



ÉSZAK-MAGYARORSZÁGI
REGIONÁLIS
NÉPEGÉSZSÉGÜGYI
JELENTÉS **2015**



Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kormányhivatal
Népegészségügyi Főosztály

Heves Megyei Kormányhivatal
Népegészségügyi Főosztály

Nógrád Megyei Kormányhivatal
Népegészségügyi Főosztály

AJÁNLÁS

Egy népesség egészségi állapotát, halandóságát a fejlett országokban az életmód, a gazdasági, társadalmi és magatartásbeli tényezők, a szűkebb és tágabb fizikai környezet állapota, valamint az egészségügyi szolgáltatások minősége és hozzáférhetősége határozza meg. Az egészség kulcsfontosságú az idősödés folyamatában és az egyik fő meghatározója az egyén jólétének.

Az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről szóló 1991. évi XI. törvény határozza meg a népegészségügyi szervek feladatait a lakosság egészségi állapotával kapcsolatban. A törvény alapján elemezzük és nyilvánosságra hozzuk a lakosság egészségi állapotának alakulását. Ezen jogszabályban foglaltak mentén az Észak-Magyarország régió népegészségügyi hatóságai 2005-ben, majd 2010-ben epidemiológiai tanulmányt készítettek a régiót alkotó megyék (Borsod-Abaúj-Zemplén, Heves és Nógrád) lakosságának egészségi állapotáról, melyek jelen kiadvány irányvonalát nagyban formálták.

Az eltelt 5 év olyan változásokat hozott a demográfiai és epidemiológiai mutatókban, amely felvetette az igényt, hogy az Észak-Magyarországi régiót alkotó három megye Kormányhivatalának Népegészségügyi Főosztálya a döntéshozók munkájának támogatásához elkészítse az „Észak-magyarországi Regionális Népegészségügyi Jelentés 2015” című, frissített kiadványát.

A népegészségügy számára az egészségi állapot összetevőinek, illetve azok térbeli eloszlásának vizsgálata, a magas megbetegedési és halálozási kockázatú területek azonosítása egyre nagyobb jelentőséggel bír. A leíró epidemiológia módszertanával előállított információk ismerete kezdeti lépés, ám elengedhetetlen egy adott területen élő lakosság egészségi állapotának feltérképezéséhez. Ezen módszerek segítségével készített „helyzetképek” által meghatározhatók nemcsak az adott lakosság körében létező egészségproblémák, betegségeket, hanem e problémák rangsorolása is lehetséges. A meghatározott prioritásoknak megfelelően – a „népegészségügyi” szükségletek mentén – pedig jól tervezhetőek a szükséges célzott, racionalizált egészségfejlesztési programok, beavatkozások a lakosság körében.

A kiadvány azok számára is hasznos lehet, akik munkájukhoz (pl. pályázatírás), vagy egyéni érdeklődésből szeretnének képet kapni régióink lakosságának egészségi állapotáról.

DR. ASZTALOS ÁGNES

Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kormányhivatal
Népegészségügyi Főosztály
megyei tisztifőorvos

DR. SURJÁN ORSOLYA

Nógrád Megyei Kormányhivatal
Népegészségügyi Főosztály
megyei tisztifőorvos

DR. IFJ. WERNIGG RÓBERT

Heves Megyei Kormányhivatal
Népegészségügyi Főosztály
megyei tisztifőorvos

TARTALOM

AJÁNLÁS	2
BEVEZETŐ	5
LAKOSSÁGSZÁM, KORMEGOSZLÁS, ÖREGEDÉSI INDEX	7
TELEPÜLÉSSZERKEZET	9
ALAPVETŐ NÉPMOZGALMI ESEMÉNYEK	11
CSECSEMŐHALANDÓSÁG	13
SZÜLETÉSKOR VÁRHATÓ ÁTLAGOS ÉLETTARTAM	17
FOGLALKOZTATOTTSÁG	19
HALÁLOKI STRUKTÚRA	25
OKSPECIFIKUS HALANDÓSÁG	25
MEGBETEGEDÉSI MUTATÓK	45
EGÉSZSÉG-MAGATARTÁS MAGYARORSZÁGON	55
ÖSSZEFOGLALÁS	63
FOGALMAK	64
ADATOK ÉS MÓDSZERTAN	66
FELHASZNÁLT IRODALOM	69

BEVEZETŐ

Az Észak-Magyarország régiót alkotó három megye – Borsod-Abaúj-Zemplén, Heves és Nógrád – az ország területének 14,4%-át teszi ki (13 430 km²). Itt található az ország második legnagyobb (Borsod megye) és a második legkisebb (Nógrád megye) megyéje. Legnyugatibb városa Rétság, Budapesttől közúton 53 km-re, legkeletibb városa Sátoraljaújhely pedig 264 km-re fekszik.

A 2004. óta meglévő területfejlesztési-statisztikai kistérségek rendszerét – a járások kialakításáról valamint egyes ezzel összefüggő törvények módosításáról szóló 2012. évi XCIII. törvény alapján – 2013. január 1. napjával a járások váltották fel.

Az 1299/2011. (IX.1.) Kormányhatározat alapján a járások váltak az állam szervezetének legalacsonyabb szintű területi és szervezeti egységeivé.

Az Észak-Magyarország régióban összesen 29 járás található: Borsod-Abaúj-Zemplén megyében 16 járási terület került kialakításra, Heves megye járásainak száma 7, Nógrád megye területe 6 járást foglal magába.

A járások területi fejlettség alapján történő besorolásánál a társadalmi és demográfiai, a lakás és életkörülményeket leíró, a helyi gazdasági és munkaerő-piaci, valamint az infrastruktúra és környezeti jellemzőkből (négy mutatócsoport) képzett komplex mutatót szükséges figyelembe venni.

Régióink 29 járásából 10 a komplex programmal fejlesztendő járások közé tartozik

A 105/2015. (IV. 23.) Kormányrendelet alkalmazásában:

- **fejlesztendő járások:** a kedvezményezett járásokon belül azok a legalacsonyabb komplex mutatóval rendelkező járások, amelyekben az ország kumulált lakónépességének 15%-a él (régióinkban 4 járás);
- **kedvezményezett járások:** azok a járások, amelyek komplex mutatója kisebb, mint az összes járás komplex mutatójának átlaga (régióinkban 10 járás);
- **komplex programmal fejlesztendő járások:** a kedvezményezett járásokon belül azok a legalacsonyabb komplex mutatóval rendelkező járások, amelyekben az ország kumulált lakónépességének 10%-a él (régióinkban 10 járás).

A betegségek és azok kialakításában szerepet játszó egyes tényezők azonban nem veszik figyelembe a fenti közigazgatási egységek határait, ezért az elérhető maximális földrajzi felbontásra törekedve elemzésünk alapjaként döntően a településeket szerepeltettük a térképi megjelenítés során.

LAKOSSÁGSZÁM, KORMEGOSZLÁS, ÖREGEDÉSI INDEX

1. táblázat: Lakosság létszáma, korösszetétele és az öregedési index az Észak-Magyarország régió megyéiben, a régióban és Magyarországon, 2014. január 1-jén.

Jellemzők	Borsod-Abaúj-Zemplén megye	Heves megye	Nógrád megye	Észak-Magyarország régió	Magyarország
Lakosság létszáma*	674 999 (96,27%)	303 503 (96,52%)	198 392 (95,55%)	1 176 894 (96,21%)	9 877 365 (98,47%)
15 év alattiak részaránya**	15,72% (16,63%)	14,27% (14,8%)	14,04% (14,92%)	15,06% (15,88%)	14,44% (16,01%)
15-64 évesek részaránya**	67,55% (67,27%)	66,87% (67,49%)	67,19% (67,33%)	67,31% (67,15%)	68,03% (68,77%)
65 év felettek részaránya**	16,73% (16,11%)	18,86% (17,71%)	18,77% (17,74%)	17,62% (16,8%)	17,53% (16,35%)
Öregedési index **	106,48% (96,85%)	132,15% (119,71%)	133,72% (118,9%)	117,03% (105,85%)	121,46% (109,89%)

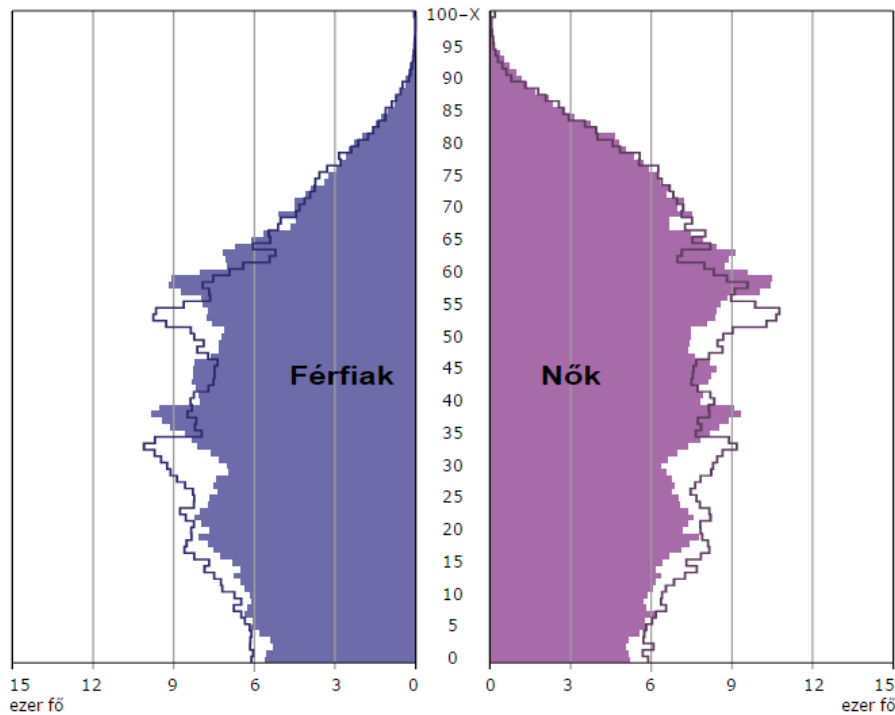
* zárójelben a 2009.01.01. lakos létszám százalékában kifejezve

** zárójelben a 2009.01.01. korcsoportos lakosság adatok alapján számított eredmények

Régióink lakosainak száma 2014. január 1-jén 1 176 894 fő volt, mely a 2009. január 1-jén tapasztalathoz viszonyítva közel 5%-os csökkenést jelez. A lakosság korösszetételét 3 fő csoport szerint vizsgálva Heves és Nógrád megye esetében láthatunk kedvezőtlenebb képet: regionális és országos vonatkozásban is alacsony részarányú gyermek (0-14 éves) populáció mellett az idősek részaránya mind a régiós, mind a hazai átlagot meghaladja. Ebből következően a megyei öregedési indexek értéke – Borsod-Abaúj-Zemplén megye kivételével – meghaladja a régiós és a hazai átlagot (1. táblázat).

A 2014. január 1-jei öregedési indexek alapján az idős népesség aránya már mindhárom megyében meghaladja a fiatal népességét.

1. ábra: Az Észak-Magyarország régió összehasonlító korfája 2009. és 2014. év január 1-jén*.



* Az ábra színes része a 2014. január 1-jei, a körvonalas része pedig a 2009. január 1-jei eredményeket tükrözi.

A lakosság pontosabb korösszetételének alakulását a korfa változásával szemléltetjük. Néhány korcsoport kivételével döntően csökkenő lakosságszám látható, a korfa „urna” alakja mindkét vizsgált évben ábrázolódott.

Mindkét nem esetében emelkedő lakosságszám látható viszont a 35–39, 43–46, 56–65 koréveknek megfelelően. Ezzel szemben fogyás jellemezte a 34 év alatti lakosokat, mely legmarkánsabb a 29–34 évesek körében volt. A női túlsúly 2014-ben 47 éves kortól jelenik meg és a korfa valamennyi idősebb korévének megfelelően meg is marad (1. ábra).

A lakosság korösszetétele és annak változása az öregedő társadalmakra jellemző képet mutatja. Fontos kiemelni, hogy 2009 és 2014 között a legnagyobb népességszám csökkenés a gazdaságilag aktív korcsoportban ábrázolódott!

TELEPÜLÉSSZERKEZET

2. táblázat: Az Észak-Magyarország régió településszerkezete 2013. december 31-én.

Település nagysága, típusa	Borsod-Abaúj-Zemplén megye	Heves megye	Nógrád megye	Észak-Magyarország régió
	Települések száma (lakosság a megye/régió összlakosságának százalékában)			
500 lakos alatti települések	151 (5,42%)	16 (1,78%)	37 (5,32%)	204 (4,46%)
500 – 999 lakosú települések	75 (8,08%)	27 (6,47%)	43 (15,59%)	145 (8,93%)
1 000 – 1 999 lakosú települések	74 (15,42%)	41 (20,73%)	36 (26,24%)	151 (18,61%)
2 000 – 4 999 lakosú települések	41 (18,24%)	31 (28,26%)	10 (12,34%)	82 (19,83%)
5 000 – 9 999 lakosú települések	9 (9,07%)	2 (4,40%)	2 (7,75%)	13 (7,64%)
10 000 – 49 999 lakosú települések	7 (19,89%)	3 (20,39%)	3 (32,75%)	13 (22,19%)
50 000 – 99 999 lakosú települések	-	1 (17,97%)	-	1 (4,63%)
100 000 lakos feletti település	1 (23,89%)	-	-	1 (13,70%)
Lakosságszám 20013.12.31.*	674 999 (701 160)	303 503 (314 441)	198 392 (207 637)	1 176 894 (1 223 238)
Lakosságszám csökkenés 2009.01.01-jéhez képest**	26 161 (3,73%)	10 938 (3,48%)	9 245 (4,45%)	46 344 (3,79%)
Települések száma***	358 (358)	121 (121)	131 (131)	610 (610)
Városok száma***	28 (25)	9 (9)	6 (6)	43 (40)
Községek száma***	330 (333)	112 (112)	125 (123)	567 (570)
Városokban élő lakosság aránya***	58,06% (57,15%)	45,48% (45,62%)	41,90% (41,82%)	52,09% (51,59%)

* Zárójelben a 2009.01.01-jei lakos létszám.

** Zárójelben a csökkenés a 2009.01.01-jei lakosságszám százalékában kifejezve.

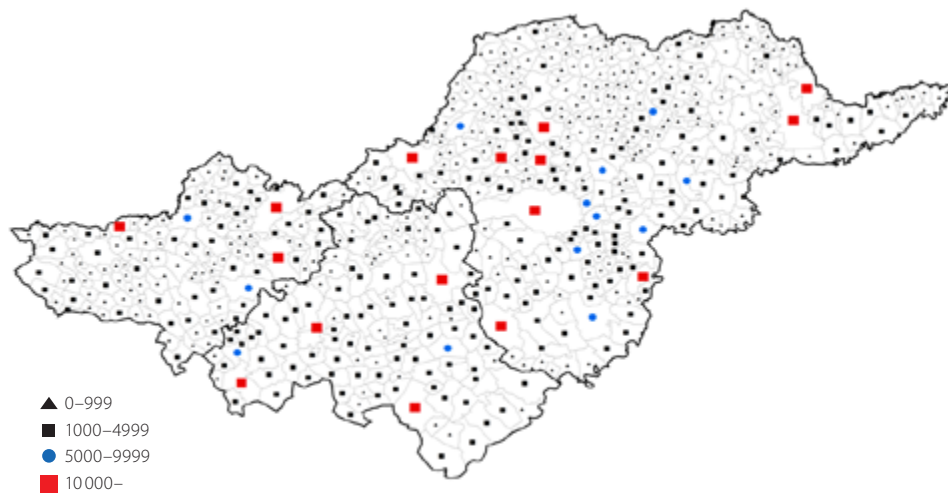
*** Zárójelben 2009.01.01-jei eredmények.

A régiót alkotó megyék településszerkezetében jelentős változás nem történt az elmúlt 5 évben, régiónk 2013. december 31-én továbbra is 610 települést foglalt magába. A városok száma 43 volt, mely a 2009. január 1-jei állapothoz képest 3 település várossá minősítését jelzi.

A településszerkezetet az összlakosság felől megközelítve azt tapasztaljuk, hogy a régió lakosságának közel fele 5000 főnél kevesebb főt számláló településeken él.

Amennyiben a települések nagyságát vesszük alapul, azt láthatjuk, hogy a régiót alkotó települések 95%-a 5000-nél kevesebb lakosnak ad otthont (2. táblázat; 2. ábra). Fontos kiemelnünk, hogy bár a régiós lakosság 18%-a (tehát csaknem 1/5-e) 50 000 főnél nagyobb lakosságszámú településen él, Nógrád megye területén nem található ilyen város.

2. ábra: Észak-Magyarország régió településszerkezete, 2013. január 1.



A településszerkezetet megvizsgálva 1000 fő alatti lakosságszámú települések elsősorban Borsod-Abaúj-Zemplén megye északi részén és Nógrád megye csaknem egész területén láthatóak. A térbeli eloszlás megjelenítésével könnyen azonosíthatóak ezek az úgynevezett „aprófalvas” területek, amelyek infrastruktúrájuk révén már önmagukban hatást gyakorolnak az itt élő emberek életkilátásaira, életminőségére.

A régiós lakosság közel fele 5000 főnél kisebb lakosságszámú településen él.

ALAPVETŐ NÉPMOZGALMI ESEMÉNYEK

3. táblázat: Az alapvető népmozgalmi események mutatói az Észak-Magyarország régió megyéiben, a régióban és Magyarországon, 2013.

Jellemzők	Borsod-Abaúj-Zemplén megye	Heves megye	Nógrád megye	Észak-Magyarország régió	Magyarország
Élveszületések száma	6 652 (7 425)	2 605 (2 800)	1 706 (1 814)	10 963 (12 226)	88 689 (99 149)
Halálozások száma	9 632 (9 699)	4 117 (4 529)	2 853 (3 004)	16 602 (17 232)	126 778 (130 027)
Ezer lakosra jutó					
élveszületés	9,8 (10,5)	8,5 (9,5)	8,5 (8,7)	9,3 (9,9)	9 (9,9)
halálozás	14,2 (13,7)	13,5 (14,3)	14,3 (14,4)	14 (14)	12,8 (13)
természetes szaporodás/fogyás	-4,4 (-3,2)	-5 (-4,9)	-5,7 (-5,7)	-4,8 (-4,1)	-3,9 (-3,1)
házasságkötés	3,1 (3,5)	3,3 (3,6)	3,2 (3,2)	3,2 (3,5)	3,7 (4,0)
válás	1,9 (2,6)	2,1 (2,6)	2 (2,4)	2 (2,6)	2,0 (2,5)
belföldi vándorlási különbség	-5,7 (-9,4)	-3,5 (-3,6)	-5,3 (-7,2)	-5,1 (-7,5)	-

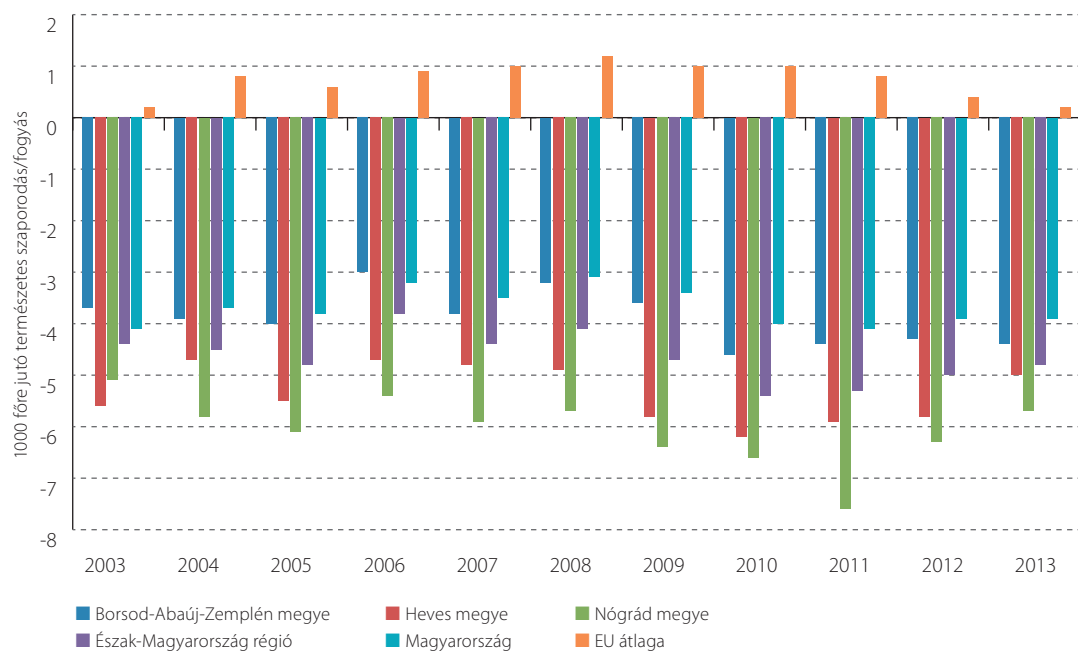
Zárójelben a 2008-as adatok.

A népesség összetétele mellett vizsgálni kell az abban végbemenő változásokat is. Ezeket a természetes népmozgalmi mutatóival és a (hazai) vándorlási különbséggel írhatjuk le.

Az ezer lakosra jutó élveszületések száma a 2008-as eredményekhez viszonyítva mindhárom megyében csökkent 2013-ban. A halálozási arányszám Borsod megyében nőtt, Heves megyében csökkent, Nógrád megyében érdemben nem változott. Az Észak-Magyarország régióban összességében 2008-hoz viszonyítva csökkenő élveszületést (hasonlóan az országos átlagnál tapasztaltnál) és stagnáló halálozást (az országos átlag kis mértékben csökkent) láthatunk. Az élveszületési és a halálozási arányok eredőjeként régiós szinten 2013-ban kedvezőtlenebb (2008-hoz viszonyítva) volt a természetes fogyás ezer lakosra számított értéke, mely Nógrád megye kivételével megyénként is hasonló változást mutatott (3. táblázat).

A belföldi vándorlási különbözet alapján régióink megyéire az elvándorlás a jellemző, ami mindhárom megyében kedvezőbb, mint 2008-ban. Régióinkra szintén a mutató kedvező irányú változása jellemző, azonban továbbra is elvándorlásra utal az értéke.

3. ábra: Természetes szaporodás és fogyás arányszámjai az Észak-Magyarország régió megyéiben, a regionális, a hazai és az EU átlag tükrében, 2003–2013.



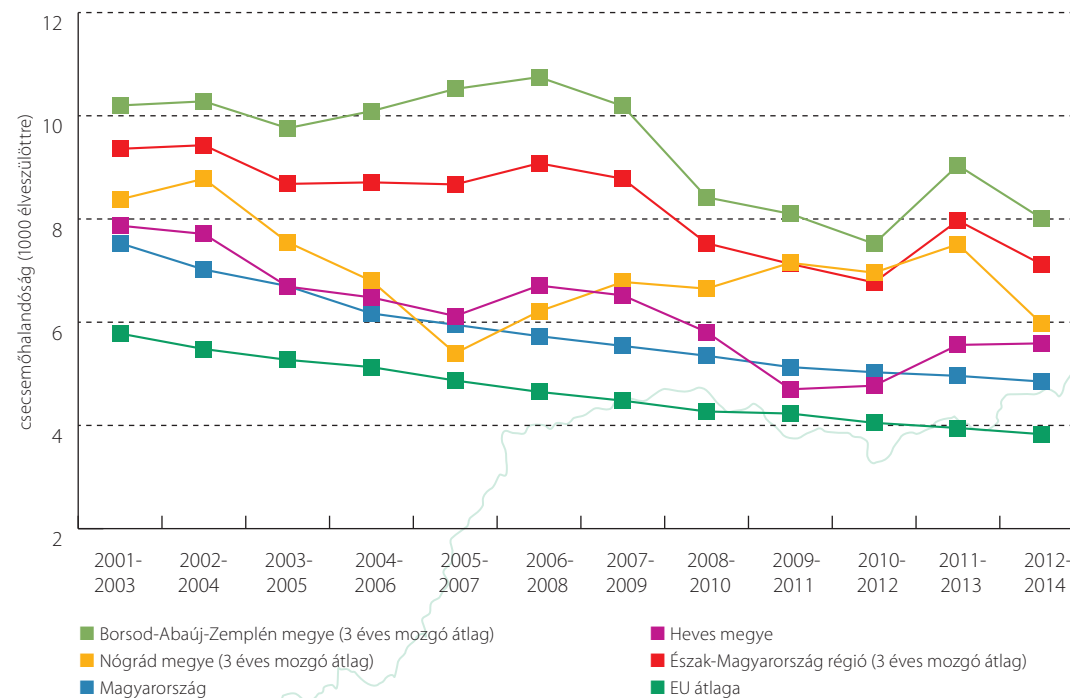
A természetes fogyás időbeni alakulását vizsgálva nem látható egyenletes tendencia a vizsgált időszakban régióink esetében. Heves és Nógrád megye mutatója a teljes időperiódusban kedvezőtlenebb volt a régiós és az országos eredményeknél, Borsod-Abaúj-Zemplén megye országoshoz közeli értéket mutatott, de 2004-től (2006 kivételével) meghaladja azt. Heves megye 2010-ben, Nógrád megye 2011-ben érte el a mélypontot, mely után a népességfogyás enyhe mérséklődése látható (3. ábra).

Az EU átlaga a 2008-ban elért maximum után ismét visszacsökkent a 2003-as szintre, de még pozitív tartományban maradt, tehát nem mutatott csökkenő népességet.

Régióinkban a természetes fogyás lakosságszámra gyakorolt hatását a belföldi elvándorlás is fokozta.

CSECSEMŐHALANDÓSÁG

4. ábra: Csecsemőhalandóság (3 éves mozgó átlag) alakulása az Észak-Magyarország régió megyéiben, a regionális, a hazai és az EU átlag tükrében, 2001–2014.



Egy terület lakosságának egészségi állapotát első megközelítésben a halálozások mértéke és a haláloki struktúra jellemzi és határozza meg. Ezen belül sajátos csoportot képvisel az első életév során bekövetkező halálozásokon alapuló csecsemőhalálozás. A korcsoport önmagában nem képvisel jelentős szerepet az összes halálozásban, mégis kiemelkedő fontosságú ez a mutató, hiszen egy ország egészségügyi fejlettségének, a terhesgondozás és az újszülött-ellátás színvonalának nemzetközileg számon tartott fontos mérőszáma.

Mivel a csecsemőhalálozás arányát nem a teljes populációra számoljuk, hanem az élveszületésekre, ezért az élveszületettekre jellemző állapotokat (kissúly, koraszülöttség, érettség, stb.) vizsgálva kell megtenni megállapításainkat a változással kapcsolatosan. Megállapításaink szempontjából a torzítás elősegítő jelenségek ismerete is fontos szempont: pl. az élveszületettek számának évről-évre történő ingadozása; az egyes környezeti, szociális, társadalmi indikátorok (többszörösen hátrányos térségek, területi egyenlőtlenségek); a szülő nők egyes jellemzői (etnikum, kor, uralkodó életmódbeli szokások).

Fontos azt is kiemelnünk, hogy az anya életmódja, egészségi állapota már a fogantatástól, sőt azt megelőzően is befolyásolhatja az újszülött/csecsemő sorsát.

A csecsemőhalandóság az adott évben bekövetkezett, első életév betöltése előtti halálos eseteket viszonyítja az éves születések számához. Mivel az éves születések éves száma ingadozást mutat területünkön, ezért a torzítások csökkentése érdekében három éves mozgó átlagot számítottunk.

A csecsemőhalandóság trendjét vizsgálva az országosan megfigyelhető folyamatos csökkenés **Észak-Magyarországon** 2006-2008-tól ábrázolódik, egészen 2010-2012-ig, majd 2011-2013 eredményei újabb emelkedést mutattak. A mutató a teljes vizsgált időszakon belül több mint 2 ezrelékkal csökkent, azonban elmaradásunk a hazai átlagtól nőtt.

A régió megyéi közül **Borsod-Abaúj-Zemplén** alapvetően meghatározta a régiós tendenciát. A megye eredményei a 2008-2010-es évek értékét követően a vizsgált időszak második felében közel egy ezrelékkal haladták meg az Észak-magyarországi átlagot, összességében azonban javulást mutatnak a vizsgált időszak első felében mértektől.

Heves megyében a csökkenő trend a 2009-2011-es eredményt követően megtört és a vizsgált időszak végéig közel egy ezreléket emelkedett a mutató értéke. Az országos átlagot 2007-2009-et követően a régió megyéi közül a legjobban közelítette, azonban a vizsgált időszakban mindvégig a regionális átlag alatt maradt.

Nógrád megye mutatóit 2005-2007 óta emelkedő trend jellemezte, melynek eredményei a növekedés időszakában elérték a régiós átlag szintjét is, annak ellenére, hogy az emelkedő tendencia kezdetén a mutató mértéke még az országos átlagnál is kedvezőbb volt (4. ábra).

2014-ben a csecsemőhalandóság mértéke – Nógrád megye kivételével – meghaladta a hazai átlagot, ugyanakkor Heves megye mutatója jól közelítette azt. Az eltérés Borsod-Abaúj-Zemplén megye esetében volt a legnagyobb (minden 1000 éveszülött közül csaknem 6 meghalt egy éves kora előtt).

Régióinkban minden tizenegyedik újszülött 2500 gramm alatti súllyal jött a világra és az eredmény a régió mindhárom (Borsod-Abaúj-Zemplén, Heves, Nógrád) megyéjében hasonlóan alakult. Nógrád megyében a 2014-ben született újszülöttek körében a 2500 grammot el nem érők aránya a régiós átlagot meghaladta (11,7%), így mértéke kedvezőtlenebb volt annál.

Az éves születések száma a régió mindhárom megyéjében csökkenést mutat a 2008-ban születettek számához képest, és ez a negatív jelenség az országos átlag szintjén is megfigyelhető (4. táblázat).

4. táblázat: Csecsemőhalandóság és a kis súlyú újszülöttek számának alakulása az Észak-Magyarország régió megyéiben, a régióban és Magyarországon, 2014.

Jellemzők	Borsod-Abaúj-Zemplén megye	Heves megye	Nógrád megye	Észak-Magyarország régió	Magyarország
Éveszülések száma	7 131 (7425)	2 777 (2987)	1 686 (1814)	11 594 (12226)	91 510 (99149)
ezen belül 2500 g alatti születési súllyal születettek száma	779 (768)	300 (312)	198 (152)	1277 (1232)	8102 (8229)
ezen belül a 2500 g alatti születési súllyal születettek aránya	10,9% (10,34%)	10,8% (10,45%)	11,7% 8,4%	11,0% 10,08%	8,8% 8,3%
1 éven aluli elhunytak száma	42 (72)	13 (23)	6 (12)	61 (107)	421 (553)
ezen belül 2500 g alatti születési súllyal születettek	28 (52)	9 (14)	5 (8)	42 (74)	288 (378)
ezen belül a 2500 g alatti születési súllyal születettek aránya	66,6% (72,2%)	69,2% (60,87%)	83,3% (66,67%)	68,8% (69,16%)	68,4% (68,36%)
Ezer éveszülöltre jutó 1 éven aluli meghalt	5,9 (9,69)	4,7 (7,7)	3,6 (6,61)	5,3 (8,75)	4,6 (5,6)

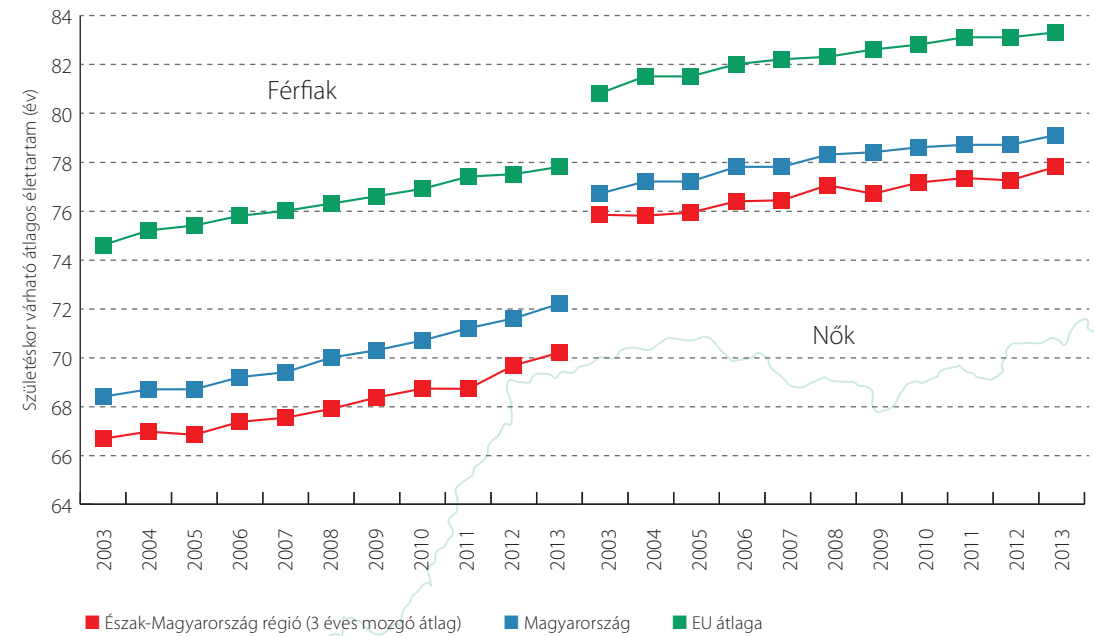
Zárójelben a 2008-as adatok.

A csecsemőhalandóság 2014-ben az Észak-Magyarország régióban és azon is belül Borsod-Abaúj-Zemplén és Nógrád megyében az ezredfordulót követően mért legalacsonyabb értéket mutatta.



SZÜLETÉSKOR VÁRHATÓ ÁTLAGOS ÉLETTARTAM

5. ábra: Születéskor várható átlagos élettartam alakulása az Észak-Magyarország régióban, a hazai és az EU átlag tükrében, 2003-2013.



A születéskor várható élettartam a vizsgált év halálozási viszonyait tükröző mutató, melyet a csecsemőhalandóság jelentősen befolyásol. Tendenciáját tekintve mindkét nem esetében folyamatos növekedés jellemző régióakra és az ország egészére is.

Régióink eredményei kedvezőtlenebbek a hazai mutatónál, mely különbség a férfiakat érintette jobban (férfiak esetében 2013-ban közel 2 év az elmaradás a hazai átlagtól; a nők esetében ez az eltérés kicsivel meghaladja az 1 évet). A 2013. évi eredmények szerint régióink férfi lakosságának több mint 7 évvel, női lakosságának pedig több mint 5 évvel volt rövidebb a születéskor várható élettartama az EU átlagához viszonyítva (5. ábra).

A születéskor várható élettartam jelentős nemi különbséget és – az emelkedő tendencia ellenére – elmaradást mutat az Európai Unió országainak átlagától.



FOGLALKOZTATOTTSÁG

5. táblázat: Foglalkoztatottság egyes mutatói az Észak-Magyarország régió megyéiben, a régióban és Magyarországon, 2013.

Jellemzők	Borsod-Abaúj-Zemplén megye	Heves megye	Nógrád megye	Észak-Magyarország régió	Magyarország
Foglalkoztatott (ezer fő)	227,2 (225,9)	109,7 (113,7)	65,1 (70,6)	401,9 (410,2)	3 938,4 (3879,4)
Munkanélküli (ezer fő)*	33 (39)	14,9 (14,1)	11,8 (14,1)	59,6 (63,3)	448,9 (329,2)
Gazdaságilag nem aktív népesség (ezer fő)	244,4 (269,7)	106,6 (115,3)	72,7 (80,2)	423,7 (465,2)	3 243,3 (3501,6)
Aktivitási arány (%)	51,6 (49,6)	53,9 (52,6)	51,4 (50,2)	52,1 (50,4)	57,5 (54,6)
Foglalkoztatási arány (%)	45,0 (42,3)	47,4 (46,8)	43,5 (43,9)	45,4 (43,7)	51,6 (50,3)
Munkanélküliségi ráta (%)	12,7 (14,7)	11,9 (11)	15,3 (12,6)	12,9 (13,4)	10,2 (7,8)

Zárójelben a 2008-as adatok.

* Fogalmak magyarázatát lásd az 64. oldalon.

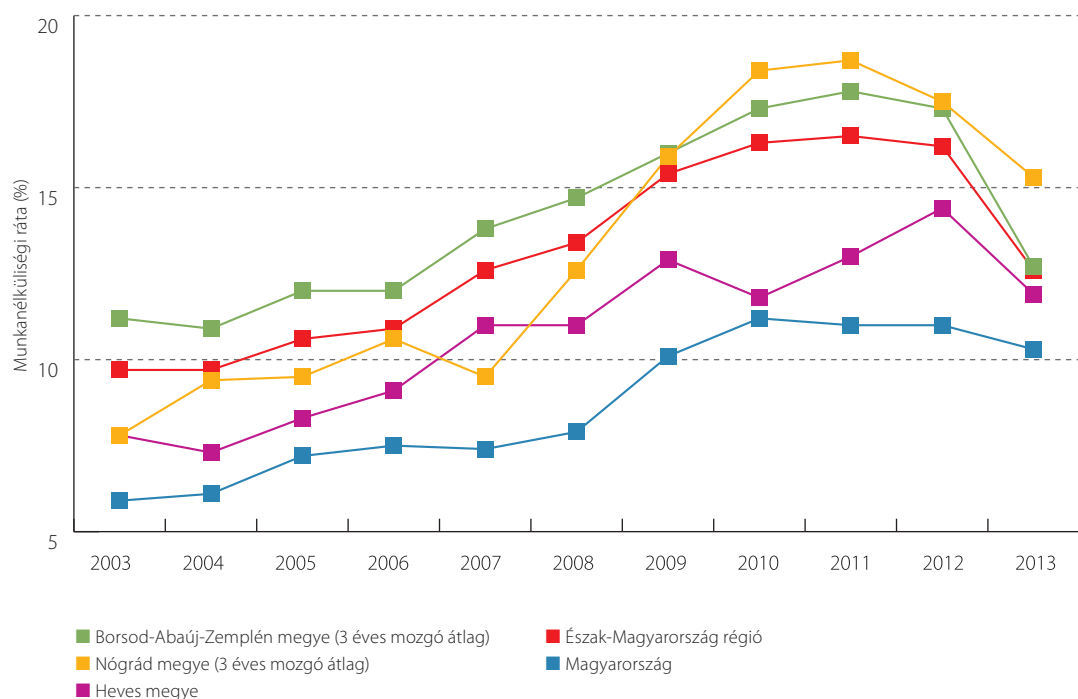
Az emberek számára a munka nemcsak a bevételeik forrását jelenti. A munkavégzés intézményei, annak helye (a jelentős eltöltött idő miatt) és módja az életünk szervezése, illetve a munkahelyi környezeti ártalmak egészségre gyakorolt hatása szempontjából is fontos szerepet töltenek be az otthoni környezeti és egyéb életmód tényezők mellett (táplálkozás, mozgás, pihenés, stb.) egészségi állapotunk alakításában.

A munkahelyi egészségi kockázati tényezők mellett a munkanélküliség, mint megváltozott élethelyzet egyaránt hatással van az emberek testi, lelki és szociális állapotára, önértékelésére, társadalmi-közösségi aktivitására, társas kapcsolataira.

A 2008-as évhez viszonyítva mindhárom megyénkben nőtt az aktivitási arány, és – Nógrád megye kivételével – régióinkban kis mértékben nőtt a foglalkoztatottsági arány is (5. táblázat).

A munkanélküliségi ráta régióink mindhárom megyéjében a teljes vizsgált időszakban meghaladta a hazai átlagot: 2010, illetve 2011-ig erőteljes emelkedés, majd meredek csökkenés látható (6. ábra).

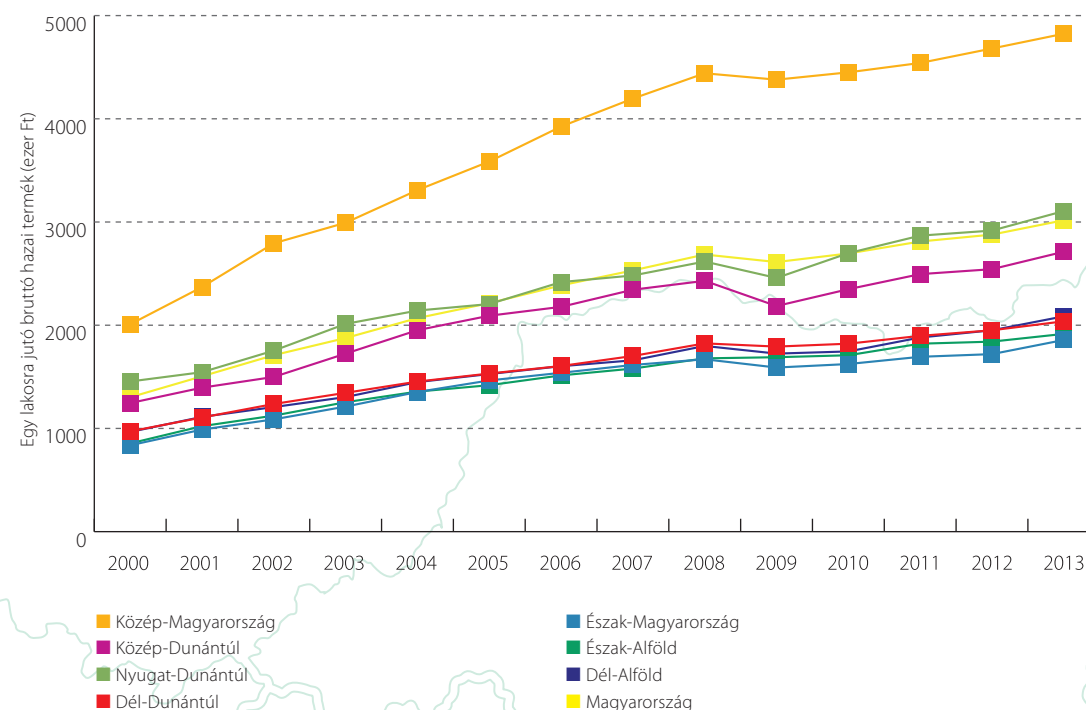
6. ábra: Munkanélküliségi ráta (%) alakulása az Észak-Magyarország régió megyéiben, a regionális és a hazai átlag tükrében, 2004–2013.



A munkanélküliségi ráta alapján Észak-Magyarországon 100 gazdaságilag aktív 15-74 éves korosztályba tartozó személyre közel 13 munkanélküli jutott 2013-ban.

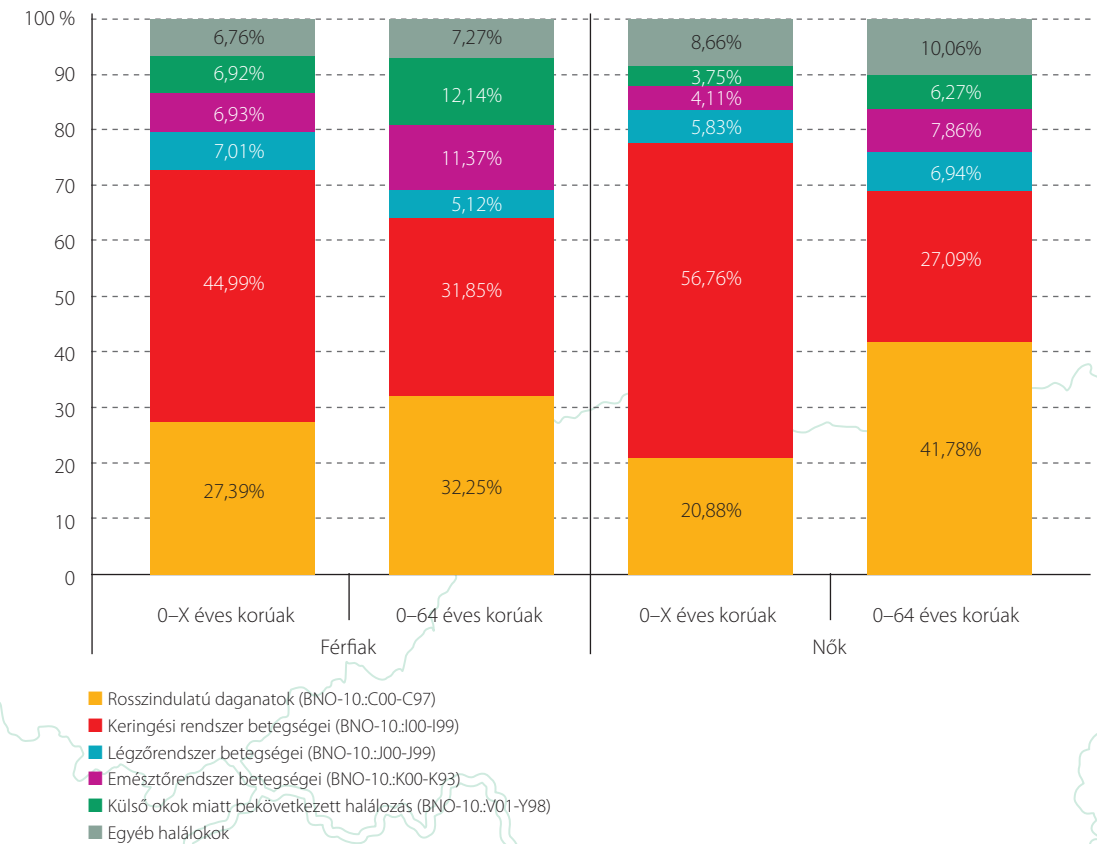
Az egy főre jutó bruttó hazai termék vizsgálva régióink a vizsgált időtartamban a hazai átlag alatti értékkel bírt, de folyamatos enyhe növekedést mutat a többi régióhoz hasonlóan. A hazai átlagtól való jelentős elmaradást egyrészt a kismértékű növekedés, másrészt pedig a Közép-Magyarország régió kiemelkedő – hazai átlagot jelentősen befolyásoló – eredményeiből fakadó hatás is okozhatta (7. ábra).

7. ábra: Egy lakosra jutó bruttó hazai termék (ezer Ft) alakulása, 2000–2013.



HALÁLOKI STRUKTÚRA

8. ábra: Az Észak-Magyarország régió teljes és 0-64 éves lakosságának halálói struktúrája, 2011–2013.



Régióink halálói struktúráját (8. ábra) vizsgálva a teljes korcsoport esetében mind a férfiak, mind a nők körében a keringési rendszer betegségei, majd a daganatok okozta halálozás részaránya volt a legmagasabb. Mindkét nem esetében ezt a légzőrendszer betegségei, az emésztőrendszer betegségei majd a külső okok halálói csoportja követte.

A korai halálozás (0-64) esetében ettől eltérő volt a kép: a daganatok okozta halálozások súlya a férfiak körében megközelíti, a nők esetében pedig meghaladja a keringési rendszer eredetű halálesetek által jelentett terhet. Kisebb halálói súllyal szerepeltek mindkét nemnél az emésztőrendszer betegségei, melyet férfiaknál a külső okok, nők esetében pedig a légzőrendszer betegségei követtek.

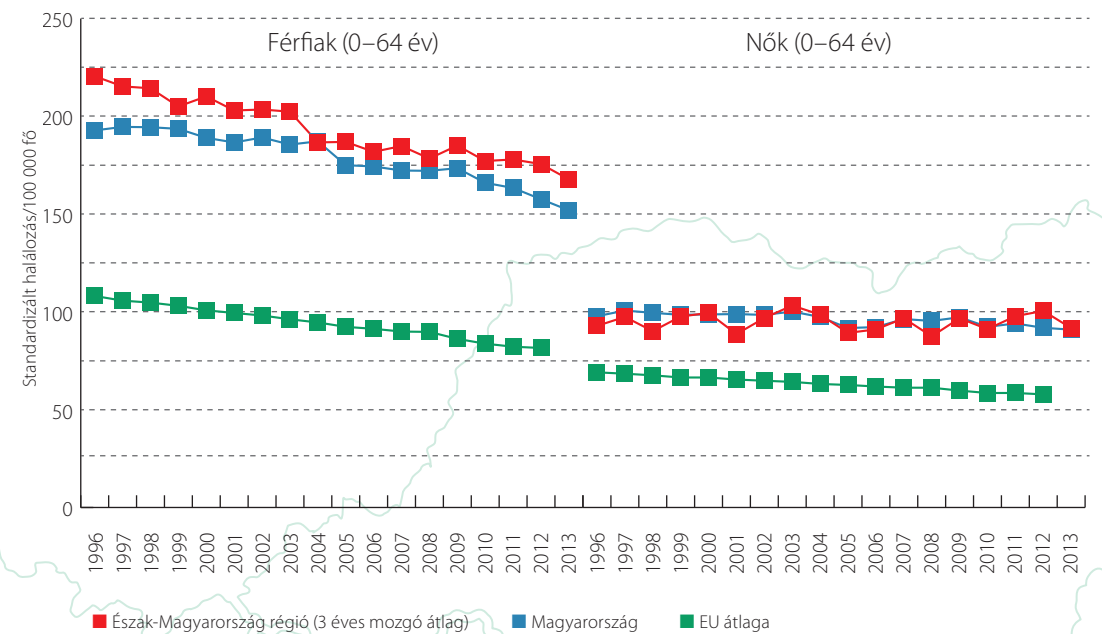
A teljes korcsoport halálói struktúrájában mindkét nem esetében legnagyobb súllyal a keringési rendszer betegségei, 65 év alatt pedig a rosszindulatú daganatok szerepelnek.



OKSPECIFIKUS HALANDÓSÁG

A halálozási adatok a lakosság egészségi állapotának jellemzéséhez fontos, ám nem kizárólagos források. Ezen mutatók időbeli alakulása mellett igen fontos feltérképeznünk azokat a területi egyenlőtlenségeket is, amelyek a népegészségügyi ciklus elveinek megfelelő programok célpontjait azonosítják.

9. ábra: A rosszindulatú daganatok okozta korai (0-64 éves korú lakosság) halálozás alakulása az Észak-Magyarország régióban az országos és az EU átlag tükrében, 1996-2013.



A férfiak rosszindulatú daganatok okozta korai halálozását vizsgálva megállapíthatjuk, hogy a regionális mutató 1996 és 2011 között (2004 kivételével) – a csökkenő tendencia ellenére – kedvezőtlenebb volt a hazai átlagnál. A nők esetében régióink halálozása jól közelítette az országos átlagot és mindkét vizsgált hazai mutató igen kismértékű csökkenést mutatott (9. ábra). Fontos kihangsúlyoznunk, hogy mindkét nem esetében elmaradásunk (mind regionális, mind országos szinten) a releváns EU átlagtól nőtt:

- míg 1996-ban a régió rosszindulatú daganatok okozta korai halálozása az EU-átlag 2,04-szerese volt a férfiak, 1,34-szerese a nők körében;
- 2012*-ben ugyanez az arány férfiaknál 2,15-szörös, nőknél pedig 1,73-szoros volt.

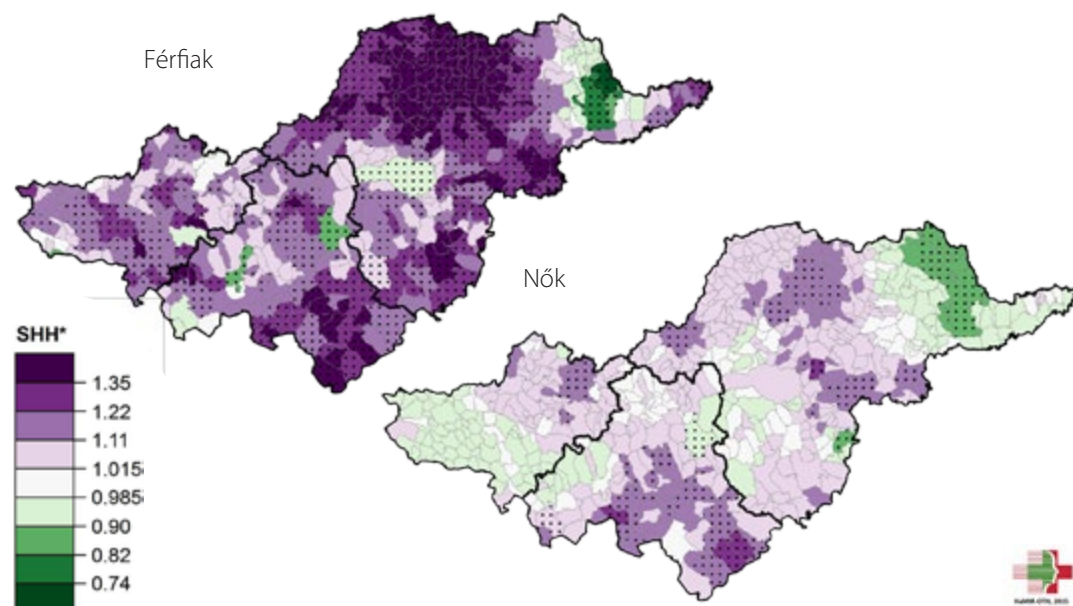
Régióinkban a 0-64 éves férfiak körében a rosszindulatú daganatok okozta halálozás az EU átlag több mint kétszerese, a nők körében pedig 1,73-szorosa volt (2012).

*A rendelkezésre álló legfrissebb EU átlag a 2012-es.

A rosszindulatú daganatok okozta halálozás területi egyenlőtlenségeit régióinkban vizsgálva azt látjuk, hogy (10. ábra):

- a férfiak körében döntően a hazai átlagot meghaladó értékek ábrázolódtak, és ezen eltérések jellemzően statisztikailag is megalapozottak voltak. Kiemeljük, hogy a Borsod-Abaúj-Zemplén megye északi és Heves megye déli/délkeleti területi voltak fokozottan érintettek;
- a nők körében szintén észleltünk hazai átlagot szignifikánsan meghaladó korai halálozást. Bár ezen területek kiterjedése nem érte el a férfiaknál látható mértéket, mindhárom megye esetében leírhatók voltak.

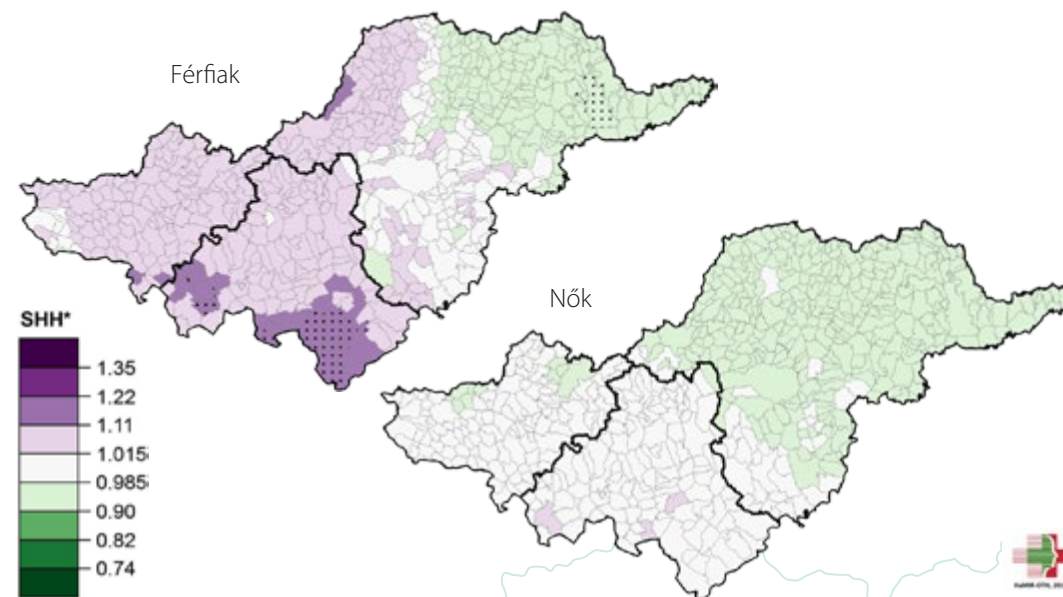
10. ábra Az Észak-Magyarország régió 15-64 éves lakosságának rosszindulatú daganatok (BNO-10.:C00-C97) okozta halálozása, település szinten, 2009-2013.



*Hierarchikus Bayes becsléssel korrigált Standardizált Halálozási Hányados.
A pontozással jelölt területeken az országos átlagtól való eltérés szignifikáns.

(Az ábrák készítésénél használt módszereket az ADATOK ÉS MÓDSZERTAN fejezetben részletezzük, lásd 68. oldal)

11. ábra: Az Észak-Magyarország régió 15-64 éves lakosságának a vastagbél, a végbél, a végbél-nyílás és az anus csatorna rosszindulatú daganatai (BNO-10.:C18-C21) okozta halálozása, település szinten, 2009-2013.

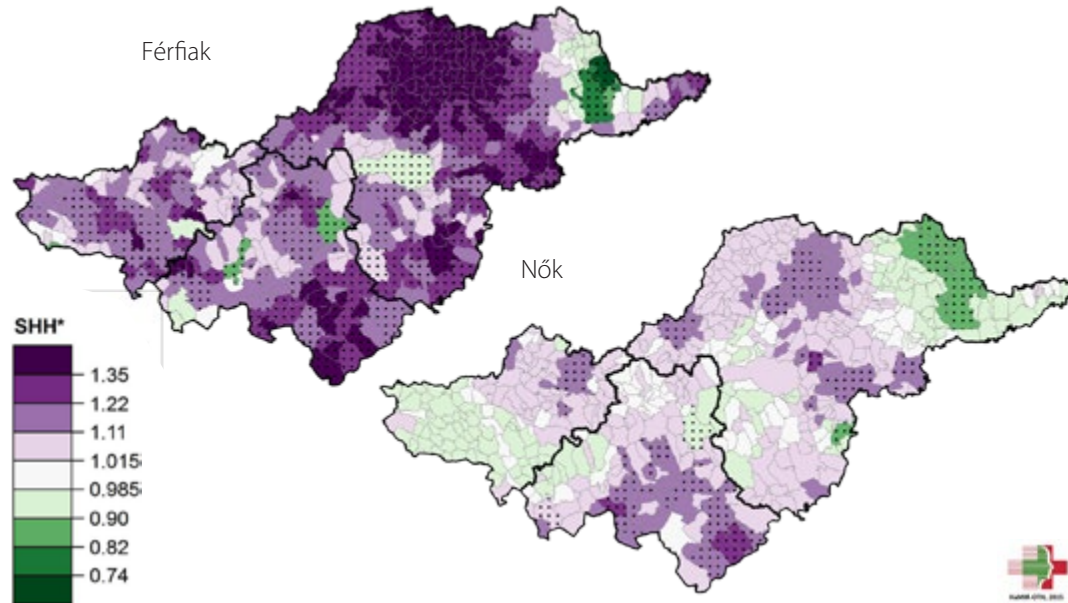


*Hierarchikus Bayes becsléssel korrigált Standardizált Halálozási Hányados.
A pontozással jelölt területeken az országos átlagtól való eltérés szignifikáns.

A vastagbél, a végbél, a végbél-nyílás és az anus csatorna rosszindulatú daganatai (összefoglalóan kolorektális daganatok) miatti korai halálozás vizsgálatát egyrészt az indokolta, hogy a kialakulásukban szerepet játszó életmódbeli tényezők (mozgásszegény életmód, egyes táplálkozási szokások) elsődleges megelőzés célpontjaiként szerepelhetnek. Másrészt kiemelésük mellett szólt az is, hogy az időben történő felismerést szolgáló szűrővizsgálat szervezett népegészségügyi szűrésé történő alakítása – a jelentés készítése idején – folyamatban van, régióink megyéi közül Heves és Nógrád megyében pedig mintaprogramként működik már 2014 óta.

- A férfiak esetében hazai átlagot meghaladó, statisztikailag is megalapozott eltérés egyedül Heves megyében ábrázolódtott. Borsod-Abaúj-Zemplén megyében igen jelentős volt a viszonyítási alaponál kedvezőbb halálozású települések száma, Nógrád megye esetében döntően viszont azt meghaladó eredmények láthatóak (nem szignifikáns eltérések).
- A nők körében jellemzően hazai átlagot jól közelítő volt a halálozási mutató értéke, kivéve a Borsod-Abaúj-Zemplén megyében látható, jelentős összefüggő területen ábrázolódo országos átlagnál kedvezőbb eredményeket.
A véletlen szerepe azonban egyetlen esetben sem volt kellő biztonsággal elvethető (11. ábra).

12. ábra Az Észak-Magyarország régió 15-64 éves lakosságának a légcső, a hörgő és a tüdő rosszindulatú daganatai (BNO-10.:C33-C34) okozta halálózása, település szinten, 2009–2013.



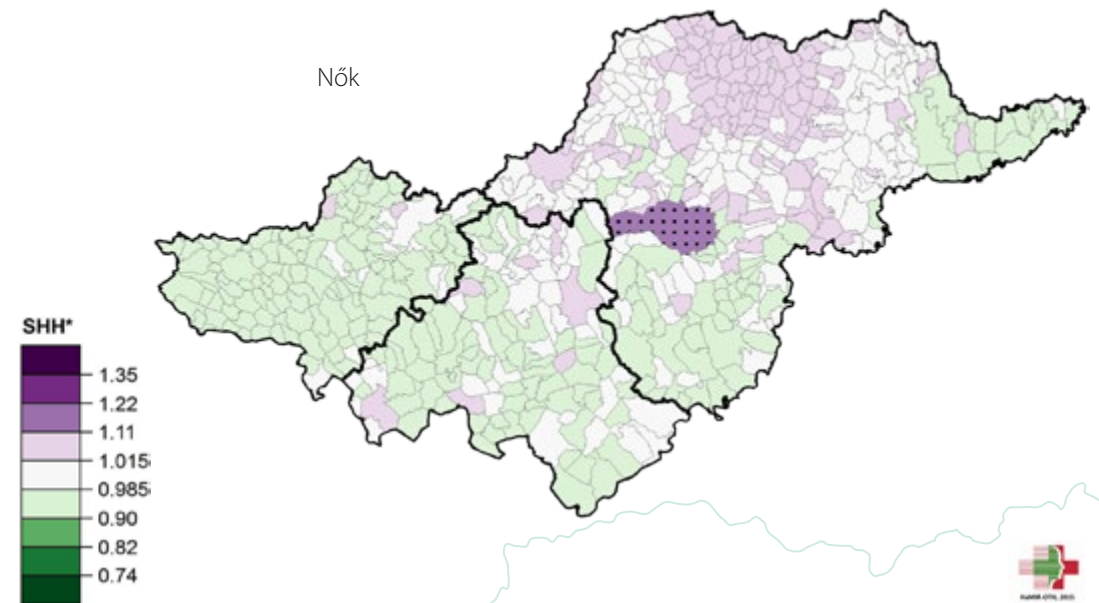
*Hierarchikus Bayes becsléssel korrigált Standardizált Halálózási Hányados.
A pontozással jelölt területeken az országos átlagtól való eltérés szignifikáns.

A légcső, a hörgő és a tüdő rosszindulatú daganatai – vezető daganatos haláloki szerepük mellett – döntően a dohányzással hozhatók kapcsolatba. A hazai lakossági felmérések szerint a dohányzás igen elterjedt, így e betegségcsoport vizsgálata indokolt.

Régióink 15-64 éves férfi lakossága körében döntően a hazai átlagnál jelentősen kedvezőtlenebb volt a halálózás. Borsod-Abaúj-Zemplén megye északi és déli, Heves megye déli és dél-keleti, Nógrád megye esetében pedig döntően a középső és északi területeken láthatunk összefüggő, statisztikailag is megalapozott kedvezőtlen halálózású településeket.

A nők körében a fentiekben leírtakhoz hasonló kép ábrázolódt, azzal a különbséggel, hogy a magas halálózású (szignifikáns eltérés) területek kiterjedése kisebb volt, valamint Borsod-Abaúj-Zemplén megyében a déli települések érintettsége nem volt jellemző (12. ábra).

13. ábra Az Észak-Magyarország régió 15-64 éves női lakosságának az emlő rosszindulatú daganata (BNO-10.:C50) okozta halálózása, település szinten, 2009–2013.

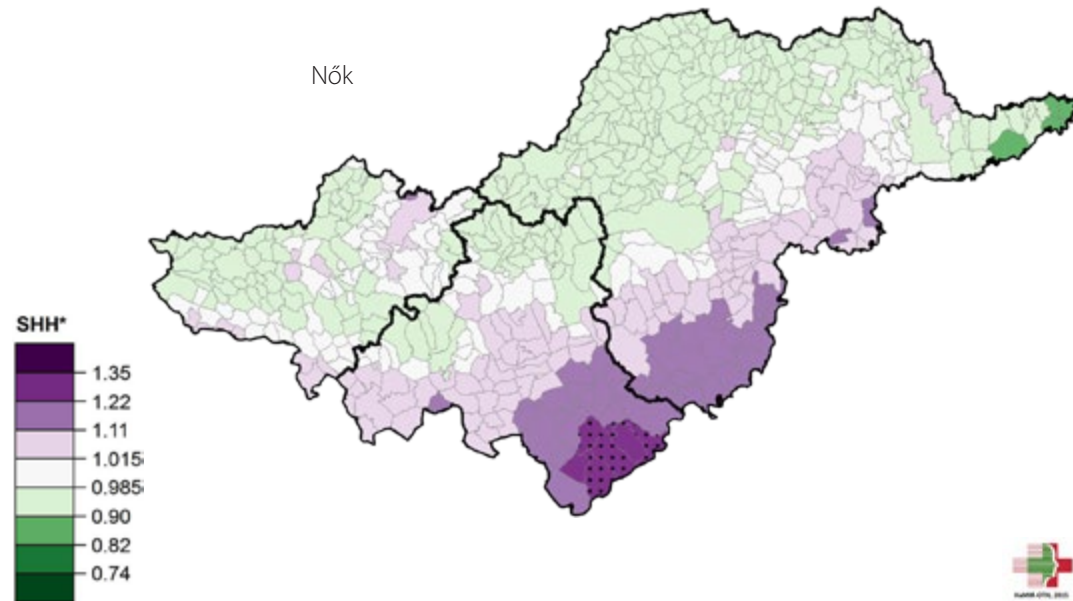


*Hierarchikus Bayes becsléssel korrigált Standardizált Halálózási Hányados.
A pontozással jelölt területeken az országos átlagtól való eltérés szignifikáns.

A rosszindulatú daganatok csoportján belül a női emlő elváltozásait jelentős haláloki súlyuk mellett a szervezett népegészségügyi szűrés miatt is fontos tárgyalni. A jelenleg elfogadott szűrés stratégia (45-65 közötti hölgyek 2 évente kapnak központi behívólevelet) lágyrész-röntgen- és fizikális emlővizsgálatot alkalmaz. A stratégia a célját csak abban az esetben érheti el, ha kellő mértékű a megjelenés a vizsgálaton, hiszen a megfelelő és rendszeres átszűrtség nélkül a teljes gyógyulás esélyét növelő korai felismerés nem valósulhat meg.

Régióink települései a vizsgált időszakban döntően hazai átlagnál kedvezőbb, vagy azt közelítő eredménnyel bírtak (nem szignifikáns eltérések). Borsod-Abaúj-Zemplén megye középső és északi területein láthatunk hazai átlagnál kissé magasabb korai halálózású területeket, azonban egyedül a megyeszékhely eredménye volt statisztikailag megalapozott (13. ábra).

14. ábra Az Észak-Magyarország régió 15-64 éves női lakosságának a méhnyak rosszindulatú daganata (BNO-10.:C53) okozta halálozása, település szinten, 2009–2013



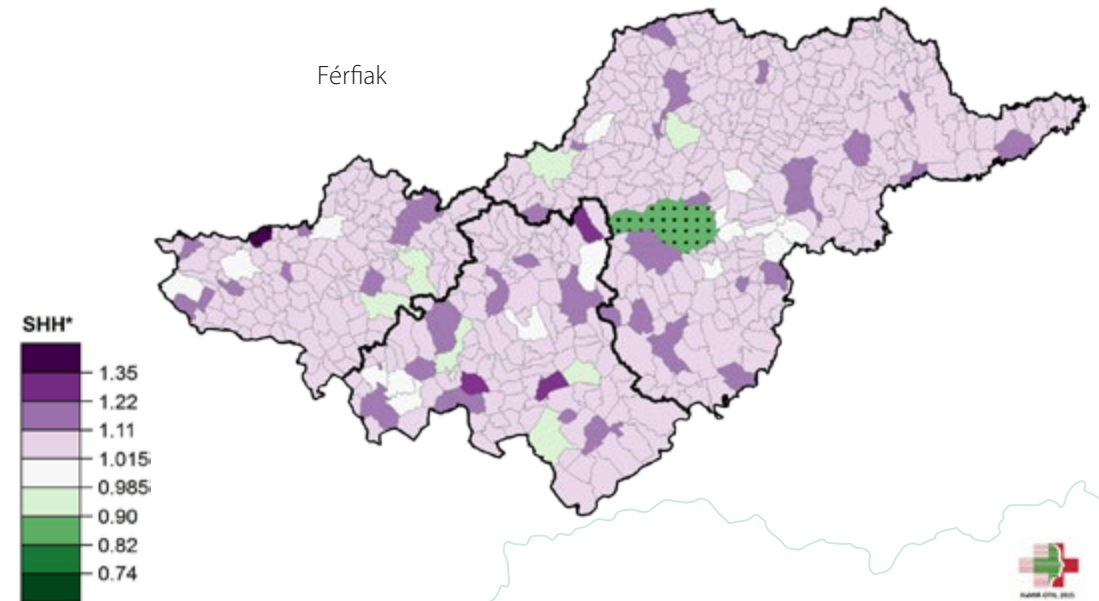
*Hierarchikus Bayes becsléssel korrigált Standardizált Halálozási Hányados.
A pontozással jelölt területeken az országos átlagtól való eltérés szignifikáns.

A méhnyak rosszindulatú daganatai („méhnyakrák”) szűrésére szolgáló népegészségügyi stratégia citológiai vizsgálatot is tartalmazó nőgyógyászati vizsgálatot takar, melyet a 25-65 éves korcsoportban, meghívásos alapon, 3 évente indokolt végezni (amennyiben negatív az eredmény).

A hazai megjelenési arányok – és ezáltal az átszűrtség – javítása érdekében indult a Védőnői Méhnyak-szűrő Program, mely a nők lakhelyéhez közelebb igyekszik vinni a szűrést.

Régióink esetében Heves és Borsod-Abaúj-Zemplén megye déli területein ábrázolódtak hazai átlagot meghaladó korai halálozású települések, azonban egyedül Heves megye déli/dél-keleti eltérései voltak statisztikailag megalapozottak (14. ábra).

15. ábra Az Észak-Magyarország régió 15-64 éves férfi lakosságának a prosztata rosszindulatú daganata (BNO-10.:C61) okozta halálozása, település szinten, 2009–2013



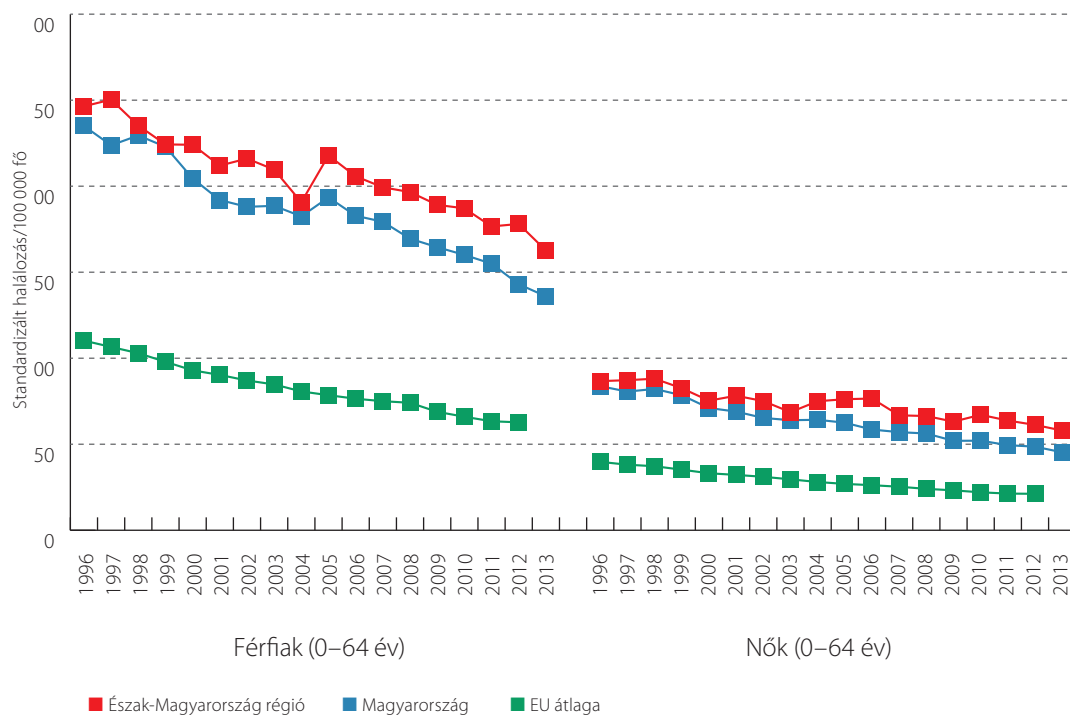
*Hierarchikus Bayes becsléssel korrigált Standardizált Halálozási Hányados.
A pontozással jelölt területeken az országos átlagtól való eltérés szignifikáns.

A prosztata rosszindulatú daganatainak kialakulásában – számos egyéb tényező mellett – fontos szerepet tulajdonítanak az állati zsírban gazdag táplálkozásnak. Mivel ezen tényező elsődleges megelőzés révén befolyásolható, indokoltnak tartottuk a betegcsoport vizsgálatát.

A daganatcsoport okozta korai halálozás területi egyenlőtlenségeit vizsgálva az alábbiakat állapíthatjuk meg:

- régióink esetében döntően hazai átlagnál kis mértékben kedvezőtlenebb mutatók ábrázolódtak, azonban a véletlen szerepe egyetlen emelkedett halálozású település esetében volt csak kellő biztonsággal elvethető;
- hazai átlagnál szignifikánsan kedvezőbb eltérés szintén mutatkozott, mely Borsod-Abaúj-Zemplén megye megyeszékhelyén látható (15. ábra).

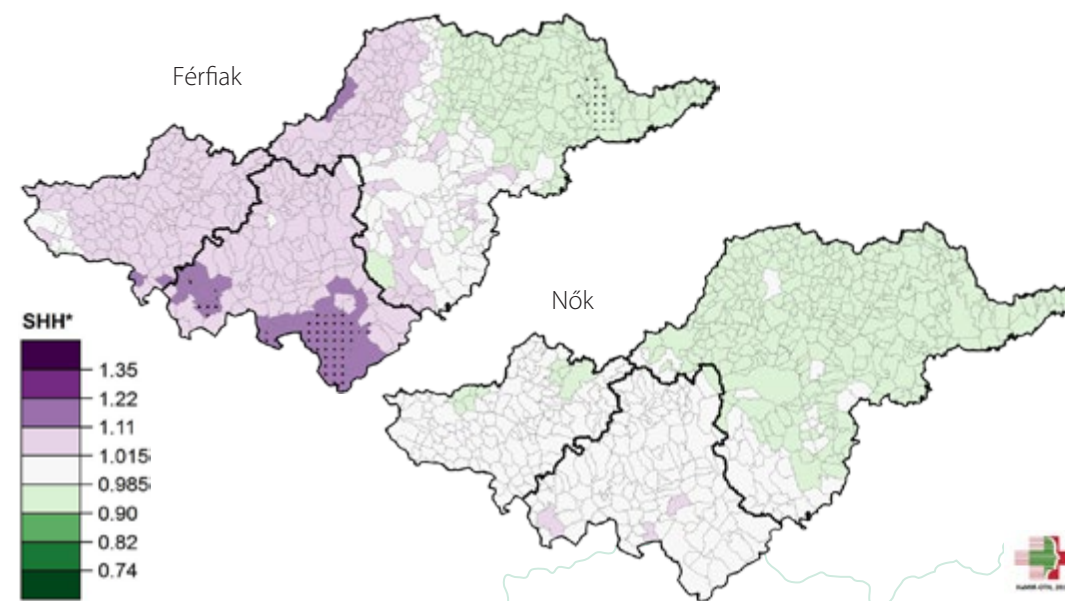
16. ábra: A keringési rendszer betegségei által okozott korai (0-64 éves korú lakosság) halálozás alakulása az Észak-Magyarország régióban az országos és az EU átlag tükrében, 1996–2013.



A betegségcsoport okozta korai halálozás trendjét vizsgálva (16. ábra) megállapíthatjuk, hogy az 1996–2012 közötti időszakban az EU mutatója esetében látható csökkenés az országos és a régiós átlag esetében is ábrázolódik. Kiemelendő azonban, hogy a kedvező irányú változások mellett a hazai mutatók csökkenése elmarad az EU-ban tapasztalható ütemtől: a regionális átlag mindkét nem esetében az EU-átlag több mint kétszeresével volt jellemezhető 1996-ban (férfiak: 2,24; nők: 2,18), és ez a hányados 2012-re kis mértékben nőtt (férfiak: 2,83; nők: 2,89). Az országos átlagnál kisebb mértékű csökkenéssel jellemezhető halálozási mutatók eredőjeként régióink elmaradása hazánk átlagától mindkét nem esetében fokozódott a vizsgált időszakban.

A keringési rendszer betegségei okozta korai halálozás régióink 0-64 éves lakossága körében az EU átlag csaknem háromszorosával volt jellemezhető mindkét nemből (2012)

17. ábra Az Észak-Magyarország régió 15-64 éves lakosságának a keringési rendszer betegségei (BNO-10.:I00-I99) okozta halálozása, település szinten, 2009–2013.

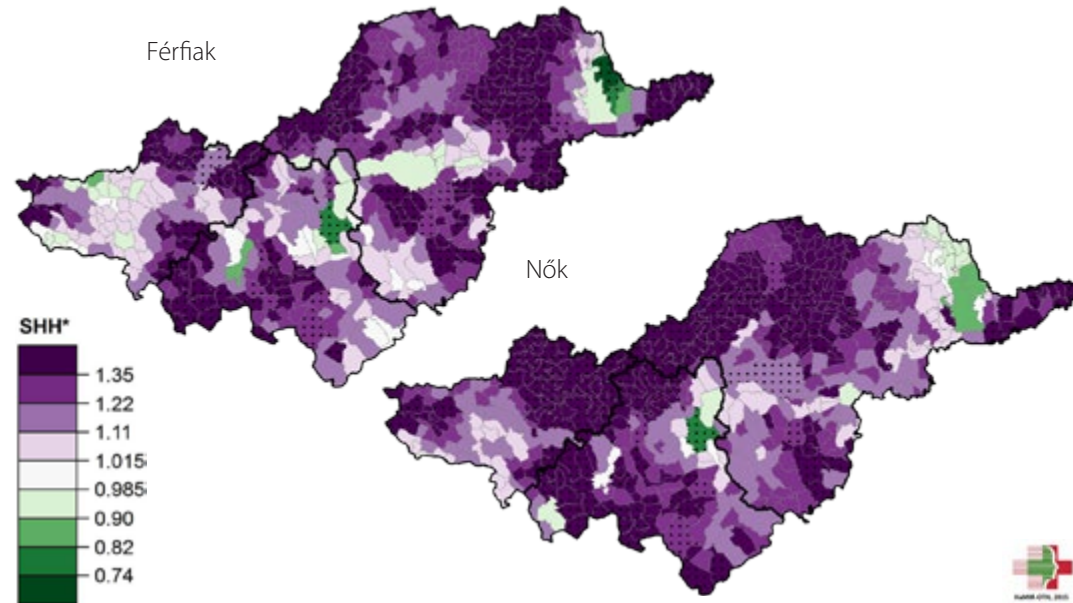


*Hierarchikus Bayes becsléssel korrigált Standardizált Halálozási Hányados.
A pontozással jelölt területeken az országos átlagtól való eltérés szignifikáns.

A keringési rendszer betegségeinek népegészségügyi jelentőségét alátámasztja, hogy igen jelentős súllyal alakítják a lakosság korai halálozását. Településszintű vizsgálatuk során az alábbiakat tapasztaltuk (17. ábra):

- A férfiak körében Borsod-Abaúj-Zemplén és Heves megye területének döntő hányada hazai átlagot meghaladó korai halálozással volt jellemezhető, és az eltérések többsége statisztikailag is megalapozott volt. Nógrád megyében ezen területek a megye keleti és déli részére korlátozódtak.
- A nők esetében igen hasonló kép ábrázolódott, azzal a különbséggel, hogy az eltérések nagyobb hányada tartozott a hazai átlagot több mint 35%-kal meghaladó osztályba. Nógrád megye esetében szintén – kis mértékben – nagyobb a kedvezőtlen halálozású terület nagysága, és a szignifikáns eltérések nagy hányada az általunk alkalmazott osztálybesorolás legmagasabb kategóriájába tartozott.

18. ábra: Az Észak-Magyarország régió 15-64 éves lakosságának a magas vérnyomás (BNO-10.:I10-I15) és az agyérbetegségek (BNO-10.:I60-I69) okozta halálózása, település szinten, 2009–2013.



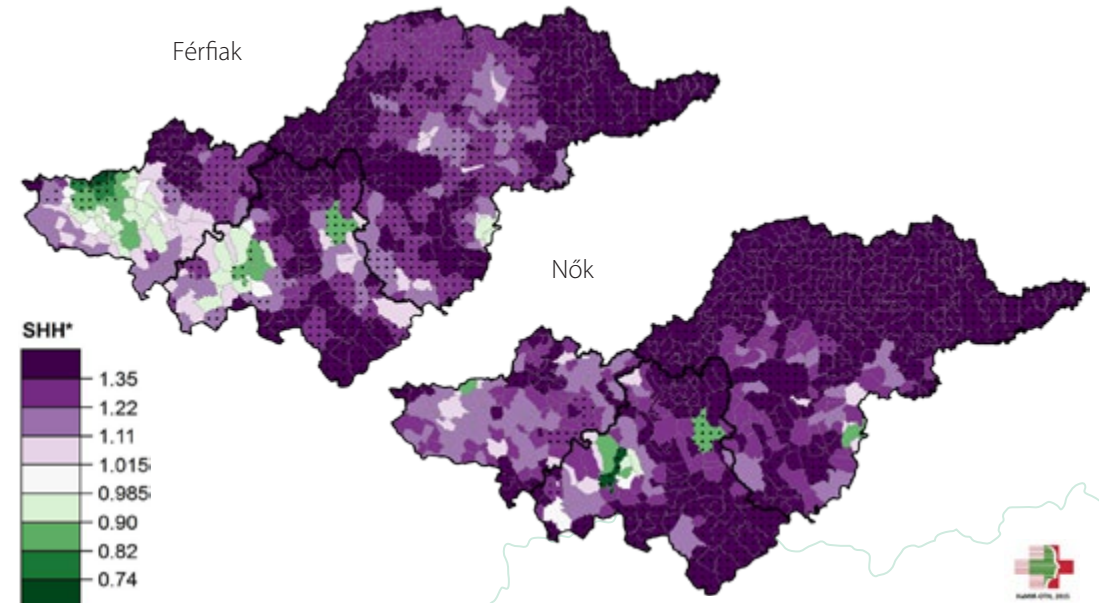
*Hierarchikus Bayes becsléssel korrigált Standardizált Halálózási Hányados.
A pontozással jelölt területeken az országos átlagtól való eltérés szignifikáns.

A keringési betegségek döntő hányada a magas vérnyomás, agyérrendszeri betegségek és ischaemiás szívbetegségek miatt következik be. Mindhárom betegségcsoport az ún. elkerülhető halálózások csoportjába tartozik a 0-74 éves korcsoportban. A magas vérnyomás és agyérrendszeri betegségek közös vizsgálata mellett szól az a tény, hogy a hipertónia a leggyakoribb rizikótényezője a stroke kialakulásának, a szélütést elszenvedett betegek közel 75 százaléka pedig magas vérnyomásban szenved (18. ábra).

A férfiak körében a betegségcsoportok okozta korai halálózás mindhárom megye esetében jelentős területeken mutatott olyan hazai átlagot meghaladó értéket, amely statisztikailag is megalapozott volt. Nógrád megye esetében ezek a települések elsősorban a Heves megyével határos keleti/déli területeken ábrázolódtak.

A nők körében a három megye északi részén, valamint Heves megye nyugati és déli, Borsod-Abaúj-Zemplén megye keleti és középső részén látható hazai átlagot szignifikáns mértékben meghaladó halálózás.

19. ábra: Az Észak-Magyarország régió 15-64 éves lakosságának a vastagbél, a végbél, a végbélnyílás és az anus csatorna rosszindulatú daganatai (BNO-10.:C18-C21) okozta halálózása, település szinten, 2009–2013.



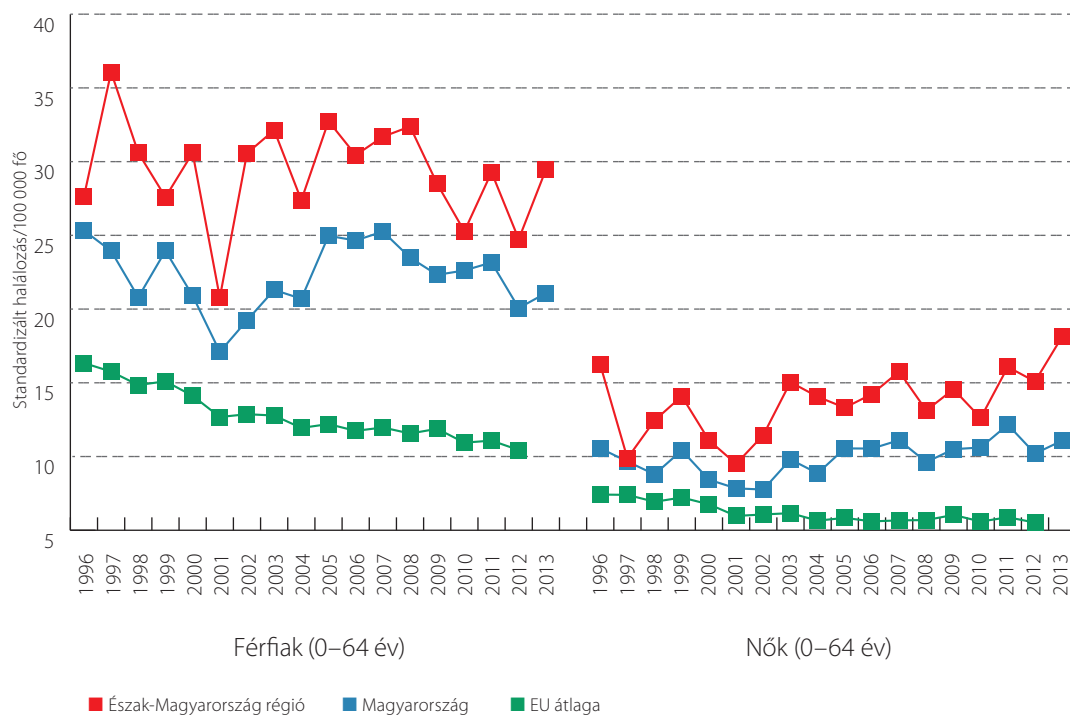
*Hierarchikus Bayes becsléssel korrigált Standardizált Halálózási Hányados.
A pontozással jelölt területeken az országos átlagtól való eltérés szignifikáns.

Az ischaemiás szívbetegségeket –a keringési rendszer egyéb rizikótényezői mellett – az érlemezésesedés megnyilvánulásának tekinthetjük. A betegségcsoport kiemelését az indokolja, hogy legfontosabb kockázati tényezői (pl. dohányzás, mozgásszegény életmód) népegészségügyi beavatkozásokkal befolyásolhatók.

A férfiak esetében Borsod-Abaúj-Zemplén megye területének döntő része (kiemelten az északi települések) hazai átlagot jelentősen meghaladó korai halálózással volt jellemezhető, és ezek az eltérések döntően statisztikailag is megalapozottak voltak. Ugyanez tapasztalható Heves megye keleti és Nógrád megye északi és északkeleti területein.

A nők körében Heves megye hasonló képet mutat a férfiaknál leírtakhoz, Nógrád megyében viszont alacsonyabb a szignifikánsan emelkedett halálózású települések száma. Borsod-Abaúj-Zemplén megye esetében a megye északi felében egy összefüggő, hazai átlagot legalább 35%-kal, statisztikailag megalapozottan meghaladó halálózású sáv azonosítható, melyhez néhány középső és déli település is csatlakozott (19. ábra).

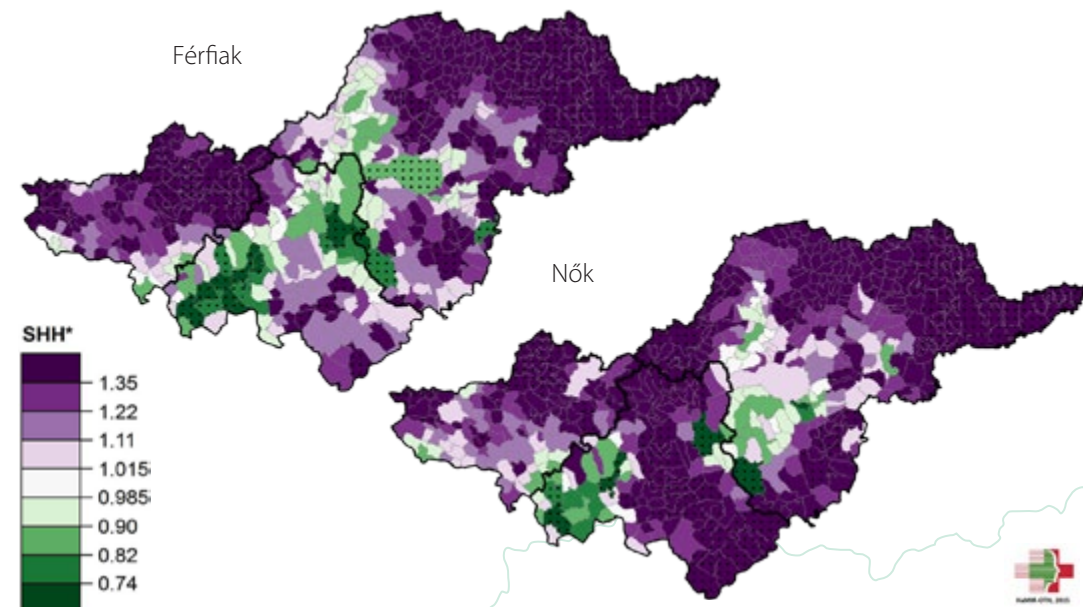
20. ábra: A légzőrendszer betegségei okozta korai (0-64 éves korú lakosság) halálozás alakulása az Észak-Magyarország régióban az országos és az EU átlag tükrében, 1996–2013.



Az Európai Unióban tapasztalható folyamatos csökkenés a vizsgált hazai mutatók egyikében sem ábrázolódott egyértelmű trendként: a halálozást jelentős ingadozások jellemezték mindkét nem esetében. A regionális mutató jelentősen elmaradt (különösen a férfiak körében) az EU átlagnál kedvezőtlenebb hazai átlagtól is (14. ábra). A 2012-es adatok alapján régióinkban a 100 ezer 0-64 éves lakosra eső légzőrendszeri halálesetek száma több mint kétszerese volt az EU átlagnak (a régiós és EU átlag hányadosa a férfiak esetében 2,37, a nők esetében pedig 2,73 volt – 20. ábra). A jelentős ingadozások miatt a trend értékelése óvatosságot igényel, de régióink 1996-os és 2013-as eredményeit összehasonlítva mindkét nem esetében enyhe emelkedés észlelhető.

A légzőrendszer betegségei okozta korai halálozás régióink esetében mind a hazai, mind a vonatkozó EU átlagnál kedvezőtlenebbül alakult.

21. ábra: Az Észak-Magyarország régió 15-64 éves lakosságának a légzőrendszer betegségei (BNO-10.:J00-J99) okozta halálozása, település szinten, 2009–2013.



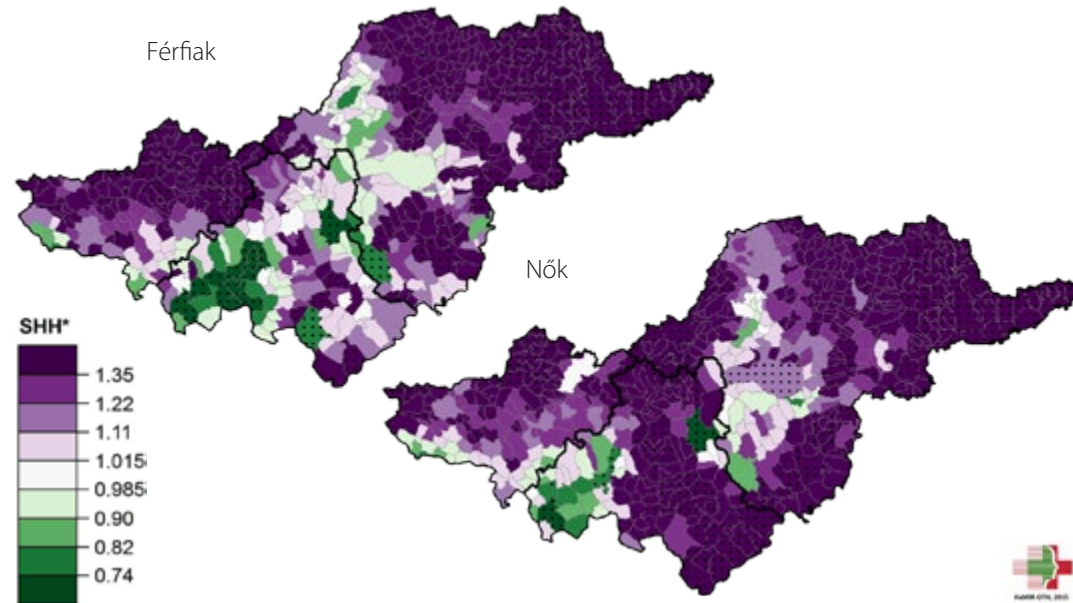
*Hierarchikus Bayes becsléssel korrigált Standardizált Halálozási Hányados.
A pontozással jelölt területeken az országos átlagtól való eltérés szignifikáns.

A légzőrendszer betegségeinek kiemelését elsősorban nem halálhalmok súlyuk, hanem a csoportba tartozó, elkerülhetőnek tekinthető halálhalmok (pl. tüdőgyulladás 0-74 éves korban) indokolják.

A férfiak korai halálozása Nógrád megye területének döntő részén, Borsod-Abaúj-Zemplén megye északi és keleti területein, valamint Heves megye déli részén volt statisztikailag szignifikáns mértékben magasabb a regionális átlagnál.

A nők körében Borsod-Abaúj-Zemplén és Nógrád megye érintettsége hasonló területi eloszlást mutat a férfiaknál leírtakhoz. Heves megye esetében egy északról délkelet irányába húzódó sáv mentén hazai átlagot jelentősen meghaladó, szignifikáns eltérésű települések láthatóak (21. ábra).

22. ábra: Az Észak-Magyarország régió 15-64 éves lakosságának az idült alsó légúti betegségek (BNO-10.:J40-J47) okozta halálózása, település szinten, 2009–2013.



*Hierarchikus Bayes becsléssel korrigált Standardizált Halálózási Hányados.
A pontozással jelölt területeken az országos átlagtól való eltérés szignifikáns.

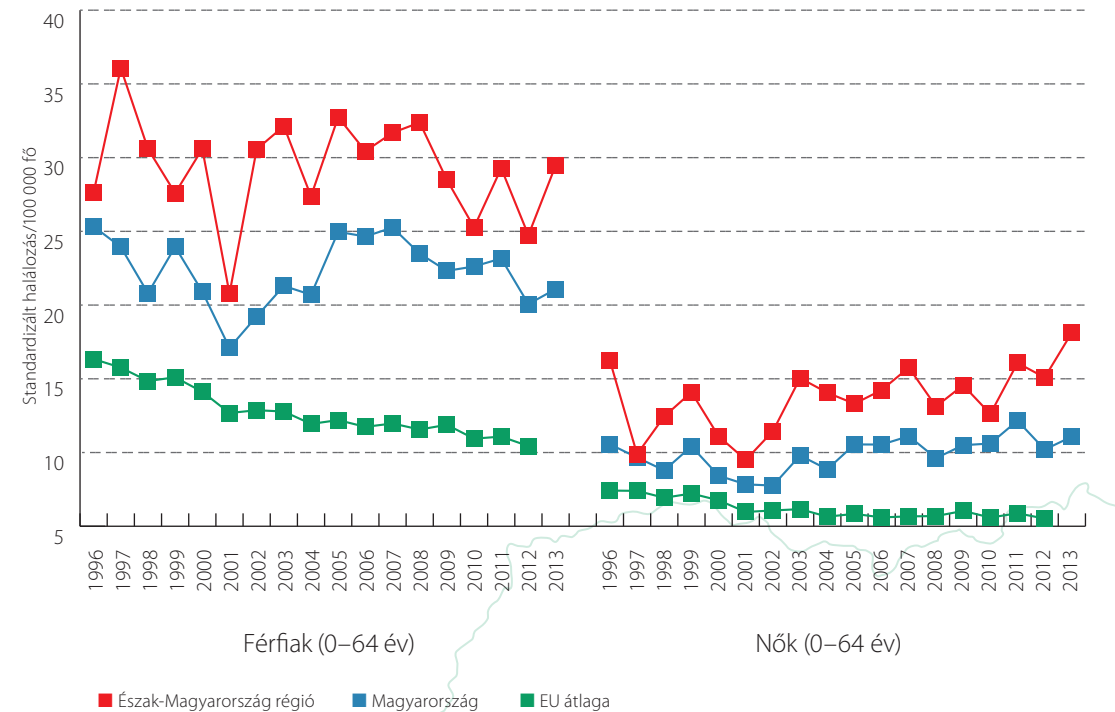
Bár az idült alsó légúti betegségek igen jelentős hányadát (egyres becslések szerint 2/3-át) képezik a légzőrendszer betegségeinek, kiemelésüket a kialakításukban szerepet játszó életmódtényező (dohányzás) is indokolja.

A férfiak körében összefüggő, hazai átlagot jelentősen meghaladó területek ábrázolódtak Nógrád megye északi felében, valamint Borsod-Abaúj-Zemplén megye megyeszékhelyétől észak-északkeleti irányban fekvő településeken (döntően szignifikáns eltérések).

A nők esetében mindhárom megye területén jelentős a többlethalálózású települések száma.

Az alsó légúti megbetegedések korai halálózásának mintázata összességében követi a légzőrendszer, mint főcsoport betegségeinél leírtakat. A jelenség hátterében – feltehetőleg – az az ismert tény állhat, hogy az idült alsó légúti betegségek képezik a légzőrendszer betegségeinek főcsoportjában a legnagyobb halálóki súlyt (22. ábra).

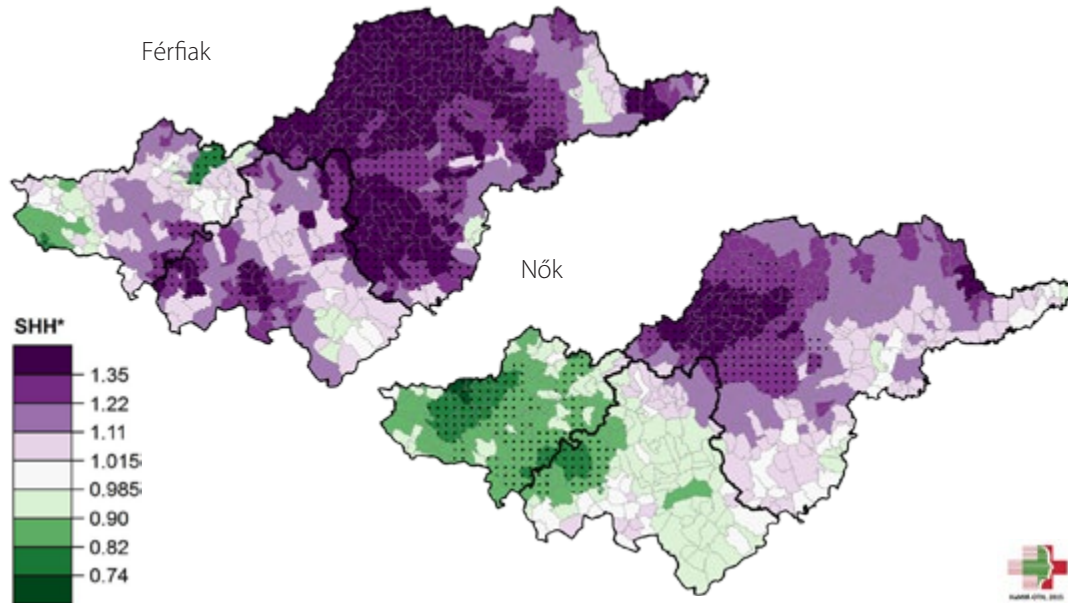
23. ábra: Az emésztőrendszer betegségei okozta korai (0-64 éves korú lakosság) halálózás alakulása az Észak-Magyarország régióban az országos és az EU átlag tükrében, 1996-2013.



Az emésztőrendszer betegségei igen összetett kategória, melyen belül a májbetegségek (ezen belül is a májszugar) úgy a morbiditás, mint a mortalitás vonatkozásában meghatározó súllyal szerepelnek. Régióinkban a betegségcsoport (23. ábra) okozta korai halálózás igen jelentős csökkenést mutatott (hasonlóan a hazai átlaghoz). Ezt a csökkenést számszerűsítve elmondhatjuk, hogy míg régióink 0-64 éves férfi lakosságának halálózása 1996-ban 4,27-szerese volt az EU átlagnak, addig 2012-ben ez a hányados már csak 2,88 volt.

Az emésztőrendszer betegségei okozta korai (0-64) halálózás a vizsgált halálóki főcsoportok közül a legjelentősebb csökkenéssel volt jellemezhető régióinkban. A kedvező irányú változás ellenére elmaradásunk az EU átlagától mindkét nem esetében jelentős.

24. ábra: Az Észak-Magyarország régió 15-64 éves lakosságának az emésztőrendszer betegségei (BNO-10.:K00-K93) okozta halálózása, település szinten, 2009–2013.

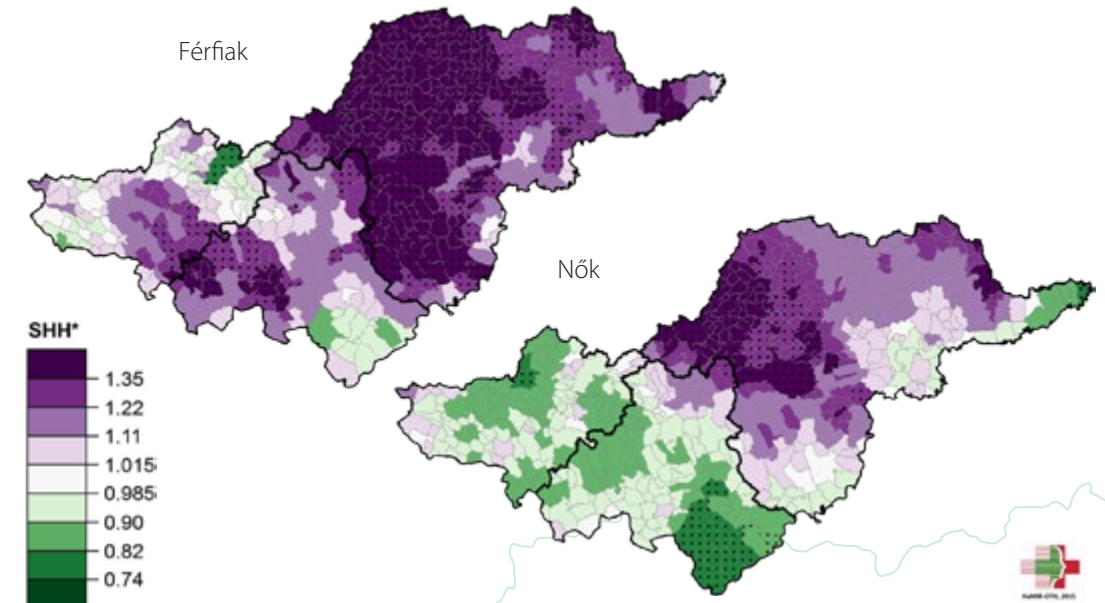


*Hierarchikus Bayes becsléssel korrigált Standardizált Halálózási Hányados.
A pontozással jelölt területeken az országos átlagtól való eltérés szignifikáns.

Az emésztőrendszer betegségei okozta korai halálozás területi különbségeit az Észak-Magyarország régió területén, településszinten vizsgálva (24. ábra) az alábbiakat tapasztaltuk:

- A férfiak esetében Borsod-Abaúj-Zemplén megye érintettsége volt igen kifejezett (a megye területének döntő többsége hazai átlagot jelentősen meghaladó, szignifikáns halálozást mutatott), azonban Heves és Nógrád megyében is láthatunk kisszámú, de hasonló eltéréssel bíró települést.
- A nők körében egyedül Borsod-Abaúj-Zemplén megye északi és északnyugati területein mutatkozott szignifikáns halálozási többlet, amely a férfiaknál látható kiterjedtséget nem érte el. Kiemeljük, hogy Nógrád megye területének nagy része hazai átlagnál kedvezőbb eredménnyel bírt (véletlen szerepe jellemzően kellő biztonsággal elvethető volt), valamint Heves megye nyugati részén is azonosíthatók voltak ilyen (hazai viszonylatban) kedvező halálozású települések.

25. ábra Az Észak-Magyarország régió 15-64 éves lakosságának az alkoholos májbetegségek (BNO-10.:K70) okozta halálózása, település szinten, 2009–2013.



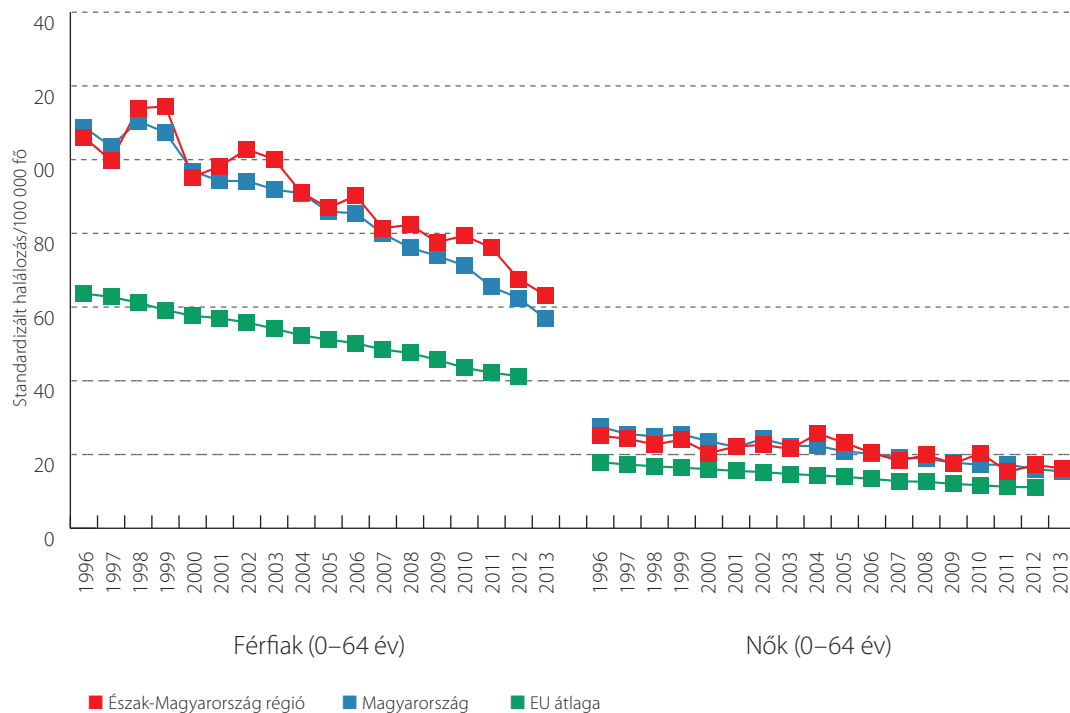
*Hierarchikus Bayes becsléssel korrigált Standardizált Halálózási Hányados.
A pontozással jelölt területeken az országos átlagtól való eltérés szignifikáns.

Magyarországon az emésztőrendszer betegségeinek főcsoportján belül a májbetegségek bírnak a legnagyobb haláloki súllyal, melyek között az alkoholos eredetű májzsugor a leggyakoribb önálló kórkép. A függőség sajátos problémája mellett ennek a megelőzhető haláloknak a területi mintázata jelentős nemi különbséget mutatott (25. ábra).

A férfiak körében Nógrád és Heves megye szomszédos területein láthatunk hazai átlagot meghaladó, szignifikáns halálozási többletet, amely a leírt megyék területének kis hányadát érinti. Ezzel szemben Borsod-Abaúj-Zemplén megye településeinek döntő többsége hazai átlagot statisztikailag megalapozott módon meghaladó halálozással volt jellemezhető.

A nők esetében ilyen halálozási többlet egyedül Borsod-Abaúj-Zemplén megyében ábrázolódott: a megye északkeleti és középső települései voltak érintettek. Nógrád megye területén szignifikánsan emelkedett halálozás nem látható, Heves megyében ilyen eltérést egyedül a megye északi részén azonosítottunk.

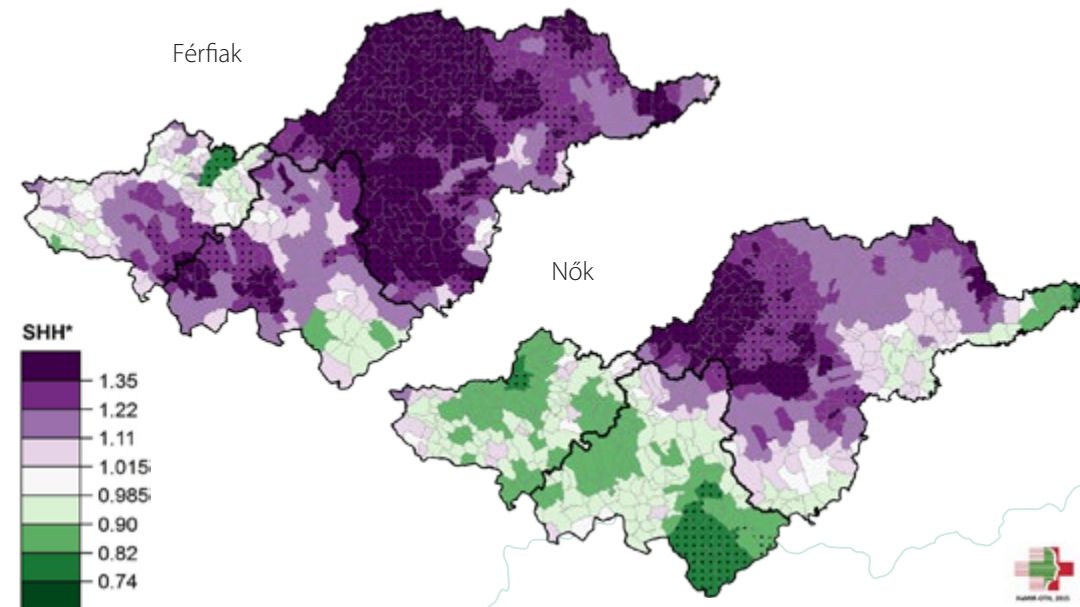
26. ábra: A külső okok okozta korai (0-64 éves korú lakosság) halálozás alakulása az Észak-Magyarország régióban az országos és az EU átlag tükrében, 1996-2013.



A külső okok miatt bekövetkezett korai halálozás esetében hazánk és régióink eredményei mindkét nem esetében kedvezőtlenebbek voltak az EU átlagnál (26. ábra). Régióink 0-64 éves férfi lakossága körében a halálozás tendenciája csökkenő volt, azonban elmaradásunk az EU átlagtól összességében változatlan maradt (régiós és EU átlag hányadosa – 1996: 1,66; 2012: 1,63). A nők körében 1996 és 2008 különbségeit összehasonlítva elmaradásunk az EU átlagtól kismértékben fokozódott (régiós/EU átlag – 1996: 1,40; 2008: 1,55).

A férfiak külső okok miatt bekövetkezett korai halálozása (0-64) esetében – a csökkenő tendencia ellenére – régióink elmaradása az EU átlagtól az 1996-os eredményekhez hasonlítva nem változott, a nők esetében pedig kissé nőtt.

27. ábra Az Észak-Magyarország régió 15-64 éves lakosságának a külső okok (BNO-10.:V01-Y98) miatti halálozása, település szinten, 2009-2013.



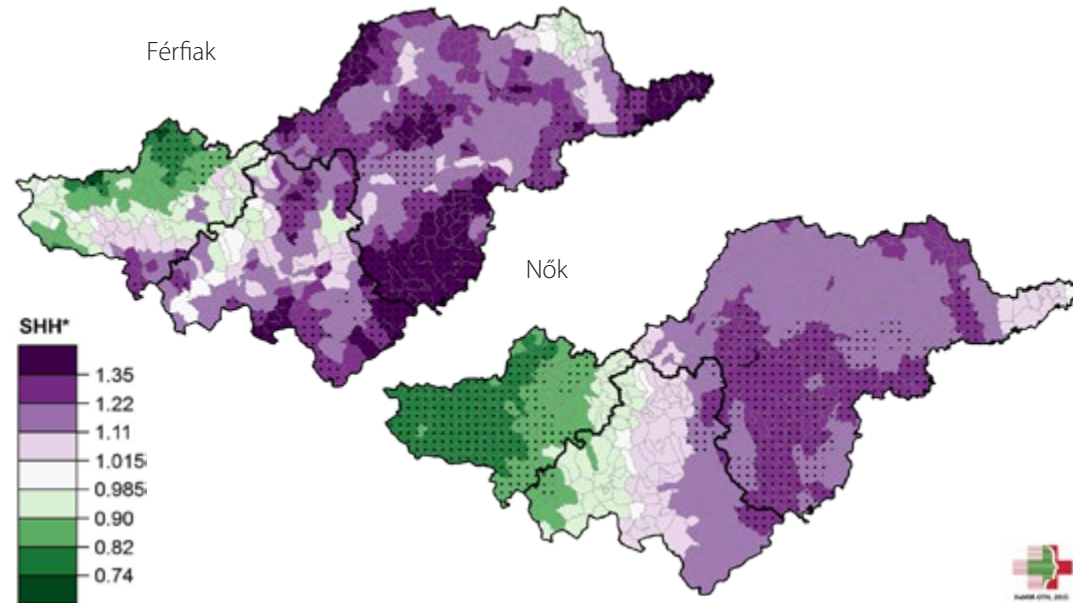
*Hierarchikus Bayes becsléssel korrigált Standardizált Halálozási Hányados.
A pontozással jelölt területeken az országos átlagtól való eltérés szignifikáns.

A külső okok miatti korai halálozás, azon belül is a balesetek alakulását a korunkra jellemző technológiai vívmányok összetett módon befolyásolták: a közlekedés és gépesítés fejlődésével megnőtt például a balesetek esélye, azonban a fejlődés magában hordozza azok megelőzésének, vagy enyhítésének lehetőségét is.

A férfiak körében Borsod-Abaúj-Zemplén és Heves megye területének nagy része hazai átlagot meghaladó korai halálozással bírt és az eltérések kialakításában a véletlen szerepe (néhány település kivételével) kellő biztonsággal elvethető volt.

A nők körében szintén a fenti két megye területén láthatunk szignifikáns halálozási többletet, azonban ennek földrajzi kiterjedtsége nem érte el a férfiak esetében látható mértéket. Nógrád megye halálozása egyes északkeleti településeket leszámítva a hazai átlagnál szignifikánsan kedvezőbb volt (27. ábra).

28. ábra: Az Észak-Magyarország régió 15-64 éves lakosságának a szándékos önártalom (BNO-10.:X60-X84) okozta halálózása, település szinten, 2009–2013.



*Hierarchikus Bayes becsléssel korrigált Standardizált Halálózási Hányados.
A pontozással jelölt területeken az országos átlagtól való eltérés szignifikáns.

A szándékos önártalom komplex jelenség, melynek háttérében számos tényező állhat. Vizsgálatok bizonyítják azt, hogy a befejezett öngyilkosságok 50-70%-át kezeletlen vagy nem megfelelően kezelt major depresszió állapotában követik el, továbbá ezen esetek legalább felében az öngyilkosságot elkövető személynek semmilyen kapcsolata nincs orvossal. A Heves megyében zajló „Válaszd az Életet!” életvédő és öngyilkosság-megelőző program miatt régióinkban településszinten is vizsgáltuk a halálok területi mintázatát a 15-64 éves korcsoportban (28. ábra).

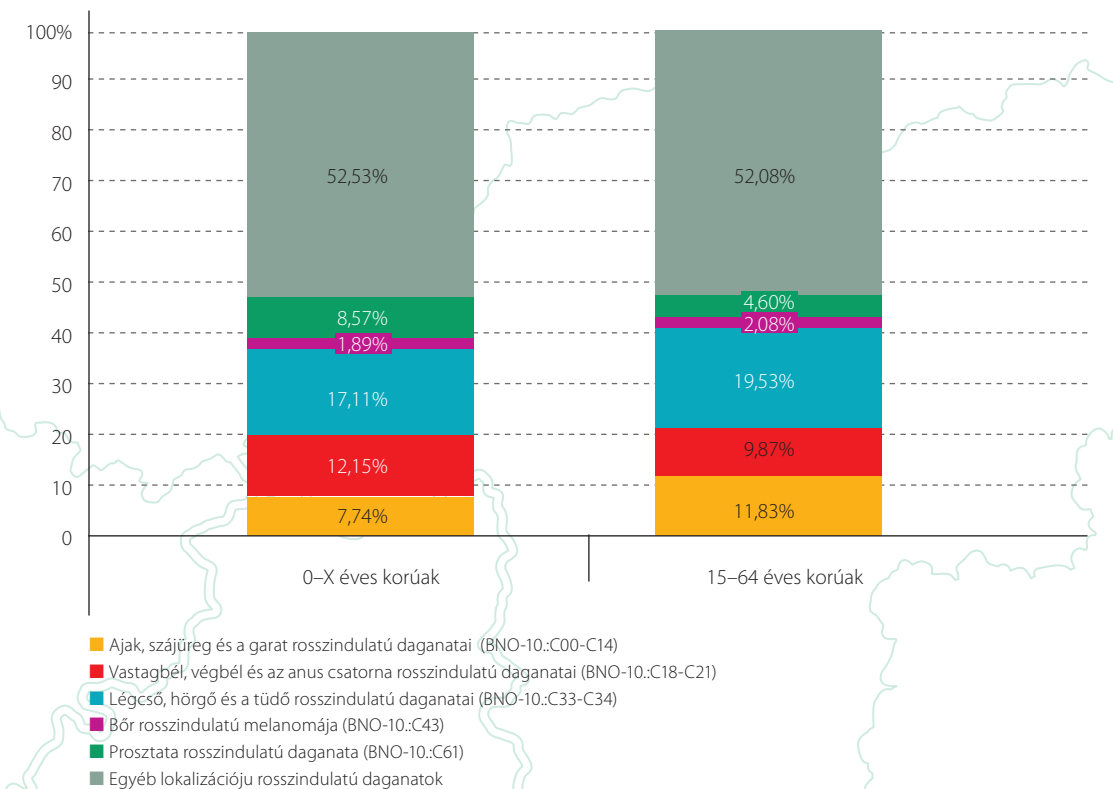
- A férfiak esetében szignifikáns halálózási többlet azonosítható Borsod-Abaúj-Zemplén megye északnyugati, déli részén, valamint a megyeszékhelyen és annak északi környezetében, Heves megye északi és déli térségeiben, valamint Nógrád megye déli részén.
- A nők körében Borsod-Abaúj-Zemplén megyében láthatunk olyan összefüggő területet, amely statisztikailag is megalapozott, kedvezőtlen eltérést mutat a hazai átlagtól (elsősorban a megye centrális, déli, valamint a keleti részén). Heves megyében egyedül a keleti megyehatáron láthatunk ilyen településeket, melyek száma nem éri el a Borsod-Abaúj-Zemplén megyénél leírtat, Nógrád megye pedig hazai átlagnál kedvezőbb korai halálózással bírt (a települések döntő többségében statisztikailag megalapozott eltérés).

MEGBETEGEDÉSI MUTATÓK

Az egészségügyi ellátórendszer szükségletekhez igazított kapacitásainak tervezése, a betegségteher (családra és társadalomra egyaránt nehezedő) mérése, valamint az egészségfejlesztési programok tervezése és hatékonyságuk elemzése a megbetegedési mutatók ismeretét igényli.

A halálózási részben láthattuk, hogy a rosszindulatú daganatos betegségek okozta korai halálózás régióink esetében is kiemelt problémaként jelentkezik. A HaMIR megyei esetszámait összesítve elkészítettük régióink megbetegedési struktúráját (29. és 30. ábra), mely a leggyakoribb daganatos betegségeket tartalmazza.

29. ábra: A vezető daganatos betegségek részarányai az Észak-Magyarország régióban élő teljes és a 0-64 éves férfi lakosság körében, a HaMIR adatai alapján, 2009–2013.



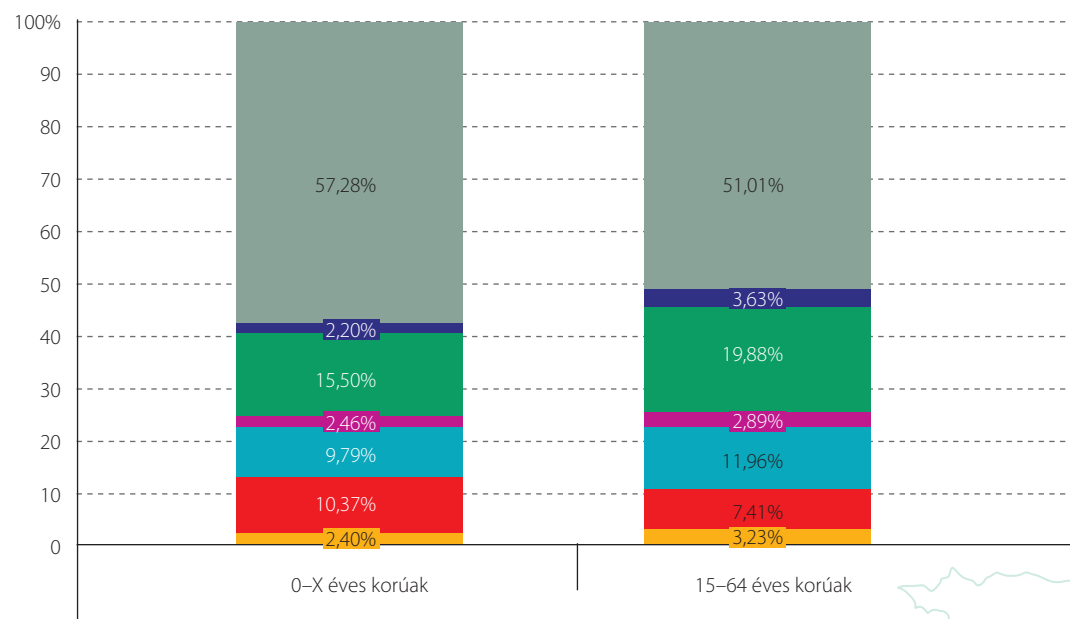
(HaMIR ismertetését lásd a 68. oldalon)

A HaMIR megbetegedési adatai alapján a 15-64 éves korcsoportban a férfiak körében a légcső, hörgő és tüdő, a nők körében pedig az emlő rosszindulatú daganatait regisztrálták a legnagyobb gyakorisággal régióinkban.

Régióink teljes férfi lakossága körében a daganatos megbetegedések közül a légcső, hörgő és tüdő; a vastagbél, szigmabél-végbél határ, a végbél, a végbélnyílás és az anus csatorna (összefoglalóan: kolorektális daganatok); a prosztata; valamint az ajak, szájüreg és garat rosszindulatú daganatai képezték a legnagyobb részarányú csoportokat. A korai életkorban felismert (15-64) daganatok esetében a légcső, hörgő és tüdő; az ajak, szájüreg és garat; kolorektális és prosztata daganatok bírtak a legnagyobb súllyal (29. ábra).

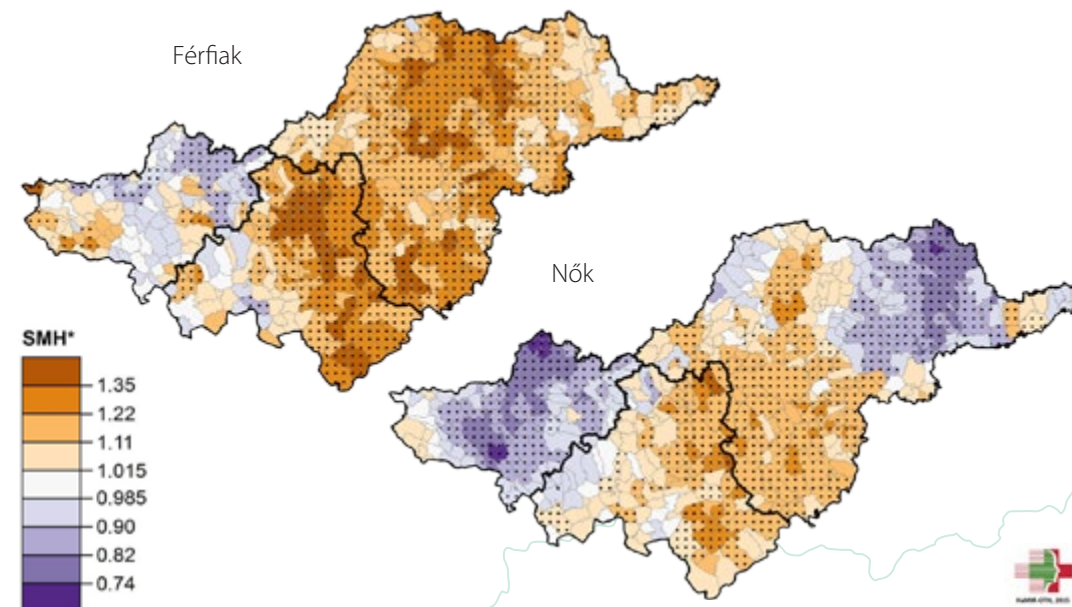
A teljes női lakosság körében a vezető daganatos megbetegedések sorrendje a következő volt: a női emlő; kolorektális daganatok; légcső, hörgő és tüdő; majd a bőr rosszindulatú melanómája. A 15-64 éves korcsoportban annyi eltérést tapasztaltunk, hogy a megbetegedési struktúra második illetve harmadik helyén a légcső, hörgő és a tüdő rosszindulatú daganatait a kolorektális csoport követi (30. ábra).

30. ábra: A vezető daganatos betegségek részarányai az Észak-Magyarország régióban élő teljes és a 0-64 éves női lakosság körében a HaMIR adatai alapján, 2009-2013.



- Ajak, szájüreg és a garat rosszindulatú daganatai (BNO-10.:C00-C14)
- Vastagbél, végbél és az anus csatorna rosszindulatú daganatai (BNO-10.:C18-C21)
- Légcső, hörgő és a tüdő rosszindulatú daganatai (BNO-10.:C33-C34)
- Bőr rosszindulatú melanómája (BNO-10.:C43)
- Emlő rosszindulatú daganata (BNO-10.:C50)
- Méhnyak rosszindulatú daganata (BNO-10.:C53)
- Egyéb lokalizációjú rosszindulatú daganatok

31. ábra Az Észak-Magyarország régió 15-64 éves lakosságának rosszindulatú daganatok (BNO-10.:C00-C97) miatti megbetegedése, település szinten, 2009-2013.



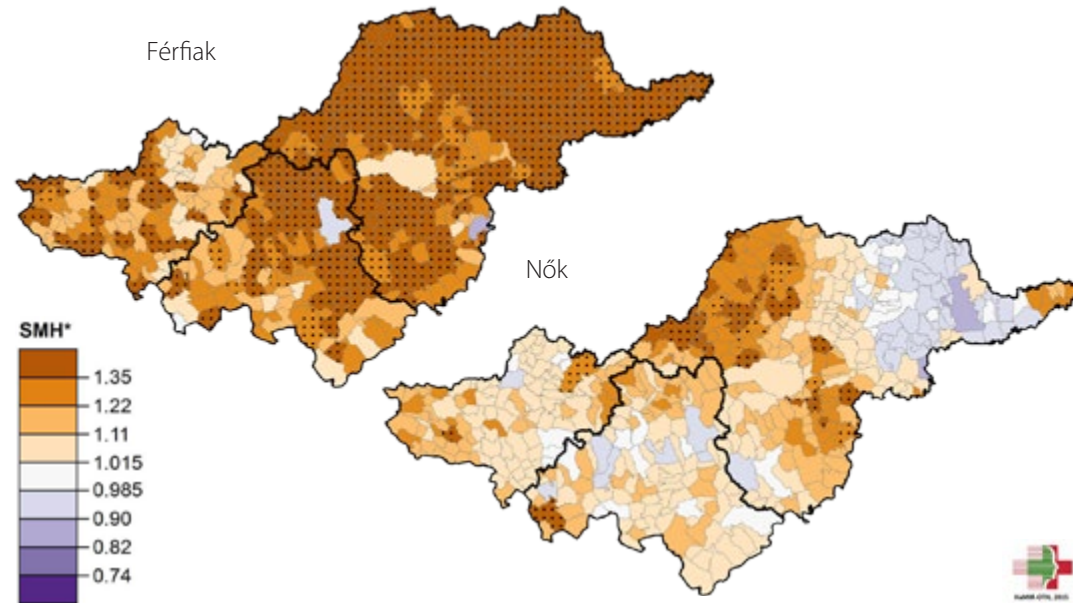
*Hierarchikus Bayes becsléssel korrigált Standardizált Halálozási Hányados.
A pontozással jelölt területeken az országos átlagtól való eltérés szignifikáns.

Régióink településeit vizsgálva jelentős területi egyenlőtlenség ábrázolódott a rosszindulatú daganatok megbetegedési mutatói kapcsán (31. ábra). A férfiak körében Borsod-Abaúj-Zemplén megye területének döntő többsége hazai átlagot meghaladó megbetegedési hányadossal volt jellemezhető, és ezen eltérések többsége statisztikailag megalapozott volt. Heves megye esetében egy északnyugat-délkelet irányú tengely látható, melytől keletre látható a hazai átlagot szignifikáns mértékben meghaladó megbetegedéssel települések többsége. Nógrád megye esetében ezzel szemben a hasonló kedvezőtlen mutatóval bíró települések száma alacsonyabb és eloszlásuk is diffúzabb volt.

A nők körében Heves megye a férfiaknál leirtakkal volt jellemezhető, Borsod-Abaúj-Zemplén megyében viszont csak a középső és déli területek voltak szignifikánsan emelkedett megbetegedési hányadossal jellemezhetőek. Nógrád megye területéről jellemzően hazai átlag alatti gyakoriságban regisztráltak új rosszindulatú daganatokat, és a kedvező eredmények háttérében a véletlen szerepe is döntően elvethető volt.

A megbetegedési mutatók jelentős megyei eltérései mögött álló tényezők között az esetleges genetikai és környezeti tényezők mellett életmódbeli és orvoshoz fordulási szokások, valamint a bejelentési gyakorlat helyi különbségei is állhatnak, melyek arányának számszerűsítése meghaladja a tanulmány lehetőségeit.

32. ábra: Az Észak-Magyarország régió 15-64 éves lakosságának az ajak, a szájüreg és a garat rosszindulatú daganatai (BNO-10.:C00-C14) miatti megbetegedése, település szinten, 2009–2013.



*Hierarchikus Bayes becsléssel korrigált Standardizált Halálozási Hányados.
A pontozással jelölt területeken az országos átlagtól való eltérés szignifikáns.

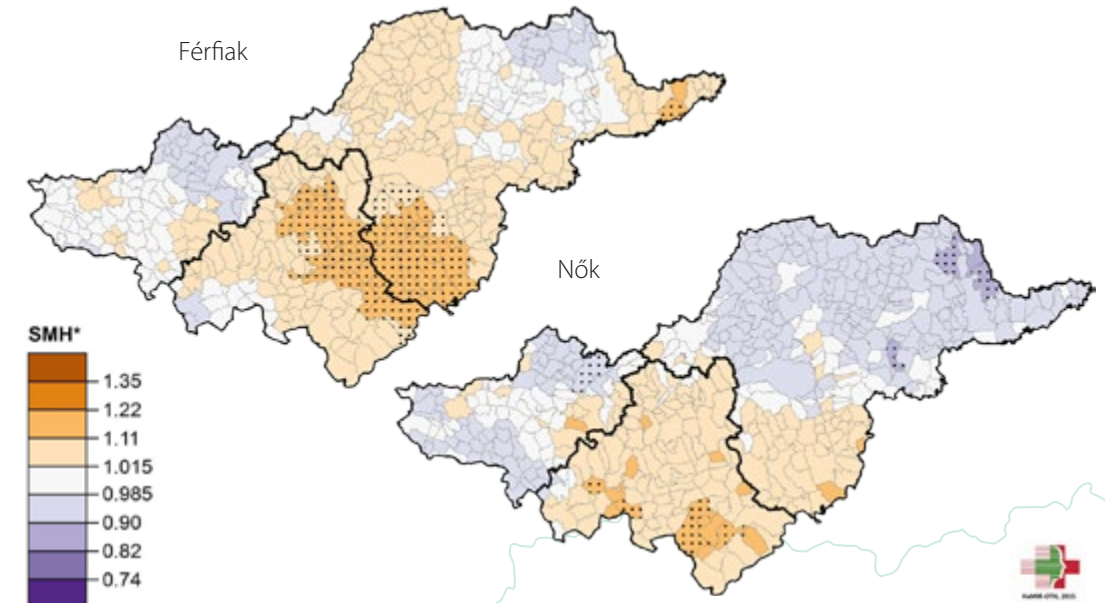
Mivel az ajak, a szájüreg és a garat rosszindulatú daganatainak kialakulása szempontjából kiemelt rizikótényezőnek számító alkoholfogyasztás, dohányzás és nem megfelelő szájhigiéne az elsődleges megelőzéssel befolyásolható tényezők közé tartozik, a betegségcsoport kiemelését fontosnak tartottuk (32. ábra).

A férfiak esetében Borsod-Abaúj-Zemplén megye egészén (néhány településtől eltekintve), valamint Heves megye középső, északi és keleti területein összefüggő, országos átlagot szignifikánsan meghaladó megbetegedési hányados ábrázolódott. Nógrád megye területén szintén láthatók hasonló, kedvezőtlen mutatókkal bíró települések, azonban ezek kevésbé csoportosulnak, és arányuk a megye egészéhez viszonyítva nem éri el az előzőekben leírtakat.

A nők esetében ezzel szemben jóval kisebb kiterjedésű a statisztikailag megalapozott, emelkedett megbetegedési mutatóval jellemezhető terület nagysága:

- Borsod-Abaúj-Zemplén megyében a megye északnyugati, középső és délkeleti térségeiben több ponton;
- Heves és Nógrád megyében viszont csak 1-1 településen látható ilyen eltérés a hazai átlagtól.

33. ábra Az Észak-Magyarország régió 15-64 éves lakosságának a vastagbél, a végbél, a végbélnyílás és az anus csatorna rosszindulatú daganatai (BNO-10.:C18-C21) miatti megbetegedése, település szinten, 2009–2013.



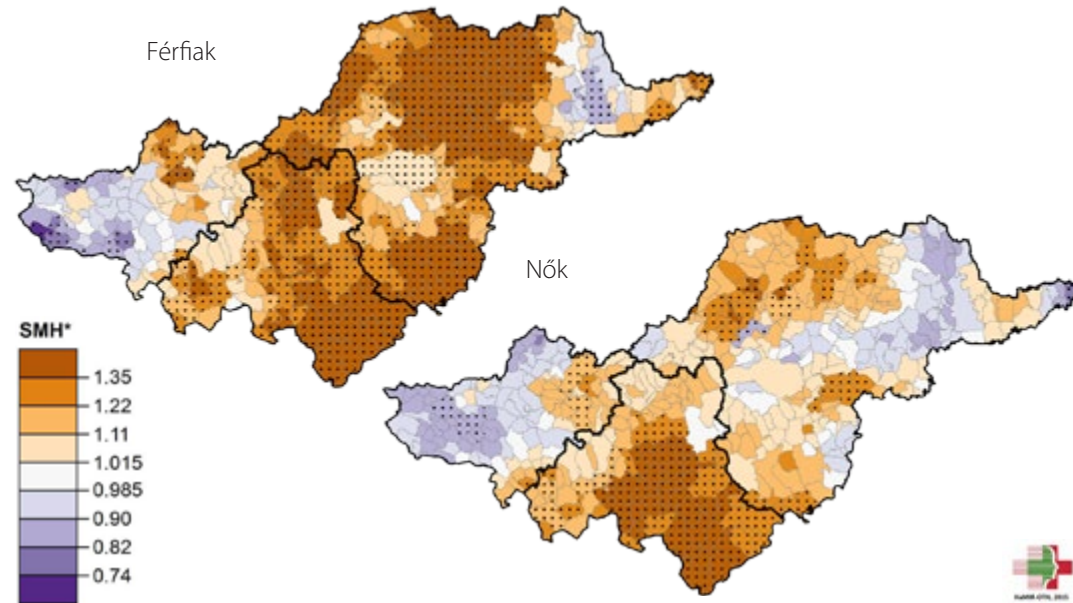
*Hierarchikus Bayes becsléssel korrigált Standardizált Halálozási Hányados.
A pontozással jelölt területeken az országos átlagtól való eltérés szignifikáns.

A vastagbél, a végbél, a végbélnyílás és az anus csatorna rosszindulatú daganatai – összefoglalóan kolorektális daganatok – a korai halálozás mellett a megbetegedési elemzéseknek is fontos részét képezik.

A 15-64 éves férfiak körében hazai átlagot meghaladó, statisztikailag is megalapozott megbetegedési mutató Borsod-Abaúj-Zemplén és Heves megye egymással szomszédos (déli illetve keleti területek) részein ábrázolódott. Nógrád megye területén sem a kedvező, sem a kedvezőtlen irányú eltérések esetében nem volt kellő biztonsággal elvethető a véletlen szerepe a megbetegedési mutató kialakításában.

A nők körében egyedül Heves megye déli részén látható olyan megbetegedési többlet, amely statisztikailag is megalapozott volt, azonban a települések száma nem éri el a férfiak esetében láthatót (33. ábra).

34. ábra Az Észak-Magyarország régió 15-64 éves lakosságának a légcső, a hörgő és a tüdő rosszindulatú daganatai (BNO-10.:C33-C34) miatti megbetegedése, település szinten, 2009–2013.



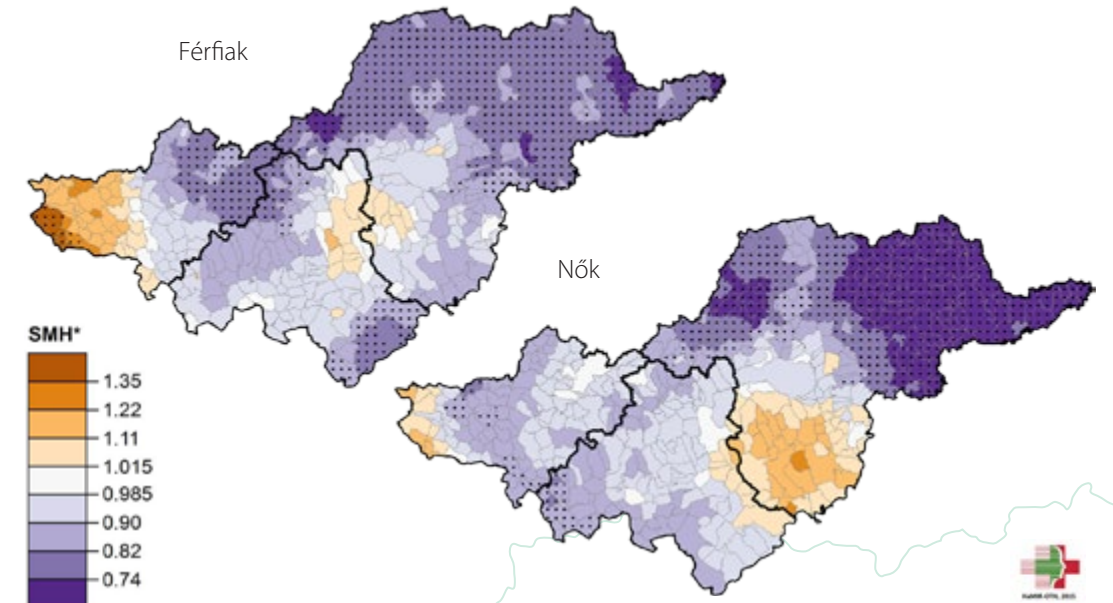
*Hierarchikus Bayes becsléssel korrigált Standardizált Halálozási Hányados.
A pontozással jelölt területeken az országos átlagtól való eltérés szignifikáns.

A légcső, a hörgő és a tüdő rosszindulatú daganatai – összefoglalóan tüdődaganatok – jelentős súllyal szerepelnek a daganatos megbetegedési struktúrában. A betegség népegészségügyi jelentőségét alátámasztja a kialakításában kiemelt szerepet játszó dohányzás hazai elterjedtsége.

Régióinkban az alábbiakat tapasztaltuk (34. ábra):

- a férfiak körében a hazai átlagot meghaladó, szignifikáns megbetegedési mutatóval jellemezhető települések elsősorban Borsod-Abaúj-Zemplén és Heves megye területén ábrázolódtak (a két megye településeinek többsége bírt ilyen értékkel), Nógrád megyében mindössze északon láthatunk hasonló eredményt;
- a nők körében Heves és Nógrád megye érintettsége a férfiaknál látható kiterjedést követte, Borsod-Abaúj-Zemplén megyében a szignifikáns megbetegedési többlettel bíró települések száma alacsony volt, és csoportosulásuk sem érte el a férfiaknál látható mértéket.

35. ábra Az Észak-Magyarország régió 15-64 éves lakosságának a bőr rosszindulatú melanómája (BNO-10.:C43) miatti megbetegedése, település szinten, 2009–2013.



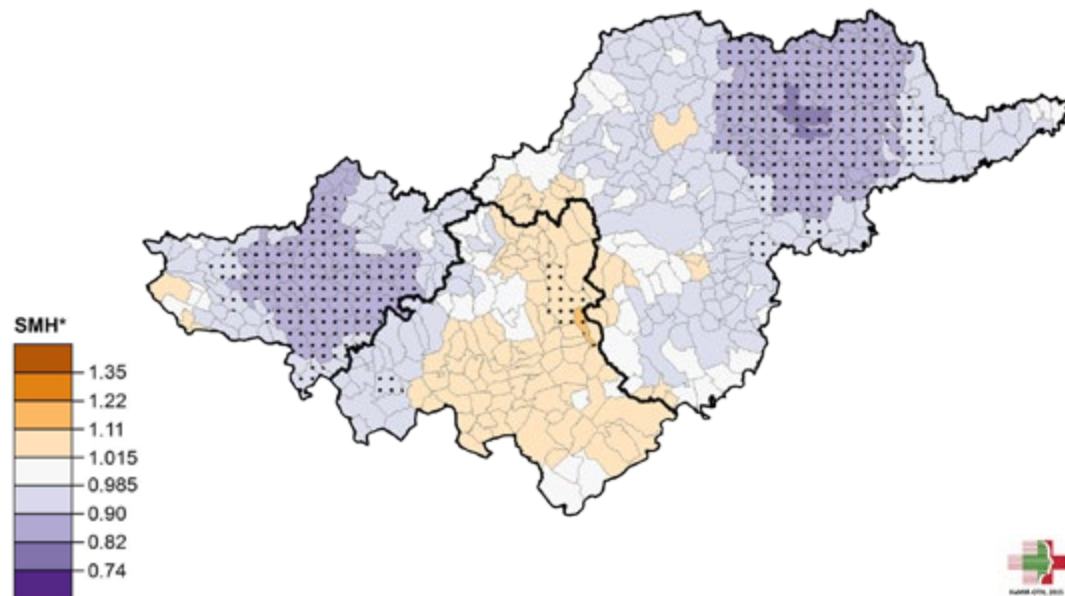
*Hierarchikus Bayes becsléssel korrigált Standardizált Halálozási Hányados.
A pontozással jelölt területeken az országos átlagtól való eltérés szignifikáns.

A bőr rosszindulatú melanómája – mint a nem ionizáló sugárzással igazolt kapcsolatot mutató daganattípus – vizsgálatát elsősorban nem megbetegedési súlya, hanem a kialakításában szerepet játszó kockázati tényezők (pl: éghajlatváltozással kapcsolatba hozható környezeti és egyes életmódbeli) elterjedtsége indokolja (35. ábra).

Bár a 15-64 éves férfiak körében mindhárom megyében látható hazai átlagnál kedvezőbb, szignifikáns eltéréssel bíró megbetegedési mutató, egyedül Borsod-Abaúj-Zemplén megyében észleltük ezt jelentős összefüggő területen. Hazai átlagnál kedvezőtlenebb, statisztikailag megalapozott eredmény egyedül Nógrád megye nyugati részén látható.

A nők esetében olyan hazai átlagot meghaladó megbetegedési mutató, amely háttérben a véletlen szerepe kellő biztonsággal elvethető volt, nem ábrázolódtott. A férfiak esetében leírt, Borsod-Abaúj-Zemplén megye északi felére koncentrálódó, kedvező megbetegedési mutatóval bíró terület a nők körében is látható (szignifikáns eltérés a hazai átlagtól).

36. ábra Az Észak-Magyarország régió 15-64 éves női lakosságának az emlő rosszindulatú daganata (BNO-10.:C50) miatti megbetegedése, település szinten, 2009–2013.



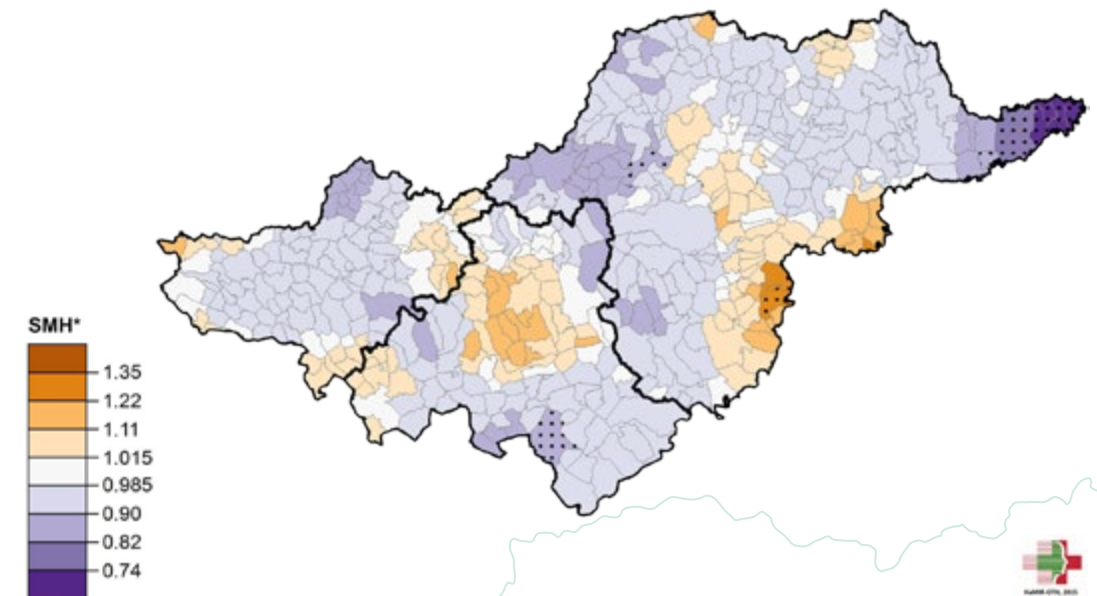
*Hierarchikus Bayes becsléssel korrigált Standardizált Halálozási Hányados.
A pontozással jelölt területeken az országos átlagtól való eltérés szignifikáns.

A női emlő rosszindulatú daganata szervezett népegészségügyi szűréssel érintett daganattípus, az általa jelentett társadalmi teher megítéléséhez fontos adatokat szolgáltatnak a megbetegedési vizsgálatok (36. ábra).

A 15-64 éves korcsoportban, 2009 és 2013 adatait összevonva, egyedül Heves megye területén láthatunk hazai átlagot meghaladó, statisztikailag megalapozott eltérésű megbetegedési mutatót. Borsod-Abaúj-Zemplén és Nógrád megye esetében jelentős számú olyan település ábrázolódott, amelyek országos átlagnál kedvezőbb megbetegedési hányadossal voltak jellemezhetők és az eltérés szignifikáns volt.

Fontos kiemelnünk, hogy a szervezett emlőszűrés hazai célcsoportját a 45-65 éves nők képezik, akik 2 évente kaphatnak behívólevelet a mammográfiás szűrésre.

37. ábra Az Észak-Magyarország régió 15-64 éves női lakosságának a méhnyak rosszindulatú daganata (BNO-10.:C53) miatti megbetegedése, település szinten, 2009–2013.

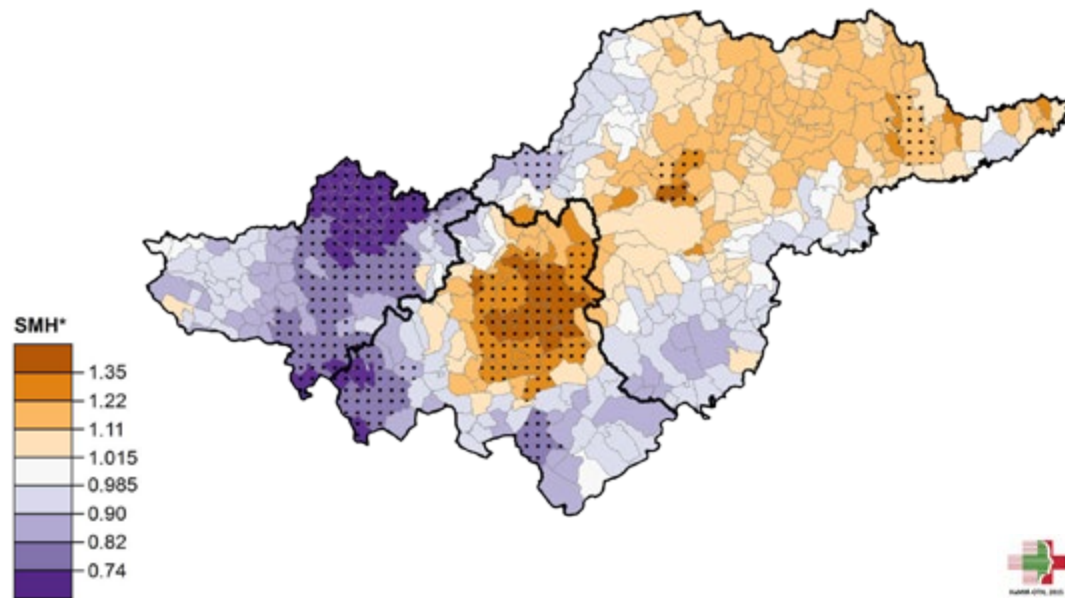


*Hierarchikus Bayes becsléssel korrigált Standardizált Halálozási Hányados.
A pontozással jelölt területeken az országos átlagtól való eltérés szignifikáns.

Mivel a méhnyak rosszindulatú daganata („méhnyakrák”) esetében a szervezett népegészségügyi szűrés részvételi aránya elmaradt a nemzetközi ajánlásokban megfogalmazottaktól, hazánkban 2008-tól elindult a Védőnői Méhnyakszűrő Program. A program képzett szakdolgozók bevonásával a szűréshez való hozzáférhetőség növelését célozza, továbbá egészségfejlesztési tevékenységre is lehetőséget biztosít.

Az újonnan diagnosztizált méhnyakrák esetében régióink döntően hazai átlagnál kedvezőbb eredménnyel volt jellemezhető, azonban Borsod-Abaúj-Zemplén megye keleti és középső, valamint Heves megye déli területének kivételével ezen eltérések hátterében a véletlen szerepe nem volt kellő biztonsággal elvethető. Hazai átlagot meghaladó, statisztikailag megalapozott eltérést igen kis földrajzi kiterjedéssel egyedül Borsod-Abaúj-Zemplén megye déli-délkeleti részén észleltünk (37. ábra).

38. ábra Az Észak-Magyarország régió 15-64 éves férfi lakosságának a prosztata rosszindulatú daganata (BNO-10.:C61) miatti megbetegedése, település szinten, 2009–2013.



*Hierarchikus Bayes becsléssel korrigált Standardizált Halálozási Hányados.
A pontozással jelölt területeken az országos átlagtól való eltérés szignifikáns.

Amint azt a halálozási fejezetben említettük, a prosztata rosszindulatú daganatainak kialakulásában – számos egyéb tényező mellett – fontos szerepet tulajdonítanak az állati zsírban gazdag táplálkozásnak, amely elsődleges megelőzéssel befolyásolható életmód tényező.

A 15-64 éves férfiak körében (38. ábra) Heves megye középső terültén ábrázolódott olyan nagyobb, összefüggő település csoport, amely megbetegedési mutatója a hazai átlagot statisztikailag megalapozott módon haladta meg. Borsod-Abaúj-Zemplén megyében – kisebb számban – szintén látható ilyen település, Nógrád megyében viszont hazai átlagnál alacsonyabb morbiditással jellemezhető terület mutatkozott a megye keleti felében (szignifikáns eltérések).

EGÉSZSÉG-MAGATARTÁS MAGYARORSZÁGON

(Az Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF2014) második fordulójának előzetes, kiemelt eredményei alapján.)

A Központi Statisztikai Hivatal által készített nyilvánosan elérhető elemzés a 2014. évi Európai lakossági egészségfelmérés eredményeinek első közlése, melynek adatai előzetes eredmények, végleges adatok csak az adatbázis EUROSTAT általi jóváhagyása után várhatók.

A személyes kikérdezésen alapuló felmérések segítségével képet alkothatunk a lakosság egészségi állapotáról, az életvitel jellemzőiről, az önellátással kapcsolatos korlátozottságról, valamint a testmozgásról, a táplálkozásról, az egészségkárosító szokásokról és az egészségügyi ellátórendszer igénybevételéről, az ellátással való elégedettségéről, illetve egyéb, az egészséget befolyásoló tényezőkről.

Az ELEF2014 eredményei a 15 éves és idősebb, magánháztartásban élő személyek egészségi állapotát és életmódját jellemzik.

A felmérés előzetes adatai szerint a felnőtt magyar lakosság csaknem kétharmada jónak vagy nagyon jónak tartja a saját egészségét (6. táblázat). Életkor szerint jelentős eltérések láthatók: bár az összes válaszadó 61%-a (a férfiak 65, a nők 58%-a) jónak vagy nagyon jónak ítéli meg egészségi állapotát, a 75 éves és idősebb korosztálynak viszont már csak 14%-a elégedett az egészségével (39. ábra; 6. táblázat).

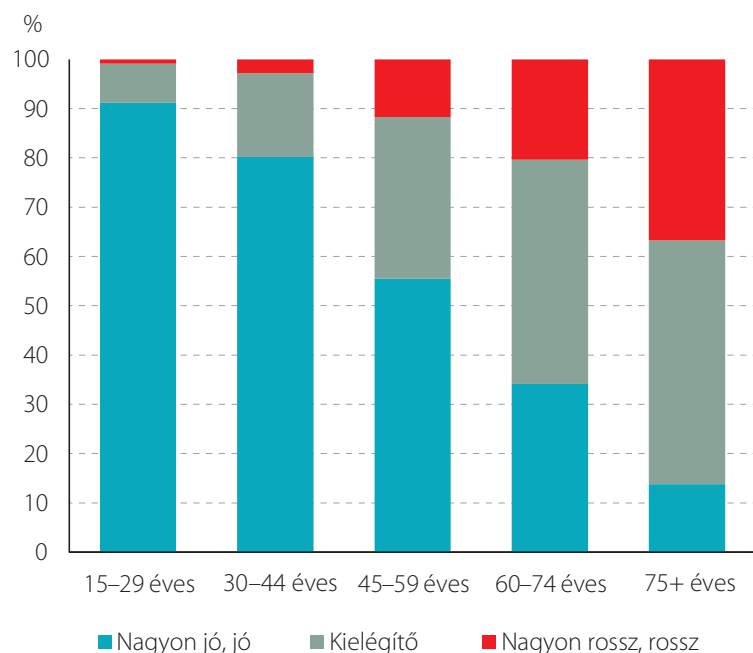
6. táblázat: A vélt egészség nemenként, ELEF 2014.

(A magyar lakosság egészségi állapotának szubjektív értékelése.)

Milyen az Ön egészsége általában?	Férfi (%)	Nő (%)	Összesen (%)
Nagyon jó, jó (együtt)	65,2	58,0	61,4
Kielégítő	25,0	29,8	27,5
Nagyon rossz, rossz (együtt)	9,8	12,2	11,1

39. ábra: A vélt egészség korcsoportonként, ELEF 2014.

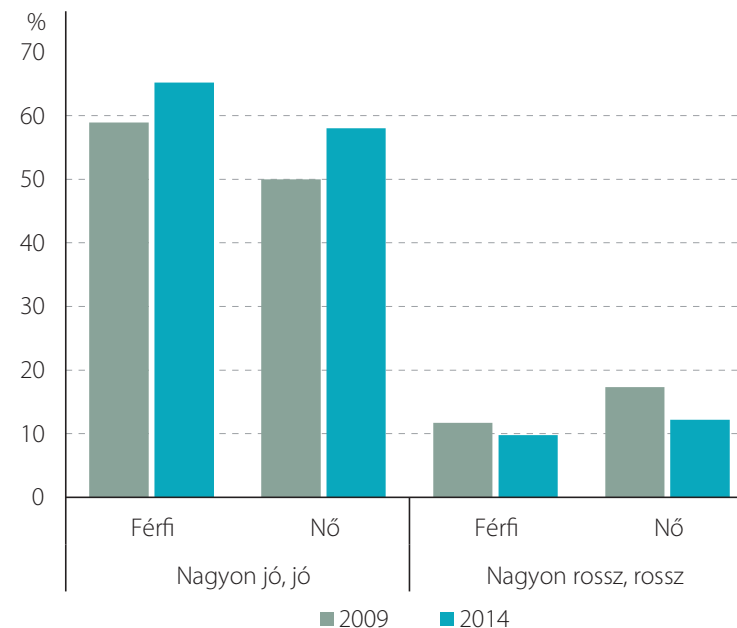
(A magyar lakosság egészségi állapotának szubjektív értékelése.)



Az eredményeket a 2009. évi ELEF adataival összevetve megállapítható, hogy 2014-ben a lakosság derülátóbban értékelte egészségi állapotát. Mindkét nem esetében nőtt (férfiaknál 59-ről 65%-ra, nőknél 50-ről 58%-ra) a saját egészségükről pozitívan, és csökkent (férfiaknál 12-ről 10% alá, nőknél 17-ről 12%-ra) a negatívan nyilatkozók aránya (40. ábra).

A felnőtt magyar lakosság csaknem kétharmada (a férfiak 65%-a, a nők 58%-a) jónak vagy nagyon jónak ítéli meg egészségi állapotát.

40. ábra: Az egészségüket jónak/rossznak tartók aránya, ELEF 2009 és ELEF 2014.

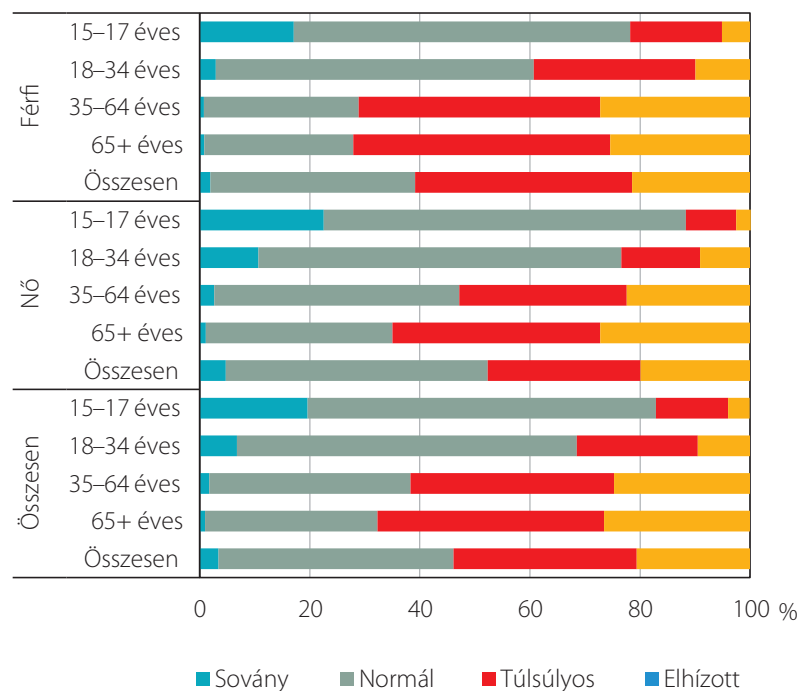


A lakosság egészségi állapotát negatívan befolyásoló tényezők között az egészségtelen életmód – a felmérés eredményei szerint – jelentős rétegeket érint. A megkérdezettek többsége – elvi szinten – tisztában van azzal, hogy saját maga is felelős az egészségéért, mégis a lakosság csaknem harmada (29%) **dohányzik**, több mint huszada (5,4%) önbevallás alapján **nagyívónak** minősíthető, kétharmada (67%) **nem sportol** még napi 10 percet sem. A **túlsúlyosak-elhízottak** közé tartozik a felnőtt lakosság több mint fele (54%), a középkorú férfiak 71%-a.

A testsúlyproblémák közül a **túlsúly, elhízás** önmagában is betegségnek számít, de jelentős mértékben hozzájárul számos más betegség (pl. magas vérnyomás, szívkoszorúér-betegségek, a szélütés érelzáródáson alapuló típusa, a cukorbetegség és egyes daganatos megbetegedések) kialakulásához is.

Az elhízás mértékét az általánosan elfogadott testtömeg-index (BMI) segítségével a kilogrammban mért testsúly és a méterben mért testmagasság négyzetének hányadosával állapították meg. A felmérés kérdőívében önbevallott értékek szerepelnek (41. ábra).

41. ábra: A 15 éves és annál idősebb magyar lakosság megoszlása a testtömegindex-kategóriák szerint, nemenként és korcsoportonként, ELEF 2014.



Az időbeli összehasonlítás (a 2000-ben, és a 2003-ban végzett Országos lakossági egészségfelmérés – OLEF, illetve a 2009-es ELEF adataival való összevetés) alapján a túlsúlyosak és elhízottak együttes arányát tekintve a középkorú (35-64 éves) és az idősebb (65+ éves) férfiak körében egyértelmű növekedés, a középkorú nőknél összességében csökkenés, míg az idősebb nőknél növekedés figyelhető meg. A fiatal (18-34 éves) férfiaknál enyhe visszaesés, a fiatal nőknél pedig kismértékű emelkedés volt jellemző (7. táblázat).

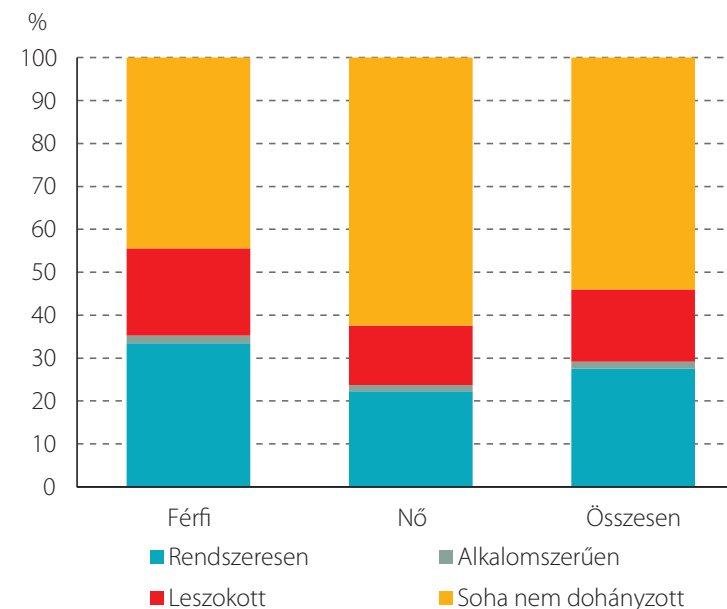
7. táblázat: A túlsúlyosak és elhízottak együttes aránya nemenként és korcsoportonként

Év	Férfi (%)			Nő (%)		
	18-34	35-64	65+	18-34	35-64	65+
	éves					
OLEF2000	42,0	64,8	61,3	22,5	56,4	59,4
OLEF2003	42,1	66,1	68,7	22,4	57,3	61,1
ELEF2009	41,1	69,8	69,8	21,3	57,3	65,9
ELEF2014	39,3	71,1	72,1	23,4	52,8	65,0

A túlsúlyosak-elhízottak közé tartozik a felnőtt lakosság több mint fele (54%), a középkorú férfiaknak pedig a 71%-a.

Az életmódbeli tényezők közül a **dohányzás** tekinthető az egyik legkiemelkedőbb veszélyforrásnak az egészség szempontjából. Jelentősége nemcsak a szív-, érrendszeri valamint légzőszervi betegségek, hanem számos daganattípus (különösen a tüdőrák) kialakításában is bizonyított.

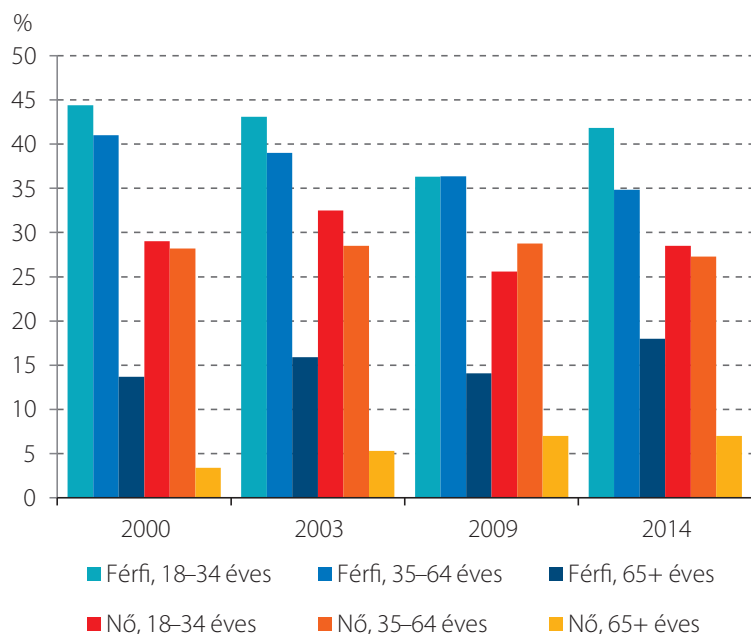
42. ábra: A 15 évesnél idősebb lakosság dohányzási szokásai nemenként, ELEF 2014.



Az ELEF 2014-es adatai szerint a felnőtt lakosság 29%-a dohányzik, szemben a 2009-es 31%-os aránnyal. A két időpont között csak az alkalmi dohányosok aránya esett vissza, a rendszeres dohányosoké lényegében nem változott (2014: 28%, 2009: 27%). 2014-ben az alkalmanként rágyújtók aránya elenyésző (1,6%) volt. A két nem dohányzási szokásai közötti különbség jelentős és kismértékben nőtt 2009-hez képest: a nőknek csak kevesebb, mint negyede, a férfiaknak viszont egyharmada tartozik a rendszeres dohányosok körébe (42. ábra).

2014-ben a fiatalok mindkét nem esetében magasabb arányban dohányoztak, mint 2009-ben: férfiaknál 5,5, míg a nőknél 2,9 százalékpontos az emelkedés

43. ábra: A rendszeres dohányosok aránya nemenként és korcsoportonként, ELEF 2014.
(az OLEF2000; OLEF2003; és az ELEF2009 adatainak tükrében)



Ha kissé hosszabb távú összehasonlítást végzünk, a 18 év felettiekre kell korlátoznunk az elemzést, mivel a 2000-ben és 2003-ban végzett Országos lakossági egészségfelmérés (OLEF) a 18 év alattiakat nem vonta be a vizsgálatba¹.

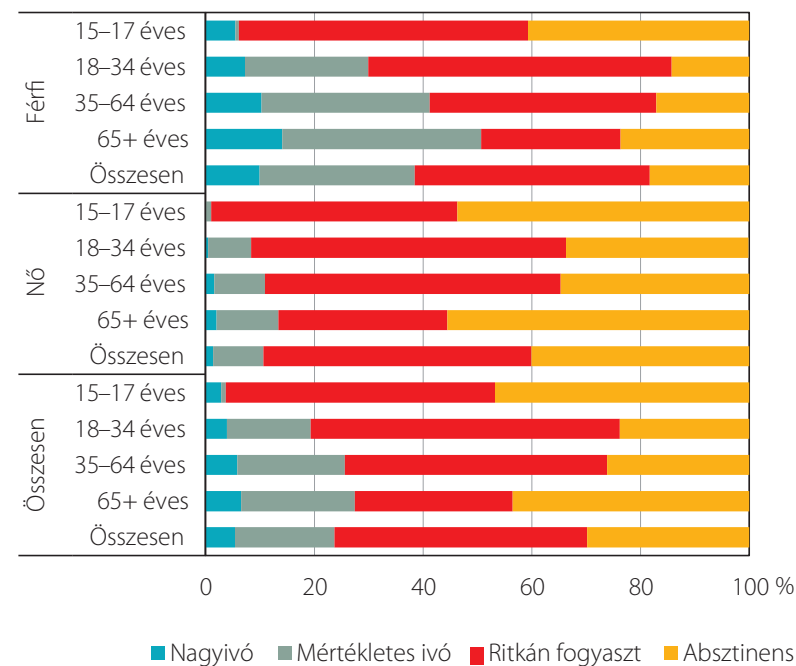
A középkorúak körében 2000 óta mindkét nem esetében csökkent a dohányzók aránya, a csökkenés üteme ugyanakkor eltér egymástól: a férfiaknál határozott, egyértelmű irányú a változás, míg a nőknél inkább jelzésértékű.

A 18-34 éves férfiaknál látható 2009-es csökkenés a 2014-es felmérésben nem ábrázolódott (43. ábra).

A **túlzott alkoholfogyasztás** és ezen belül a nagyívás egészségkárosító hatása közvetlenül az egyén és közvetve a társadalom (család, munkahely stb.) szintjén jelentkezik. A nagyívás kapcsán nemcsak egyes betegségek (májzsugor, szélütés, egyes daganatos megbetegedések valamint születési rendellenességek) gyakoriságának emelkedését, hanem a korai halálozások számának kedvezőtlen változását is leírták.

A válaszok alapján (44. ábra) a teljes felnőtt lakosság 5,4%-a sorolható a nagyívók közé a bevallott értékek alapján. Ez kismértékű emelkedést jelent a 2009-ben becsült 4,6%-os arányhoz képest. A nagyívás problémája mindkét nemnél a legidősebb korosztályt érinti leginkább. A lakosság mintegy harmada állította magáról, hogy soha nem fogyaszt alkoholtartalmú italokat.

44. ábra Alkoholfogyasztási szokások nemenként és korcsoportonként, ELEF2014.



Önbevallás alapján a 15 évesnél idősebb lakosság 5,4%-a sorolható a nagyívók közé, ez kismértékű emelkedést jelent a 2009-ben becsült 4,6%-os eredményhez képest.

¹Az időbeli összehasonlítás korlátairól a Központi Statisztikai Hivatal módszertani megjegyzésében lehet olvasni a módszertan fejezetünkben.

ÖSSZEFOGLALÁS

Az Észak-Magyarország régió alapvető demográfiai mutatói – elöregedő népesség, természetes fogyás – a magyar társadalomra összességében jellemző folyamatokat tükrözik, régióink csökkenő lakosságának alakításában azonban szerepet játszik az elvándorlást jelző belföldi vándorlási mutató is.

A születéskor várható átlagos élettartamunk a növekvő tendencia ellenére nemcsak az EU átlagtól marad el, de a régióinkban élő férfiak és nők a hazai átlagnál is rövidebb élettartamra számíthatnak a jelenlegi halálzási viszonyok fennmaradása esetén.

A csecsemőhalandóság 2014-ben az Észak-Magyarország régióban – azon belül is Borsod-Abaúj-Zemplén és Nógrád megyében – az ezredfordulót követően mért legalacsonyabb értéket mutatja. Mértéke Nógrád megye kivételével meghaladta a hazai átlagot, míg Heves megye mutatója jól közelítette azt. Az eltérés Borsod-Abaúj-Zemplén megye esetében volt a legnagyobb (minden 1000 elveszülött közül csaknem 6 meghalt egy éves kora előtt).

Régióink népességének közel harmada 2000 főt el nem érő lakosú településeken él, mely az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés szempontjából is jelentős tényezőként befolyásolhatja az egészségi állapotot.

A foglalkoztatottsági mutatók és munkanélküliségi ráta mind Borsod-Abaúj-Zemplén, mind Heves és Nógrád megye területén kedvezőtlenebbek voltak a hazai átlagnál, annak ellenére is, hogy a munkanélküliségi ráta 2011-ig tartó erőteljes emelkedése után javulás tapasztalható. A 2008-as évhez viszonyítva mindhárom megyénkben nőtt az aktivitási arány és (Nógrád megye kivételével) a foglalkoztatottsági arány is.

A vezető halálokok jellemzően EU átlagnál kedvezőtlenebb mutatókkal voltak leírhatók régióink területén. A hazai átlaghoz viszonyított helyzetünk bizonyos esetekben javulást mutat, azonban a településszintű elemzések jelentős területi különbségeket tártak fel. A halálzási mutatók értékelésénél figyelembe kell vennünk, hogy a hazai és EU viszonylatban látható kedvezőtlen régiós eredmények alakításában számos kockázati tényező szerepet játszhat (életmódtényezők, genetika, orvoshoz fordulási szokások, ellátórendszer jellemzői stb.).

Az új daganatos megbetegedések standardizált mutatója kifejezett területi egyenlőtlenségeket mutat régióinkban. Ezen területi egyenlőtlenség hátterében több tényező állhat (pl. genetikai és környezeti tényezők mellett életmódbeli, orvoshoz fordulási szokások, esetlegesen a bejelentési gyakorlat területi különbségei).

Az európai lakossági egészségfelmérés (ELEF2014) második fordulójának KSH által közzétett előzetes eredményei alapján kiemelendő, hogy bár a felnőtt magyar lakosság csaknem kétharmada jónak vagy nagyon jónak ítéli meg egészségi állapotát, több mint fele túlsúlyos-elhízott, közel egyharmada (29%) pedig dohányzik. A magyar lakosság kétharmada (67%) nem sportol még napi 10 percet sem, így a rendszeres mozgás védő hatása nem érvényesülhet.

KSH ÁLTAL HASZNÁLT FOGALMAK

Gazdaságilag aktív népesség: a munkaerőpiacon megjelenők, vagyis a foglalkoztatottak és a munkanélküliek együtt (a munkaerő-felmérés alapján, ami a magánháztartásokra kiterjedő reprezentatív felvétel és a 15–74 éves személyek gazdasági aktivitásáról nyújt információt).

Foglalkoztatott: az a személy, aki a referencia-időszakban (ún. vonatkozási héten), legalább 1 óra, jövedelmet biztosító munkát végzett, vagy munkájától csak átmenetileg (szabadság, betegség stb. miatt) volt távol. A gyermekgondozási díjban (gyed), gyermekgondozási segélyben (gyes) részesülők gazdasági aktivitása a vonatkozási héten végzett tevékenységük alapján kerül meghatározásra. A munkaerő-felmérésre vonatkozó EUROSTAT ajánlások alapján a sorkatonák mint intézeti népesség nem tartoznak a felvétel körébe.

Munkanélküli: az a személy, akire egyidejűleg érvényesek a következő feltételek: - az adott héten nem dolgozott (s nincs olyan munkája, amelytől átmenetileg távol volt), - aktívan keresett munkát a kikérdezést megelőző négy hét folyamán, - rendelkezésre áll, azaz két héten belül munkába tudna állni, ha találna megfelelő állást vagy talált már munkát, ahol 30 napon belül dolgozni kezd.

Gazdaságilag nem aktív: azok a személyek, akik nem sorolhatók be sem a foglalkoztatottak, sem a munkanélküliek csoportjába. Ők a vonatkozási héten nem dolgoztak, illetve nem volt rendszeres, jövedelmet biztosító munkájuk, és nem is kerestek munkát, vagy kerestek, de nem tudtak volna munkába állni.

Aktivitási arány: a gazdaságilag aktívak aránya a népességen belül.

Foglalkoztatási arány: a foglalkoztatottaknak a népességhez viszonyított aránya.

Munkanélküliségi ráta: a munkanélkülieknek a gazdaságilag aktív népességen belüli aránya.

ELEF 2014 ÁLTAL HASZNÁLT FOGALMAK

A **vélt egészség** az egyének önértékelésén alapul, vagyis azon, hogy milyen a véleményük a saját egészségi állapotukról. Nem függ össze szorosan a tényleges, orvosiilag igazolt diagnózissal, megítélését befolyásolja az egyén társadalmi, gazdasági, kulturális helyzete (pl. iskolai végzettsége, foglalkozása, jövedelme, lakóhelye stb.), ugyanakkor bizonyított, hogy a valós egészségi állapot jó indikátora, ezért a nemzetközi gyakorlatban a kérdés elfogadott és rendszeresen alkalmazott eszköze a lakosság egészségi állapotára vonatkozó vizsgálatoknak.

Nagyivónak neveztük azokat a nőket, akik a kérdezést megelőző héten összesen több mint 7, illetve azokat a férfiakat, akik több mint 14 egységnyi alkoholt fogyasztottak (a nők esetében az eltérő fiziológiai sajátosságok miatt kell kisebb határértékeket figyelembe venni). Egy ital/alkoholegység egy korsó sörnek, 2 dl bornak vagy 0,5 dl röviditalnak felel meg, azaz 1 dl sör 0,2 itálnak, 1 dl bor 0,5 itálnak és 1 cl rövidital 0,2 itálnak számít. A szakirodalomban „binge drinking”-nek nevezett jelenség (egy alkalommal nagy mennyiségű alkohol fogyasztása) kiemelkedő jelentősége miatt nagyivónak neveztük azokat is, akik egy alkalommal 6 vagy több italt fogyasztanak.

Mértékletes alkoholfogyasztóknak tekintettük azokat, akik legalább heti gyakorisággal fogyasztottak alkoholt, de nem minősültek nagyivónak.

Alkoholt ritkán fogyasztóknak neveztük azokat, akik szoktak szeszes italt fogyasztani, de hetinél ritkább gyakorisággal.

Alkoholt nem fogyasztóknak neveztük azokat, akik saját bevallásuk szerint egyáltalán nem szoktak alkoholtartalmú italokat inni.

Body Mass Index: Egy statisztikai mérőszám, mely az egyén testmagasságát és -tömegét veti össze. Kiszámítása során a kilogrammban megadott testtömeget osztják a méterben mért testmagasság négyzetével. Értékei alapján a következő kategóriákat képezhetjük: soványság: < 18,5; normál testsúly: 18,5 – 24,99; túlsúlyos: 25 – 29,99; elhízott: ≥ 30.

EGYÉB FOGALMAK

Elkerülhető halálesetek (avoidable deaths) gyűjtőfogalma alatt azokat a „betegségek/állapotok miatt bekövetkezett haláleseteket értjük, amelyek meghatározott életkorokban, időben történő, megfelelő orvosi, (nép)egészségügyi beavatkozások igénybevételével és alkalmazásával az orvostudomány és a (nép)egészségügyi ellátási ismeretek mai állása szerint összességében vagy alapvető részben elkerülhetőek”. A definíció komplexitása abból adódik, hogy mind az ellátórendszer mind a népesség oldaláról fontos feladatokat igényel az elkerülhetőség megvalósulása, hiszen a drága, fejlett orvosi technikák csak abban az esetben lehetnek hatékonyak, ha azokat igénybe veszik és ez az igénybevétel a megfelelő időben történik.



A halálozás időbeni változásának szemléltetésére és a nemzetközi összehasonlításokhoz Standardizált Halálozási Arányszámot (SHA) használtuk, standardként az „1976-os Európai Standard Populáció” szerepelt. A módszer korösszetételei különbségek torzító hatását szűri ki, lehetővé téve a népességek halálozásának közvetlen összehasonlíthatóságát és így az időbeni változások vizsgálatát.

Halálozási adataink és térképeink forrásaként az Országos Tisztifőorvosi Hivatal által készített Halálozási és Megbetegedési Mutatók Információs Rendszere (HaMIR) 2015. évi verziója szerepelt.

VIZSGÁLT HALÁLOKOK

Roszzindulatú daganatok (BNO-10.: C00–C97)

- A vastagbél, szigmabél–végbél határ, a végbél, a végbélnyílás és az anus csatorna rosszindulatú daganatai – kolorektális daganatok (BNO-10.: C18–C21)
- A légcső, hörgő és a tüdő rosszindulatú daganata (BNO-10.: C33–C34)
- A női emlő rosszindulatú daganatai (BNO-10.: C50)
- A méhnyak rosszindulatú daganatai (BNO-10.: C53)

Keringési rendszer betegségei (BNO-10.: I00–I99)

- Magas vérnyomás és az agyér betegségei (BNO-10.: I10–I15, I60–I99)
- Ischaemiás szívbetegségei (BNO-10.: I20–I25)

Légzőrendszer betegségei (BNO-10.: J00–J99)

- Krónikus alsó légúti megbetegedések (BNO-10.: J40–J47)

Emésztőrendszer betegségei (BNO-10.: K00–K93)

- Alkoholos májbetegségei és májzsugor (BNO-10.: K70)

Külső okok (BNO-10.: V01–Y98)

- Öngyilkosság (BNO-10.: X60–X84)

A területi különbségek ábrázolásához a korai halálozás (15–64 év) mutatóit választottuk, az adatokat a stabilizálás miatt 5 évre aggregáltuk (2009–2013). Az ábrák az adott halálozás országos átlagától (mint viszonyítási alaptól, értéke 1,00) való területi eltéréseit jelenítik meg. A halálozás térképes megjelenítéséhez korrigált Standardizált Halálozási Hányadosokat (SHH) használtunk, melyeket százalékos konverálás nélkül tüntettünk fel.

SHH = 1,00 → országos átlaggal megegyező halálozás

SHH > 1,00 → országos átlagot meghaladó halálozás

SHH < 1,00 → országos átlagnál kedvezőbb halálozás

Az SHH ebben az esetben a területi egységben tapasztalt halálesetek számát viszonyítja egy várt értékhez (abban az esetben következne be ennyi halálemet, amennyiben a korszpecifikus halálozási arány-számok megegyeznének a standardul választott hazai átlaggal).

Az alacsony esetszámokból fakadó instabilitást a több évre és széles korcsoportra történő összevonás mellett a hierarchikus Bayes becsléssel történő térbeli korrekció szolgálta. Ez a módszer lehetőséget nyújt arra, hogy figyelembe vegyük a vizsgált mutató térbeli elrendeződését/eloszlását is és így a stabilizálás során a teljes vizsgált terület átlagához való simítás mellett a helyi átlagok is hatással bírnak az eredményre.

Az országos halálozási szintnél nagy valószínűséggel magasabb halálozási kockázatú területek azonosítására az utólagos valószínűséget (Posterior Probability) alkalmaztuk. Ennek értéke azt mutatja meg, hogy az adott területen mekkora a valószínűsége annak, hogy a halálozási kockázat magasabb az országos halálozási szintnél. A térképeken azon területek kerültek megjelölésre pontozással, ahol ez a valószínűségi érték magas (vagyis nagyobb volt, mint 0,8), illetve alacsony (vagyis kisebb, mint 0,2), és ezen területek eredményeit tekintettük statisztikailag megalapozottnak.

A MEGBETEGEDÉSI FEJEZETBEN VIZSGÁLT BETEGSÉGCSONPORTOK

Roszzindulatú daganatok (BNO-10.: C00–C97)

- Az ajak-szájüreg és garat rosszindulatú daganatai (BNO-10.: C00–C14)
- A vastagbél, szigmabél–végbél határ, a végbél, a végbélnyílás és az anuscsatorna rosszindulatú daganatai – kolorektális daganatok (BNO-10.: C18–C21)
- A légcső, hörgő és a tüdő rosszindulatú daganatai (BNO-10.: C33–C34)
- A bőr rosszindulatú melanómája (BNO-10.: C43)
- A női emlő rosszindulatú daganata (BNO-10.: C50)
- A méhnyak rosszindulatú daganata (BNO-10.: C53)
- A prosztata rosszindulatú daganata (BNO-10.: C61)

Megbetegedési adataink és térképeink forrásaként szintén az Országos Tisztifőorvosi Hivatal által készített Halálozási és Megbetegedési Mutatók Információs Rendszere (HaMIR) 2015. évi verziója szerepelt. A HaMIR megbetegedési adatai a Nemzeti Rákregiszter állományából származnak. A Standardizált Megbetegedési Hányados (SMH) a halálozásnál leírt módszeren alapul, értelemszerűen új betegség esetek és nem halálozások képezik az alapját. A viszonyítási alap ebben az esetben is az országos átlag, melyet 1,00-nek tekintünk. A módszertan egyéb részletei megegyeznek a halálozásnál leírtakkal.

Jelentésünk elkészítése során alkalmazott leíró epidemiológiai megközelítések oksági kapcsolatok (ok-okozati összefüggés) vizsgálatára nem alkalmasak, de feltételezések (hipotézisek) megfogalmazásához hozzájárulhatnak. Jelentőségüket az adja, hogy ezáltal az első lépést jelenthetik a probléma feltárásához, azaz a „miért” és „hogyan” kérdések további (elemző vagy kísérletes epidemiológiai) módszerekkel történő kutatásához.

Az egyes halálokoknál leírt és „feltételezhetőnek” minősített oki tényezőket a vonatkozó nemzetközi és hazai szakirodalmi eredmények alapján szerepeltettük, analitikus epidemiológiai vizsgálatot az oksági kapcsolatok helyi alátámasztására vagy elvetésére nem végeztünk.

A kiadványban szereplő, különböző évekre vonatkozó adatok a hozzáférhetőséget (a jelenlegi és korábbi elemzés készítési idejének megfelelő állapotot) tükrözik, nem módszertani megfontolásból kerültek kiválasztásra.

A halálozási és megbetegedési ábrák esetében a grafikonok (idősoros) és a térképes (5 évre aggregált) megjelenítések különböző korcsoportok adatait dolgozzák fel. Ez az eltérés abból fakad, hogy a nemzetközi összehasonlítást lehetővé tevő adatbázisok a 0-64 éves korcsoportot dolgozzák fel, a hazai szakirodalomban és a HaMIR adatbázisában viszont 15-64 éves korcsoport szerepel (a 0-15 évesek halálózása az elemzésben szereplő halálokok esetében nincs jelentős befolyással az eredményekre). Kiadványunkban mindkét típusú ábrát fontosnak tartottuk, ezért látható mindkét korai halálozást jelentő korcsoport szerepeltetése.

A „Megbetegedési mutatók” fejezetben a legnagyobb súllyal szereplő diagnózisok vizsgálatára volt lehetőségünk, amelyek egyébként önmagukban csaknem felét tették ki az újonnan diagnosztizált daganatoknak. Kihangsúlyozzuk, hogy az „Egyéb lokalizációjú rosszindulatú daganatok” csoport igen jelentős számú diagnosztikus egységet (különböző lokalizációjú daganatok) foglal magába, melyek egyenként kisebb súllyal járultak csak hozzá a daganatos megbetegedési struktúra kialakításához.

EGYÉB ADATFORRÁS ÉS MÓDSZER:

KSH Statisztikai Évkönyvei és STADAT állományai (<http://www.ksh.hu/>)

2015/29 STATISZTIKAI TÜKÖR, 2015. április 30. - Európai lakossági egészségfelmérés, 2014 (<http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/elef14.pdf>)

European Health for All Database (HFA-DB) (<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db>)

ELEF2014: MÓDSZERTANI MEGJEGYZÉSEK

Az adatok előzetes eredmények; végleges adatok csak az adatbázis EUROSTAT általi validálása, jóváhagyása után várhatók.

A felmérésről bővebb információk a www.ksh.hu/elef oldalon található.

A 2014-es és 2009-es ELEF becslései jelenleg korlátozottan összehasonlíthatók. A 2009-es felmérés még a 2001. évi, a 2014-es pedig a 2011. évi népszámlálásból kialakított és továbbvezetett népességszámot használta sarokszámként a teljeskörűsítéshez. Ez azt jelenti, hogy a két felvétel becslései közötti (kisebbségek) változások nem feltétlenül jelentenek tényleges változást, ezeket a mintavételi hibán túl okozhatja az eltérő alapú sarokszám használata. Az összehasonlíthatóságot befolyásoló tényezőket a későbbiekben a felmérést készítő Központi Statisztikai Hivatal még vizsgálni fogja.

FELHASZNÁLT IRODALOM:

ÁDÁNY RÓZA: Megelőző orvostan és népegészségtan, *Medicina Kiadó, Budapest; 2008.*

ÁDÁNY RÓZA: A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón, *Medicina kiadó; 2003.*

EMBER ISTVÁN: Népegészségügyi orvostan, *Dialóg Campus Kiadó, Budapest-Pécs; 2007.*

Szervezett szűrés az onkológiában, *Egészségügyi Minisztérium, Budapest, 2000.*

VINCZE I., NÁDOR G.: Halálozási adatok elemzése leíró epidemiológiai rendszerben

VINCZE I., NÁDOR G., ELEK E.: A környezet-egészségügyi térinformatikai rendszer, a térinformatika szerepe az epidemiológiai eszközök között

2015/29 STATISZTIKAI TÜKÖR, 2015. április 30. Európai lakossági egészségfelmérés, 2014. – <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/elef14.pdf>

Munkaerő-felmérés módszertana, Statisztikai Módszertani Füzetek 46. (*KSH, Budapest, 2006.*)

EUROHEIS 2 – Rapid Inquiry Facility (http://www.sahsu.org/sahsu_studies.php#RIF)

KNORR-HELD L. Bayesian modelling of inseparable space-time variation in disease risk. *Stat Med.*, 2000.; 19 (17-18): 2555-2567.

BLANGIARDO M., CAMELETTI M., BAILO G et al. Spatial and spatio-temporal models with R-INLA, *Spatial and Spatio-temporal Epidemiology*, 2013.; 4: 33-49

LÓPEZ-QUÍLEZ A., MUNOZ F. Review of spatio-temporal models for disease mapping. Final report for the Euroheis 2 project, 2009. <http://www.uv.es/~famarmu/doc/Euroheis2-report.pdf>

RICHARDSON S., THOMSON A., Best N. et al. Interpreting posterior relative risk estimates in disease-mapping studies. *Environ Health Perspect* 2004.; 112:1016-25

Halálozási Mutatók Információs Rendszere (HaMIR) Alkalmazott mutatók és értelmezésük (*elektronikus kiadvány HaMIR felhasználók számára – Országos Tisztifőorvosi Hivatal*)

Elkerülhető halálokok (<http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/does-healthcare-save-lives-mar04.pdf>)



HaMIR-OTH, 2015

A kiadvány készítői:

Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Főosztály
SNELLENPERGER TÜNDE (snellenperger.tunde@emr.antsz.hu)

Heves Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Főosztály
DR. PAPP ZOLTÁN (papp.zoltan@emr.antsz.hu)

Nógrád Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Főosztály
KATKÓ ORSOLYA (katko.orsolya@emr.antsz.hu)



