett településtörténeti

anomáliákat is figyelembe véve szükséges értelmezni. Az adatok térségi-települési értelmezése az elhalt személyek tényleges lakóhelye szerint értendő.

Az adatállomány az alábbi 5 korcsoport-dimenziót tartalmazza:

- 0-14 év – csecsemő-, és gyermekhalálozás
- 15-39 év – serdülők és fiatal felnőttek halálozása
- 40-59 év – idősebb felnőttek halálozása
- 60-79 év – időskorúak halálozása
- 80 + év – agykorú népesség halálozása

A halálokok a WHO által kidolgozott Betegségek Nemzetközi Osztályozásának (BNO) X. revíziója alapján kerültek meghatározásra.² Szakértői egyeztetés és vezetőségi döntés alapján a részletes halálok nomenklatúrából adatvédelmi előírások miatt az alábbi 6 főcsoportot hoztuk létre:

- Daganatos halálozás – BNO kódjelzés: C00-D48
- Szív-, ér-, és keringésszervi halálozás – BNO kódjelzés: I00-I99
- Légzőszervi halálozás – BNO kódjelzés: J00-J98
- Emésztőszervi halálozás – BNO kódjelzés: K00-K92

Erőszakos külső okok (baleseti halál, öngyilkosság, gyilkosság, orvosi kezelésből származó ártalom, szövődmény, természeti jelenségek okozta halál, stb.) – BNO kódjelzés: V01-Y89

Egyéb betegségek okozta halálozás – a kimelteken kívül valamennyi egyéb halálok.³

Az adatstruktúra az előzetesen tervezetthez képest csak egy-egy ponton tér el a legyűjtésre került információktól, adatvédelmi okokból a csecsemőhalálozás⁴ összevonásra került a gyermekhalálozással,⁵ illetve a fertőző betegségek okozta halálozás, annak adatvédelmet érintő módon alacsony elemszáma miatt az egyéb betegségek főcsoportjába sorolódott.

A hosszú időtávot átfogó, kumulált adatsorok gyakori problémája, hogy szupresszálják a folyamatokban bekövetkező változásjelenségeket. Előfordulhat, hogy egy adatsor gyakorisáértékei kezdetben magasak, majd alacsonyra váltanak, vagy fordítva, adott esetben random módon extrém váltakozóak is lehetnek. Mindez jelentős

becslési hibákat rejthet magában, ami a módszertani érvényesség határait feszegeti.

A jelen vizsgálati időszakot átfogó halálozási statisztika ezt a problematikát a halálokok szerinti strukturált eloszlás relatív állandósága miatt kevésbé implikálja. A vizsgálati időszak első éveiben az összes halálozás 19-20%-a arányában pozícionálódott a daganatos halálozás, a keringésszervi halálozás 53-54%-os arányon állt, a légző és az emésztőszervi halálozás 4-6%-os részesedési értékeket ért el. Két évtizeddel később is hasonló, bár a daganatos megbetegedések tekintetében növekvő értékekkel találkozhatunk: a daganatos halálozás 21-22%, a keringésszervi 52-53%, a légző és az emésztőszervi 5-6%-os részarány értéket foglalt el. A vizsgálati időszak végén a daganatos halálozás 25-26%, a keringési 49-50%, az légző és emésztőszervi 5-6%-os részarány értékeket ért el. Az alapvető eloszlásstruktúra változatlan, így nem láttuk módszertani akadályát az adat-kumulációnak, amelyet az adatvédelem egyébként jogi szempontból megkövetelt. Az elemzésben felhasznált egyéb adatok hivatkozási forrása a Lechner Tudásközpont⁶ által működtetett Országos Területfejlesztési és Területrendezési Információs Rendszer (TeIR),⁷ illetve a Központi Statisztikai Hivatal szabadon hozzáférhető területstatisztikai információs adatbázisa (StatInfo).⁸ A várható élettartamra vonatkozó összefüggések tartalmi elemeinek forrása a BIFÜ Nkft megbízásából a Központi Statisztikai Hivatal Népeségstudományi Intézete által készített népesség előrejelzés,⁹ a vonatkozó nemzetközi adatok forrása az Eurostat központi információs rendszere.¹⁰ Az elemzés során felhasználásra kerültek a BFT 2018 május 15-én tartott ülésén elfogadott 2018 évi monitoring helyzetjelentésnek témakörben releváns adatai is.¹¹

Globális és országos helyzetkép

Az egészség nem egyszerűen a betegségek, vagy valamely fogyatékoság hiánya, az Egészségügyi Világszervezet (WHO) alkotmányában rögzített definíció alapján teljes testi (szomatikus), szellemi (pszichés) és szociális (pszichoszomatikus) jólét állapota.¹² Az egészség definíciója a WHO alapdokumentumának több mint 70 évvel ezelőtti megalkotása óta nem változott, ezzel együtt inkább tekinthető egyfajta ideáltípusnak, mint népegészségügyi vonatkozások szerint

köznapri értelemben használatos fogalomnak. Az egészségi állapot szubjektív érzete és objektivitása gyakran nem feltétlenül, vagy egyáltalán nincs összhangban egymással, és minden az egyének élete során életkorok szerint időben is sokszor változik.

Az egészségre az adott egyének biológiai, genetikai, fizikai adottságain kívül alapvető társadalmi és szociális körülmények, anyagiak, lakókörnyezet, életmód, családi viszonylatok, de akár a nemek szerinti különbségek is jelentős hatással lehetnek, amelyeket az egészségügyi ellátás minőségi fokozataival nyilvánvaló módon generálni lehetséges, ez utóbbi esetében az ezekhez való hozzáférés lehetőségeiben történelmi időt tekintve, illetve akár a jelenben is országoként, de országhatárokon belül is nagyfokú egyenlőtlenségek igazolhatók. Leegyszerűsítve az egészség fogalmi dimenzióköreit az adott egyének szellemi-mentális állapota, az őket ért lokális-globális hatásokon keresztül képes lényegesen befolyásolni, így az egészségről alkotott gondolkodás egyfajta pozitívista vetületet nyerhet még abban az esetben is, ha inkább annak hiánya a valós. Ennek megfelelően a betegséget az egészség negatív definíciójának tekinthetjük.

Az egészségi állapot romlása, a betegség megjelenésének kockázata értelemszerű összefüggésben van a haláloki rizikótényezők növekedésével. Ezek között kiemelkedik a választott, vagy kényszerű életmód, a testtömeg, ezen belül a kóros elhízás, vagy a kóros soványság, a dohányzás, az excesszív alkoholfogyasztás, a kábítószert és drogfogyasztás.

Magas kockázati tényező a szennyezett víz és étel fogyasztása, a hiányos, vagy elégtelen közegészségügyi és higiénés helyzet, anémia, magas vérnyomás, magas koleszterinszint, légszennyezés, védekezés nélküli szexuális kapcsolat, de a különböző társadalmi fermentumok, az anómiás és a háborús állapotok is. De nem csak ezek a tényezők vezetnek közelebb a halálozás oksági körülményeihez, hanem a születéskor várható átlagos élettartam növekedése is, ennek megértéséhez szintén körül kell járnunk néhány fogalmat. A születés fogalma eleve kettős, egyfelől a magzati élet világrajövetellel folytatódó életjelenségeit, vagyis az élveszületéseket érthetjük ez alatt, de születési eseménynek számít az is, ha a magzati

életjelenségek produkálása nélkül, halva születik. Amennyiben az életjelenség-produkciót a születést követően sem sikerül elérni, az adott születési esemény gyakorlati értelemben halvaszületés, illetve a korszerűbb demográfiai definíció értelmében a magzati halálozás közé sorolódik.¹³ A születéskor várható átlagos élettartam egy olyan komplex, predikciós mérőszám, amely egy adott népesség, társadalom, vagy akár az egész emberiség bizonyos évre, vagy életkori kohorszra vonatkozó mortalitási tapasztalatait összegzi, funkcionális értelemben egy halálozási indikátor,¹⁴ amelyet a halandósági táblák felhasználásával számolnak ki.¹⁵

Időskorú népesség alatt Magyarország uniós csatlakozásáig vezetett statisztikákban a 60 + éves, Magyarország uniós csatlakozását követően az Eurostat közös uniós statisztikára vonatkozó ajánlásai szerint a 65 + éves népességet értjük. A népesség idősödésének egyik legjellemzőbb mérőszáma az öregedési index, amely jövőbeni tendenciákat is előre vetít. Az öregedési index a 14 éves és annál fiatalabb népességre jutó 60 +, vagy 65 + éves idősök arányát szemlélteti.

A társadalmak korstruktúra szerinti változása jelentős részben jóléti hatásokra is visszavezethető, ami alapvető életmódbeli változásokat eredményezett, miközben forradalmi változások következtek be a gyógyászat-technikai eszközök, vagy éppen a gyógyszerek terén, és nem utolsósorban, az egészségügyi személyzet felhalmozott tapasztalati- és tudástőkéjében is. Természetesen nem hanyagolhatók el azok a szempontok sem, amelyek a személyi és családi biztonság, vagy a higiéniai körülmények nagymértékű javulását implikálják, mindezek és még számos egyéb, hasonló tényező együttes hatása nyilvánvaló és összességében eliminálhatatlan hatásokkal bír a korösszetétel változás, a születéskor várható élettartam, végeredmény szerint az előregedés társadalmi térnyerésében.

Mivel számos megbetegedés, például a dagados betegségek egy jelentős részének a kialakulásához időre van szükség, és ezek felismerésében és kezelésében fokozott szerepet játszanak a szűrőprogramok, felismerés esetén a gyógyszeres-műtéti beavatkozások, különösen a gazdaságilag fejlett országokban sok beteget stabilizálni, tartósan kezelni tudnak, így a halálozás a relatíve

valószínű és lehetséges életkor-dimenziók szerint, az egyén adottságait és életkörülményeit is figyelembe véve, egyre későbbi időpontokra tolódik. Ez az igen összetett, de logikailag szorosan egymásra kapcsolódó, térben és időben egyre kiterjedtebb folyamat értelemszerűen új kihívások elé állítja a társadalmakat, globális és lokális szinteken egyaránt.

A társadalmi reprodukciós potenciál mérséklődését az élve születések és a halálozások egymáshoz viszonyított értékének világméretekben is jól felismerhető változása kíséri. Az elmúlt évszázad során azokban az országokban, ahol magas volt élve születések száma, jellemzően a halálozás gyakorisága is magas volt. A termékenység fokozatos csökkenésével az élve születések száma értelemszerűen csökken. Ez a csökkenés jellemzően az euro-atlanti térség országaiban, a Távol-Keleten különösen Japánban, illetve Európában, köztük Magyarországon is már a 20-ik század utolsó évtizedeiben megjelent, és jelenleg is tart, a 21-ik század második évtizedére a világ egyre több pontján bukkan fel.

A halálozások gyakoriságában a háborús, hávária eseményeket kivéve lényeges változás nem tapasztalható, ahol eddig magas volt, ott jellemzően továbbra is átlagot meghaladó, ahol pedig alacsonyabb, ott sem változnak jelentősen a gyakoriságértékek, változások az elhalálozás életkor struktúrájában tapasztalhatók. Ahogy az emberek egyre tovább élnek, a halálozás is egyre későbbi időpontban következik be. Ez a jelenség okozza azt, hogy Európa országaiban annak ellenére, hogy a halálozási események gyakorisága sokkal kevésbé uralja a társadalmi mindennapokat, mint például Afrikában, az élve születések és halálozások tömegét összehasonlítva mégis a halálozás a dominánsabb tényező, de csak azért, mert az élve születések száma, Afrikával, vagy Ázsiával összehasonlítva extrém alacsony.

Azzal párhuzamosan, hogy a várható élettartam növekedik, az életfenntartáshoz szükséges és elégséges feltételek minden tapasztalható egyenlőtlenség ellenére, globálisan egyre jelentősebb mértékben javulnak, a halálozás természetes módon várható időpontja átlagosan egyre magasabb életkorsávokba tolódik. Ez a halálokok összetétel-struktúrájában is alapvető változásokat eredményez.

A haláloseményeket rögzítő lista élén a szív-, és érrendszeri, keringésszervi, úgynevezett kardiovaszkuláris megbetegedések okozta halálozás helyezkedik el, amely az összes halálosemény közel harmadát alkotja. Ez a betegségcsoport 2016-ban közel 17,65 millió ember halálát okozta. A gyakoriságok második helyén a daganatok okozta halálozás pozicionálódik, amely az összes halálosemény mintegy hatodát teszi ki. Ebben a halálozási főcsoportban közel 8,93 millió halálosemény helyezkedik el. Ez a két halál oka együttesen az összes halálozás közel felét, 48,6%-át képezi. A gyakoriságok harmadik helyén a légzőszervi megbetegedések okozta halálozás, a negyedik a vér-, és endokrinológiai megbetegedések, cukorbetegséggel összefüggő halálozás, az ötödik az emberi agy értelmi, érzelmi és társas képességének nagyfokú hanyatlásával együtt járó, összefoglaló csoportmegnevezés szerint a demenciával társítható megbetegedések okozta halálozás áll.¹⁶ Ez a három halálokcsoport együttes arányaiban képez akkora nagyságrendet, amit a daganatos halálozás egymaga képvisel.

A daganatok okozta életkor-standardizált, százezer lakosra jutó halálozás eloszlása földrészenként kiegyenlítettebb, Európa, Észak-Amerika, Ázsia számos országára jellemző. Európában kiemelkedően magas arányt képvisel Magyarország, Ázsiában Mongólia, Afrikában Zimbabwe, Dél-Amerikában Uruguay. A listavezető azonban évtizedek óta Grönland, ahol százezer lakosra 348 daganatos halálozás jutott 2016-ban.¹⁷ Ha a daganatos megbetegedésekben szenvedők-kezeltek számát nézzük, a legtöbb beteg az Amerikai Egyesült Államokban és Kínában található. A becslések szerint 2016-ban globálisan mintegy 42 millió rákos beteg élt a Földön, ez a szám több mint kétszeresére emelkedett 1990-óta, amikor becslések szerint 19 millió volt a rákos betegek száma. A legelterjedtebb, számos esetben rosszindulatú daganatfajta a becslések szerint az emlőrák,¹⁸ ez a betegség mintegy 8 millió embert okozott 2016-ban tüneteket a Földön. Nagyon jelentős a vastag és végbél, a prosztata, valamint a trachea, hörgő és tüdőrák előfordulási gyakorisága is.

A globálisan az ismertté vált rákos megbetegedések több mint négyötöde az 50 év feletti-eknél fordul elő, legjellemzőbb módon az 50-69

éves népesség érintett, csaknem minden második rákos beteg sorolható ebbe a korcsoportba. A daganatos megbetegedések 37%-a 70 éves, vagy annál idősebb népesség tagjainál jelentkezik. A legalacsonyabb daganatos betegség előfordulási gyakoriság a 14 éves és annál fiatalabb népesség esetében mutatható ki, az esetek alig 1%-a sorolható ide. A trendek tekintetében lényeges változás, hogy a 70 + éves humán populáció daganatos halálozása 1990-óta mintegy 7%-al emelkedett, miközben az 50-69 és a 15-49 éves populáció részaránya 3-4%-al csökkent. A jelenség hátterében az előregedés globális jellemzőinek perspektíváit fedezhetjük fel.¹⁹

Magyarország lakosságának egészségügyi állapota évtizedek óta a javulás jeleit mutatja, fokozatosan közelíti a legfejlettebb országok lakosságának egészségügyi standardjait. Az, hogy ez a közelítés mégsem tekinthető átütő erejűnek, alapvetően két okra vezethető vissza. Az egyik, hogy az elmúlt évtizedek alatt a legfejlettebb országok lakosságának egészségi állapota is nagy ütemben javult. Emellett a magyarországi helyzet pozitív irányú elmozdulása az összehasonlítható dimenziók szerint vizsgált országok lakosságának mutatóihoz képest sokkal kedvezőtlenebb kiinduló bázisonról eredeztethető, vagyis a közelítő tényezők mellett a különbségeket fenntartó erők is érvényesülnek.

A legfejlettebb országok lakosságának jövőben várható egészségügyi állapotváltozásait modellezve a trendek inkább az egyensúlyi scenárió irányába mutatnak. A várható élettartam növekedésével arányosan növekedik a még relatív egészségesben, fizikai mobilizációs képességek birtokában leélhető életévek száma is. A negatív scenárió ezzel szemben az, hogy az élettartam ugyan emelkedni fog, de ezt nem követik feltétlenül az egészségesség generális jelei, vagyis nem növekszik, vagy nem növekszik jelentősen a még egészségesben, súlyosabb fizikai korlátozottság nélkül leélhető életévek száma.

Az életévek során bekövetkező betegségterhelés²⁰ számszerűsítésére az Egészségügyi Világszervezet (WHO) által kidolgozott kombinált indikátor, a DALY²¹ segítségével mérhetőek a különböző országok népességei közötti különbségek. A DALY százezer lakosra vetített értéke szerint Magyarország a WHO európai régiójának

országai közül az utolsó harmadban pozicionálódik. Ebben a rangsorban azoknak az országoknak a népessége áll az élen, amelyek a legkevesebb életévet veszítik el betegségek miatt.²² Az elemzés kimutatta, hogy minden típusú okot együttesen kezelve valamennyi nyugat-európai ország népessége kevesebb életévet veszít, mint a magyar népesség, Magyarország pozíciói jellemzően az egykori keleti blokk országaihoz állnak közelebb, de például Csehország, vagy Horvátország mutatói is kedvezőbbek a magyarnál.

Az elemzés a fontosabb betegség és haláloki csoportok szerint is elvégezte az elveszített életévek kalkulációját. Magyarország népessége a fertőző betegségek okozta mortalitási és morbiditási terheket illetően került kedvezőbb helyzetbe, ebben a tekintetben az ötven rangsorolt ország között a 24-ik helyre került. Nagyon kedvezőtlen azonban a krónikus, nem fertőző betegségcsoportból adódó betegségterhelés. Ebben a vonatkozásban Magyarország a rangsorolt országok közül csupán a 39-ik. Magyarországon a betegségterhek több mint négyötöde ehhez a betegségcsoporthoz köthető. A krónikus, nem fertőző betegségek kialakulásában az életminőségnek és az életmódnak is meghatározó szerepe van, alapvetően az étkezéssel és a környezet minőségével kapcsolatos tényezőkről van szó.

Az életmód természetes, akár kényszerű tényezőin kívül a természeti-környezeti, biológiai és kémiai akkumulációk következményei is mélyre hatóak. Ezek alatt érthetjük a víz, talaj, légszennyezettséget, a levegőminőséget, vagy a zajterhelést. Az előbbieket inkább a fejlődő világ népessége, az utóbbiak a fejlett, vagy legfejlettebb országok népességének környezeti ártalmi közül talán a súlyosabb, elengedhetetlenül fontos rizikófaktorok. Mindezek mellett nem elhanyagolhatóak a környezeti-klimatikus változások földrészenként, országonként és népességként tagolatlan hatásai sem, ezek sorában kiemelt jelentősége van a fokozott UV sugárzásnak.²³

Az egészségi állapot javíthatóságának és javulásának alapvető társeléme az egészségügyi ellátórendszer minősége. Az egészségügyi ellátórendszer fejlődése ötven-száz év távlatában Magyarországon is rendkívül látványos. Nemcsak a tünetkezelésre, a gyógyító orvoslás technikai megoldásaira fókuszál, hanem az egyes beteg-

ségek rizikófaktorainak csökkentését, lakossági szűrésekkel a megelőzés céljait is prioritálja. Szemlélete a világtendenciának megfelelően holisztikus jellegű. A kutatások eredményeiként az elmúlt évtizedekben egyre több, akár társadalmi, szolgáltatási rendszerbeli, pénzügyi, gazdasági, biológiai, genetikai, ökológiai, természeti és környezeti tényezőt vesznek számításba, egyre komplexebb és teljesebb képet nyerhetünk a jó egészségi állapot megőrzése, illetve a rossz egészségi állapothoz vezető jelenségek oksági összefüggéseiről. Az egészségügyi ellátórendszer funkciója alapvetően a fizikai és mentális egészség megőrzésére, fejlesztésére irányul, ugyanakkor a legfejlettebb országok ellátórendszereinek szolgáltatásaihoz, különösen azok egyes szakellátási potenciáljaihoz képest hátrányban van. A hátrányos helyzet okai rendkívül összetettek, több évtizedre visszanyúló módon roppant mélyrehatók.

Világszínvonalú orvos és egészségügyi személyzetképzés mellett a legnagyobb probléma a munkaerőhiány. A munkaerőhiány újratermelésének oka a bérek és fizetések versenyhátránya a legfejlettebb országok ellátórendszereihez képest. A hazai alulfinanszírozottság kísérője a forrásokhoz való egyenlőtlen hozzáférés, más megvilágításban a paraszolvencia. Miközben a fiatal és képzett szak személyzet a legfejlettebb országokban való munkavállalással eliminálhatja a szakterület finansziális hiányosságait, a hazai ellátórendszerben maradó-dolgozó szak személyzet egyre nagyobb terhelésnek van kitéve, számos metszetben burn out („kiégés”) szindróma jelei mutatkozhatnak, amivel párhuzamosan, ahogy a lakosság esetében, úgy az alap és a szakellátásban dolgozó szak személyzet vonatkozásában is fokozatosan kibontakoznak az előregedés jelei. A felmerülő problémák hatására a 21. század első évtizedében előtérbe került az egészségügyi privatizáció és a fizetés egészségügy bevezetésének kérdése, mint a finanszírozás válságára és a munkaerőhiányra adható egyik lehetséges megoldás.

Az egészségügyi ellátórendszer fokozatos javulását, az életminőség javuló tendenciáját és várható élettartam növekedését demográfiai értelemben, ahogyan a legtöbb fejlett országban, úgy Magyarországon is határozott negatív kontextus övezi. Ezt a kontextust jelenünkben és a várható

jövőben az alacsony fertilitás és a társadalmi előregedés foglalja keretbe és az élve születések és a halálozások negatív egyenlege tartja fenn. A 20. század első évében a történelmi Magyarország területére számolva az élve születések és halálozások egyenlege 13,4 ezrelékes pozitív mérleget mutatott, a trianoni döntés területi vonatkozásait is figyelembe véve ötven évvel később ez az érték 9,5 ezrelékre esett, mindössze egy évtizeddel később ennek az értéknek kevesebb, mint a felére zuhant vissza, 4,5 ezreléken állt.

A jelenség okai igen összetettek, de nem véletlen módon közrejátszott a művi terhességmegszakítások 1956-ot követő liberalizációja.²⁴ 195625 és 1960 között 666 ezer művi terhességmegszakításra került sor Magyarországon. A száz élve születésre jutó terhességmegszakítások száma az 1956 évi 42,8-ról 1960-ra 110,7-re emelkedett, ez azt jelenti, hogy évente több művi abortuszt végeztek, mint amennyi élve születés történt. Ez az állapot 15 éven keresztül, 1959 és 1973 között fennmaradt. A 20. század első évtizedeiben a különböző fertőző betegségek összefüggéseiben bekövetkezett halálozások aránya rendkívül magas volt, védőoltások, antibiotikumok, megfelelő orvostechnikai felkészültség hiányában gyakorlatilag a második legfontosabb haláloknak tekinthető. Ezeknek a betegségeknek a haláloki szerepe az 1930-as évektől kezdett mérséklődni, párhuzamban a légzőszervi megbetegedésekkel összefüggő halálozással.

Miközben ezeknek a halálokoknak a szerepe csökken, jelentősen növekedni kezdett a keringési rendszer, valamint a daganatokra visszavezethető halálokok aránya. Mind a keringési, mind a daganatos halálokok statisztikai súlya az 1930-as évektől kezdődően az 1980-as évekig, vagyis mintegy ötven éven át radikálisan növekedett. A keringésszervi megbetegedések okozta halálozás ugyan a 20-ik század elején is magas volt, nagyjából minden negyedik haláleset oksági hátterét képezte, ez az arány néhány évtizeddel később, már az 1960-as évek elejére legalább minden második halálesetre növekedett. A daganatos halálozás aránya az összes halálozáson belül az 1930-as, 1940-es években még 10% alatt alakult, az 1950-es évek elejére stabilan 10% feletti értéken állt. Ugyan ebben a változásban feltehetőleg a di-

agnózisok pontosodása is „segíthetett”, összetett folyamatként kell kezelnünk. Az első növekedési tendencia az 1950-es évek elejétől a '60-as évek közepéig tartott, ekkor érte el először a halálokok 20%-os részesedését, majd ezt követően két évtizeden át ennek az értéknek a közelében maradt.

A második stabil növekedési pálya kezdete az 1980-as évek második felére datálható, és az ezredfordulót követő évekig ível, 2001 és 2004 között 25%-os részesedési szint felett állt. A 2005 évi megtorpanást követően egy évtizeden át tartó újabb lassú növekedés jellemezte, 2014-ben 26,4%-os részesedést alkotott, 2016-ban 26,5% volt. Lényegében kijelenthető, évtizedek óta legalább minden negyedik haláleset daganatos megbetegedések eredménye.²⁵ A mai magyar haláloki nomenklatúrát uraló két haláloki főcsoport mellett gyakorlatilag minimálisra olvadt a fertőző megbetegedések okozta halálesetek száma, gyakoriságában mérséklődtek a légzőszervi megbetegedések okozta halálesetek, ezzel szemben hosszú időn át növekedett az emésztőszervi háttérű halálozások előfordulása, ebben az 1990-es évek közepétől érzékelhető csökkenő irányú változás, 2016-ban gyakorlatilag feleannyi emésztőszervi megbetegedésre visszavezethető halálozás történt Magyarországon, mint 20 évvel korábban.²⁶

A haláloki struktúra életkor csoportok szerinti metszeteit a Központi Statisztikai Hivatal 1970 és 2016 évek közötti időszakot átfogó, részünkre összeállított, kumulált adatsorában tekinthetjük át. A halálozások teljes gyakorisága 1970 január 1 és 2016 december 31 között 6 414 160 fő. 47 naptári év összesítésében a halálesetek 51,7%-a keringésszervi, 22,5%-a daganatos, ez a két haláloki együtt az összes haláleset közel háromnegyedét alkotja. Gyakorlatilag kiegyenlített, 7,5% körül helyezkedik az erőszakos külső okok,²⁷ illetve a nevesített főcsoportokon kívüli, egyéb halálokok aránya. Az emésztőszervi halálozás 5,9%, a légzőszervi 4,8%-on áll.

Összehasonlításként 2016-ban a daganatos halálozás részaránya 26,5% az összes halálozáson belül, a keringésszervi megbetegedések okozta halálozás 49,5%-ot tesz ki, a kettő együttesen az összes halálesemény 76%-át fedi le. A légzőszervi betegségek okozta halálozás aránya 5,7%, az emésztőszervi halálokok 4,9%, az erőszakos külső okok 4,2%, az egyéb okok 9,2%-os arányt ké-

peznek. Aránynagyságrendek szerint a két képet egymás mellé állítva jelentős az egyezés, extrém-random hatások nélkül relativ-változatlan pályán haladva, a trendirányok a hosszú időtáv ellenére is szükségszerűen a jelen felé, illetve értelemszerűen a várható jövőre mutatnak. A halálesemények legvalószínűbb életkori kohorsza 60-79 év, a vizsgált 47 éves naptári periódus alatt elhunyt 6 414 160 ember közel fele, 48%-a tartozik ebbe a korcsoportba (közel 3 millió 83 ezer fő). A 80 + éves, agykoriak halálózása az összes halálesemény mintegy 30%-át adja (1 millió 900 ezer fő), gyakorlatilag az összes haláleset több mint háromnegyede, 77,8%-a 60 + éves korban következett be. A harmadik leggyakoribb halálozási korcsoport a 40-59 év közöttieké, minden hatodik haláleset tartozik ide (1 millió 78 ezer fő). A 40 év alatti halálesemények gyakorisága csekély, az összes eset 5,4%-át jelentik.

A legalacsonyabb a csecsemő és gyermekkorúak halálózása, ami nem éri el az összes eset 2%-át (közel 127 ezer fő) a serdülőkorúak és a fiatal felnőttek haláleseményeinek összessége nem egészen 3,4% (kevésbé több, mint 217 ezer fő). Amennyiben megfordítjuk az értelmezési dimenziókat, és a különböző halálokok metszeteiben vizsgáljuk az életkorszerkezeteket, igazolva látjuk, hogy a daganatos megbetegedések okozta halálozások abszolút többsége, 56,6%-a 60-79 év között következnek be (816 ezer eset), 40-59 év között az esetek közel negyede, 23,4%-a tömörül (337 ezer eset). A 80 + évesek kormetszete a daganatos halálozásokon belül 17,4% (negyedmillió eset). A serdülőkorú és fiatal felnőttek haláleseteinek aránya a daganatos eredetű halálozáson belül csekély, 2,3%, mintegy 34 ezer eset. A 15 évnél fiatalabbak esetében a 47 év alatt 5 242 eset fordult elő, kevesebb, mint az összes daganatos halálozás fél százalékára.

A keringési megbetegedésekkel összefüggő halálozás legjellemzőbb kormetszete szintén a 60-79 év közöttieké, az összes keringési haláleset 48,7%-a, ez több mint 1 millió 600 ezer esetet jelent. A keringési eredetű halálesetek kétötöde agykoriakban éri a populációt, ez több mint 1 millió 300 ezer eset. Az idősebb felnőttek csoportjában 10,7% az arány, ez gyakorlatilag minden kilencedik keringési háttérű halálesetet jelent. A serdülő és fiatalok keringési eredetű halálozási ará-

nya kicsi, alig 1%-a az összes esetnek, 15 éves kor alatt pedig alig fordul elő, 47 év alatt 1 269 esetet rögzítettek. A légzőszervi megbetegedések okozta halálozás legjellemzőbb korcsoportja szintén a 60-79 év közöttieké, az összes ilyen eset felét alkotja. A közel 310 ezer halálesemény mintegy harmada következett be aggkorban. A halálokok szerint részletesen vizsgált időszak alatt Magyarországon minden ezer halálozásra 516,87 \approx 517 keringésszervi halálozás jut. A daganatos megbetegedések ezer halálozásra kifejezett indexértéke 224,94 \approx 225.

Balaton térségi helyzetkép

A vizsgálat fókuszát most a Balaton térségének területére szűkítjük, amelynek határait a módszertani fejezetben hivatkozott, a Balaton területrendezési tervében meghatározott, településkör szabja meg. A Balaton európai viszonylatban is számon tartott, kiemelt turisztikai desztináció. Több mint negyedmillió népességét az ingatlanlajdonnal és helyi kötődésekkel ugyancsak rendelkező üdülőlajdonosok egészségítik ki, akik közül, ha valamennyien egy időben tartózkodnak a Balatonnál, akár meg is duplázhathatják a népességszámot.²⁸ Az idegenforgalmi főszezon időszakában hosszabb-rövidebb ideig a térségben tartózkodó népesség száma a milliós nagyságrendet is meghaladhatja, ami az ország teljes népességének egytizedét jelenti.

A térség településeire méretezett és működtetett egészségügyi ellátórendszer kapacitásai kevésbé képesek igazodni az időszakosan hatalmas tömegűre növekvő népesség igényeihez és szükségleteihez, ami nagy terhet ró az ellátásban dolgozó humán infrastruktúrára, és várhatóan aránytalanabb mértékben amortizálhatja az egészségügyi infrastruktúrát és az orvostechikai eszközállományt. 2016 évi adatok alapján az országban működő (humán) gyógyszerárak 2,8%-a van a BKÜ területén, kétharmadukban a parti és partközeli településeken. Az ország 152 kórházi jogállású egészségügyi intézményéből 8 működik az üdülőkörzetben, négy a térség somogyi, kettő a veszprémi, és kettő a zalai területén. A BKÜ legnagyobb kapacitású általános kórháza Siófokon működik,²⁹ országos jelentőségű gyógy-intézmény a balatonfüredi állami szívkórház,³⁰ illetve a hévízen működő Szent András Állami Reumatológiai és Rehabilitációs Kórház.³¹

Az országban működő 68 301 krónikus és akut ellátást biztosító kórházi ágy 2,1%-a található a térségben.

Az összetett orvos-egészségügyi intervenciót követelő ellátásokat lehetőség szerint a környező megyei jogú városok, Kaposvár, Zalaegerszeg, Nagykanizsa, Veszprém kórházaiban, illetve az életmentő követelményeknek megfelelő intézményekben végzik. 2016 évi adatok szerint az üdülőkörzet területén 140 háziorvosi szolgálat működött, melyet 125 háziorvos látott el. A gyermek háziorvosi alapellátást nyújtó szolgálatok száma 34, a házi gyermekorvosok száma 31 fő. Ez a háziorvosi kapacitás kell, hogy szükség esetén nyaranta alapszolgáltatásként ellássa az üdülőkörzet milliós népességállományát.³² A Balaton térségének korábbi, és aktuális fejlesztési dokumentumaiban kiemelt jelentősége volt és van ma is az egészség dimenzióinak.³³

Alapvető stratégiai cél a helyben előállított és feldolgozott egészséges élelmiszerek termelésének, feldolgozásának és fogyasztásának az ösztönzése, a rövid (élelmiszer) ellátási láncok (REL) kiépülésének támogatása, az egészséges, tiszta környezet biztosításának feltételén keresztül az egészségi állapot javítása, a humán népesség fizikai aktivitásának elősegítése, valamint az egészségipari szolgáltatások fejlesztése akár az állandóan itt élők, akár az ide látogatók vonatkozásában. Ez utóbbi metszet alapján az elmúlt évtizedekben igen jelentős kínálati és minőség fejlődés zajlott le a fogászati szolgáltatások területén, amelyek kezdetben a nemzetközi turizmus iparág speciális wellness-szolgáltatás kiegészítő elemeként jelentek meg, majd az egészségturizmus egyik húzóágazatává váltak, de igénybe vételük a honi jövedelem és igényszintek változásával a magyar népességben is egyre szélesebb körű.³⁴

Kétségtől a realitások jelenleg nem tükrözik még feltétlenül a fejlesztési stratégiai prioritásokban foglalt célok maradéktalan teljesülését, ezek eléréséhez a szakértelmen és elhivatottságon túl huzamos időn át tartó, komoly anyagi erőforrások is kellenek. A Balaton kiemelt turisztikai fejlesztési térség meghatározásáról és a térségben megvalósítandó egyes fejlesztések megvalósításához szükséges források biztosításáról szóló 1861/2016 (XII.27.) Kormányhatározat keretében a kormányzat elfogadta a Balaton térségének

Balaton Területfejlesztési Koncepció és a Balaton Területfejlesztési Stratégiai Programon alapuló fejlesztési stratégiáját, és az azokban foglalt kilenc stratégiai fejlesztési célhoz előirányzatként uniós és hazai forrásokból összesen 365,4 milliárd forintot allokált.³⁵

A forrásigények gyakorlatilag már a 1861/2016 Kormányhatározat megszületésekor meghaladták az előirányzott, dedikált forrásokat, amivel párhuzamban már 2018 áprilisára a megítélt támogatás aránya is meghaladta a Kormányhatározatban dedikált forráskelet 100%-át.³⁶ Ez azt jelenti, hogy a dedikált keretnél már biztosan magasabb összegek fordítódnak legalábbis 2020-ig a meghatározott stratégiai célok elérésére. Az egészségügyi szolgáltatások területén van tenni való, magától értetődő cél, hogy a szezonálisan rendkívül leterhelt egészségügyi apparátus létszámában növekedjen, javuljanak a technikai és infrastrukturális feltételek, a turizmus területén fejlesztetni kell az egészségturizmus húzóágazat voltját, illetve az átalakuló egészségügyi szolgáltató rendszer legyen képes választ adni a kor olyan demográfiai kihívásaira, mint az előregedés.

Az előregedés problematikája a Balaton Kiemelt Üdülőkörzet területén még a kedvezőtlen általános magyar viszonyokat tekintve is különösen súlyos. A jellemző népesedési viszonyok, ahogy országosan, a Balaton térségében is kedvezőtlenek, a születések és a halálozások egyenlege tartós időtávban negatív, többen halnak meg, mint ahányan az életüket az üdülőkörzetben elkezdi.

A népességfogyatkozás mértéke országos indexet meghaladó. Az ezredforduló évében az országos index -3,4 ezrelék volt, a BKÜ-ben (164 település alapján) -3,9 ezrelék. Magyarország uniós csatlakozásának évében, 2004-ben -3,7 ezrelék, ugyanakkor a BKÜ területén -5 ezreléken alakult. 2010-ben -4 ezrelék volt az országos adat, az üdülőkörzetben -5,4 ezrelék. Öt évvel később, 2015-ben az országos adat -4,1 ezreléken állt, a BKÜ-ben megközelítette a -6 ezreléket. 2016 során az üdülőkörzet indexe kis mértékben javult, -5,2 ezrelék, az országos adat -3,5 ezreléken állt.

Az, hogy a természetes népességfogyatkozás még sem jár együtt a helyi népesség rohamos csökkenésével alapvetően a térség pozitív migrációs egyenlegének köszönhető. Az országhatáro-

kon belüli, és a nemzetközi vándorlásból eredő, sok esetben letelepedéssel járó népességyeresség fékezi a térség népességének fogyatkozását, viszont ez a folyamat nem feltétlenül járul hozzá a helyi demográfiai korfa szerkezetének stabilizálásához. Jellemzően egy adott területre való külső bevándorlás fiatalítani képes a helyi népesség életkori összetételét, mivel vándorlást alapvetően gazdasági-anyagi, munkavállalási érdekek mozgatják, a vándorlók korösszetétele a gazdaságilag aktív életkorúak masszív felülreprezentáltságát mutatja.

A Balaton Kiemelt Üdülőkörzet területe azonban speciális ebből a szempontból. A térség üdülőkörzeti mivolta, a jellemzően magas, akár extrém magas ingatlanárak, az alapvetően turizmusgazdaságra épülő, jelentős szezonális ingadozásokkal kísért munkalehetőségek köre nem feltétlenül vonzza széles körben a munkavállalási korú népességet, ezzel szemben a jelentős anyagi megtakarításokkal rendelkező, adott esetben ingatlantulajdonnal rendelkező idősebb külföldi és belföldi népességet igen, mindez összehatásokban a térség népességének fokozottabb előregedési hatásait indukálja.³⁷ A népesség idősödésének leggyakrabban alkalmazott használt mérőszáma az öregedési index. Ez az indikátor a jelenleg érvényes módszertani ajánlások szerint³⁸ a 14 éves és ennél fiatalabb népességre jutó 65 évesek és annál idősebbek arányát mutatja, vagyis képest a népességpopulációs gyakoriságok változása alapján jövőbeni tendenciákat előrejelzésére. A 65 + éves népesség aránya 1980-ban a magyar népesség 13,5%-át alkotta, ezzel szemben a 15 év alattiak aránya a teljes népességben 21,9%-a volt.

Az 1981 óta tartó népességfogyatkozás ellenére még 1990-ben is lényegesen kedvező volt a két népesség egymáshoz viszonyított aránya, a 65 + évesek a teljes népesség 13,2%-át, a 15 évnél fiatalabbak 20,5%-át alkották. Az ezredfordulóra a két arány egymás közeléhez ért, 65+ éves népesség az teljes népesség 15,1%-át, a 15 év alatti 16,6%-át tette ki. Magyarország uniós csatlakozását követő évben, 2005-ben érte el az öregedési index országosan azt a szintet, hogy gyakorlatilag száz gyermekre és fiatalokúra száz 65 + éves időszerű jusson. Ebben az évben a Balaton Kiemelt Üdülőkörzet területén az azonos módszertan alapján számot öregedési index ér-

téke 118,9 volt, tizenkilenc fővel több időskorú jutott a térségben minden száz fiatalkorúra. Egy évtizeddel később az országos öregedési index 123,6-en állt, ugyanakkor a BKÜ-ben 166,9-es értékre emelkedett. A legfrissebb 2016-os adatok szerint az üdülőkörzetben megközelíti a 171-es szintet, míg országosan elérte a 126-ot. Az üdülőkörzetben nem kevesebb, mint 45 időskorúval több jut minden száz 15 évnél fiatalabbra, mint országosan. A 2016 évi adatok alapján lényegében ott tartottunk, hogy az üdülőkörzet teljes népességének több mint ötöde, 21,3%-a 65 + éves, és mindössze nyolcada, 12,5%-a 15 évnél fiatalabb. Az országos összehasonlító arányok alapján 2016-ban a 65 + évesek aránya 18,3%, a 15 évnél fiatalabbaké 14,5% volt a teljes népességen belül.³⁹

A Balaton Kiemelt Üdülőkörzet népességszámának jövőbeni alakulása a térség optimális fejlesztési irányainak egyik kiemelt stratégiai komponense. Az üdülőkörzet jogszabályban rögzített területére számított első népesség-előrebecslés a KSH Népeségtudományi Intézetének keretén belül Dr. Habclicsek László (+)⁴⁰ készítette 2002-2003-ban. A népesség változásának előreszámítása nemek és korcsoportok szerint az üdülőkörzet városaira, valamint a parti és nem parti községcsoportokra 2041-is tartó perspektívában készült el. Az elemzésben foglalt kiterjedt előrejedési folyamatok beigazolódtak.

A tanulmány elkészültét követően azonban változott az üdülőkörzet területisége,⁴¹ így a Balaton fejlesztésének hosszú távú stratégiai tervezhetősége érdekében másfél évtizeddel a tanulmány elkészülte után szükségessé vált a népesség-előrebecslési pályák felülvizsgálata, amelyet a KSH Népeségtudományi Intézetének főmunkatársa, Obádovics Csilla végzett el.⁴² A migrációs egyenleggel korrigált előrejelzési verzió megerősítette, hogy a vándorlásból származó népességnyereség a születések számát jelentősen nem növeli, mivel a beérkező népesség inkább idősebb, mint fiatalok, vagyis összességében előrejedési hatást fokozó szerepe lehet. Az előrejelzés szerint számottevően növekedni fog az aggkorú, 80 év feletti népesség száma az üdülőkörzetben, amivel logikusan együtt jár majd a születéskor várható élettartam növekedése is mind a férfiak, mind a nők esetében. A születések

és halálozások egyenlege tartós időtávban negatív összegű marad, népességfogyatkozási hatások érvényesülnek térségi szempontból egyenlőtlen mértékben, mivel vándorlási népességnyereség elsősorban az üdülőkörzet Balaton parti településeiben jelenik meg. A parttól távolodva csökken a vándorlási népességnyereség értéke és bizonyos esetekben meg is szűnik teljesen. Az üdülőkörzet népessége előreszámíthatatlan havária események érvényesülése nélkül, a jelenlegihez képest relatív változatlan pályán haladva 2062-re korrigált módon összességében közel 100 ezer fővel kevesebb lesz, de sokkal előregedettebb, mint jelenleg.⁴³

A fentiek értelmében a helyi lakosság nagymértékű előregedésével párhuzamosan az üdülőkörzet területén is a várható élettartam folyamatos emelkedésével kell számolni. A Balaton Kiemelt Üdülőkörzet területe a várható élettartam vonatkozásában országosan az egyik a legmagasabb státuszú térség, de ez is csupán egyetlen szegmens, ennél egészlegesebb kép alkotható a HDI számításokkal. A módszertani pontosságához hozzá tartozik, hogy dezaggregációs technikával alacsony területi szintekre transzformált HDI hasonló hibalehetőségeket rejt, mint a várható élettartam becslése, ennek ellenére a területi elemzések rendszeres gyakorlatát képezik az országos szintnél kisebb összehasonlító HDI metszetek. Az ENSZ Fejlesztési Programja által alkalmazott módszertan és indikátorklaszter alapján Magyarország kistérségeire is számos alkalommal készültek HDI számítások,⁴⁴ amelyek segítségével az időbeni változások is becsülhetők. A szerzők az időbeni változások vizsgálatai alapján megalapozottan állíthatják, hogy az ország kistérségeiben jellemzően nem voltak markáns HDI eltérések, relatíve stabil térszerkezetek tapasztalhatók.

A HDI becslések szerint az ország legfejlettebb területei a főváros és annak agglomerációs övezete, Észak-, és Nyugat-Dunántúl legiparosodottabb területei, valamint a Balaton környéke. Ez utóbbi jelentős megállapítás, mivel a Balaton a többi hazai fejlett térségtől eltérően nem ipari, hanem kimondottan turisztikai térség, és ilyen adottságokkal produkál magas HDI-t. A Balaton térségével kapcsolatos változásjelenségek a fokozatos differenciáltságban ragadhatók meg. Egyes kistérségek, amelyek alacsonyabb HDI értéket

produkáltak, mint Lengyel-tóti, vagy Marcali, a vizsgált évek metszetei szerint kevésbé tudták hátrányait csökkenteni, míg a legfejlettebb térségek, különösen a Balaton észak-keleti partvidékén, Balatonfüred térségében megtartották előnyüket. Ezzel együtt összességében a Balaton környéke 0,8 feletti értékeivel az ország 30 legjobb HDI értékével rendelkező kistérsége között jelenik meg.⁴⁵ A relatíve magas fejlettség, a kedvező feltételek nem feltétlenül járnak együtt az egészségügyi szolgáltatások várható és szükséges léptékével, amelyek fényében beavatkozásokat sürgetnek.

A 2007-es egészségügyi átalakítási tervtől kezdődően a Balaton Kiemelt Üdülőkörzetben jelentősen csökkent az aktív és a krónikus kórházi ágyak száma, szakorvosi ellátás csak a térség városaiiban vehető igénybe, vagy még messzebb kell az igénybevételük érdekében utazni. A házi orvosi és a házi gyermekorvosi szolgálat túlterhelt és hiányos, az egészségügyi alap és szakszolgálatok fejlesztése alapkérdés.⁴⁶ A Balaton 2020-ig tartó stratégiai fejlesztési programjában célkitűzés a betegségek megelőzése és egészségtudatosság fejlesztése, a kistérségi szintű alapellátási, szolgáltatásszervezési modellek kialakítása és megvalósítása, praxisközösségek létrehozása, mozgó szakorvosi szolgálat fejlesztése, a házi betegápolás kapacitásainak fejlesztése, alapvetően mindenféle egészségügyi infrastruktúra és szervezetfejlesztés, de mégis maradtak hiányosságok, amelyekre a jelen elemzés kapcsán, minden tényadatot felhasználva hívjuk fel a figyelmet, és javasoljuk stratégiai prioritássá emelését. Előbb azonban vizsgáljuk meg az üdülőkörzet területének halálozási jellemzőit is.

A Balaton Kiemelt Üdülőkörzet 2016 évben hatályos jogi szabályozásnak megfelelő területén⁴⁷ 1970 január 1 és 2016 december 31-e között 168 369 települések közigazgatási területén belüli regisztrált halálesemény történt. Ez a vonatkozó idő szerint Magyarország teljes területén bekövetkezett összes halálesemény 2,6%-a. Halálok főcsoportonként az üdülőkörzetben bekövetkezett halálozások gyakoriságai tartják az országos gyakoriságok 2-3%-a közötti sávot. A daganatos eredetű halálozások száma 36 892 fő a BKÜ-ben, ez az országos gyakoriság szintén 2,6%-a, keringésszervi okokra visszavezethető

halálozások száma 89 055 fő, az országos gyakoriság 2,7%-a. Légzőszervi okok miatt bekövetkezett halálozások száma 6 979 fő a térségben, az országos gyakoriság 2,3%-a. Emésztőszervi okok miatt bekövetkezett halálozások száma 10 836 fő 47 év alatt, ami az országos összérték 2,9%-a. Erőszakos külső okok miatt 12 520 fő halt meg a Balaton Kiemelt Üdülőkörzetben 1970 és 2016 között, ez is az országos érték 2,6%-a. Az egyéb betegségek okozta halálozások gyakorisága 12 081 fő a térségben, az országos gyakoriság 2,5%-a.⁴⁸

A vizsgált halálokok Balaton térségi gyakoriságait a vonatkozó időintervallum metszetében életkorcsoportok szerint összehasonlítottuk az országos adatokkal. A daganatos halálozások aránya az összes halálozáson belül 1970 és 2016 között országosan 22,5% volt, míg a Balaton Kiemelt Üdülőkörzet területén bekövetkezett halálozások 21,9%-a volt daganatos hátterű, tehát a Balaton összességében országos érték alatti a daganatos halálozások gyakoriságainak arányában. Korcsoportosan vizsgálva a legfiatalabb, 0-14 éves korcsoportban elhalálozott személyek esetében a daganatos halálozás részesedése országosan 4,1%, BKÜ metszetben a daganatos halálozás részaránya 3,9%-a az összes korcsoportos esetnek. Serdülő és fiatal felnőtt korban, 15-39 év között a daganatos halálozás országos részaránya 15,5%, a Balaton térségében 15%. A 40-59 évesek vonatkozásában a daganatos halálozás életkori részesedése 31,3%, a BKÜ-ben 30,2%. Az időskorú, 60-79 korév között bekövetkezett halálozások aránya országosan az összes korcsoportból 26,5%, szemben a BKÜ 25,7%-os értékével. Az agykörűk körében a daganatos halálozás országos arány 13,1%, az üdülőkörzetben 12,9%. A daganatos halálozás aránya országosan valamennyi életkori szegmens vetületében, és összességében is magasabb az üdülőkörzeti értékeknél.

Más képletet látunk, ha a keringésszervi okokra visszavezethető halálozás országos és BKÜ területiségi arányait hasonlítjuk össze. A keringésszervi halálozás az 1970-2016 közötti országos, összes halálozás 51,7%-a, ugyanez a részarány a BKÜ-ben 52,9%. A legfiatalabbak korcsoportjában még alig van különbség, 1% körüli az érték, 15-39 és 40-59 éves életkor vonatkozásában az országos gyakoriságok képviselnek

magasabb arányt, 60 év felett viszont a BKÜ korcsoportos halálzási gyakoriságai magasabbak. A 60-79 éves korban bekövetkezett keringésszervi halálzás a korcsoportos országos halálzások 52,3%-át, 80 + éves korban 68,5%-át teszik ki, ugyanez a BKÜ-ben 60-79 év között 53,4%, 80 + éves korban 70,8%. Ez alapján nem csak azt jelenthetjük ki, hogy az üdülőkörzet területén a keringésszervi megbetegedésekre visszavezethető halálzás a legjelentősebb halálok, hanem azt is, hogy ennek előfordulási gyakorisága országos szintet meghaladó. A légzőszervi halálzások előfordulása országosan kicsivel magasabb, mint a BKÜ-ben, de összességében alig mutatkoznak különbségek, jellemzően az országos részarányok a magasabbak. Az emésztőszervi halálzások részesedési aránya az összes haláleményen belül 47 naptári év alatt országosan 5,9%, a BKÜ-ben 6,4%. Az aggkorúak kivételével mindegyik korcsoportban magasabb az emésztőszervi halálzások részesedése az üdülőkörzetben, mint országosan. Az adatok alapján elmondhatjuk, hogy az emésztőszervi halálzás a harmadik leggyakoribb halálok a Balaton térségében, a csecsemőktől az idős kor végéig minden vizsgált korcsoport országos értéket meghaladó módon érintett.

Az erőszakos külső halálzási okok vetületében az országos és a BKÜ arány kiegyenlített, az előbbi 7,5%-a az összes haláleménynek, az utóbbi 7,4%-a. A Balaton térségében a legfiatalabbak erőszakos külső haláleménye számottevően magasabb az országosnál, 10,6%, szemben az országos 8,6%-kal. A többi korcsoport relatíve kiegyenlített, országosan a 15-39 év között elhunytak 44,6, a Balatonnál 44%-a halt meg erőszakos külső ok következtében.⁴⁹ 60 és 79, illetve a 80 + évesek csoportjában országos és BKÜ viszonylatok szerint alig egytized százalék a különbség. Magyarországon fiatal felnőtt és serdülőkorban vezető halálok az erőszakos külső behatás, a Balaton vidéke ebben nem különbözik az országra egészen jellemző struktúráktól. Az egyéb, jelen főcsoportokban nem nevesített halál-okok egységes klasztere döntően a csecsemő és kisgyermek korosztály halálzásossági jellemzőt takarja.

Az egyéb halálzások klasztere országosan az összes halálemény 7,6%-át, a BKÜ vetületében 7,2%-át alkotja, ezzel együtt mindkét terü-

leti dimenzió szerint a nulla és 14 év közöttiek halálesetei alkotják a gyakoriságtömeg mintegy háromnegyedét, országosan 77,7%, a BKÜ-ben 75,8% az egyéb halálokok életkori csoportlefedettsége. Lényeges eltérés a további életkori szegmensekben sem tapasztalható, 15-39 évesek körében az egyéb halálokok előfordulási aránya országosan 10,9%, a Balatonnál 11,3%, 40-59 év között országosan 6,6%, a Balaton térségében 6,7%. Az időskorú, 60-79 évesek között Magyarországon 6,1%, a BKÜ-ben 5,9%, az aggkorú népesség halálzásása vonatkozásában országosan 5,6%, az üdülőkörzetben 5%.

A halálzási struktúra összességében országos és BKÜ területi szinten hasonló szerkezeti lefutású, de belső arányaiban több ponton is differenciál. A daganatos halálzás a 40-59 év közöttiek esetében a legnagyobb arányú, úgy tűnik, akinél kialakul egy rosszindulatúvá váló daganatos megbetegedés, amelyet nem kezelnek időben, vagy erre nincs is mód, az halállal végződik, akinél adott esetben felderítik a betegséget, és kezelik, vagy az lassabb kialakulás betegség, és nem ismerik fel időben, a halálzás egy korcsoport kohorsszal később következik be. A 60-79 év közöttiek legalább negyede hal meg daganatok következtében mind országosan, mind a BKÜ-ben.

Ezt követően azonban, aggkorban ennek a betegségnek a halálzás részaránya radikálisan kisebb, 80 + éves korra legjellemzőbb módon már nem alakul ki daganatos megbetegedés, vagy abból sikerült a felgyógyulás, mivel ebben a korcsoportban a daganatok a halálzások mintegy nyolcadáért felelősek. Nagyon lényeges, hogy az életkor növekedésével arányosan nem a daganatos, hanem a keringésszervi halálokok valószínűsége növekszik leginkább. A legfiatalabbak esetében az összes halálemény alig 1%-a, 15-39 év között nagyjából minden hatodik eset, 40-59 év között legalább csaknem harmadik, 60-79 év között legalább minden második, a 80 + éveseknél három halálesetből kettő biztosan keringésszervi eredetű. A légzőszervi halálokok inkább a legfiatalabbakra, az emésztőszervi a középkorúakra jellemző, de sokkal kisebb előfordulási tömegben, mint jelenleg más kontinenseken, különösen Afrikában, vagy akár Magyarországon 50-100 éve.

A honi gyakoriságok most ezekben a halál-
ok főcsoportokban alacsonyak, ennek ellenére
továbbra tisztán kivehetők azok a korcsoportos
sajátosságok, amelyek általában jellemzik a vi-
lágban, vagy a múltban ezeket a halálokokat. Az
erőszakos külső, illetve az egyéb okok halálozási
elfordulása alapvetően a fiatalabb korcsoportokra
mutat, az életkor előrehaladtával ezek valószínű-
sége jelentősen csökken, 60 év felett korcsoporto-
san 5-8% között stabilizálódik.

Konklúzióként leszögezhetjük, ahogy Ma-
gyarországon, úgy a Balaton Kiemelt Üdülőkör-
zet területén belül is fokozatosan növekszik a
várható élettartam, ami a társadalmi önreproduk-
cióhoz minimálisan szükséges születési gyakori-
ságok időben rendkívül tartós elmaradása miatt
fokozott előregedést eredményez.

Az előregedési hatások jelenleginél is ext-
rémebb kiteljesedését az elmúlt évtizedekben
mérsékelte nemzetközi vándorlás, amely mintegy
fél évtizeddel ezelőttig Magyarország szempont-
jából jellemzően hasonló vallási és kultúrkörből,
a legtöbb esetben azonos anyanyelvi területről
érkező bevándorló tömeget implicált. Az utó-
bi feltételekben az elmúlt évek során gyökeres
változások eszkalálódtak, miközben a honi né-
pesedési helyzet javítására irányuló törekvések
ellenére továbbra sem sikerült megközelíteni az
optimális születésszámot.

Empirikus tény, hogy a népesség egyre na-
gyobb tömege egyre idősebb életkorban halálozik
el. E tömegessé váló jelenség átgondolt stratégiát
eleddig nélkülöző kevésbé hatékony kezelésével
a halálessemények centrumai a kórházak krónikus
elfekvő-osztályain alakulnak ki, miközben a kór-
házak személyi és eszközzállománya messzeme-
nően túlterhelt. Ezáltal óhatatlanul is bekövetkez-
hetnek és tömegessé válhatnak olyan jelenségek,
amelyek a halálhoz való méltó és emberi körülmé-
nyeket nélkülözik. A kórházak feladata a gyó-
gyítás, ezzel együtt az emberek legnagyobb része
kórházakban hal meg, de míg a gyógyításra kiéle-
zett kapacitások is akár megkérdőjeleződhetnek,
a halálba kísérésre jelenleg egyáltalán nincsenek
megfelelő kapacitások.

A problémára adott szakmai, morális és eti-
kai válasz a kórházi-hospice intézmények eszköz
és humáninfrastruktúra hálózatának nagyarányú
és sürgős fejlesztése lehetne, ami azonban eddig

nem szerepelt sem az országos, sem pedig a bala-
toni fejlesztési prioritások között. Példaként em-
líthetjük, hogy a Balaton-felvidéken nincs egyet-
len hospice intézmény sem, miközben az idős és
aggorú halálozás ebben a térségben is abszolút
tömeges jelenség, és a következő évtizedekben a
mai gyakoriságokat is jelentősen meghaladó mérté-
kű lesz.

DOMBI GÁBOR

Jegyzetek

1. 2018. évi Magyarország egyes kiemelt
térségeinek területrendezési tervéről szóló
CXXXIX. (139) törvény; 1/3 sz. melléklet.

Bővebben: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1800139.TV>

2. Nemzetközi szakirodalom alapján: The In-
ternational Statistical Classification of Diseases
and Related Health Problems kódrendszer-
ről van szó. Bővebben: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>

3. A BNO kódjelzések részletes tartami ele-
mei és ezek magyarázatai az alábbi honlapon ér-
tethők el: <http://www.orvosok.hu/bno-kod-kereso>

4. A születést követően az első életév betölté-
se előtt bekövetkezett halálessemény.

5. Első életév betöltését követően a 14-ik élet-
év be nem töltéséig bekövetkezett halálessemény.

6. Bővebben: <http://lechnerkozpont.hu/>

7. Bővebben: <https://www.teir.hu/>

8. Bővebben: <http://statinfo.ksh.hu/Stainfo/>

9. Bővebben: <http://www.balatonregion.hu/images/doc/public/i.eloadas-2397.pdf>

10. Bővebben: <http://ec.europa.eu/eurostat>

11. Bővebben: <http://www.balatonregion.hu/>

12. Bővebben: <http://www.who.int/about/mission/en/>

13. Statisztikai értelemben a terhesség 28-ik
hetétől a születésig minden halálozás magzati ha-
lálozásnak tekinthető.

14. Bővebben: <http://demografia.hu/hu/tudastar/fogalomtar/62-varhato-atlagos-elettartam>

15. Bővebben: <http://demografia.hu/hu/tudastar/fogalomtar/61-halandosagi-tabla>

16. A demencia számos cerebro-neurális
(agyi-idegrendszeri) megbetegedés betegség
szindrómája. Gyakori ismert oka az Alzheimer-
kór, amely legjellemzőbb módon időskorban

alakul ki. A demencia kórkép együttese fiatalabb életkorokban is létrejöhet, például szenvedélyszerek (alkohol, drogok) abúzuszerű, excesszív használata következtében.

17. Grönlandon az egyik, ha nem a legmagasabb az öngyilkosságok százezer lakosra vetített gyakorisága is.

Bővebben: <https://www.npr.org/sections/goatsandsoda/2016/04/21/474847921/the-arctic-suicides-its-not-the-dark-that-kills-you>

18. A daganatos megbetegedések természetesen lehetnek jóindulatúak, hatékonyan gyógyíthatók is. Az emlődaganatok jelentős része, alakuljon ki akár a férfiaknál, jóindulatú.

Bővebben: <http://onkoplasztika.hu/mellrak/joindulatu-emplodaganatok>

19. Forrás: <https://ourworldindata.org/cancer>

20. Egy betegség terhét az adott populációban adott időpontban előforduló esetek által okozott egészségkárosodás határozza meg, amely az életév veszteséget és az életminőség romlását magában foglalja.

21. Disability Adjusted Life Years – Egységkárosodással korrigált életévek. Ez az indikátor egyetlen mutatóban összegzi a korai halálozás következtében elvesztett életéveket (mortalitást) és a károsodott egészségi állapotban leélt éveket (morbilitást). Egy egységnyi „DALY” egyenlő egy olyan életévnyi veszteséggel, amit teljes egészségben lehetett volna megélni.

Bővebben: http://www.who.int/healthinfo/statistics/GlobalDALYmethods_2000_2011.pdf?ua=1

22. Bővebben: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf

23. A nap ultraviola sugárzásának földfelszínre elérése miatt az élőlényekben szabad gyökök keletkeznek, amelyek sejtkárosító hatással bírnak. Ezek gyulladást, allergiát, a genetikai kód megváltozását okozhatják.

Bővebben: http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/hegedusmarton.d.pdf

24. Bővebben: <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/terhessegmegsz16.pdf>

25. Bővebben: <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/halalokistruk.pdf>

26. Bővebben: file:///C:/Users/Dombi%20Gabor/Desktop/egeszsegjelentes-2016_uj.pdf

27. Erőszakos külső okok alatt Magyarországon elsősorban a baleseti halált, az öngyilkosságot és a gyilkosságot, kórházi iatrogén következményeket érthetjük. Nagyon ritkán, de hazánkban is bekerül a halálozási statisztikákba olyan eset, ahol valamilyen természeti jelenség, például villámcsapás a halál oka, de ebbe a statisztikába kerülnek háborús események áldozatai is. Előfordulhat az is, hogy külföldön tartózkodás során mérgező állatok, rovarok csípése, marása okozza a haláleményt.

28. Balaton Kiemelt Térség Fejlesztési Programja – Helyzetértékelés I. kötet. A Balaton Kiemelt Üdülőkörzet helyi társadalma. Bővebben: <http://www.balatonregion.hu/aktualis-fejlesztési-dokumentumok>

29. Bővebben: <https://www.siokehaz.hu/>

30. Bővebben: <http://www.bfkor.hu/>

31. Bővebben: http://www.spaheviz.hu/hu/saint_andrew/hospital/

32. Adatok forrása: <https://www.teir.hu/>

33. Balaton Kiemelt Térség Fejlesztési Programja – Stratégiai Program III. kötet. Balaton térségi célrendszer és jövőkép. Bővebben: <http://www.balatonregion.hu/aktualis-fejlesztési-dokumentumok>

34. Bővebben: <http://docplayer.hu/944649-Fogazati-turizmus-europaban.html>

35. Bővebben: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A16H1861.KOR×hift=f4&txtreferer=00000001.TXT>

36. Forrás: A Balaton Kiemelt Üdülőkörzet 2017. évre vonatkozó területi monitoring jelentése. Fejlesztési források kihelyezése – A 2014-2020 közötti forrásallokációs időszak előrehaladása és a 1861/2016 sz. Kormányhatározat által kijelölt fejlesztési prioritások teljesülése.

Bővebben: <http://www.balatonregion.hu/eves-monitoring-jelentesek>

37. Forrás: A Balaton Kiemelt Üdülőkörzet 2017. évre vonatkozó területi monitoring jelentése. Társadalom alfejezet. Bővebben: <http://www.balatonregion.hu/eves-monitoring-jelentesek>

38. Magyarország uniós csatlakozásáig érvényben lévő számítási standard a 60 + évesek arányát fejezte ki a legfiatalabb korúakra

39. Országos adatok forrása: <http://statinfo.ksh.hu/Statinfo/themeSelector.jsp?&lang=hu>

40. Hablicsek László (1953-2010) a KSH Népeségtudományi Kutatóintézetének tudományos főmunkatársa, másfél évtizeden át igazgatóhelyettese volt.

Hivatkozás: <http://demografia.hu/hu/hirek-tovabb/21-hirek-tovabb/151-elhunyt-hablicsek-laszlo>

41. Bővebben: <http://www.terport.hu/munkatarsak-obadovics-csilla>

42. Bővebben: <http://demografia.hu/hu/munkatarsak-obadovics-csilla>

43. A tanulmányíró hangsúlyozza, hogy a népesség-előreszámítás igen összetett munka, nincs arra garancia, hogy a múltban megfigyelt népességváltozási tendenciák a jövőben is hasonlóképpen folytatódnak.

Bővebben: <http://www.hirbalaton.hu/csokken-es-atlagon-felul-idosodik-a-balaton-regio-lakossaga/>

44. Teljesség igénye nélkül: Csíte András és Németh Nándor: Az életminőség területi differenciái Magyarországon: a kistérségi szintű HDI becslési lehetőségei. Fóti K. (szerk.) (2000): Az emberi erőforrások jellemzői Magyarországon 1999. (A Human Development Report, Hungary, 1999 magyar nyelvű változata). MTA Világ-gazdasági Kutató Intézet, Budapest) ill. Fóti, K. ed.(2003): Towards Alleviating Human Poverty 2000–2002. Human Development Report Hungary, 2000–2002. Institute for World Economics of the Hungarian Academy of Sciences - United Nations Development Programme: Budapest. Rechnitzer János – Smahó Melinda (2005): A

human erőforrások regionális sajátosságai az átmenetben. MTA Közgazdaságtudományi Intézet: Budapest, ill. Husz Ildikó (2002): Regionális különbségek Magyarországon, kísérlet a területi különbségek bemutatására az emberi fejlődés indexe alapján. In: Lengyel Gy. szerk.: Indikátorok és elemzések. BKAE: Budapest.

45. Bővebben: http://www.balatonregion.hu/images/doc/public/helyzetertekeles_2013_2014_02_27-96.pdf

46. Bővebben: http://www.balatonregion.hu/images/doc/public/balaton_strategia_2014_10_30-1133.pdf

47. A BKÜ területe 2008-óta nem változott (2018-ig), csak a településszám növekedett egygyel 2014-ben.

48. A Balatonakarattyára vonatkozó módon a KSH által fenntartott statisztikai adatvédelem miatt 7 fő eltérés tapasztalható a közölt és a valós adatokban. Az adathiány a közölt adatok szerkezetét, egymáshoz viszonyulásait, relevanciáját nem befolyásolja.

49. Abszolút gyakoriságokban kifejezve 15-39 év között országosan 217 401 fő hunyt el 1970 és 2016 között, ebből 96 962 fő erőszakos külső ok miatt. A Balaton definiált térségében 5 377 fő a teljes korcsoportos halálozási gyakoriság, ebből 2 364 fő halt erőszakos külső okra visszavezethető halált.

A szerző szociológus a BFT Társadalomtudományi Kutatócsoport kutatója, Balatonfüred (elérhetőség: dombigabor@balatonregion.hu)

