

## 4.6. AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT EGYENLŐTLENSÉGEI MAGYARORSZÁGON

KOLLÁNYI ZSÓFIA

Azzal, hogy a magyar népesség egészségi állapota átlagosan rossz, a legtöbben tisztában vannak, azzal azonban kevésbé, hogy emögött mély egyenlőtlenségek húzódnak meg. Jóllehet a gazdasági rendszer komplexitása miatt nem feltételezhető, hogy ezen egyenlőtlenségek csökkenése, az alacsonyabb státusú társadalmi rétegek egészségének javulása azonnal és közvetlenül növelné a gazdaság teljesítményét, ezek a súlyos egyenlőtlenségek óriási terhet jelentenek – túl a társadalmi struktúrának a mélyen igazságtalan természetén is. Ebben az alfejezetben ennek szellemében mutatjuk be – különböző mutatók és különböző (társadalmi és földrajzi) dimenziók szerinti bon-tásban – a magyarországi egészségegyenlőtlenségeket.

### Bevezető

Ez az alfejezet az elérhető legfrissebb adatok tükrében mutatja be az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek alakulását a magyar társadalomban.

Az az egészséget az emberi élet számos jellemzője együttesen határozza meg: fizikai körülményeink, anyagi lehetőségeink, tudásunk, társas környezetünk, a különféle erőforrások és szolgáltatások mennyisége, minősége, hozzáférhetősége és így tovább (*Solar–Irwin*, 2010). Egy társadalom tagjainak egészségi állapotát és annak a társadalom különböző csoportjai közötti eloszlását, vagyis az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek mértékét ezért tulajdonképpen egyféle végső mérőszámként is tekinthetjük az adott társadalom fejlettségét, „jóságát” illetően.

Témánk kontextusában mindennek az egészség(i állapot) és a gazdaság(i teljesítmény és teljesítőképeség) közötti kölcsönös meghatározottság ad különös jelentőséget. Az összefüggés mind egyéni, mind makroszinten könnyen belátható: az egyén rosszabb anyagi helyzete a legkülönbélebb csatornákon keresztül vezet rosszabb egészséghez, a rosszabb egészség pedig csökkenti az egyén munkaképességét, teherbírást, termelékenységét, ennél fogva jövedelmét is (lásd például *Blakely és szerzőtársai*, 2021). Makroszinten az alacsonyabb jövedelmű társadalmi csoportoknak

rosszabb lesz az egészségi állapota, ugyanakkor az átlagosan rosszabb egészségi állapotú népességgel jellemezhető gazdaságokban alacsonyabb lesz a munkakínálat, a termelékenység, a megtakarítások szintje, ezért összességében a makrogazdasági teljesítmény (például az egy főre jutó GDP) is. Az az ország tehát, ahol rosszabb a társadalom tagjainak egészsége, gazdasági értelemben is hátrányba kerülhet (lásd például *Bloom és szerzőtársai*, 2018). Kifejezetten az egészségegyenlőtlenségek is jelentős gazdasági veszteségeket okozhatnak (*Mackebach és szerzőtársai*, 2011), s ezeket az összefüggéseket a gazdaság komplex rendszerének keretében kell értelmezni (*Rodríguez–López-Valcárcel*, 2011).

Régóta tudott, de nem széles körben felismert tény, hogy a magyar népesség közmondásosan rossz átlagos egészségi állapota mögött valójában az egészségi állapot mély egyenlőtlenségei húzódnak meg – hasonlóan a többi visegrádi országhoz. Nem arról van tehát szó, hogy Magyarországon mindenkinek ugyanannyival rosszabbak az életkilátásai, mint például a nyugat-európai országok (átlagos) lakosainak, hanem hogy bár a magasabb státusúak is rosszabb valamennyivel, mint a hasonló helyzetű nyugat-európaiaké, az alacsony státusúak viszont drámai mértékben rövidebb életre számíthatnak.

## Adatok

Az egészségi állapot és különösen az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek bemutatásánál szót kell ejteni az egészség mérhetőségének kérdéseiről. A két fő irány az objektív, jellemzően valamilyen adminisztratív adatbázisban képződő, mortalitási vagy morbiditási adatok köre, valamint a szubjektív, önbevalláson alapuló adatoké, amelyek vonatkozhatnak az egészségi állapotra általában vagy valamilyen betegség meglétére.

A legegységesebb, torzítástól leginkább mentes ezek közül a hivatalból gyűjtött halálozási adatokon alapuló adatok köre (például halálozási ráták, várható élettartam) (Nosrati, 2022). Ezek az adatok viszonylag pontosan és megbízhatóan rendelkezésre állnak nemzetközileg és hosszú időre visszamenőleg, ráadásul külön adatfelvétel nélkül. Hátrányuk azonban, hogy egyrészt az egészségnek csak a halálzással összefüggő dimenzióját ragadják meg, az életminőséget befolyásoló, de halálzással nem járó betegségek hatásait nem. Másrészt, a halálozási egyenlőtlenségek mérése ezen adatok alapján is csak további adatfelvétellel lehetséges, mert az adminisztratív módon gyűjtött halálozási adatok nem tartalmaznak az elhunyt társadalmi státusára (például iskolázottságára vagy jövedelmére) vonatkozó információt.

Ugyanez igaz az adminisztratív morbiditási adatokra: az egészségügyi rendszerben alapvetően finanszírozási célból gyűjtött forgalmi adatoknak nem része az ellátottak társadalmi státusára vonatkozó információ. Ezek az adatok ugyanakkor ezenfelül is csak korlátozottabban használhatók, mint a halálozási adatok, hiszen azt, hogy hozzájut-e valaki egészségügyi ellátáshoz, nemcsak az egészségi állapota, hanem számos más tényező is befolyásolja: a tudása, az ellátás (fizikai) elérhetősége és így tovább. Ez tükröződik például abban, hogy az alacsony státusúak jellemzően alulreprerzentáltak a járóbeteg-szakellátásban.

Az adatok másik köre az önbevalláson, önbecslésen alapuló, szubjektív adatoké. Ezek közül a legismertebb az általános egészségi állapot önértékelése, ami meglehetősen standard módon fordul elő számos magyar és nemzetközi felmérésben. A nemzetközi ada-

tok összevetése ugyanakkor korlátozott, mert ez az önbecslésen alapuló mérőszám szükségszerűen valamilyen elváráson alapul, ezek pedig jellemzően összefüggenek a kérdezett saját közegével mint referenciacsoporttal (Sen, 2002). Ugyanakkor a tapasztalatok azt is mutatják, hogy ezek az adatok nagymértékben korrelálnak az objektív, például halálozási adatokkal (Huisman és szerzőtársai, 2007). A szubjektív adatok más jellemző csoportja nem általában az egészségre, hanem specifikusan valamilyen egészségprobléma léteire vonatkoznak. Ennek korlátai hasonlóak az adminisztratív morbiditási adatokéihoz: ahhoz, hogy valaki elmondhassa, hogy van valamilyen krónikus egészségproblémája, tisztában kell ezzel lennie, esetleg diagnózissal is kell rendelkeznie stb., ezek pedig részben a társadalmi státus (és mint látni fogjuk, akár a nem) függvényei is.

Az alábbiakban az Eurostat különféle aggregált adatkörei alapján mutatom be az egészségi állapot egyenlőtlenségeire vonatkozó legfrissebb, elérhető adatokat.

A társadalmi státus szerinti várható élettartamok jelenleg 2017-re érhetők csak el. Ismertek ugyanakkor a halálozás földrajzi különbségei, amelyek ugyan nem feleltethetők meg egy az egyben a társadalmi rétegződés szerinti egyenlőtlenségeknek, de szolgáltathatnak releváns információt, mivel Magyarországon a társadalmi egyenlőtlenségeknek erőteljes földrajzi leképeződése is tapasztalható.

A következőkben a halálozási adatok mellett az önbevalláson alapuló általános egészségi állapotra és a valamilyen krónikus egészségprobléma meglétére vonatkozó adatokat mutatom be társadalmi státus (iskolázottság, jövedelem) szerinti bontásban.

## Az elvégzett munka és eredmények

A már említett, 2017-es, a társadalmi státus szerinti bontást is tartalmazó várható élettartam-adatok szerint Magyarországon a középiszokai végzettséggel sem rendelkező férfiak születéskor várható élettartama több mint 11 évvel volt rövidebb, mint a felsőfokú végzettségűeké (67,2 év *versus* 78,4 év). Az ebben az

évben adatot szolgáltató országok közül sem a mediterrán (4,3 év), sem a skandináv országokban (5,2 év) nem voltak ilyen nagy különbségek, de hasonlóan mélyek voltak az egyenlőtlenségek a többi visegrádi országban: Lengyelországban 12,5, Szlovákiában majdnem 16 évvel kevesebbre számíthattak az alacsony, mint a magas képzettségű férfiak. A nőknél

lényegesen kisebbek a különbségek, Szlovákia kivételével minden országban 5 év alatt maradnak.

A 4.6.1. ábrán különböző, gyakoribb krónikus betegségek és egészségproblémák előfordulásának gyakorisága látható, nem és iskolázottság szerinti bontásban, Magyarországon és az EU27 országokban (az Egyesült Királyság nélkül).

4.6.1. ábra: A különböző krónikus betegségek gyakorisága a férfiak és a nők körében, 2019 (százalék)



Megjegyzés: Az alapfokú végzettség az Eurostat iskolázottsági klasszifikációjának, az ISCED 0–2 szintjeinek felel meg, a középfokú az ISCED 3–4 szinteknek, a felsőfokú az ISCED 5–8 szinteknek.

Forrás: Eurostat Database, (HLTH\_EHIS\_CD1E] adatkör. Letöltés ideje: 2023. július.

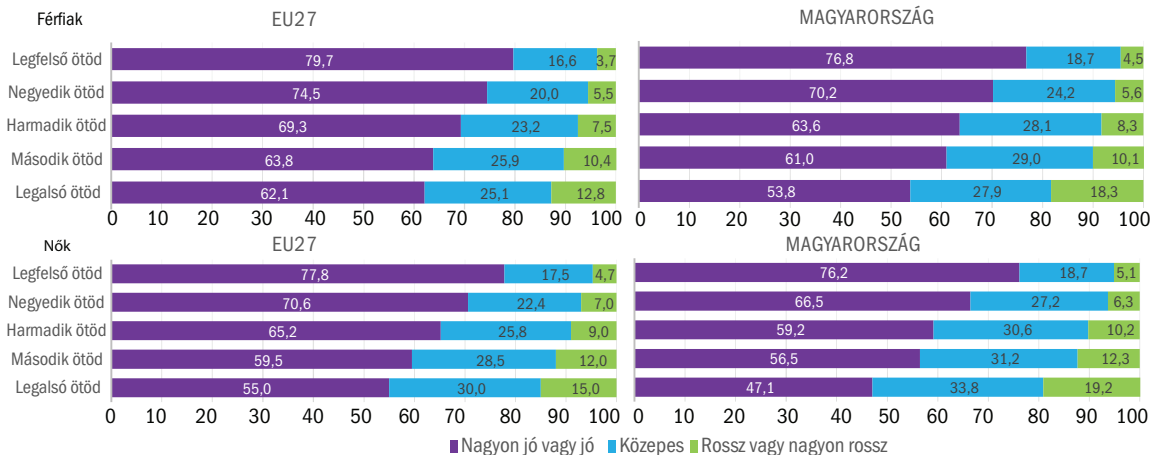
A bemutatott egészségproblémák egy része (artrózis, gerincbántalmak) jellemzően nem vezetnek halálozáshoz, önmagában a cukorbetegség is csak relatíve ritkán, a magas vérnyomás és a magas vérzsírszint ellenben a leggyakoribb halálokot jelentő szív- és érrendszeri betegségek fő rizikófaktorai. Az ábrán egyrészt látszik, hogy a legtöbb egészségprobléma tekintetében Magyarországon rosszabb a helyzet, mint az EU27 átlagában. Másrészt, feltűnő, hogy a nők a férfiaknál nagyobb arányban jelezték a kérdezett egészségproblémákat, és hogy körükben mindkét helyen kifejezetten a társadalmi egyenlőtlenségek. Előbbi jelenség azzal van összefüggésben, hogy ez a mutató is önbemláson alapul: – aki nincs tisztában a saját egészségi állapotával, betegsége nem diagnosztizált, nem kezelt vagy ha kulturálisan ez kevésbé támogatott, akkor egy kérdőívben sem fogja ezt jelezni.

Az egyenlőtlenségeket illetően a magyar férfiaknál egyik betegségcsoport tekintetében sem fedezhető fel a várt társadalmi „lejtő”: a legtöbb betegségcsoportnál a középfokú végzettségük érintettsége a legnagyobb, a magas vérnyomást illetően pedig éppen fordított a jelzett prevalencia, mint amit az egészség társadalmi

meghatározóinak modellje alapján várnánk. A korábban jelzett mérési problémák alapján azonban kétséges, hogy ennek az alacsony végzettségű magyar férfiak jobb egészségi állapota volna a magyarázata, már csak azért is, mert a halálozási adatok ennek éppen az ellenkezőjét jelzik. Sokkal valószínűbb, hogy az egészségi állapotra vonatkozó tudás vagy az ellátáshoz való hozzáférés hiányosságai magyarázzák a váratlan és a halálózással inkonzisztens eredményeket.

A 4.6.2. ábrán az egészségi állapot önértékelésének megoszlását látjuk ezúttal jövedelmi ötödök szerint, szintén az EU27 országaiban és Magyarországon, nemek szerint, a 16 év fölötti lakosság körében. Látható, hogy az EU27 értékei mindkét nemben és minden ötödben jobbak, mint a magyarok adatok, miközben mindkét térségben és szintén minden ötödben jobbnak tűnik a férfiak egészségi állapota a nőknél. A „jobbnak tűnik” megfogalmazás a férfiak és a nők objektív és szubjektív egészségi állapota közötti ellentmondásra utal, vagyis arra, hogy bár a férfiak rövidebb ideig élnek, mégis jobbnak ítélik meg a saját egészségüket. Ez rávilágít az önbecslésen alapuló egészségi állapot mérőszámának korlátaira.

4.6.2. ábra: Önértékelt egészségi állapot jövedelmi ötödök szerint, 2022



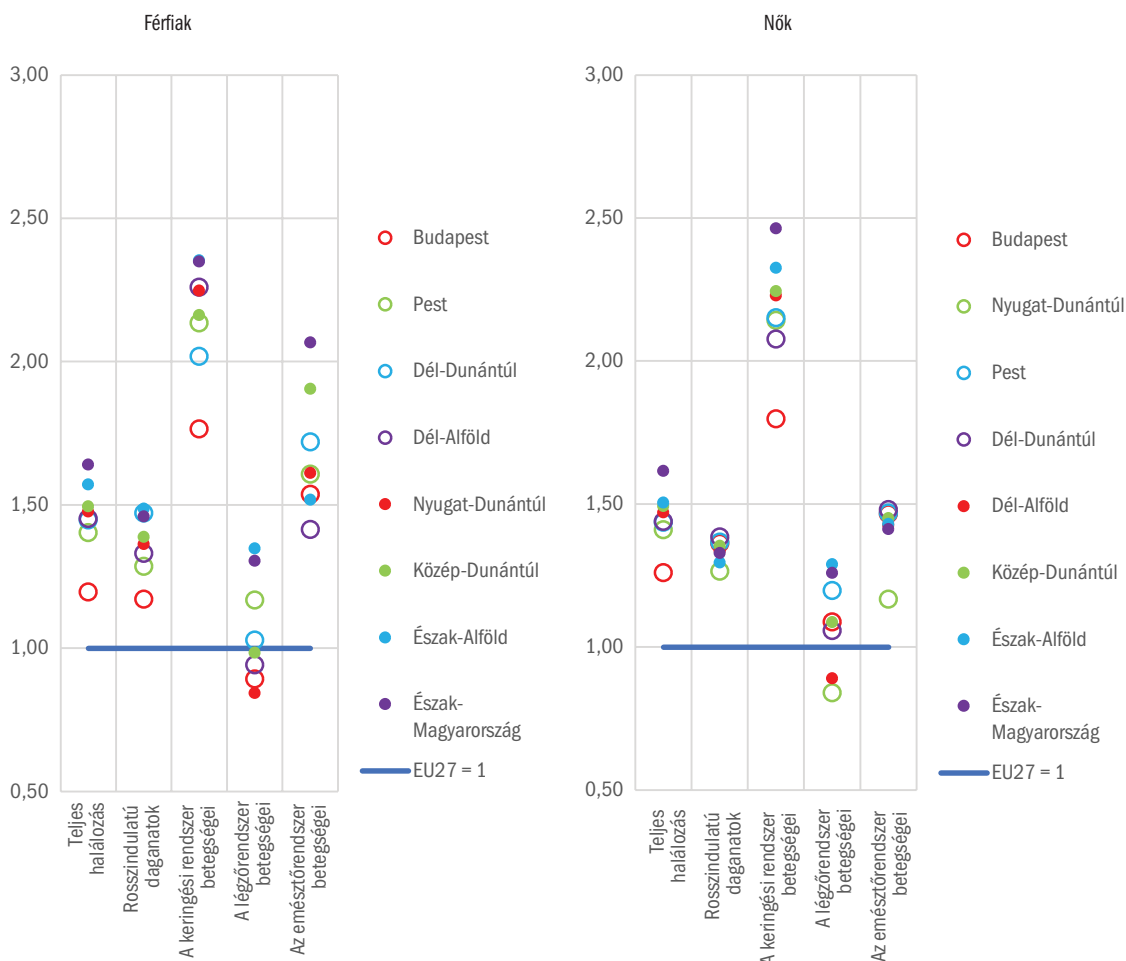
Forrás: Eurostat Database, (HLTH\_SILC\_10) adatkör. Letöltés ideje: 2023. július

Az egyenlőtlenség nagyobb Magyarországon: míg az EU27 átlagában 3–3,5-szer annyian ítélik a saját egészségüket rossznak vagy nagyon rossznak az alsó, mint a felső ötödben, Magyarországon ez az arány négyszeres; az egészségüket jónak vagy nagyon jónak ítézők arányában is lényegesen – 10–15 százalékkal – nagyobb a különbség Magyarországon, mint az EU27-ben. Ezek a különbségek ugyanakkor nem drámaiak, ami egybecseng az önértékelésen nyugvó egészségi állapot mutatójának limitációiról koráb-

ban elmondottakkal. A vizsgált társadalmakon belül ezek az értékek érvényesek lehetnek, de nyilvánvalóan nem arányosak a két vizsgált ország(csoport) egymáshoz képesti, objektívan ismert egészségkockázataival.

Erről a 4.6.3. ábrán bemutatott, a fő halálokok szerinti, korra és nemre standardizált halálzási ráták különbségei alapján juthatunk (regionális) információhoz. Az ábrákon szerepeltetett négy fő halálokozati kategória az EU27-ben együttesen a teljes halálzási ráta 60 Magyarországon közel 80 százalékaért felel.

4.6.3. ábra: A magyarországi régiók fő halálokozati szerinti, standardizált, regionális halálzási rátáinak aránya az EU27 átlagához képest, 2020 (E27 = 1)

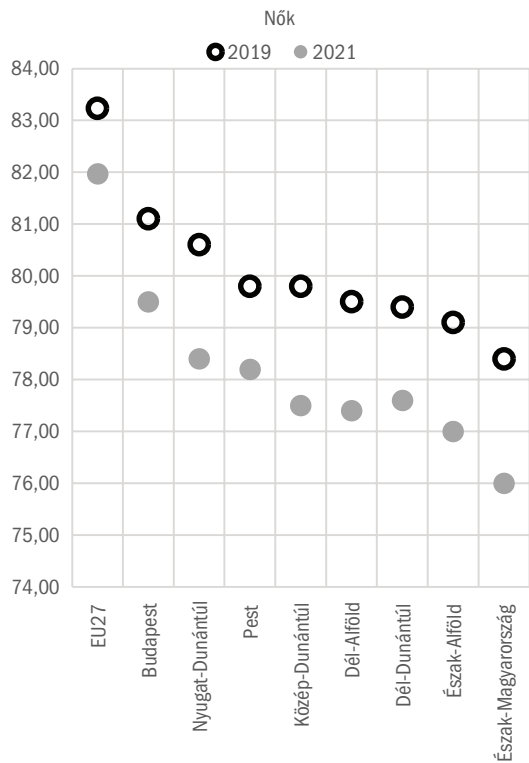
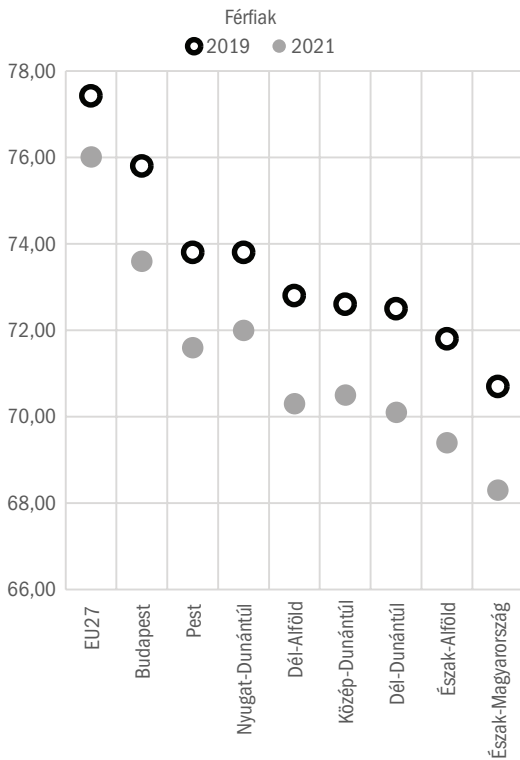


Forrás: Eurostat Database, (HLTH\_CD\_AS DR2) adatkör.  
Letöltés ideje: 2023. július

A légzőrendszer betegségeitől eltekintve valamennyi haláloki csoportban, minden régióban rosszabbak a magyar adatok, mint az EU27 átlaga. Kiemelkednek az emésztőrendszer és különösen a keringési rendszer betegségei, amelyek önmagukban az EU-s halálozás 30, és a magyar halálozás 40–50 százalékaért felelnek. A regionális egyenlőtlenségek valamennyi halálok tekintetében jelentősek: Észak-Magyarországon és Észak-Alföldön 30–40 százalékkal magasabb a halálozás, mint a legtöbb halálok szerint legalacsonyabb kockázatú Budapesten.

Szintén regionális adatokat mutat a 4.6.4. ábra. Itt 2019 (a koronavírus-járvány előtti utolsó év) és 2021 halálozási adatain alapuló várhatóélettartam-adatokat hasonlíthatjuk össze, az EU27 országaiban és a magyarországi régiókban. Látható, hogy a koronavírus-járvány mindenhol előidézte a várható élettartam csökkenését, de nagyon eltérő mértékben: míg Budapesten átlagosan másfél, addig Észak-Magyarországon 2,5 év körüli mértékben. Bár két év kevésnek tűnhet, de ezzel például a nők esetében Budapest a 2009-es, Észak-Magyarország a 2004-es szintre esett vissza.

4.6.4. ábra: Születéskor várható élettartam nemek és régiók szerint, 2019 és 2021



Megjegyzés: Az EU átlagos értéke az adatot szolgáltató 22 ország adatain alapuló súlyozatlan átlag.

Forrás: Eurostat Database, (DEMO\_R\_MLIFEXP) adatkör. Letöltés ideje: 2023. július.

## Összefoglalás

A magyar lakosság egészségi állapotát továbbra is jelentős mértékű egyenlőtlenségek jellemzik. Ez tetten érhető a szubjektív (önbecslésen alapuló) egészségi állapot jövedelem szerinti – itt bemutatott – különbségeiben, valamint a halálzási adatok regionálisan eltérő értékeiben is. Az életilátásoknak ezek az egyenlőtlenségei egyrészt visszatükrözik a szélesebb értelemben vett társadalmi egyenlőtlenségek hatásait is, másrészt magukban hordozzák az egyenlőtlenségek

újratermelődésének veszélyét. Az egészség és a gazdasági teljesítőképesség közötti kölcsönös meghatározottság következtében az, hogy az alacsonyabb státusú társadalmi csoportok egészségi állapota tartósan és súlyosan elmarad a magasabb státusúakétól, nem csak a szegények „ügye”, mert a teljes gazdaság és társadalom fejlődését korlátozza. Ugyanakkor a nemzetközi adatok azt mutatják, hogy az ilyen nagymértékű egyenlőtlenségek léte nem szükségszerű: az alacsonyabb státusú rétegek egészsége is lehet jobb.

## Hivatkozások

- BLAKELY, T.–SIGGLEKOW, F.–IRFAN, M.–MIZDRAK, A.–DIELEMAN, J.–BABLANI, L.–CLARKE, P.–WILSON, N. (2021): [Disease-related income and economic productivity loss in New Zealand: A longitudinal analysis of linked individual-level data](#). PLoS Medicine, Vol. 18. No. 11. 1003848.
- BLOOM, D.–KUHN, M.–PRETTNER, K. (2018): Health and economic growth. IZA Institute of Labor Economics Discussion Paper, No. 11939.
- HUISMAN, M.–LENTHE, F. VV.–MACKENBACH, J. (2007): [The predictive ability of self-assessed health for mortality in different educational groups](#). International Journal of Epidemiology, Vol. 36. No. 6. 1207–1213. o.
- MACKENBACH, J.–MEERDING W.– KUNST A. (2011): [Economic costs of health inequalities in the European Union](#). Journal of Epidemiology & Community Health, Vol. 65. No. 5. 412–419. o.
- NOSRATI, E. (2022): [Harnessing administrative data to study health inequality](#). The Lancet, Vol. 7. No. 9. 726–727. o.
- RODRÍGUEZ, M.–LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. G. (2011): [Alas, there are no shortcuts to the complexities of the economy](#). Journal of Epidemiology & Community Health, Vol. 65. No. 5. 399–400. o.
- SEN, A. (2002): [Health: perception versus observation](#). BMJ, Vol. 324. No. 7342. 860–861. o.
- SOLAR, O.–IRWIN, A. (2010): A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper, No. 2. WHO, Genf.