

A LAKOSSÁG EGÉSZSÉGÜGYI ÁLLAPOTA BÉKÉS MEGYÉBEN

BEKE SZILVIA

Bevezetés

A szakirodalmat végigtekintve jól látható, hogy évtizedek, sőt évszázadok óta az egészségügyi szakemberek, szociológusok stb. vizsgálják a lakosság egészségi állapot jellemzőit, ezeket befolyásoló tényezőket. Egyben jól látható az is, hogy minden államnál megjelenik az egészséghez való jog, valamint az egészségüghöz való hozzáférhetőség egyenlőségének megteremtésére történő törekvés.

Éppen e törekvések, valamint a gyakorlatom során szerzett tapasztalatok sarkaltak arra, hogy tovább vizsgáljam Békés-megye lakosságának egészségi állapotát, valamint azt, hogy az elmúlt tizenkét év milyen változásokat hozott, az egészségügyi reformok hatása országosan, illetve helyileg mit eredményeztek ezen a területen.

Hipotéziseim

1. Állíthatom-e, hogy a változások a lakoságnál pozitív egészségmutatókat eredményeztek.

2. Felléphet-e a nyugati ország részhez képest negatív elmozdulás az egészség állapot esetében a kedvezőtlen gazdasági, társadalmi mutatók miatt.

A hipotéziseim konkrét vizsgálata előtt, azonban szeretném áttekinteni a két időszak főbb jellemzőit.

Egészségügy és egészségi állapot jellemzői a rendszerváltás előtti időszakban

A második világháború után az egészségügyi ellátásban az állam szerepe jelentősen megnövekedett.

A „szocialista egészségügy” az egész lakosság számára hozzáférhető és ingyenes ellátást igyekezett biztosítani.

O.P. Scsepin ezt az 1984-ben megjelent könyvében a következőképpen fogalmazta meg:

„A szocialista államok közös elve az egészségügy terén az állami jelleg, az egészségügy egysége és tervszerűsége, a lakosság orvosi ellátásának magas színvonala és ingyenessége, a profilaktikus irányzat, az elmélet és gyakorlat egysége, az egészségügyi intézmények egész működésében a tudomány és technika vívmányainak felhasználásával, és az egész társadalom részvétele a lakosság egészségvédelmében.”¹

Azonban ahhoz, hogy áttekintsük, hogy mit jelentett ez a működés talaján érdemes megnézni a korabeli országok adatait. Először is ki kell emelnünk, hogy a termelési, gazdasági koncentráció miatt a lakosság egyre jelentősebb hányada költözött városokba. Ebben az időszakban a városba áramlásnak legnagyobb mértéke Jugoszláviában és Bulgáriában volt tapasztalható, ami esetünkben azt jelentette, hogy több mint 40%-ot tett ki. Mindezt jól szemlélteti az 1. számú táblázat.

¹ **O.P.Scsepin**: A világ országainak egészségügye Medicina Könyvkiadó Budapest, 1984 p:8

A városi lakosság részaránya az európai szocialista országokban 1958 és 1970 között
(százalékban)

Ország	Év				
	1950	1960	1970	1972	1978
<i>Bulgária</i>	27,5	38,9	52,9	55,7	60,0
<i>Csehszlovákia</i>	51,3	57,4	62,4	63,0	67,0
<i>Jugoszlávia</i>	16,2	28,3	38,7	-	-
<i>Lengyelország</i>	36,9	48,3	52,3	53,1	56,4
<i>Magyarország</i>	36,6	39,7	46,0	49,9	50,7
<i>NDK</i>	70,9	72,0	73,1	74,1	75,7
<i>Románia</i>	24,7	32,1	40,8	41,5	47,5

Forrás: *O.P. Scsepin*: A világ országainak egészségügye Medicina Könyvkiadó Budapest 1984 p.:96

Mindez számos gazdasági és társadalmi változást hozott magával. Az urbanizáció hatására meg növekedett az iparban dolgozó alkalmazottak száma és nagymértékben csökkent a kis árutermelésben résztvevők száma.

Ennek következtében viszont az egészségügyi ellátást biztosító intézmények, illetve annak szakosított változatai is főként a nagy városokra volt jellemző.

Ez eredményezte a hozzáférhetőség egyik problémáját, hiszen sok esetben a közigazgatási határ (megyehatár) egyben azt is jelentette, hogy nem a legközelebb található kórházba került a beteg, hanem ahová tartozott.

1972-ben Magyarországra a következő adatok voltak jellemzőek:

- 184 rendelőintézet
 - 3398 orvosi körzet
 - 688 orvosi segélyhely
 - 186 tüdőgondozó
 - 124 bőr- és nemi beteg gondozó
 - 65 pszichiátriai gondozó

Kórházak tekintetében három típust lehet jellemzőnek mondani:

1. Megyei kórházak: 700-1800 betegágygal, valamennyi osztállyal ellátva. A kórházi ágyak összességének 37%- a összpontosult így.

2. Városi kórházak: 300-500 betegágygal rendelkeztek, minden alapszakma megtalálható volt, valamint számos szűk profilú osztályok is képviseltették magukat, így pl.: szemészet, fül-orr- gégészeti osztály. A fent említett ágyszám arányban 355-kal képviseltették magukat.

3. Országos intézetek, klinikák: irányítás szempontjából eltértek az előző kettőtől, mivel közvetlenül az Egészségügyi Minisztérium felügyelete alá tartoztak. Ez az intézmény típus a kórházi ágy állomány 22%-val rendelkezett.

Ha az egészségi állapotot jelző adatokat nézzük, akkor a következők mondhatók el: Az első, amit, pozitívumként lehet elmondani azt, hogy a háború utáni születéskor átlagos várható élettartam jelentősen emelkedett, még 1950-ben 61 év volt 1970-re 70,2 év lett, 1974-ben minimális visszaesést lehetett megfigyelni ekkor ugyanis 69, 6 év volt.

A halálozási okokat tekintve jelentős eltérés a mai napig nem történt, 1972-ben ugyanis a halálozási okok alábbi sorrendben alakultak:

1. szív- és érrendszeri betegségek
2. rosszindulatú daganatok
3. légzőszervi megbetegedések
4. traumák, mérgezések, erőszakos cselekmények
5. emésztőszervi betegségek

Általánosságban elmondható, hogy a megfelelő profilaxisnak köszönhetően a fertőző és parazitás megbetegedések száma csökkent, a kötelező oltások bevezetésével pedig egyes fertőző gyermekbetegségek fogyatkoztak meg, illetve meg is szűntek. Ilyen például a poliomielitisz.

A hazai rövid körkép után az elmúlt időszakra jellemző megyei adatokat szeretném bemutatni, főként az eltérésekre fektetve a hangsúlyt.

Sajnálatos módon elmondható, hogy az Alföld az országon belül a leginkább elmaradottabb régióhoz sorolható volt. Ebből következően az egészségügyi ellátás is számos nehézséggel és hátránnyal küszködött.

A szomszédos országokra az előzőekben leírt módon jellemző volt a nagy mértékű urbanizáció, amely az Alföldön később jelentkezett, emiatt a szellemi, gazdasági feltétel is később teremtődött meg.

Egyúttal ki kell emelni az Alföld speciális településhálózatát, a tanyarendszereket, mely megnehezítette (megnehezíti) az egészségügyi ellátáshoz való gyors hozzáférhetőséget.

Az egészségi állapot mutatói terén az 1970-1984-es időszakban a megye az országos ranglista végén állt. A vezető halálokok közül a szív – és érrendszeri megbetegedések terén az országos átlagnál is rosszabb volt a helyzet.

Pozitívum volt viszont ebben az időszakban, hogy az országos átlaghoz képest, a férfiak születéskor várható átlagos élettartama kedvezőbb volt a megyében, mely 1970-ben 67,83 év és még 1984-ben is több mint egy évvel meghaladta az országos adatot (országos: 66,14 év még a megyei: 67,37 év). Hasonlóan kedvezőbb volt a helyzet a csecsemőhalandóság területén az 1970-es években, de 1984-ben már az országos átlagnál rosszabb volt. (1984-ben az országos átlag 20,4 ezrelék, míg a megyei 21,2 ezrelék volt.)

A fent említett mutatók részben magyarázhatók az egészségügyi ellátórendszer fejlettségével, ugyanakkor arról sem szabad megfeledkeznünk, hogy az ország e területén az urbanizáció „ártalmi” is később jelentek meg.

Ha az intézményi ellátottságot vesszük figyelembe, akkor két tényezőt kell szem előtt tartanunk, az összlakosságra jutó orvos-, illetve kórházi ágyellátottságot.

Az orvosellátottság az 1960-as és 1980-as évek között jelentősen javult, ez azonban sajnos nem hozta magával az egészségi állapotban bekövetkező javulást. A 10 ezer lakosra jutó orvosok létszáma az, 1960-as évekhez képest több mint kétszeresére nőtt, azonban ezzel együtt sem érte el nemhogy az országos átlagot, hanem még a szomszédos megyék szintjét sem. Hasonlóan lassúbb a javulás a kórházi ágyszámok tekintetében is. 1984-ben az ország hat legrosszabbul ellátott megyéje közé tartozott Békés megye is, melyhez hozzájárult az infrastruktúra legkényesebb kérdése is a műszaki és technikai felszereltség.

Az ellátáson belül a másik sarkalatos pont, hogy a páciens milyen gyorsan kerül ellátásra. A már említett jellegzetes településhálózat miatt a távolságok is nagyobbak. Nagyon sok helyen az úthálózat minősége tovább növelte e távolságok leküzdésének idejét.

„Az 1983-ban készült jelentés szerint a falusi orvosi körzetek 37%-ban a „legtávolabbi beteg” 10-15 km-nél is messzebb lakik az orvosi rendelőtől. Ezekben a körzetekben az utak 80-90 %-a földút volt.”²

² *Orosz É.- Timár J.*: Az Alföld egészségügyi ellátottságának főbb vonásai. II. Alföld ankt p.: 293

A hozzáférhetőség következő nehézségét jelentette a megyén belül a szakrendelésekre való utazás, a közlekedés időtartama, átszállások stb.. Ennek vizsgálata során arra derült fény, hogy egy átlagos „alföldi” embernek 22,2 km-t kell megtennie ahhoz, hogy szakellátáshoz jusson, ez átlagosan 36 perces utat jelent. Mindez bizonyos körzetek és rendelő távolsághoz képest kedvezőnek mondható, de még így is igen hosszú idő, nem beszélve arról, hogy ez az átlag. Azonban vannak olyan települések is, ahonnan a betegek másfél órát vagy még annál is többet kell utaznia, ilyen Békés megyének 4,6%-a.

S ha megnézzük a fekvőbeteg ellátó intézményeket jól látható, hogy Békés megyében három kórház áll rendelkezésre a betegek számára, és ezek is összpontosulnak a megye egy részére, ami azt jelenti, hogy a megye észak-nyugati, illetve északi részén lakóknak jelentős távolságot kell átutaznia. Mindezeket túl a három kórház egyike a megyei kórház, melynek kettős a feladatköre, egyrészt a szűkebb vonzáskörzet ellátása, valamint a megye lakosságának biztosítja a speciális szakellátó osztályokat. Ha ezt összehasonlítjuk ezen időszakban a Bács-Kiskun megyeiek helyzetével, ahol öt helyi kórház várta a rászorulókat, akkor a helyzet nem mondható túl kedvezőnek.

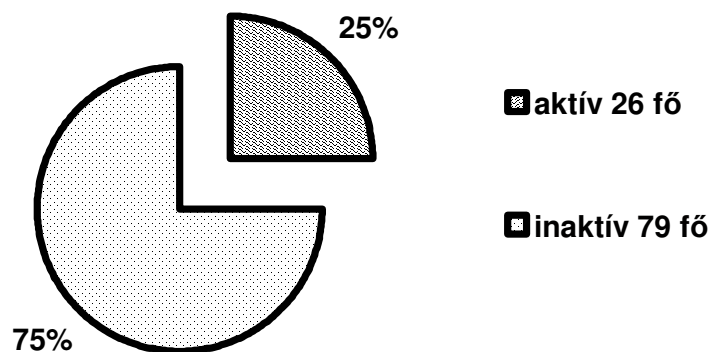
Mindezek után engedjék meg, hogy rátérjek arra, hogy napjainkban mennyit változott a lakosság és az egészségügy helyzete.

Egészségi állapot és az egészségügy jellemzői a rendszerváltást követő időszakban

A téma feldolgozása során használt módszereket tekintve az 1989-es év utáni változások egészség mutatókra kifejtett hatását az 1995-ös évtől vizsgálok részletesen. Mivel úgy gondolom, hogy a társadalmi és gazdasági folyamatoknak, valamint az egészségügyben bekövetkezett változásoknak is „idő” kell, hogy kifejtse a hatását.

Elsőként szeretném megemlíteni azt a jelentős változást, hogy a betegségek kezeléséről a hangsúly egyre inkább a prevenciós programokra helyeződött át. Ezt mutatja az is, hogy az elmúlt 12 év alatt több országos program került a parlament elé, melynek célja az volt, hogy a jelenlegi igen rossz egészségi mutatókban, nagy mértékű javulást érjen el. Ezeknek a kezdeményezéseknek köszönhető a NEKAP, illetve a 10 éves Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program is. Mielőtt azonban ezeknek a programoknak a megalapozásához szükséges állapot felmérés adataira térnék ki, szeretnék egy-két általános információt bemutatni a legutóbbi 2000. évi adatokból. Legelsőként a születéskor várható átlagos élettartamról, hiszen ha összehasonlítjuk az 1970-es évek adataival, akkor elmondható, hogy a férfiak tekintetében 67,1 évre romlott, a nőknél pedig némi javulást mutatott, 75,6 évre emelkedett. Mindez azonban jóval elmarad nemcsak a Nyugat-Európai átlagtól, de még a szomszédos országok átlagától is, 1999-ben Szlovákiában a férfiak esetében ez az adat 69,0 év, a nők esetében pedig 77,2 év volt.

A Nyugat-Európai viszonyokhoz képest átlagosan 10 évvel vagyunk elmaradva. A helyzetet részletesen a mellékletben található 1. számú ábra szemlélteti. Azt hiszem jól látható, hogy van még mit javítanunk. Azt is fontos megemlíteni, hogy napjainkra az egészség fogalma, is mint olyan átértékelődött, sok esetben a betegség kezdeti szakaszában a páciensek még nem fordulnak orvoshoz, hiszen a táppénz sokszor a munkahely elvesztését is jelentené. Hasonlóképpen számos esetben vizsgáltam, hogy egy-egy meghirdetett szűrővizsgálatra miért csak a már inaktív korosztály jön el, végeredményként ugyanarra jutottam, a munkáltató nem szívesen veszi azt, hogy akár csak a munkaidő egy igen kicsi részét is érintse az ilyen jellegű vizsgálat. Az aktív inaktív arányt egy konkrét szűrővizsgálat esetében az alábbi, 1. ábra szemlélteti.



2.számú diargamm

1. ábra. Aktívak és inaktívak aránya egy szűrővizsgálaton.

Úgy vélem, hogy amíg ilyen szemlélettel állunk a kérdéshez addig jelentős változásokra nem számíthatunk. Szerencsére multinacionális cégeknél már észlelhető némi javulás, miután ezek a cégek időközönként szervezett szűrővizsgálatokra küldi az alkalmazottakat. Azonban vidéken ez még egyáltalán nem jellemző. Részben talán ennek is köszönhető, hogy Békés megye a szív- és érrendszeri betegségek terén a region belül igen rossz helyen áll, illetve, hogy az egész Dél-alföld foglalja el rangsorban az utolsó helyet.

Mindezen kitérő után szeretnék visszatérni a népegészségügyi programok alapjait képző felmérések eredményeihez.

Az előzőekben leírtakhoz hasonlóan most is a mortalitási adatok adták a legmegbízhatóbb alapot a vizsgálatokhoz, de ebben az esetben már nemcsak az adatok statisztikai elemzéséről volt szó, hanem a geográfiai információs rendszernek köszönhetően (GIS) lehetővé vált a vezető halálokok területi vizsgálata is. Ezek lehetővé tették, a területi problémákra épített intervenciók stratégiák létrehozását.

A 2000. évben Dr. Pintér Alán és munkacsoportja megjelentette ezen, vizsgálatok eredményeit, vizsgáló módszerük hátrányaként említik annak leíró jellegét, tehát azt, hogy okozati összefüggés levonására nem alkalmas.

Az eredmények kellő értékeléséhez a következőkkel kell tisztába lenni:

◆ Először is, hogy hogyan strukturálódtak át a 2000. évre a vezető halálokok:

1. szív- és érrendszeri megbetegedések
2. rosszindulatú daganatok
3. emésztőrendszer megbetegedései
4. traumák, öngyilkosságok
5. légzőszervi megbetegedés

Jól látható, hogy az első két helyen nem történt semmilyen változás az 1970-es évekhez képest. A harmadik helyre „felkerült” emésztőrendszeri megbetegedések közül is az alkoholos májbetegségek képezik a döntő többséget.

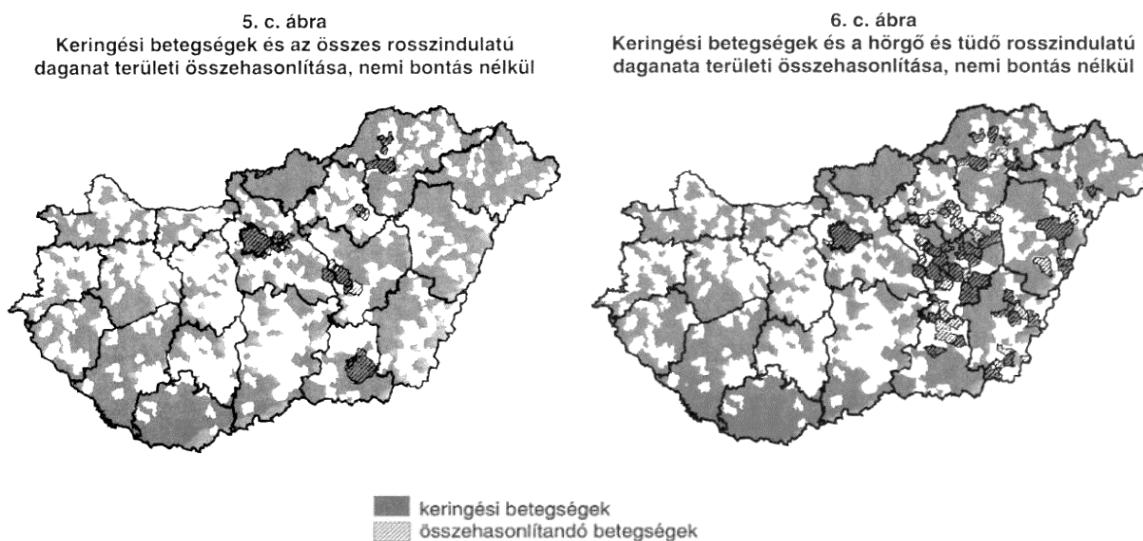
◆ A munkacsoport feldolgozta az 1986-1997- re vonatkozó elemi halálozási adatokat, majd feltérképezték a leggyakoribb halálokok területi megoszlását a standardizált halálozási hányados (SHH) alapján.

A halálozás szempontjából kedvezőtlen területeket statisztikai szignifikancia alapján meghatározták.

◆ Ezt követően a halmozódások szemléltetésére elkészítettek egy a keringési betegségek összevonásával egy alaptérképet, melyből kiderül, hogy nemi bontás nélkül az ország összlakosságát tekintve 60-70%-a területét tekintve pedig 50-60%-a érintett e betegségek terén.

Az is láthatóvá vált, hogy vannak úgynevezett halmozottan hátrányos helyzetű területek is, melyek főként az ország keleti, valamint északi felén találhatók. Úgy gondolom, hogy ez megint csak visszautal a már fent említett gazdasági és társadalmi változások hatására.

Ha kiemelten csak a Békés megyei adatokat tekintjük át a továbbiakban e vizsgálatból, akkor a következőket láthatjuk: (a többi térkép a mellékletben található).



- A megye területén többlet halálozás figyelhető meg a hörgő- és tüdő daganatok esetében, mely főként a férfiaknál jelent problémát.
- Kedvező helyzetben vagyunk az idült alsó légúti betegségek terén.
- A keringési betegségek terén is jelentős halmozódás figyelhető meg, mind a férfiak, mind a nők esetében.

Ha elkezdjük vizsgálni azt, hogy ezek milyen ok-okozati összefüggésekre vezethetők vissza, akkor elsőként azt a gazdasági és társadalmi helyzetet kell felmérni, ami az elmúlt 12 év alatt kialakult.

Sajnálatos módon ez idő alatt jelentős infrastrukturális beruházás, mint pl. autópálya építés elmaradt, ennek következtében a munkahelyek is nagy mértékben lecsökkentek, meg növekedett az elvándorlás Budapest irányába, illetve az ország dunántúli megyéibe. Ha összehasonlítjuk időben a megye munkanélküliségi rátájának alakulását, akkor kitűnik, hogy

jelentősebb javulás csak a 2000 évben látható, de még így is kétséges, hogy ebből mennyi a nyilvántartási rendszerből kikerült tartós munkanélküli és mennyi azoknak az aránya, akik valóban újra el tudtak helyezkedni. Amit az alábbi táblázat is szemléltet:

2. táblázat.

A munkanélküliségi ráta alakulása Békés megyében és a Nyugat-Dunántúlon.

Év	Munkanélküliségi ráta Békés megyében	Munkanélküliségi ráta Nyugat-Dunántúl
1995	12,9	7,5
1996	13,6	7,4
1997	14,0	6,8
1998	12,3	5,7
1999	6,2	4,4
2000	5,8	4,2

A regisztrált munkanélküliek száma Békés megyében, 1997-ben elérte a 24 ezret (pontosan: 23889 fő volt), még ugyanebben az időben Nyugat-Dunántúlon 8-12 ezer között mozgott a számuk. A munkanélküliségi ráta is átlagosan a fele. További hátrányos helyzetet teremt az, hogy az elvándorlás következtében jobbára az idős vagy a szakképzetlen lakosság marad a kis falvakban, ami tovább rontja a megye általános egészségmutatóit. A kedvezőtlen társadalmi helyzetből következik a lakosság rossz anyagi helyzete. Emiatt a táplálkozási és életmódbeli szokásaik is alapvető rizikótényezőt jelent a fent említett betegségekre.

Ha az egészségügyi ellátást nézzük az előző fejezet jelzett szempontok alapján, vagyis az összlakosságra jutó orvos-, illetve kórházi ágyszám ellátottságot vizsgáljuk, abban az esetben elmondható, hogy nincsen rosszabb helyzetben, mint a régió többi megyéje, az országos átlagtól azonban még mindig elmarad.

Bár az egészségügyi ellátás javítására is már számos reform kísérlet történt, az ellátó intézmények vezetőinek hozzá kellett szokni, hogy a gazdasági szempontok egyre inkább beleszólnak a mindennapjaikba.

Ennek hatására a régió belül, is születtek modernizációs elképzelések, mint például a Dél-alföldi Regionális Egészségfejlesztési Konzorcium, ugyan nem lépett a megvalósulás talajára, de az egészségfejlesztési programhoz készített felméréshez hasonlóan, ráirányította a figyelmet a területi különbségekre és az a szerinti cselekvési módokra.

A megyén belül pedig célszerűbb lenne, az intézmények arányaiban kis távolsága miatt is, az egymást kiegészítő működés a párhuzamos ellátás helyett, természetesen a megfelelő alaposztályok és sürgősségi ellátás mellett. Ugyanakkor megfelelő együttműködési szerződések mellett a beteg beszállításánál a vonzáskörzet szerint és nem a megyehatár szerinti döntést kellene hozni. Mindez jól látható a következő ábrán.

területi eltéréseket is mutatja, így lehetővé válik a terület jellemzőihez illeszkedő stratégia kidolgozása.

A második hipotézisemet tekintve levonható az a következtetés, hogy a megye nem túl fényes gazdasági helyzete kivetítődik a társadalmi folyamatokra és ez által az egészségi mutatókra. Az egészségügyi ellátás esetében elmondható, hogy jelen helyzetünk nem rosszabb a régió többi megyéjénél, sőt ha most a legutóbbi években végbe ment beruházásokat nézem talán egy-két év múlva némi javulásról is be tudok majd számolni.

Összefoglalás

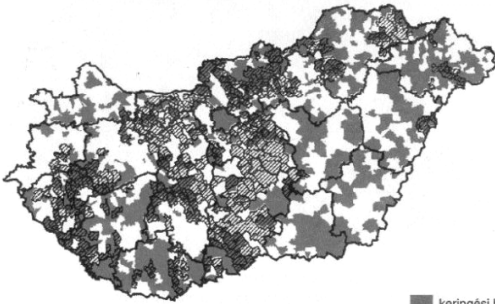
Az országos adatokat áttekintve elmondható, hogy az elmúlt rendszer időszakában megpróbált lépést tartani a szomszédos országokkal. Az Alföld esetében viszont már ekkor tapasztalható volt bizonyos fokú elmaradottság, az országos adatokhoz képest is. Némileg pozitívabb időszaknak lehet mondani az 1970-1984 közötti éveket. Ekkor a megyei születéskor várható átlagos élettartam meghaladta az országos adatot. Az egészségügyi ellátás színvonala viszont nagyon sok tekintetben rosszabb volt, mint az átlag, mely részben köszönhető volt a speciális településhálózatnak, tanyarendszernek, illetve az egyén és rendelő közötti távolság áthidalására szolgáló közlekedésnek, utak állapotának. A vezető halálokoknál jelentős eltérés a vizsgált két, társadalmi rendszerében eltérő intervallumban nem tapasztalható, viszont az ország nyugati részéhez viszonyított lényegesen rosszabb egészségi állapotjelzők visszavezethetők a hátrányos gazdasági és társadalmi tényezőkre. Igen nagy előrelépést jelent, hogy az elmúlt időkben egyre nagyobb hangsúlyt fektetnek a szakemberek a területi eltérésekre és az ennek megfelelően kialakított stratégiákra, melyet a közeljövőben is célszerű lenne tovább folytatni.

IRODALOM

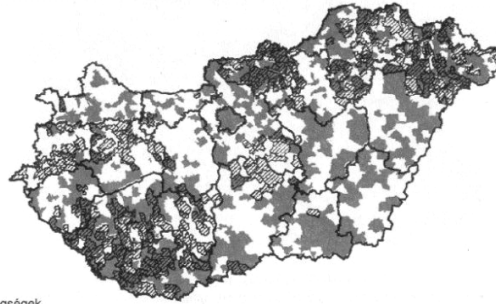
- Orosz É. -Tímár J.:** Az Alföld egészségügyi ellátottságnak főbb vonásai. II .Alföld anket pp. 291-303.
- O.P. Scsepin** 1984: A világ országainak egészségügye. Medicina Könyvkiadó, Budapest, pp. 27-30, 63-103.
- Pál Viktor** 1999: Régiók egészségügyi Helyzetének komplex elemzése. In: Geográfus Doktoranduszok IV. Országos Konferenciája, Budapest. p. 13.
- Zsámbokiné Bakacs M. – Nádor G. – Páldy A. – Vincze I. – Pintér A.:** Fontosabb betegségek miatti halandóság területi halmozódása Magyarországon
- Népegészségügy – 81. évfolyam, 3. szám. pp. 4-16.
- Békés megyei statisztikai évkönyv 1998. Központi Statisztikai Hivatal, 1999, p.35.
- Békés megyei statisztikai évkönyv 2000. Központi Statisztikai Hivatal, 2001, p.37.
- Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2000. Központi Statisztikai Hivatal 2001, p.413, 415-

Mellékletek

3. a. ábra
Keringési betegségek és alkoholos májzsugor területi összehasonlítása, férfiak



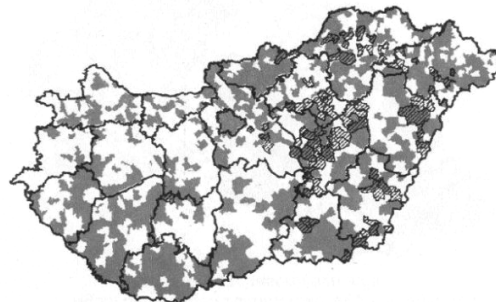
4. a. ábra
Keringési betegségek és idült alsó légúti betegségek területi összehasonlítása, férfiak



5. a. ábra
Keringési betegségek és az összes rosszindulatú daganat területi összehasonlítása, férfiak



6. a. ábra
Keringési betegségek és a hörgő és tüdő rosszindulatú daganata területi összehasonlítása, férfiak



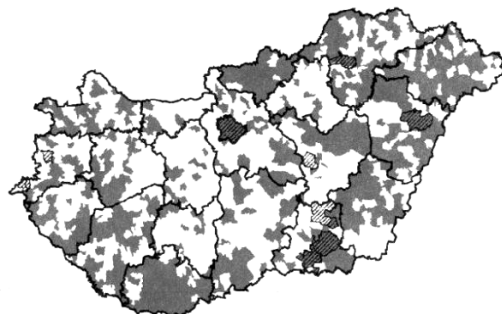
3. b. ábra
Keringési betegségek és alkoholos májzsugor területi összehasonlítása, nők



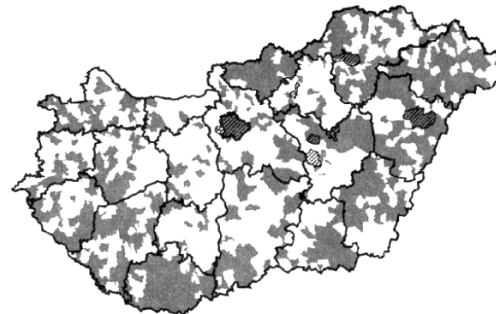
4. b. ábra
Keringési betegségek és idült alsó légúti betegségek területi összehasonlítása, nők



5. b. ábra
Keringési betegségek és az összes rosszindulatú daganat területi összehasonlítása, nők



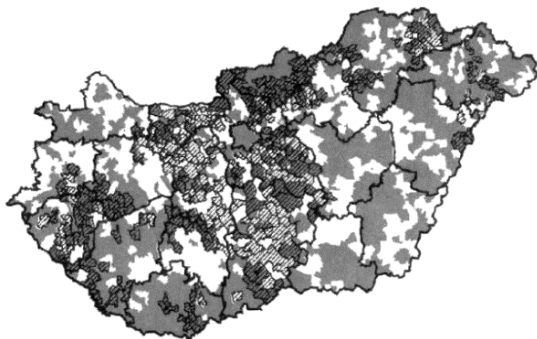
6. b. ábra
Keringési betegségek és a hörgő és tüdő rosszindulatú daganata területi összehasonlítása, nők



■ keringési betegségek
■ összehasonlítandó betegségek

■ keringési betegségek
■ összehasonlítandó betegségek

3. c. ábra
Keringési betegségek és alkoholos májzsugor
területi összehasonlítása, nemi bontás nélkül



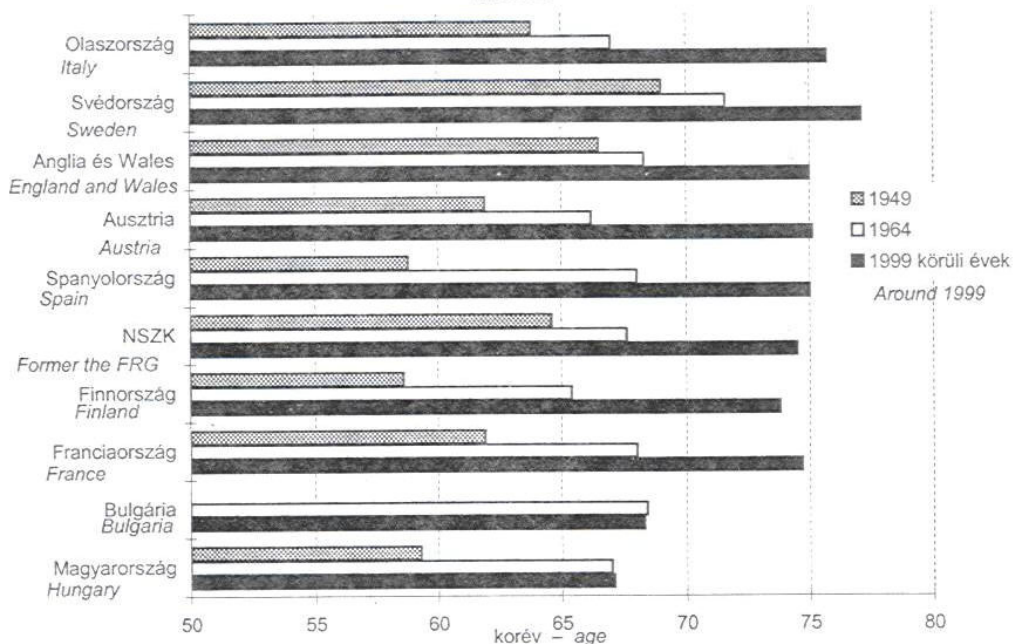
4. c. ábra
Keringési betegségek és idült alsó légúti betegségek
területi összehasonlítása, nemi bontás nélkül



■ keringési betegségek
▨ összehasonlítandó betegségek

Születéskor várható élettartam
Life expectancy at birth

Férfiak
Males



Nők
Females

