



BUDAPEST EGÉSZSÉGTERV 2012

– RÖVIDÍTETT VÁLTOZAT –

BUDAPEST EGÉSZSÉGTERV 2012

– RÖVIDÍTETT VÁLTOZAT –



Debreceni Egyetem
Orvos- és Egészségtudományi Centrum
Népegészségügyi Kar
2012

Szerkesztette:

Dr. Ádány Róza

Az elemzéseket készítették és írták:

Dr. Ádány Róza

Jenei Tibor

Juhász Attila

Dr. Legoza József

Dr. Nagy Attila

Nagy Csilla

Dr. Sándor János

Kiadványterv:

Oravecz Attila

Dr. Sándorné Veres Krisztina

Fényképek:

Tóth József

Köszöntő

Szinte közhelyszámba menő megállapítás, hogy egy ország, egy város globális értelemben vett versenyképességét a humánerőforrás minősége, ezen belül annak iskolázottsága és egészségi állapota határozza meg. A mindenkori politikusok alapvető feladatának tekintjük, hogy annak a közösségnek, melyért felelősséget vállaltak, az egészségi állapotát ismerjék, s minden lehetőséget kiaknázzanak annak javítása érdekében.

A főváros vezetése felismerve egy olyan egészségterv hiányát, mely leírva és értékelve a jelenlegi helyzetet a közeljövő hatékony népegészségügyi programjának alapját képezheti, a Budapest Egészségterv elkészítésére adott megbízást a Debreceni Egyetem Népegészségügyi Karának. Szándékaink szerint ez az Egészségterv alapul szolgálhat a különböző szektorok mozgósításához, a lakosság egészségi állapotának javítását célzó, összehangolt népegészségügyi tevékenységhez. Örömről szolgál, hogy a főváros történetében először szakmailag jól megalapozott népegészségügyi cselekvési programot készíthetünk elő és – reményeink szerint – valósíthatunk meg.

Budapest, 2012. július



Dr. Szentés Tamás
egészségügyi és szociális ügyekért felelős
főpolgármester-helyettes



Tarlós István
főpolgármester

Bevezetés

A Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kara kitüntetett elismerésnek és megtiszteltetésnek tekinti, hogy Budapest Főváros Önkormányzatának felhatalmazásával a főváros főpolgármestere valamint egészségügyi és szociális ügyekért felelős főpolgármester-helyettese megbízta Budapest egészségtervének elkészítésével.

A magyar lakosság jelentős hányada a fővárosban él, az ország szellemi potenciálja, gazdasági ereje itt koncentrálódik, ezért a főváros helyzete, teljesítőképessége, versenyképessége meghatározó jelentőséggel bír az ország sorsa, jövője szempontjából is.

A főváros lakosságának egészségi állapota döntő módon határozza meg a város fejlődését, helyét a globalizált világban. A Főváros Önkormányzata felismerve a humán-erőforrás fontosságát a lakosság egészségi állapota javításának szükségességét, ismerni és értelmezni kívánja a jelenlegi helyzetet, azonosítani és rangsorolni a problémákat, s a bizonyítékokon alapuló népegészségügyi tevékenység eszközeivel céltartóan kezelni azokat. Az elkészült elemzés előzmény nélküli, mely a jelen népegészségügyi problémáinak azonosítására összpontosít, s remélhetően egy folyamatosan működtetett egészségmonitoring rendszer alapját képezi.

A Debreceni Egyetem Népegészségügyi Karának munkatársai és az egészségterv elkészítésében szerepet vállaló szakemberek megtisztelő feladatuknak tekintik, hogy a főváros vezetését jelen elemzéssel segítsék a felelős, informált döntéshozásban, az egészségfejlesztési, betegségmegelőzési és ellátásszervezési tevékenység bizonyítékokon alapuló tervezésében, s ezáltal a főváros felelős egészségpolitikáit a lakosság egészségi állapotának javítására irányuló munkájukban támogassák.

Debrecen, 2012. február

Prof. Dr. Adány Róza
a Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar dékánja



TARTALOMJEGYZÉK

1. Demográfia	5
2. Halálozás	6
3. Megbetegedés	14
4. Társadalmi-gazdasági helyzet	22
5. Egészségmagatartás	25
6. Környezet-egészségügy	27
7. Prioritások és stratégiai javaslatok budapest lakossága egészségi állapotának javítására	28

1. Demográfia

Budapest lakossága 2010. január 1-jén 1 723 354 fő volt. A fővárosi lakosságon belül a 15–64 éves korcsoportba tartozott a férfiak 71,6%-a és a nők 67,4%-a. Míg a 0–14 éves fiúk aránya közel azonos az idősekével (65–X éves korcsoport), addig a nők körében az idős korosztály létszáma a fiatal kor-

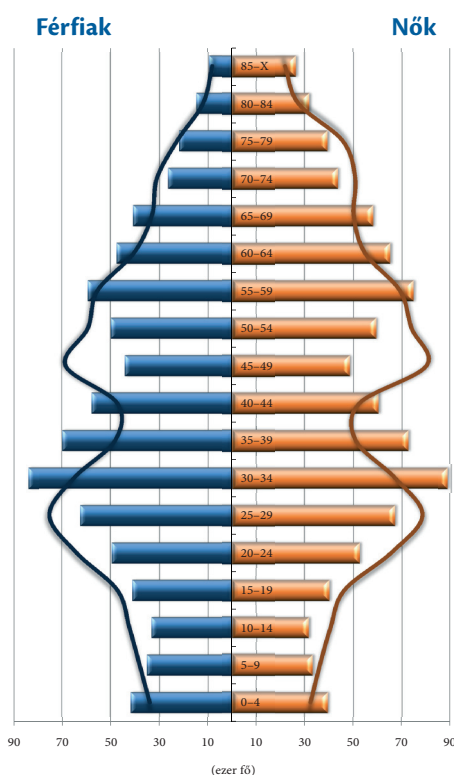
osztályénak közel duplája (I. táblázat). Budapesten a nők többletlétszáma az idős korcsoportban igen magas (mintegy 85 000 fő, a férfi/nő arány 0,57), s a női többlet a 15–64 éves korcsoport esetében is – szemben az országos helyzettel, mely a nemek viszonylatában e korcsoportban kiegyensúlyozott-

Korcsoport (év)	Férfiak		Nők		Férfi/Nő arány
	szám szerint	%-ban	szám szerint	%-ban	
Budapest					
0–14	110 404	13,96	104 538	11,21	1,06
15–64	566 307	71,62	628 825	67,42	0,90
65–X	113 980	14,42	199 310	21,37	0,57
0–X	790 681	100,00	932 673	100,00	0,85

Forrás: KEKKHI, 2010.

I. táblázat

Budapest lakosságának nemek és korcsoportok szerinti megoszlása, valamint a férfiak nőkhöz viszonyított aránya, 2011. január 1.



1. ábra

Budapest lakosságának korösszetétele nemek szerint, 2001 (vonallal jelölve) és 2011. január 1-én

nak tekinthető – egyértelmű (1. ábra). A főváros kerületeinek döntő többségét a budapesti lakosság eloszlását jellemző korfához hasonló korösszetétel jellemzi, kivételt képeznek az I., a II., az V., a VI., a XI. és XII. kerületek, melyekben az idős népesség aránya a budapesti átlagnál lényegesen magasabb. Az 1994–2010 közötti időszakban az idősek gyermekkorúakhoz viszonyított aránya (azaz az előregedési index) növekedett, s 2010-ben 100 gyerekre (0–14 éves) már 150 időskorú jutott.

Az elmúlt évtizedben a főváros demográfiai helyzetét az élveszületések alacsony száma és csökkenő tendenciája, valamint a magas szintű, kismértékben csökkenő tendenciájú halálozás jellemezte. Bár az élveszületések számának csökkenését a halálozások számának kisebb mérvű csökkenése nem volt képes ellentételezni, a 2007-től pozitív belső vándorlási egyenleg – melyhez jelentékeny mértékű pozitív külső vándorlási egyenleg is társult (2009-ben Budapesten mintegy 75 000 külföldi élt, ami a budapesti népesség 4,4%-át jelentette) – miatt, a főváros lakosságát a vizsgált időszakban tényleges szaporodás jellemezte.

Hasonlóan az országos helyzethez, Budapest legjelentősebb etnikai kisebbségét a roma lakosság képezi, bár számuk illetve arányuk pontosan nem ismert. A különböző becslések szerint ma a magyarországi roma lakosság kb. 10%-a él a fővárosban, ami kb. 80 000 főt jelent (azaz a fővárosi népesség kb. 4,8%-át). Megjegyzendő, hogy a Fővárosi Cigányönkormányzat a fővárosi roma lakosság létszámát 150–200 ezer főre becsüli.

2. Halálozás

Első megközelítésben kedvezőnek tűnhet, hogy Budapest lakossága halálozását 1996–2010 között öt éves bontásban (1996–2000, 2001–2005, 2006–2010) vizsgálva egyértelmű halálozás szám csökkenés figyelhető meg. 2006 és 2010 között az 1996–2000 közötti időszakhoz képest a fővárosi férfi lakosság haláleseteinek száma mintegy 19%-al, a nőké 15%-kal csökkent. A halálozás szintje mind a három vizsgált időszakban, mindkét nem esetében, minden korcsoportban a hazai vidéki átlagnál – statisztikailag bizonyíthatóan – szignifikánsan alacsonyabb volt, de a nemzetközi összehasonlítás és a részletes halálloki elemzés súlyos problémákat tár fel.

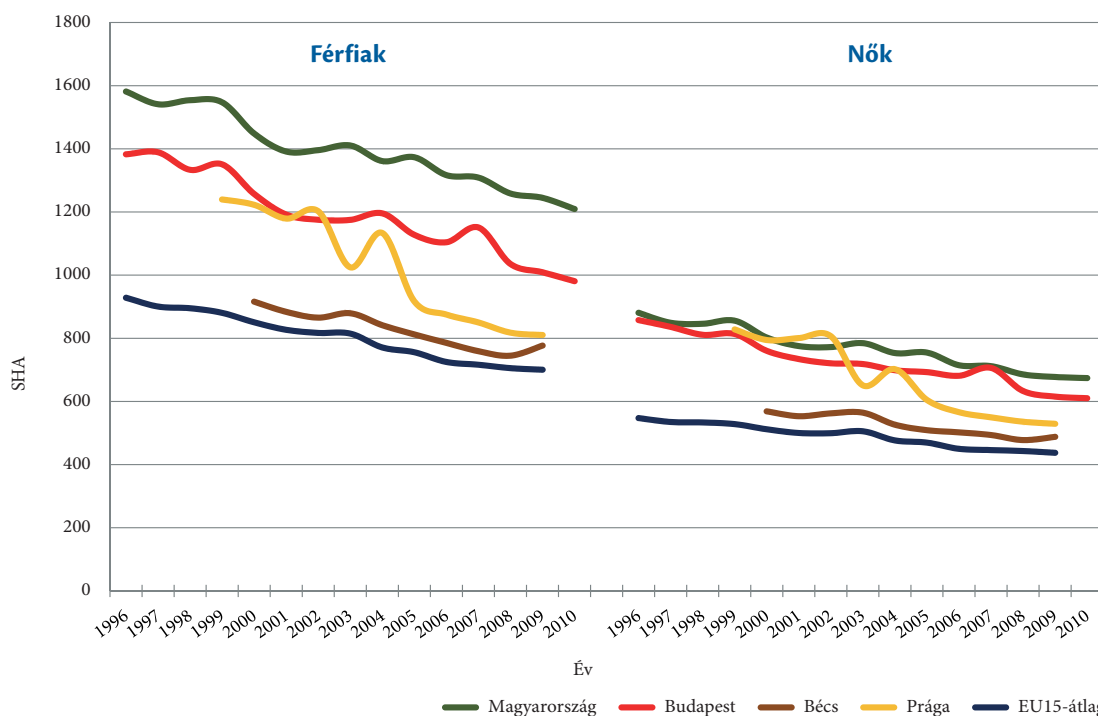
Nemzetközi összehasonlításban Budapest lakosságának úgy általános, mint korai (a 25–64 éves korcsoportot érintő) halálozása igen kedvezőtlennek ítéltető, hisz az EU15 tagországok, ill. a hasonló történelmi múltjuk miatt elemzésbe vont két főváros (Bécs és Prága) lakosságának halálozási mutatóinál Budapest mutatói szignifikánsan magasabbak (2. ábra).

Különböző halállokok szerint a korai halálozás relatív (az EU15 országok átlagához viszonyított) kockázata a budapesti férfiak és nők körében igen variabilis, de összességében kb. kétszeresnek tekinthető. A nemzetközi szinttől való lemaradás a gazdasági versenyképességet korlátozza, aminek megszüntetése távlati (esetenként középtávú) cél kell, hogy le-

gyen. Ugyanakkor a budapesti mutatóknak a magyarországi vidéki mutatókhoz való hasonlításával a jelenlegi hazai viszonyok között is feltűnő és valószínűleg könnyebben korrigálható problémákra lehet rámutatni.

A halálozási adatok alapján kiemelésre érdemes:

- ▶ A budapesti kerületek lakosságának halálozási viszonyai lényegesen eltérnek egymástól. A férfiak és nők esetében egyaránt a pesti kerületek nagy részében a korai halálozás szignifikánsan magasabb a budapesti átlagnál (3. ábra); esetenként az eltérés mértéke eléri, sőt meghaladja a 15%-ot (férfiak esetében a VII., VIII., IX., X., XIII., XV., XX., XXI. és XXIII. kerületekben, nők esetében a VI., VII., VIII., IX., X., XX. és XXI. kerületekben). A születéskor várható átlagos élettartamban a deficit a legelőnyösebb és a leghátrányosabb helyzetű kerületek között férfiak esetében 7,7 év (VIII. kerület: 69,9 év, XII. kerület: 77,6 év), nők esetében 6,1 év (VIII. kerület: 76,5 év, II. kerület: 82,6 év) (II. táblázat).
- ▶ A budapesti férfiak haláleseteinek közel egyharmada (30,6%-a) korai (25–64 éves korcsoportban bekövetkezett) haláleset volt és ez mintegy kétszer akkora részarányt jelentett, mint nők esetében (16,2%).



SHA=Standardizált* halálozási arányszám (100 000 főre)

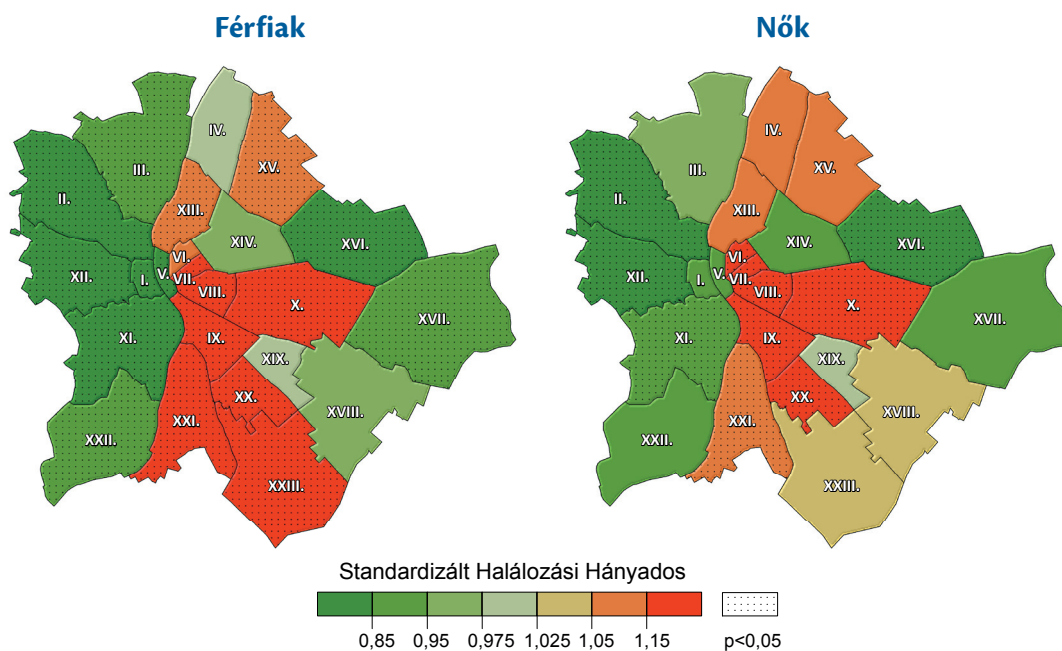
*Standard: A 0–X éves korú, európai standard népesség (1976) kormegoszlása

2. ábra

Az összes halálokok miatti standardizált halálozás alakulása Magyarországon, Budapesten, Bécsben, Prágában, valamint az EU15 országok átlagában, 1996–2010

Férfiak				Nők			
Kerület	Esetszám	Standardizált halálzási hányados	Születéskor várható átlagos élettartam (év)	Kerület	Esetszám	Standardizált halálzási hányados	Születéskor várható átlagos élettartam (év)
II.	480	0,594 [0,544–0,65]	77,5	II.	318	0,605 [0,542–0,675]	82,6
XII.	339	0,636 [0,572–0,708]	77,6	XII.	243	0,69 [0,608–0,782]	81,8
V.	185	0,701 [0,607–0,81]	76,0	XVI.	303	0,713 [0,637–0,797]	80,7
I.	171	0,721 [0,621–0,838]	76,4	V.	128	0,851 [0,715–1,012]	80,7
XI.	945	0,814 [0,764–0,868]	75,3	XI.	669	0,862 [0,799–0,93]	80,5
XVI.	586	0,839 [0,773–0,909]	74,2	I.	136	0,903 [0,763–1,068]	81,0
XVII.	729	0,903 [0,84–0,971]	73,1	XXII.	279	0,905 [0,805–1,018]	79,7
III.	1059	0,909 [0,856–0,965]	73,7	XVII.	439	0,914 [0,833–1,004]	78,5
XXII.	478	0,912 [0,834–0,998]	73,8	XIV.	608	0,934 [0,863–1,011]	79,9
XIV.	928	0,965 [0,905–1,029]	73,4	III.	732	0,957 [0,891–1,029]	79,5
XVIII.	886	0,972 [0,91–1,039]	73,0	XIX.	377	1,01 [0,913–1,117]	79,3
XIX.	601	1,016 [0,938–1,1]	73,0	XXIII.	117	1,026 [0,856–1,229]	77,5
IV.	943	1,02 [0,957–1,087]	72,31	XVIII.	573	1,035 [0,953–1,123]	79,6
XIII.	1076	1,094 [1,031–1,162]	72,8	XIII.	648	1,054 [0,976–1,139]	79,2
XV.	818	1,104 [1,03–1,182]	72,1	IV.	615	1,064 [0,983–1,152]	78,3
VI.	385	1,105 [1–1,221]	72,5	XV.	499	1,066 [0,977–1,164]	78,7
XXIII.	259	1,186 [1,05–1,34]	71,1	XXI.	495	1,104 [1,011–1,205]	77,4
IX.	599	1,2 [1,108–1,301]	71,5	VII.	362	1,193 [1,076–1,322]	77,8
VII.	618	1,205 [1,114–1,304]	71,4	X.	516	1,199 [1,1–1,307]	77,1
XXI.	889	1,211 [1,134–1,293]	70,8	IX.	352	1,205 [1,085–1,338]	78,2
X.	876	1,251 [1,17–1,336]	70,7	VI.	255	1,23 [1,088–1,39]	78,0
XX.	771	1,274 [1,187–1,367]	70,6	XX.	474	1,25 [1,142–1,367]	76,8
VIII.	1004	1,444 [1,358–1,537]	69,9	VIII.	593	1,542 [1,422–1,671]	76,5

II. táblázat
A budapesti férfiak és nők halálzásának mutatói és a születéskor várható átlagos élettartam alakulása 2006–2010 között kerületi bontásban

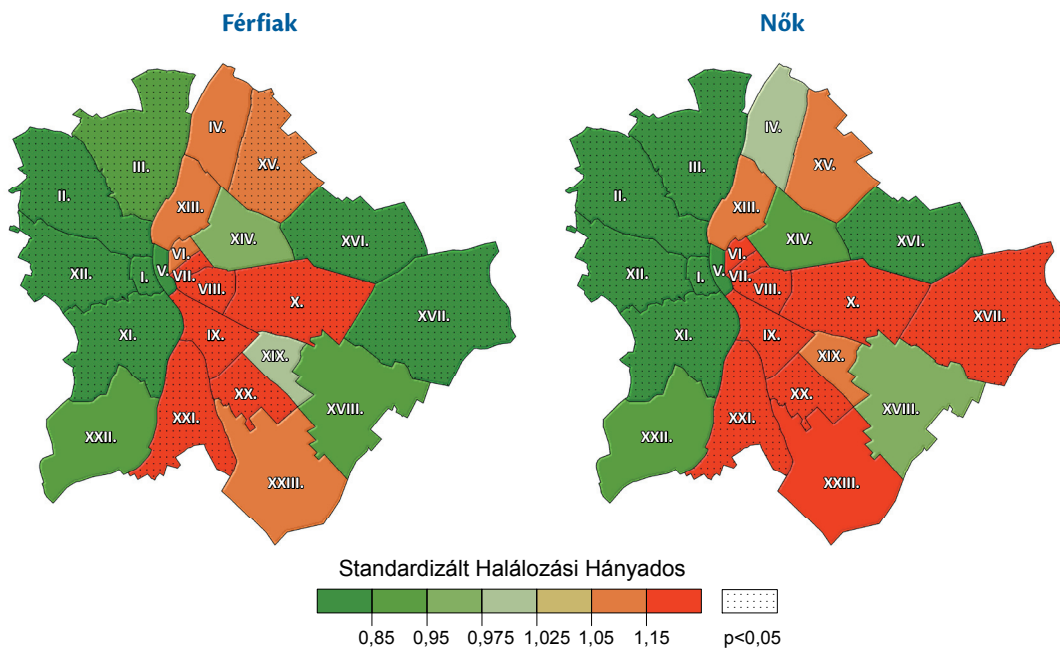


3. ábra
A 25–64 éves férfiak és nők halálzásának eltérései a fővárosi átlagtól Budapest kerületeiben, 2006–2010

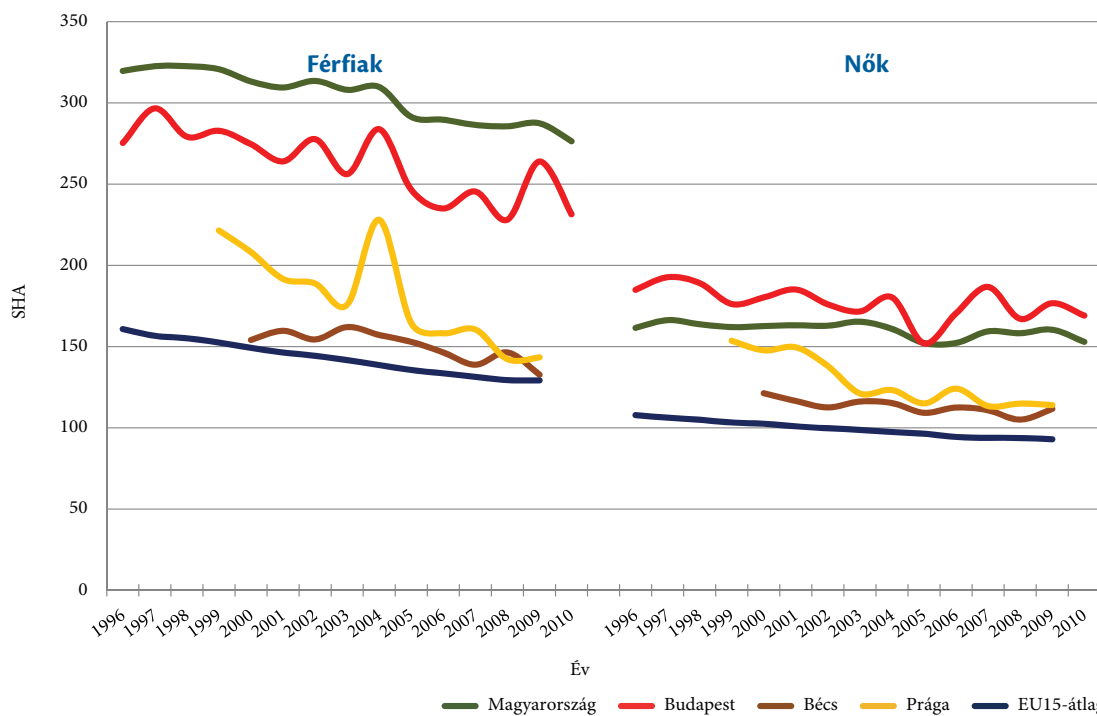
- ▶ A fővárosi férfiak és nők szív-érrendszeri betegségek okozta korai halálzásának szintje a magyar férfiakénál és nőkénel ugyan mindvégig alacsonyabbnak bizonyult, azonban 2009-ben a releváns prágai, bécsi halálzásához és az EU15-átlaghoz képest is kétszeres volt a keringési rendszer betegségei okozta korai halálzás relatív kockázata. A szív-érrendszeri betegségek okozta korai halálzás a budapesti átlagnál a pesti kerületek többségében szignifikánsan magasabb volt. A VII., VIII., IX., X., XX. és XXI. kerületekben mindkét nem esetében a fővárosi átlaghoz viszonyítva 15%-ot is meghaladó halálzásai többlet mutatható ki, s nők esetében hasonló a helyzet a XVII. kerületben is (4. ábra).
- ▶ A rosszindulatú daganatos betegségek okozta halálzás tekintetében a nemzetközi mezőnyben Magyarország évtizedek óta vezető helyet foglal el Európában. Kitüntetett figyelmet igényel az a tény, hogy a budapesti nők korai, daganatos betegségek okozta halálzásai az elmúlt évtizedben ennél a rendkívül kedvezőtlen szintnél is mindvégig magasabb volt (5. ábra). A budapesti nők halálzását döntő részben a tüdő-, az ajak-, szájuég-garat-, az emlőrák és a kolorektális daganatok okozzák, de a méhnyakrák miatti halálzás mértéke is az EU15 tagországok női lakosságának halálzásai átlagát több, mint háromszorosan múlja felül. Nők esetében a pesti kerületek döntő részében – kivéve a XIV., XVI., XVII., XIX. és XVIII. kerületeket – a budapesti átlagos halálzásai szinthez viszonyítva jelentős halálzásai többlet azonosítható.

Ugyanakkor a halálzásai többlet a szűrhető emlőrák és méhnyakrák esetében budai kerületeket is érint (6. ábra).

- ▶ A budapesti lakosság emésztőrendszeri betegségek okozta korai halálzásának relatív (EU15-átlaghoz viszonyított) kockázata még 2009-ben is három és félszeres körüli volt. Budapesten nők esetében szignifikáns halálzásai többlet volt tapasztalható a vidéki nők halálzásai szintjéhez viszonyítva is (III. táblázat), mely hat (IV., VI., VIII., IX., X., XVIII., XX.) kerületre koncentráldott (7. ábra).
- ▶ Az évenkénti alacsony halálesetszámok – és az emiatt fennálló statisztikai bizonytalanság ellenére is - a légzőrendszeri betegségek miatti halálzás időbeli trendjének emelkedő jellege figyelmet érdemel (8. ábra). A fővárosi férfiak tüdőgyulladás miatti korai halálzásai a 45–49 éves korcsoporttól kezdődően magasabbnak bizonyult a vidéki férfiak halálzásánál.
- ▶ A fővárosi lakosság külső okok miatti halálzásának szintje statisztikailag nem vagy kedvező irányba tér el a vidéki lakosság halálzásai szintjétől (IV. táblázat), de az EU15-átlaghoz képest a fővárosi férfiak 1,6-szeres, a nők másfélszeres relatív halálzásai kockázattal rendelkeznek. Narkotikum okozta baleset-szerű mérgezés miatti halálzás vonatkozásában az alacsony esetszám (5 év alatt összesen 52 fővárosi haláleset) ellenére statisztikailag szignifikáns a vidéki átlaghoz viszonyítva a budapesti halálzásai többlet (V. táblázat). A kerületek közötti eltérések e halálási főcsoport esetében is jelentősek (9. ábra).



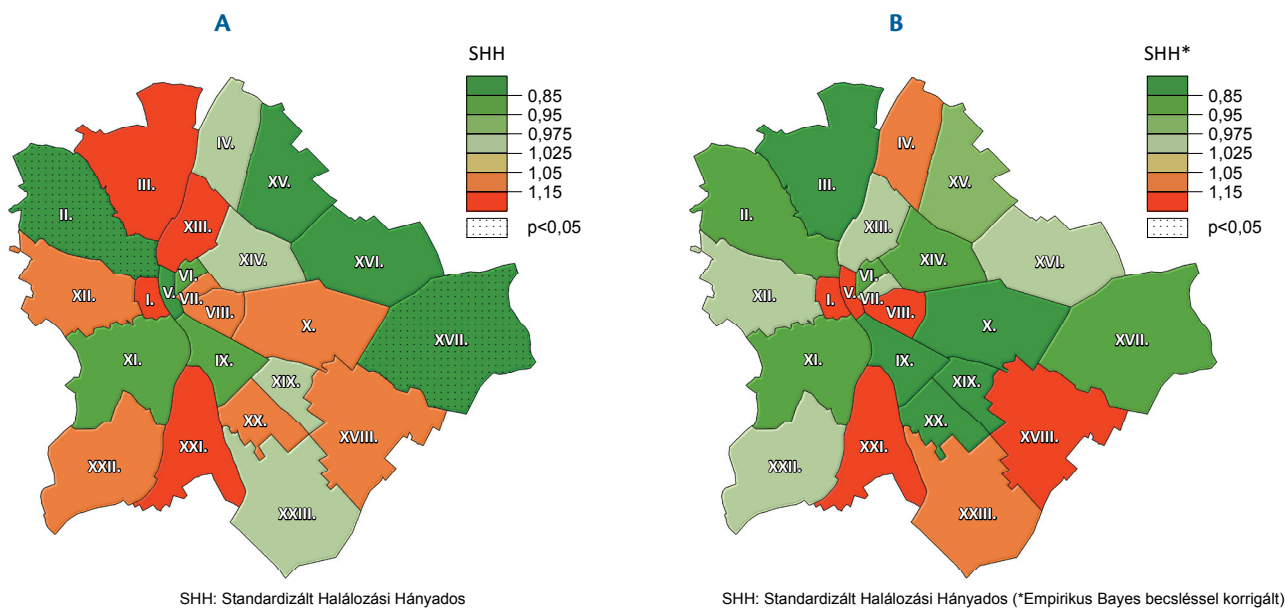
4. ábra
A 25–64 éves férfiak és nők keringési betegségek okozta halálzási hányadosának eltérései a fővárosi átlagtól Budapest kerületeiben, 2006–2010



SHA=Standardizált* halálzási arányszám (100 000 főre)

*Standard: A 0–X éves korú, európai standard népesség (1976) kormegoszlása

5. ábra
A rosszindulatú daganatok okozta korai (a 25–64 éves korcsoportot érintő) halálzási hányados alakulása Magyarországon és Budapesten, valamint Bécsben, Prágában és az EU15 tagországokban, 1996–2010

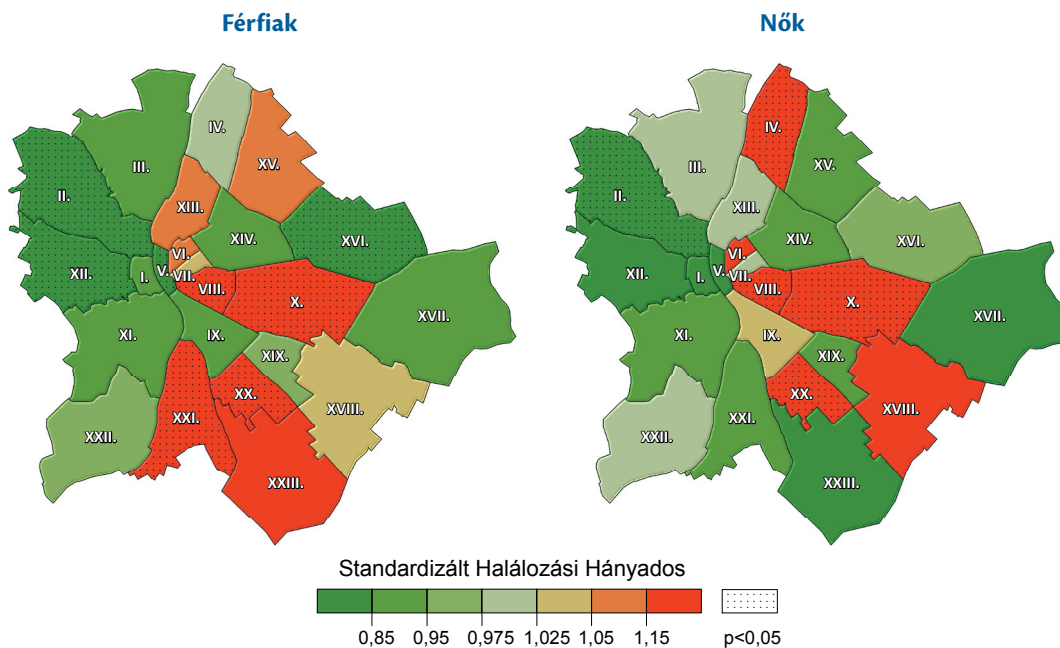


6. ábra
A 25–64 éves nők az emlő (A) és a méhnyak (B) rosszindulatú daganata
miatti halálzásának eltérései a fővárosi átlagtól Budapest kerületeiben, 2006–2010

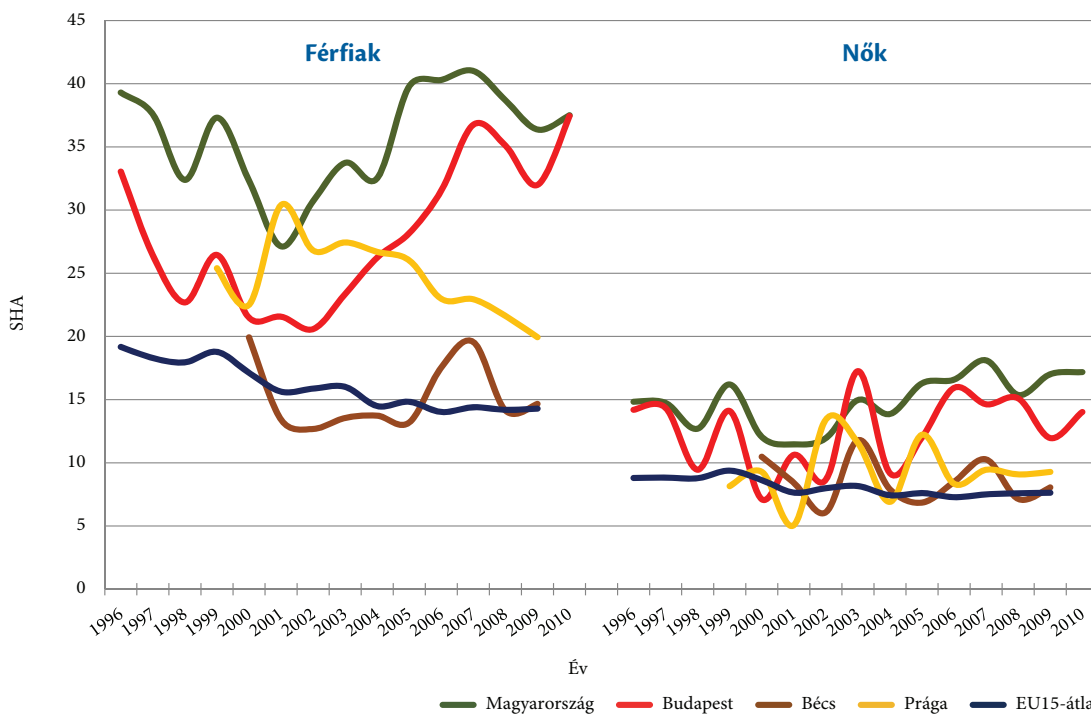
Időszak	Standardizált halálozási hányados (a halálesetek száma)		Időszak	Standardizált halálozási hányados (a halálesetek száma)	
	Férfiak	Nők		Férfiak	Nők
1996–2000	86,9% (3561)	118,9% (1825)	1996–2000	75,8% (2498)	105,3% (1153)
2001–2005	83,7% (2714)	110,3% (1457)	2001–2005	73,0% (1729)	100,7% (847)
2006–2010	81,9% (2211)	116,4% (1254)	2006–2010	75,0% (1297)	119,4% (669)

A vidéki átlagnál szignifikánsan ■ **magasabb**
■ **alacsonyabb**
Statistikai eltérés nem igazolható ■

III. táblázat
A 25–64 éves férfiak és nők emésztőrendszeri betegségek (A) és alkoholos májbetegségek és
májzsugor (B) okozta halálzásának eltérései a vidéki átlagtól Budapesten, 1996–2010



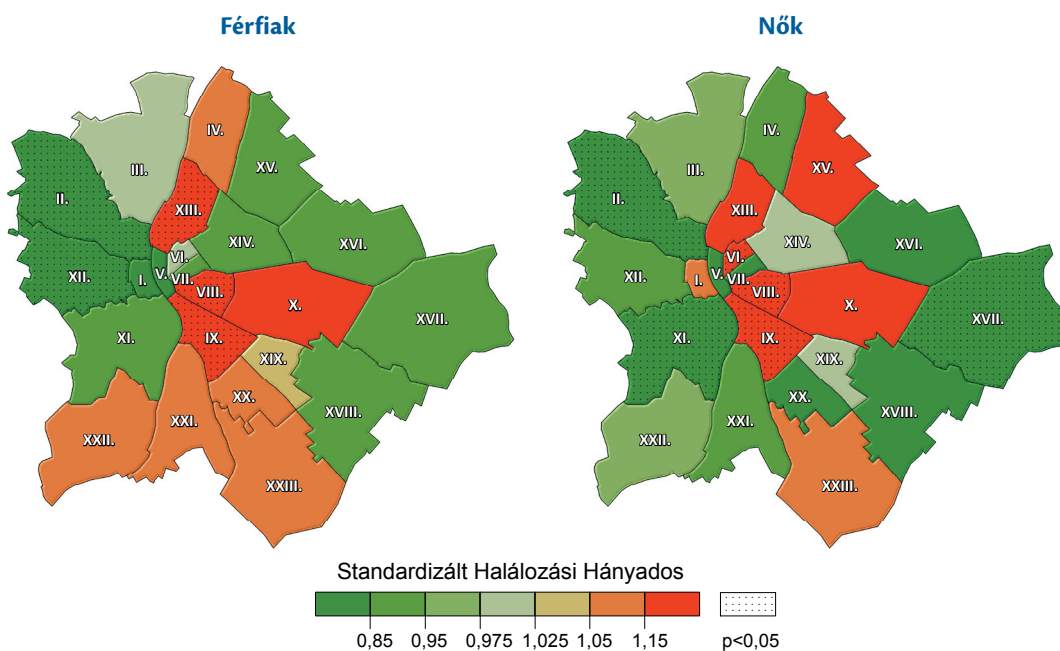
7. ábra
A 25–64 éves férfiak és nők emésztőrendszeri betegségek miatti halálozásának eltérései a fővárosi átlagtól Budapest kerületeiben, 2006–2010



SHA=Standardizált* halálozási arányszám (100 000 főre)

*Standard: A 0–X éves korú, európai standard népesség (1976) kormegoszlása

8. ábra
A légzőrendszeri betegségek okozta korai (a 25–64 éves korcsoportot érintő) halálozás alakulása Magyarországon és Budapesten, valamint Bécsben, Prágában és az EU tagországokban, 1996–2010



9. ábra
A 25–64 éves férfiak és nők külső okok miatti halálzásának eltérései a fővárosi átlagtól Budapest kerületeiben, 2006–2010

Időszak	Standardizált halálozási hányados (a halálesetek száma)	
	Férfiak	Nők
1996–2000	62,9% (2322)	104,1% (968)
2001–2005	67,0% (2040)	95,5% (781)
2006–2010	70,9% (1783)	105,9% (699)

A vidéki átlagnál szignifikánsan ■ **magasabb**
■ **alacsonyabb**
Statistikai eltérés nem igazolható ■

IV. táblázat
A 25–64 éves férfiak és nők külső okok miatti halálzásának eltérései a vidéki átlagtól Budapesten, 1996–2010

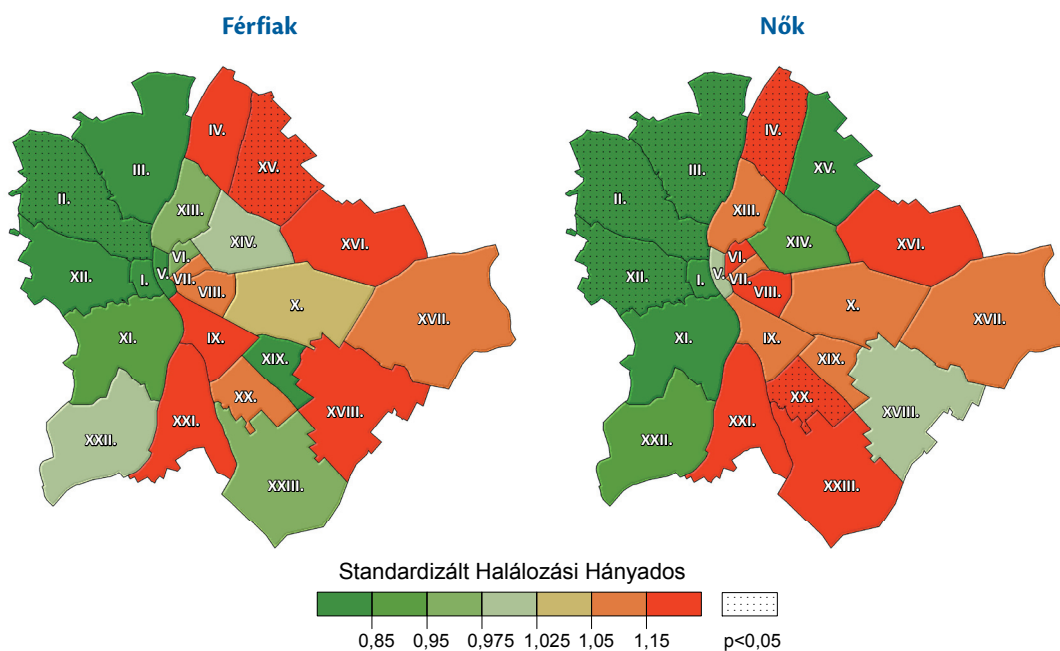
► A budapesti időskorú lakosság külső okok miatti halálzása a balesetszerű esések vonatkozásában – férfiak és nők esetében is – a vidéki lakosság halálzásához viszonyítva szignifikáns halálzási többletet mutat. Kiemelendő a fővárosi idős nők erősen szignifikáns – több mint 40%-os – halálzási többlete motoros járműbalesetek miatt (VI. táblázat). Idős férfiak esetében a fővárosi átlagnál szignifikánsan magasabb külső okok miatti halálzás a XV. kerületben

Halálok	Standardizált halálozási hányados (a halálesetek száma)	
	Férfiak	Nők
Balesetszerű mérgezés narkotikumok által	436,6% (52)	
Motoros járműbaleset	55,1% (303)	69,9% (96)
Önsértés	66,1% (745)	110,0% (323)
Balesetszerű esés	85,7% (256)	130,5% (77)

A vidéki átlagnál szignifikánsan ■ **magasabb**
■ **alacsonyabb**
Statistikai eltérés nem igazolható ■

V. táblázat
A 25–64 éves férfiak és nők külső okok miatti halálzásának eltérései a vidéki átlagtól Budapesten, főbb halálokok szerint, 2006–2010

volt kimutatható, míg az idős nők halálzási többlete a IV. és a XX. kerület esetében bizonyult statisztikailag szignifikánsnak (10. ábra).



10. ábra

A 65–X éves férfiak és nők külső okok miatti halálzásának eltérései a fővárosi átlagtól Budapest kerületeiben, 2006–2010

Halálok	Standardizált halálzásási hányados (a halálesetek száma)	
	Férfiak	Nők
Motoros baleset	81,5% (140)	141,7% (126)
Önsértés	58,3% (289)	106,0% (217)
Balesetszerű esés	111,3% (674)	110,4% (1044)

A vidéki átlagnál szignifikánsan ■ magasabb
■ alacsonyabb
Statistikai eltérés nem igazolható ■

VI. táblázat

A 65–X éves férfiak és nők külső okok miatti halálzásának eltérései a vidéki átlagtól Budapesten, főbb halálokok szerint, 2006–2010

► A fertőző és parazitás betegségek miatti halálzás alakulását a fővárosban erős évenkénti ingadozás jellemezte mindkét nem esetében, azzal a különbséggel, hogy férfiak körében a halálzás tendenciája csökkenést mutatott, nők esetében pedig alacsony szinten stagnált. A hazai és a fővárosi halálzásási szint 2010-ben – mind a két nem esetén –, alacsonyabb volt a prágai, a bécsi lakosság és a csatlakozásunk előtti EU országok átlagánál is (11. ábra).

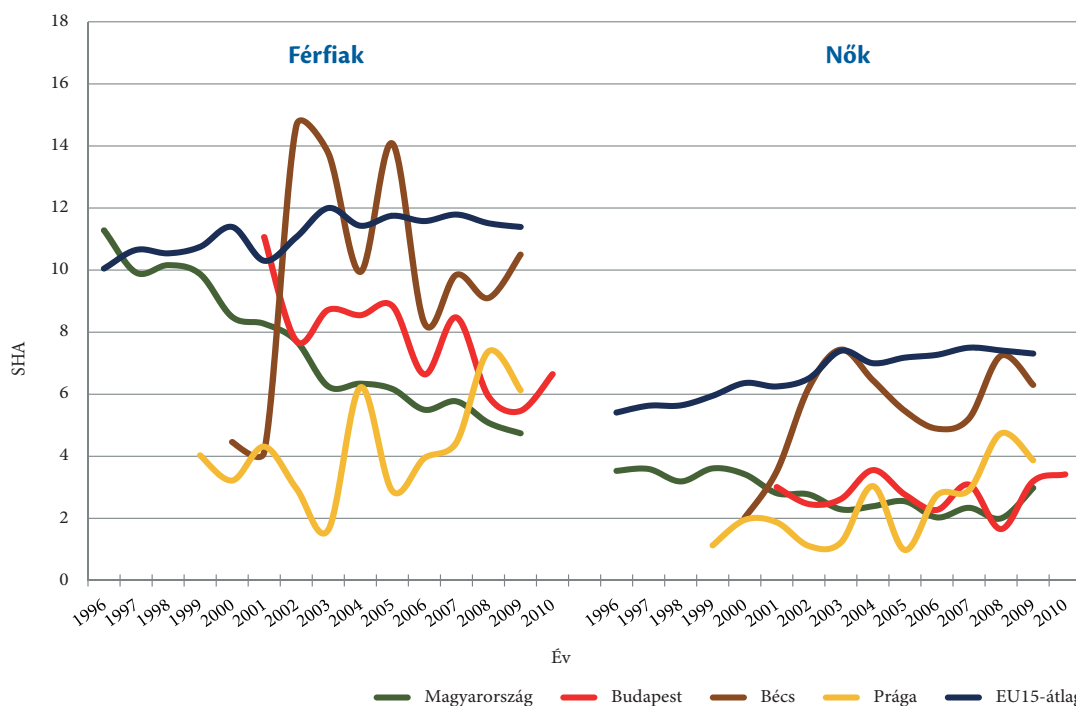
Időszak	Standardizált halálzásási hányados (a halálesetek száma)	
	Férfiak	Nők
Fertőző és parazitás betegségek	138,0% (307)	124,8% (229)
Gümőkór	178,6% (119)	142,0% (39)

A vidéki átlagnál szignifikánsan ■ magasabb
■ alacsonyabb
Statistikai eltérés nem igazolható ■

VII. táblázat

A 0–X éves férfiak és nők halálzásának eltérései a vidéki átlagtól Budapesten, 2006–2010

A budapesti férfiak és nők halálzásása statisztikailag bizonyítható módon az vidéki átlagtól összességében magasabb volt a fertőző és parazitás betegségek miatt és azon belül a gümőkór megbetegedés miatt is. Kiemelendő a férfiak vidéki átlagot majdnem 80%-kal meghaladó gümőkór miatti halálzásási többlete, de a nők a vidéki szint másfélszerese körül mozgó halálzásása is figyelmet érdemel (VII. táblázat).



SHA=Standardizált* halálozási arányszám (100 000 főre)

*Standard: A 0–X éves korú, európai standard népesség (1976) kormegoszlása

11. ábra

A fertőző és parazitás betegségek miatti standardizált halálozás alakulása Magyarországon és Budapesten, valamint Bécsben, Prágában és az EU15 országok átlagában, 1996–2010

3. Megbetegedés

Budapesten a csecsemők körében az atopiás dermatitis, az asztma és a vashiányos anémia mellett a visszamaradt magzati növekedéssel kapcsolatos rendellenességek, a csípő veleszületett deformitásai, a húgyrendszer veleszületett rendellenességei és a keringési rendszer veleszületett rendellenességei együttesen a jelentett betegségek 88%-áért voltak felelősek 2009-ben (12. ábra).

A fővárosi gyerekek között mindkét nem esetében az atopiás dermatitis, az asztma és a vashiányos anémia fordult elő a legnagyobb gyakorisággal, melyeket a sorrendben a szem betegségei, a táplálkozási eredetű elhízás és a deformáló hátgerinc-elhváltozások követték. Ezek a kórképek – kiegészülve a vér és vérképzőszervek betegségeivel – adták a megbetegedések túlnyomó részét 2009-ben (13. ábra).

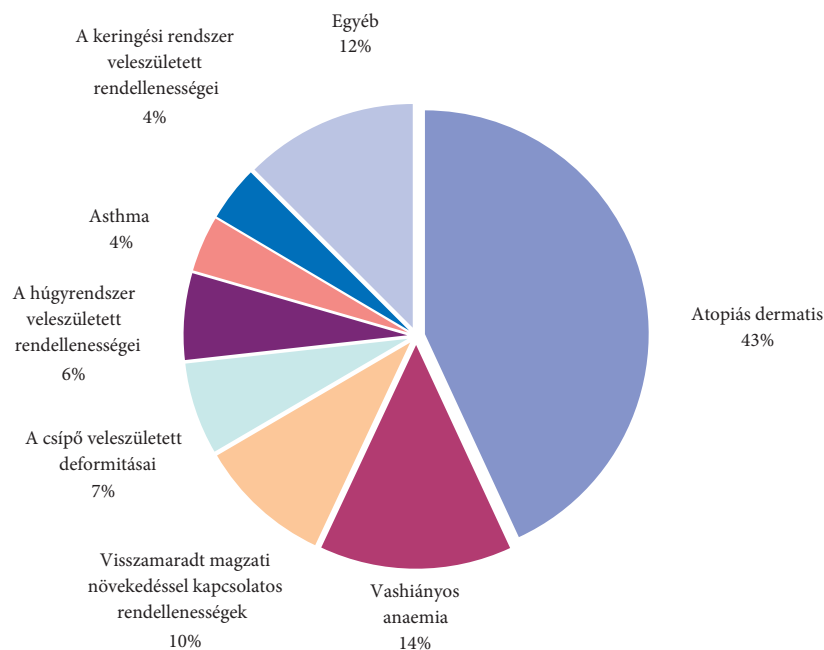
A felnőttek körében messze a legnagyobb gyakoriságú betegség a magasvérnyomás, melyet a zsíranycsere rendellenességei, az ischaemiás szívbetegségek, a cukorbetegség és az agyi keringési betegségek követnek mindkét nem esetében. A mozgásszervi betegségek közül a spondylopathiák mindkét nem, a csontsűrűség és csontszerkezet rendellenességei a nők esetében vezető morbiditási tényezők. A pajzsmirigy rendellenességei, illetve a vér és a vérképző szervek betegségei

gei kiegészülve az immunrendszert érintő bizonyos rendellenességekkel csak a nők esetében rendelkeznek meghatározó szereppel. Ezekhez viszonyítva lényegesen kisebb, de még jelentős gyakorisággal fordulnak elő mindkét nem esetében az idült alsó légúti betegségek, a gyomor-, nyombél-, gastrojejunális fekélyek és a rosszindulatú daganatok (függetlenül a szervi lokalizációtól). A felsorolt kórképek férfiak esetében a morbiditás 80%-áért, nők esetében 87%-áért voltak felelősek 2009-ben Budapesten (14. ábra).

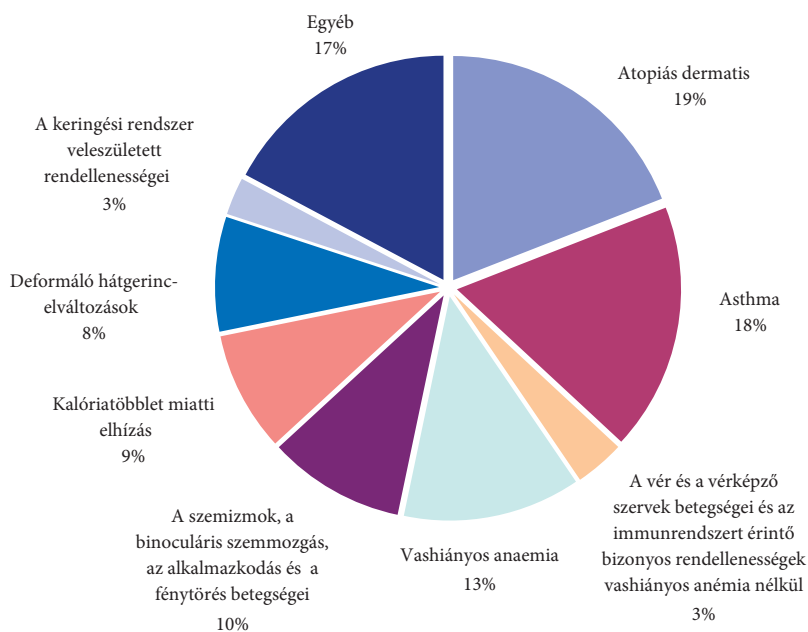
Minden kiemelt betegségcsoportban lényegesen (összeségében 44%-kal) nagyobb a női betegek száma. A magasabb esetszámok azonban nem jelentik egyértelműen azt, hogy a nők között gyakoribbak a megbetegedések, hanem alapvetően azt a demográfiai helyzetet tükrözik, hogy minden felnőtt korosztályban Budapesten magasabb a nők létszáma a férfiakénál.

A morbiditási elemzések eredményei alapján kiemelésre érdemes:

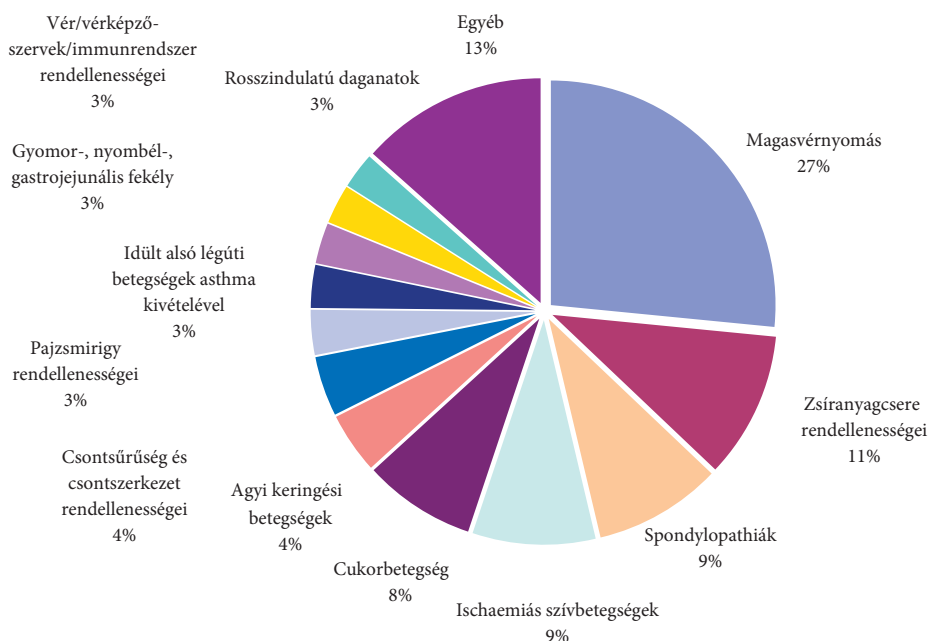
- A budapesti gyerekek betegség kockázata összességében lényegesen kisebb, mint a vidéki gyermekek betegségkockázata, azaz a betegségek előfordulási gya-



12. ábra
Csecsemők megbetegedéseinek megoszlása Budapesten 2009-ben a házi orvosok jelentései alapján



13. ábra
Gyerekek (1–18 éves) megbetegedéseinek megoszlása Budapesten 2009-ben a házi orvosok jelentései alapján



14. ábra

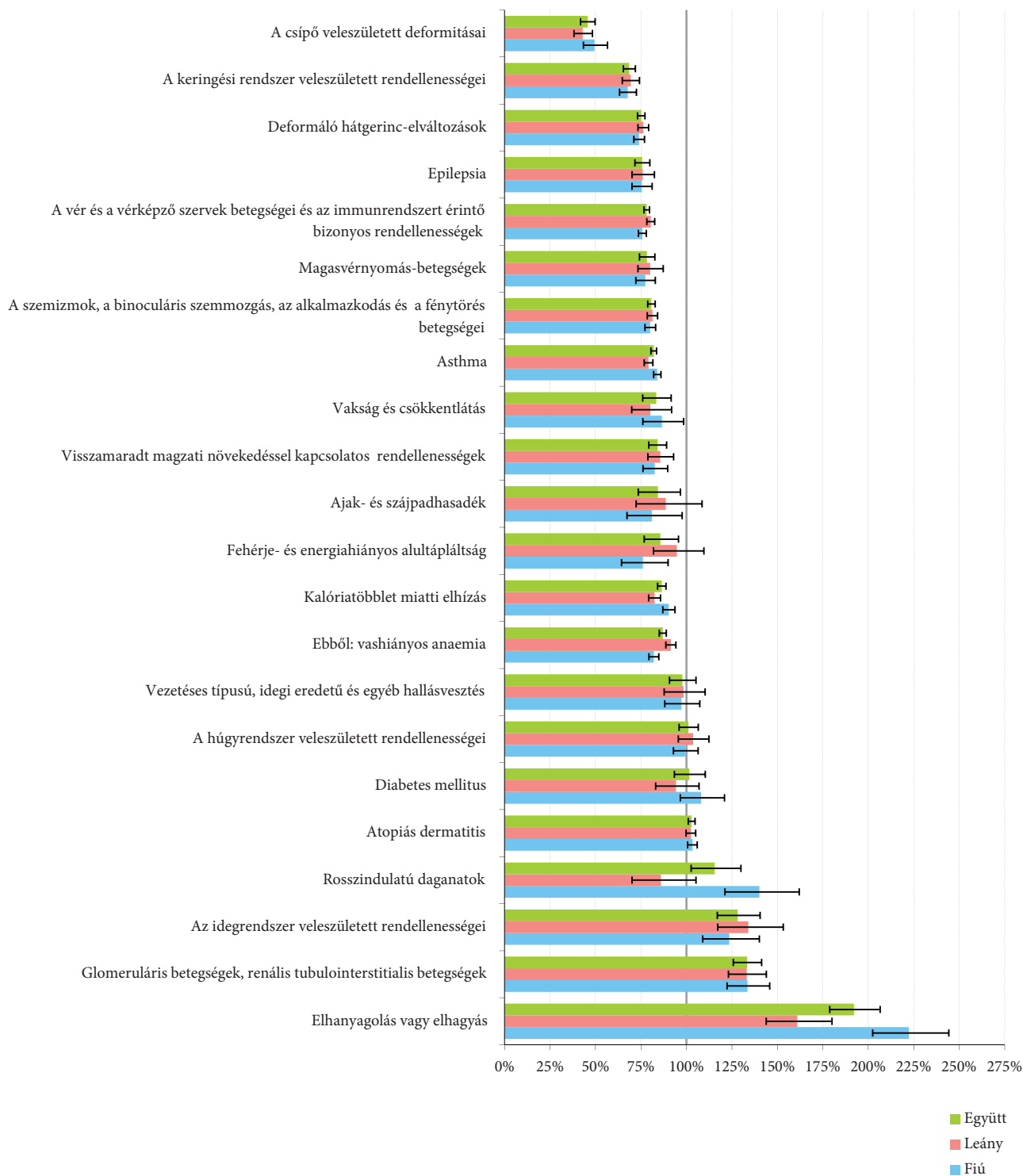
Felnőttek (19–X éves) leggyakoribb betegségei Budapesten 2009-ben a háziorvosok jelentései alapján

korisága általában körökben alacsonyabb; ez alól kivételt jelentenek az elhanyagolás vagy elhagyás, a vesebetegségek (glomeruláris betegségek, renális tubulointerstitialis betegségek) és az idegrendszer veleszületett rendellenességei mindkét nem esetében, illetve a rosszzindulatú daganatok a fiúk esetében (15. ábra).

- ▷ Az elhanyagolás vagy elhagyás szempontjából a II., III., VIII., X. és XX. kerületek a legveszélyeztetettebbek, de csak a VIII. kerület esetében tapasztalható véletlenül biztosan nem magyarázható, szignifikáns mértékű emelkedés (16. ábra).
- ▷ Az atópiás dermatitis megbetegedési kockázata szempontjából az V. és a VI. kerület adatai tekinthetők kiemelkedően magasnak.
- ▷ A glomeruláris betegségek, renális tubulointerstitialis betegségek kockázata mindkét nem esetében a X. kerületben, lányok esetében pedig a XXI. kerületben is magas.
- ▷ Az idegrendszer veleszületett rendellenességeinek kockázata szempontjából a III. kerület a legveszélyeztetettebb, ahol mindkét nem esetében szignifikánsan magasabb a betegség előfordulásának kockázata; fiúk esetén a II., lányok esetén az V. kerület is hasonlóan kedvezőtlen helyzetű.
- ▷ A rosszzindulatú daganatos betegségek kockázata fiúk esetében kiemelkedően magas a XV. kerület-

ben; míg lányok esetében véletlenül nem magyarázható mértékű kockázatemelkedés az V. kerület vonatkozásában mutatható ki (17. ábra).

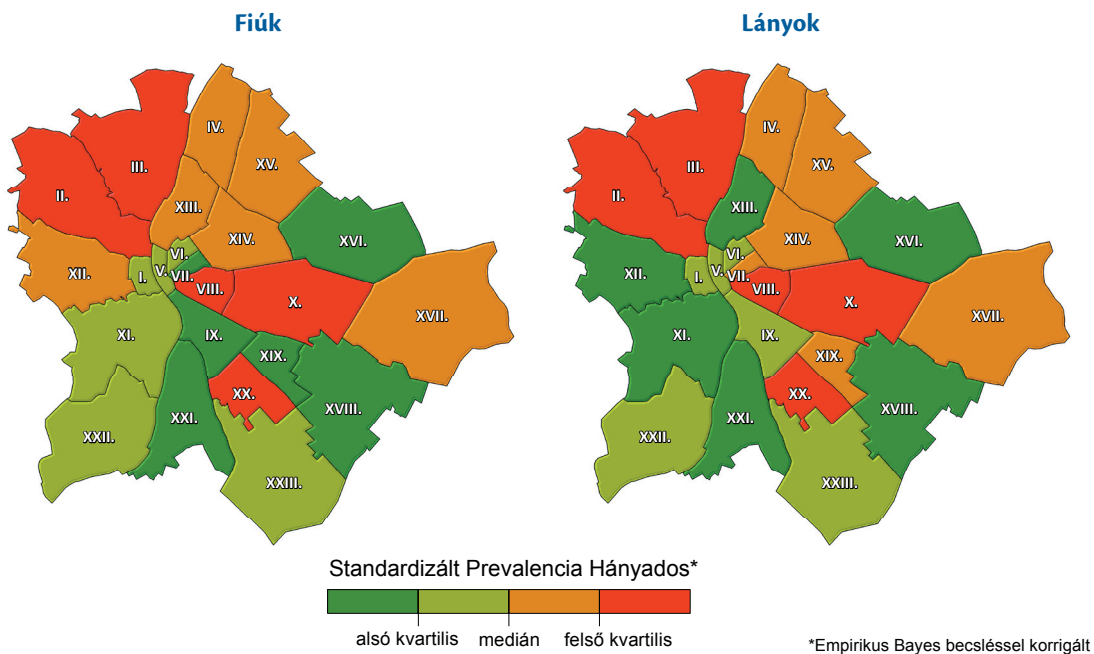
- ▶ A felnőttek között összességében a legjelentősebb kockázatemelkedés az Alzheimer-kór, a sclerosis multiplex, a gyomor-, nyombél-, gastrojejunális fekélyek, a zsíryanycsere rendellenességei és a csontsűrűség és csontszerkezet rendellenességei esetében mutatható ki mindkét nem esetén. Ezeken kívül nők körében az alkoholos és a nem alkoholos májbetegségek gyakorisága volt magasabb Budapesten a vidéki átlagnál, míg férfiak esetében a pajzsmirigy rendellenességei, a szemlencse betegségei, az idült rheumás szívbetegségek, a rheumatoid arthritisek, a cukorbetegség és a magasvérnyomás-betegség kockázata kapcsán volt mértékében jelentős többlet tapasztalható.
- ▷ A felnőttek esetében a magasvérnyomás, a zsíryanycsere betegségei, a gyomor-, nyombél-, gastrojejunális fekély betegségek a főváros kerületei között homogén eloszlást mutattak.
- ▷ A csontsűrűség és csontszerkezet rendellenességeinek kockázata a VII. kerületben volt szignifikánsan a legmagasabb mindkét nem esetében.



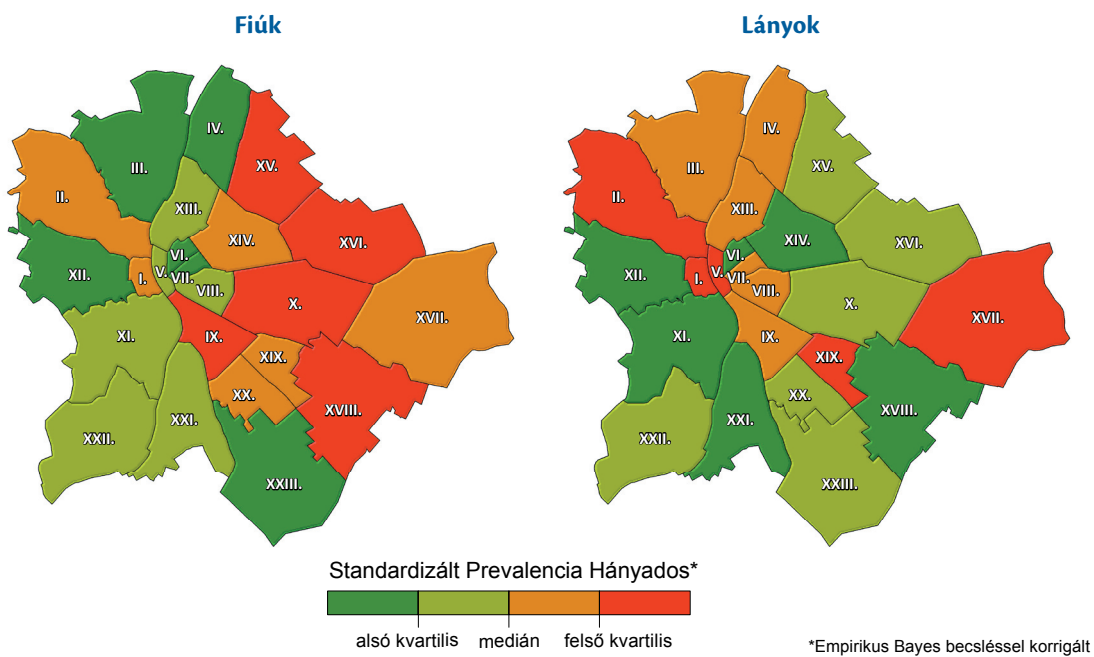
15. ábra

Budapesti gyerekek (1–19 éves) betegség kockázata a vidéki megbetegedési gyakorisághoz viszonyítva nem és életkor szerint standardizált prevalencia hányadosok alapján 2009-ben*

*A hibasávok a statisztika hibahatárokat, a 95%-os megbízhatósági tartományt jelzik



16. ábra
Gyermekek elhanyagolásának vagy elhagyásának kockázata kerületenként, 2009



17. ábra
Gyermekek rosszindulatú daganatok betegségkockázata kerületenként, 2009

Megbetegedés	Megbetegedési kockázat (%) (a megbetegedések száma)	
	Férfiak	Nők
Ajak, szájüreg és garat	83,9% (1 448)	141,7% (679)
Nyelőcső	76,2% (268)	148,9% (113)
Gyomor	79,8% (357)	91,9% (263)
Vastagbél, végbél és anus	93,9% (1 561)	105,5% (1 337)
Gége	78,9% (488)	142,5% (154)
Légcső, hörgő és tüdő	88,3% (2 822)	119,4% (2 204)
Melanoma	139,2% (503)	104,0% (541)
Nem melanoma	124,4% (1 799)	126,1% (2 399)
Emlő		124,6% (4 162)
Méhnyak		108,6% (746)
Méhtest		101,3% (558)
Petefészek		124,7% (697)
Vese	101,7% (522)	93,4% (318)
Hólyag	123,3% (737)	119,5% (357)
Vérképző	118,0% (829)	116,8% (797)
Here	124,1% (476)	
Prostata	156,7% (1 152)	

A vidéki átlagnál szignifikánsan ■ magasabb
■ alacsonyabb
Statistikai eltérés nem igazolható ■

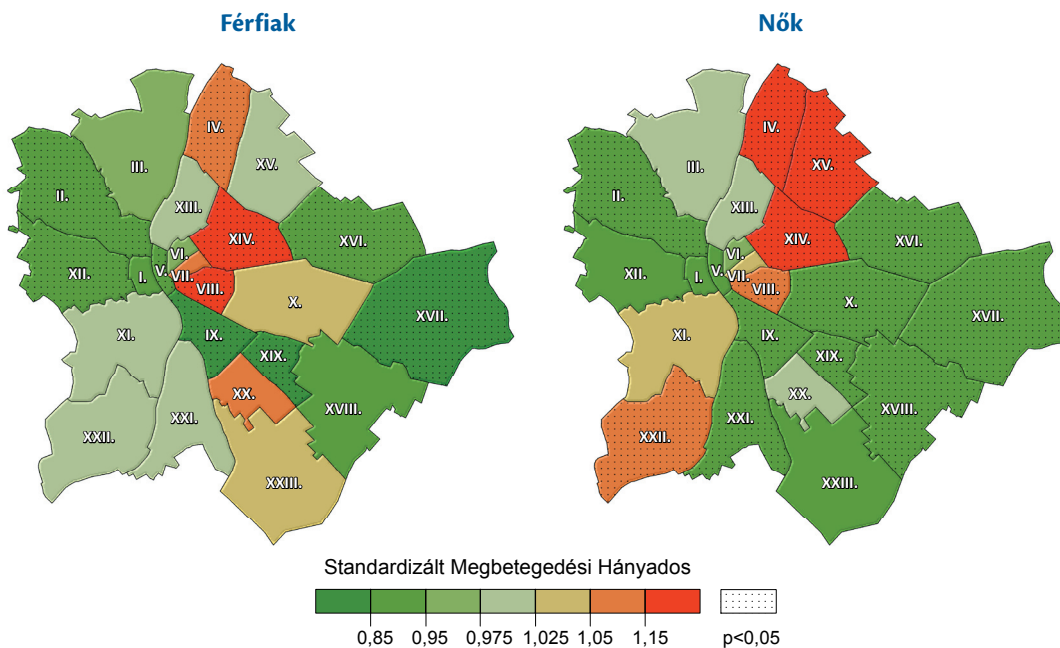
VIII. táblázat

A 25–64 éves budapesti felnőttek különböző rosszindulatú daganatok miatti megbetegedési kockázata a vidéki átlag százalékában a 2006–2010 közötti időszakban

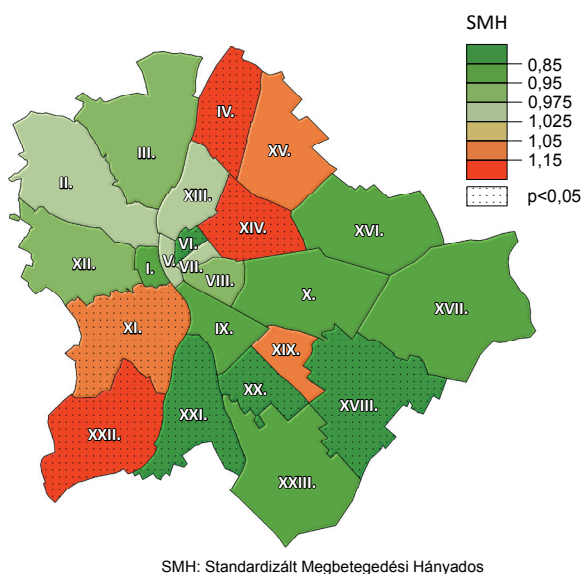
- ▶ A pajzsmirigy rendellenességeinek esetében férfiak körében a VI. kerületben volt magas a betegség kockázata.
- ▶ A cukorbetegség előfordulási gyakorisága férfiak esetében a VII., nők esetében pedig a XV. kerületben mutatott szignifikáns emelkedést.
- ▶ Az Alzheimer-kór véletlenül nem magyarázható mértékű kockázatonövekedése a XIX. és VII. kerület esetében volt igazolható.
- ▶ A rosszindulatú daganatos betegségek gyakoriságának alakulását 2001–2010 között – ingadozásokkal ugyan, de – átlagosan évenkénti 2%-os csökkenő tendencia jellemezte mind a két nem esetében.

- ▶ A fővárosi nők megbetegedési szintje a magyar nőket jellemző átlagos szintnél magasabb volt az ajak-, a szájüreg- és a garatrák, a nyelőcsőrák, a vastag- és végbélrák, a gégerák, a tüdőrák, a (nem melanoma típusú) bőrrák, az emlőrák, a méhnyakrák, a petefészekrák, a húgyhólyag és a vérképző rendszer rosszindulatú daganatai esetében. Ezek közül kiemelendő az ajakrák, a nyelőcső és a gégerák a vidéki átlag másfélszerese körüli megbetegedési kockázata (VIII. táblázat).
- ▶ A budapesti férfiak körében a melanoma, az egyéb (nem melanoma típusú) bőrdaganatok, a húgyhólyag, a vérképző rendszer, a here és a prosztata rosszindulatú daganata miatt a vidéki szinttől szignifikánsan magasabb kockázat mutatható ki (VIII. táblázat). A budapesti férfiak esetében az országos megbetegedési szintnél szignifikánsan magasabb volt a prosztatarák előfordulási gyakorisága a budapesti férfiak 25–64 éves korcsoportjában is.
- ▶ Összességében a rosszindulatú daganatok előfordulási gyakorisága a fővárosban (férfiak és nők esetében is) három kerületben (IV., VIII., XIV.) volt szignifikánsan magasabb a fővárosi átlagnál (18. ábra).
 - A tüdőrák és az ajak-, a szájüreg- és a garatrák a fővárosi átlagnál szignifikánsan magasabb gyakorisága a férfiak körében a VIII., a X. és a XX. kerületet jellemezte.
 - A fővárosi megbetegedési szintnél szignifikánsan magasabb emlőrák megbetegedési kockázat volt igazolható a IV., a XI., a XIV. és a XXII. kerület esetében (19. ábra).
 - A méhnyakrák miatti magasabb megbetegedési kockázat szignifikánsnak a VIII., a XIV. és a XV. kerület esetében bizonyult (20. ábra).
 - A prosztatarák miatti megbetegedési gyakoriság a fővárosi szinthez képest a II., a XI. és a XVIII. kerületek esetében volt szignifikánsan magasabb a 25–64 éves férfiak körében.
 - Az eredményesen szűrhető kolorektális rosszindulatú daganatok miatti megbetegedések a kerületek harmadában okoztak a fővárosi átlagtól magasabb megbetegedési kockázatot, de ez szignifikánsnak csak a XIV. kerületi férfiak és a XV. kerületi nők esetében bizonyult (21. ábra).

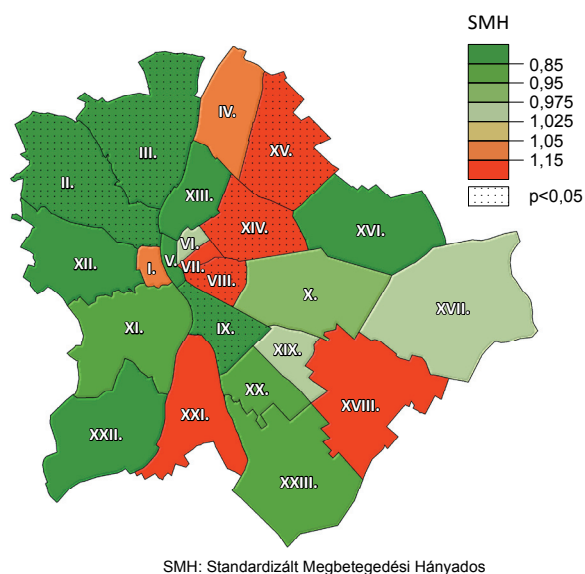
- ▶ A megbetegedési, ill. betegségkockázati adatok a 45–54 éves korcsoportra kiterjesztett vizsgálata alapján kiemelendő, hogy a cukorbetegség e korcsoportban magas gyakorisággal fordul elő mindkét nemben a VII., XV., XVII. és XVIII. kerületben, míg az ischaemiás szívbetegségek kockázata mindkét nem esetén a XIII., XV., XVI., XVII. és a XIX. kerületben magas. A 45–54 évesek közt a cerebrovasculáris betegség koc-



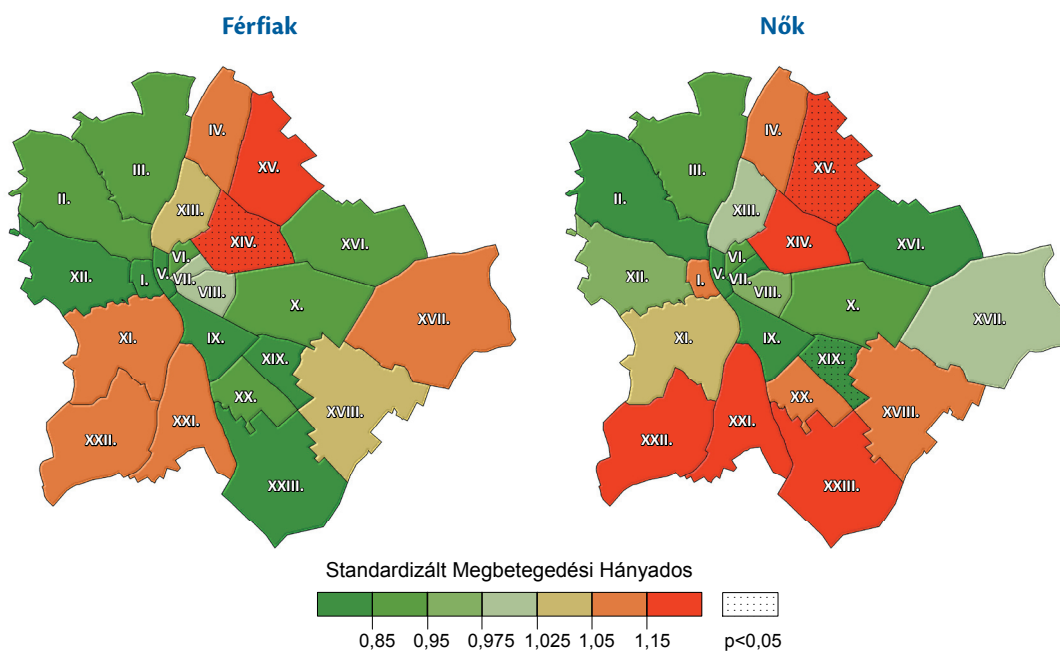
18. ábra
 A 25–64 éves férfiak és nők rosszindulatú daganatok miatti megbetegedéseinek eltérései a fővárosi átlagtól Budapest kerületeiben, 2006–2010



19. ábra
 A 25–64 éves nők az emlő rosszindulatú daganata miatti megbetegedéseinek eltérései a fővárosi átlagtól Budapest kerületeiben, 2006–2010



20. ábra
 A 25–64 éves nők méhnyak rosszindulatú daganata miatti megbetegedéseinek eltérései a fővárosi átlagtól Budapest kerületeiben, 2006–2010



21. ábra

A 25-64 éves férfiak és nők kolorektális daganatok miatti megbetegedéseinek eltérései a fővárosi átlagtól Budapest kerületeiben, 2006-2010

Betegség	Morbiditás vidéken (százszázalék)	Morbiditás Budapesten (százszázalék)	Relatív kockázat Budapesten
Szifilisz	3,25	16,31	501%
Gonorrhoea	6,80	46,19	679%
Chlamydiasis	4,45	27,91	627%
HIV	8,16	56,29	690%

IX. táblázat

Szexuális úton terjedő betegségek budapesti előfordulása 2011-ben a vidéki referencia gyakorisághoz viszonyítva

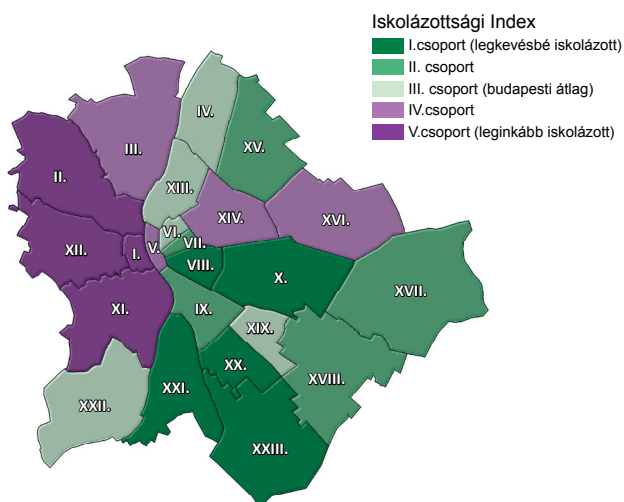
kázata mind férfiak, mind nők között magas a XIII., XV., XVI., XVII. és XIX. kerületekben.

- A budapesti férfiak és nők halálózása statisztikailag bizonyítható módon a vidéki átlagnál összességében magasabb volt a fertőző és parazitás betegségek mi-

att és azon belül a gümőkór megbetegedés miatt is. Kiemelendő a szexuális úton terjedő betegségek a vidéki referencia gyakorisághoz viszonyítva rendkívül magas kockázata a fővárosban (IX. táblázat).

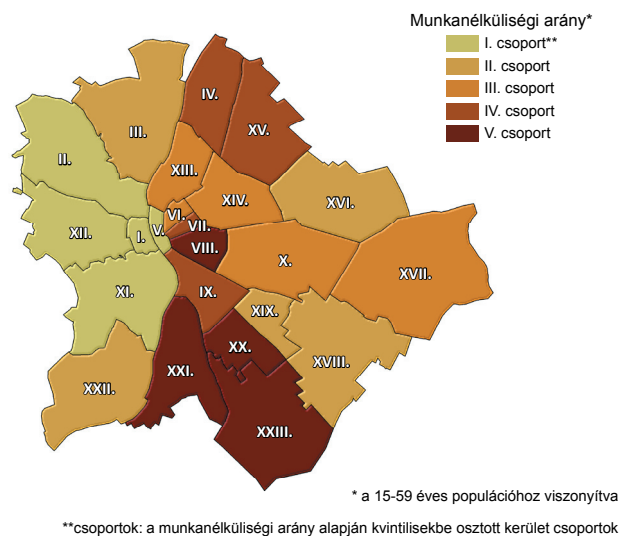
4. Társadalmi-gazdasági helyzet

A 2001. évi népszámlálás adatait elemző vizsgálat szerint a társadalmi-gazdasági tényezők közül az iskolázottság szintje bír a legnagyobb jelentőséggel. Budapesten a közép-, és felsőfokú végzettségűek aránya – ugyanúgy, mint az 1990. évi népszámláláskor – 2001-ben is messze meghaladta az vidéki átlagot, annak közel kétszerese volt. A fővároson belül a budai kerületek és a belvárosi kerületek férfi és női lakossága körében volt a budapesti átlag szerint várhatóan szignifikánsan magasabb a gimnáziumi érettségivel és felsőfokú képzettséggel rendelkezők aránya. A teljesen iskolázatlanok, a be nem fejezett és a befejezett általános iskolai végzettségűek aránya tekintetében a pesti kerületek helyzete – a fővárosi átlaghoz viszonyítva – jóval kedvezőtlenebb volt. Az iskolázottsági index területi eloszlása alapján a fővároson belül a budai kerületek és az V., a XIV. és a XVI. kerület lakosságát jellemzi a fővárosi átlagos szintnél magasabb iskolázottság (22. ábra).



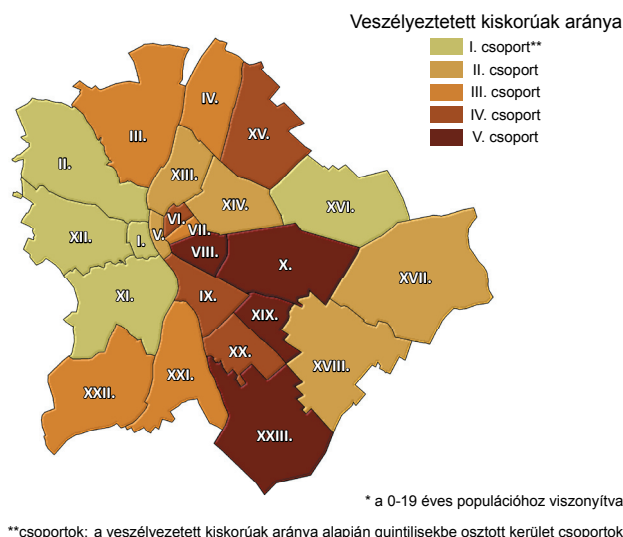
22. ábra
Az iskolázottsági index területi eloszlása a 25–64 éves népesség körében Budapesten

A 15–64 évesek létszámához viszonyítva a foglalkoztatottak aránya 1996 és 2010 között Budapesten meghaladta az vidéki foglalkoztatási arányt. 2010-ben hazánkban a 15–64 éves népesség 54%-a, Budapesten 62%-a volt foglalkoztatott. Budapesten 2010-ben 100 munkaképes korú (15–59 éves) lakosból 4 fő volt munkanélküli, közülük 2 fő tartósan (azaz 180 napon túl) nyilvántartott munkanélküliként szerepelt. A tartósan munkanélküliek aránya az összes munkanélküli körében Budapesten 10 év alatt 7,6%-kal emelkedett (2000: 44,4%, 2010: 52,0%). Budapest helyzete munkanélküliség tekintetében az országon belül viszonylag jó, a kerületek között azonban jelentős különbségek figyelhetők meg. Munka-

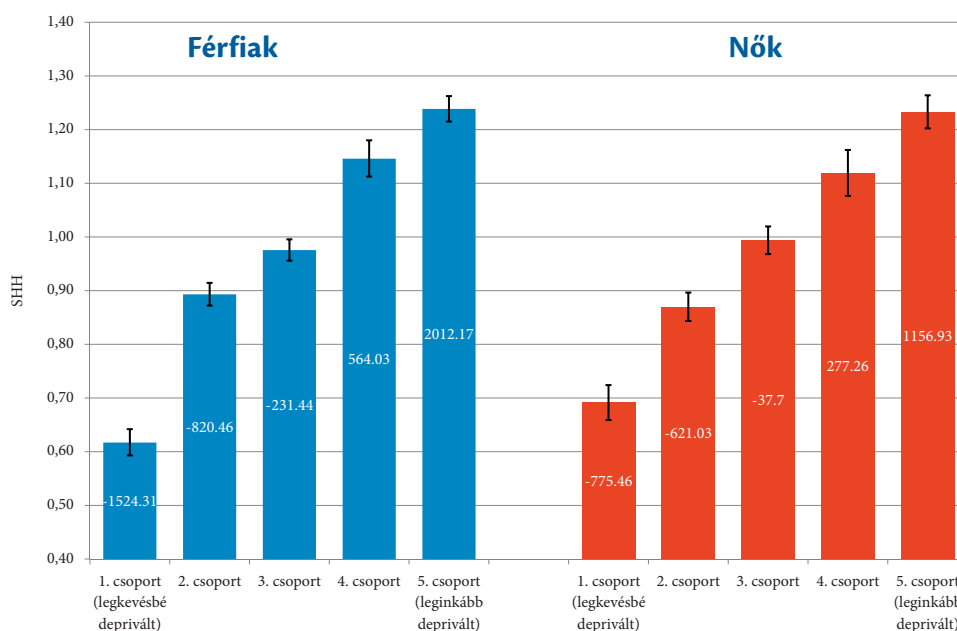


23. ábra
A munkanélküliek aránya a 15–59 éves korú népességhez viszonyítva Budapest kerületeiben, 2010

nélküliség szempontjából a legelőnytelenebb helyzetben a pesti kerületek voltak 2010-ben: a VIII., a XX., a XXI. és a XXIII. kerület volt a legkedvezőtlenebb helyzetben, de a IV., VII., IX. és a XV. kerületben is magas volt a munkanélküliek aránya (23. ábra).



24. ábra
A nyilvántartott veszélyeztetett (0–19 éves) kiskorúak aránya a 0–19 éves népességhez viszonyítva Budapesten, 2009



SHH=Standardizált halálzási hányados

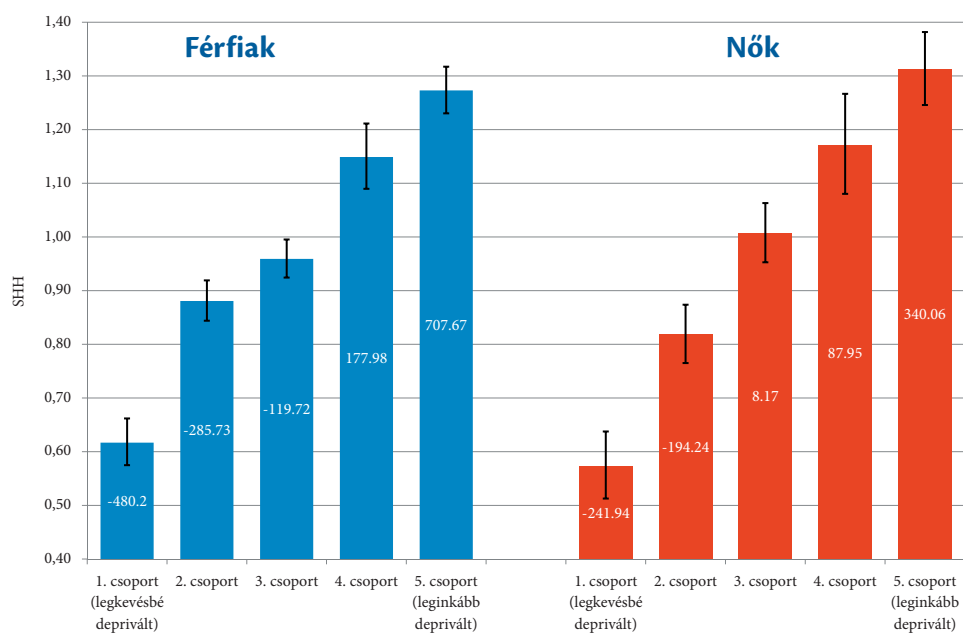
25. ábra
A társadalmi-gazdasági helyzet és a 25–64 éves korcsoportú lakosság halálzásának összefüggése
Budapesten, 2001–2010

A veszélyeztetett 0–19 éves kiskorúak aránya 2000 és 2009 között Magyarországon csökkent (113%-ról 93%-ra), de a fővárosban ez a mutató jelentősen emelkedett (míg 2000-ben 1000-ból 39, 2009-ben már 67 kiskorú volt veszélyeztetett). A 0-19 éves népességhez viszonyítva a veszélyeztetett kiskorúak aránya a legmagasabb a VIII., X., XIX. és XXIII. kerületben volt, azaz e tekintetben is a pesti kerületek kiskorú lakossága volt leginkább érintett (24. ábra). 2010. évi adatfelvétel szerint a fővárosban mintegy 4000 hajléktalan él, ami körülbelül az országosan ismert hajléktalan helyzetű emberek felét jelenti.

A 2005. évi mikrocenzus adatai szerint a házasságok aránya a fővárosban 35%. A lakosság 11%-a elvált, kb. 10%-a özvegy, a nőtlenek és hajadonok aránya a fővárosban 41%. Kerületi szinten – a budapesti átlaghoz viszonyítva – egyértelműen a budai és a belvárosi kerületekben (köztük elsősorban az V. kerületben) volt megfigyelhető a nőtlen/hajadon családi állapot magas aránya.

A fővárosban belül is jelentősek a kerületek közti társadalmi-gazdasági különbségek, ami tükröződik az egyes kerületekben élők egészségi állapotában, életésélyeiben. Igazolható az egyes kerületekben élők társadalmi-gazdasági helyzetét jellemző deprivációs-index és a 25–64 éves korcsoportú budapesti lakosság halálzásának kapcsolata.

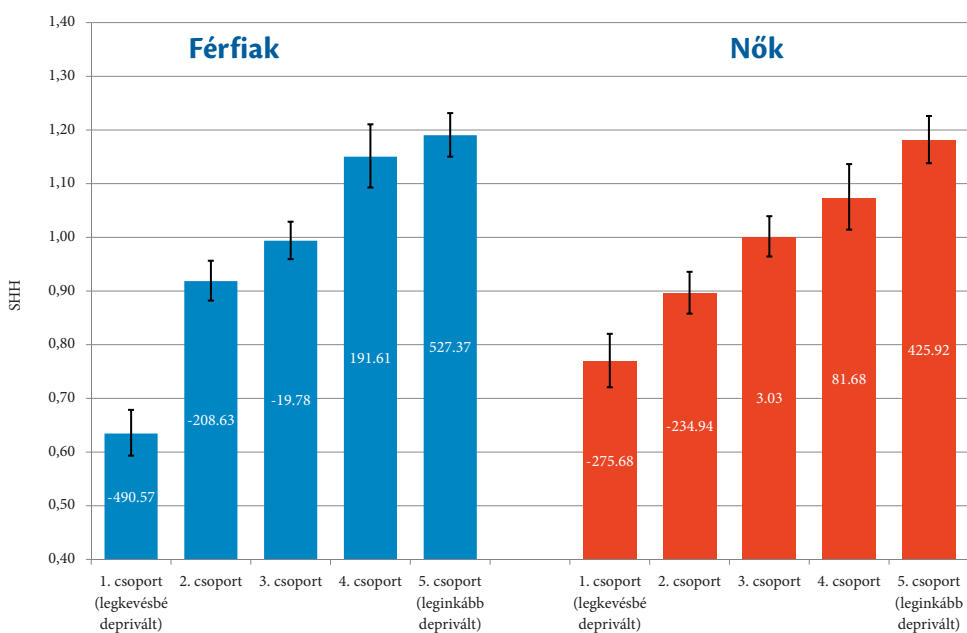
- ▶ Míg a legkedvezőbb helyzetű kerületek összevont halálzás a 2001–2010-es években a férfiak esetében a fővárosi átlaghalálzás 62%-a, nők esetében 69%-a volt, addig a leginkább deprivált csoport halálzás a férfiaknál 24%-kal, nőknél 23%-kal haladta meg a fővárosi halálzás szintet (25. ábra).
- ▶ Míg a legkedvezőbb helyzetű kerületekben a keringési rendszer betegségei okozta halálzás a fővárosi átlaghalálzás 62%-a volt férfiak esetében, s 57%-a volt nők esetében, addig a leginkább deprivált csoport halálzás férfiaknál 27%-kal, nőknél pedig 31%-kal haladta meg a fővárosi halálzás szintet (26. ábra).
- ▶ A társadalmi-gazdasági helyzet szerepe a rosszindulatú daganatok okozta halálzás esetében is jelentős; a legkedvezőtlenebb helyzetű kerületekben mindkét nem esetében 16% körüli halálzás többlet figyelhető meg (27. ábra).
- ▶ Az emésztőrendszer betegségei okozta halálzás és a depriváció közötti kapcsolat férfiak esetében az előzőekhez hasonló összefüggést mutatott, a két legkedvezőtlenebb helyzetű kerületcsoport halálzás 24%-kal haladta meg a fővárosi halálzás szintet (28. ábra).



SHH=Standardizált halálzási hányados

26. ábra

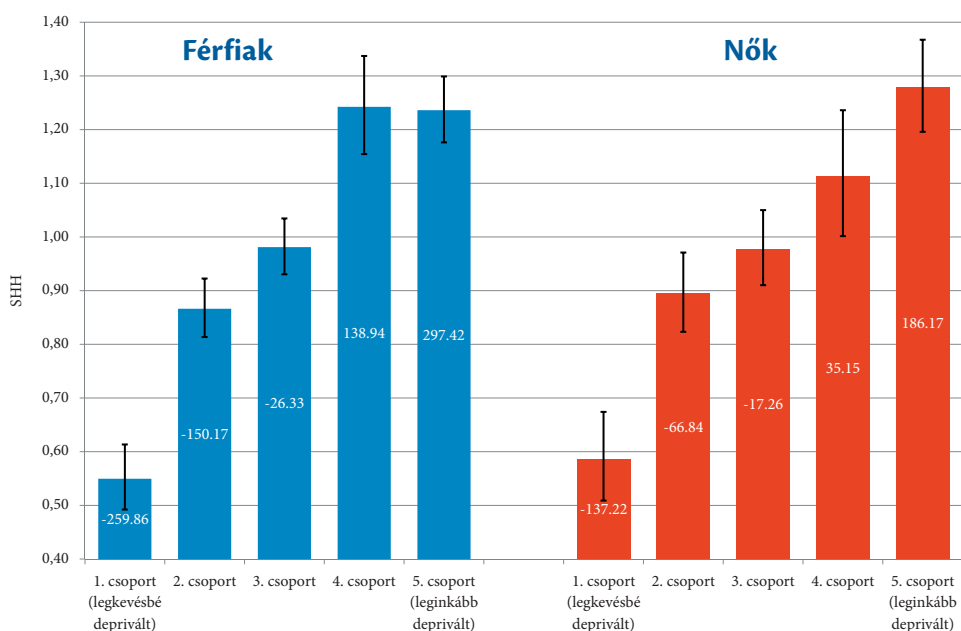
A társadalmi-gazdasági helyzet és a 25–64 éves korú lakosság keringési rendszer betegségei okozta halálzási hányadosának összefüggése Budapesten, 2001–2010



SHH=Standardizált halálzási hányados

27. ábra

A társadalmi-gazdasági helyzet és a 25–64 éves korú lakosság rosszindulatú daganatok okozta halálzási hányadosának összefüggése Budapesten, 2001–2010



SHH=Standardizált halálozási hányados

28. ábra

A társadalmi-gazdasági helyzet és a 25–64 éves korú lakosság emésztőrendszer betegségei okozta halálozásának összefüggése Budapesten, 2001–2010

5. Egészségmagatartás

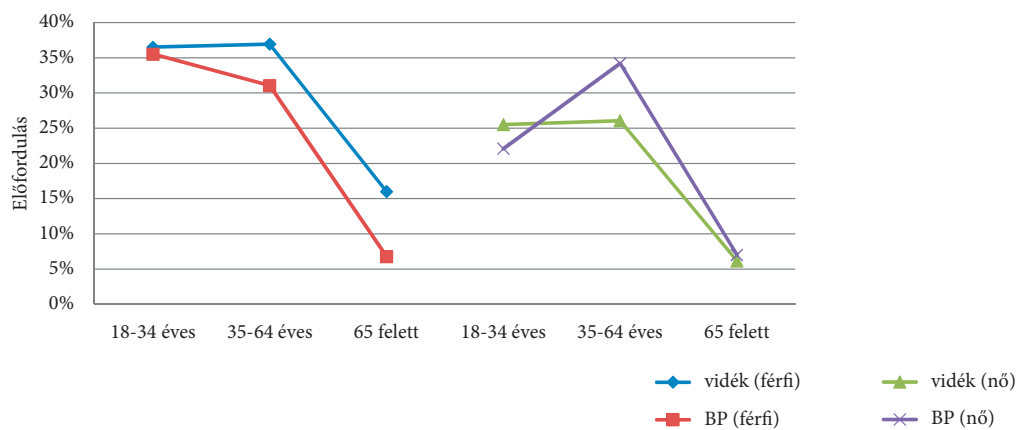
A 2009. évi Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) adatbázisa a budapesti lakosság egészségmagatartásának jellemzését három korcsoport szerinti bontásban tette lehetővé. Az életmódi elemek előfordulási gyakorisága nemenként a fiatalok (18–34 évesek), a középkorúak (35–64 évesek) és az idősek (65 évnél idősebbek) között került meghatározásra, a fővárosi egészségmagatartás meghatározó elemeit a vidéki referencia szinttel összevetve.

Az elemzés legfontosabb megállapításai:

- ▶ A fiatal férfiaknak harmada (35,5%), a fiatal nőknek pedig közel negyede (22,1%) dohányzott rendszeresen Budapesten 2009-ben. A középkorú férfiak és nők harmada rendszeres dohányos. Az idős férfiak és nők között egyaránt 7% körüli a rendszeres dohányzás (29. ábra).
- ▶ Statisztikailag is igazolható volt, hogy mind a fiatal, mind pedig a középkorú budapesti nők között lényegesen több a rendszeres alkoholfogyasztó, mint a vidéki hasonló korcsoportba tartozó nők körében. A budapesti fiatal nők körében a nagyivók aránya meghaladja a 6%-ot, ami lényegesen magasabb a középkorú és idős társaik körében észlelt gyakoriságnál. A fiatal nők esetében tapasztalt Budapest-vidék különb-

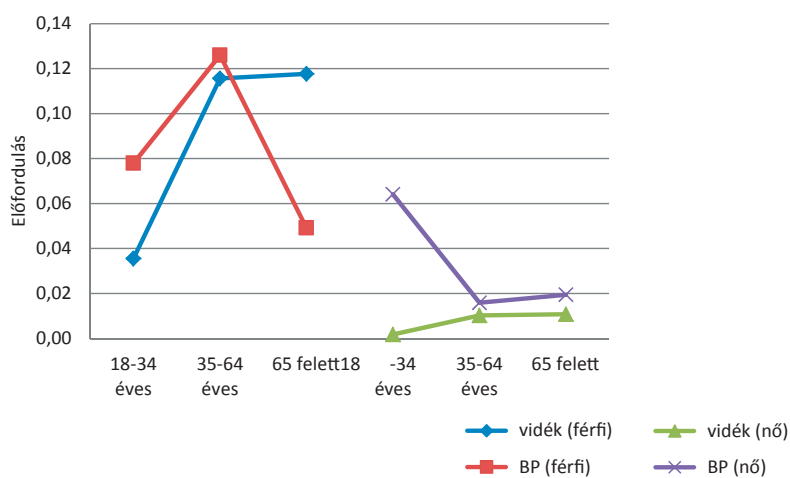
ség statisztikailag is szignifikánsnak bizonyult (30. ábra).

- ▶ A középkorú fővárosi nők lényegesen gyakrabban fogyasztottak kábítószerrel, mint a hasonló korcsoportba tartozó vidéki nők.
- ▶ A budapesti férfiak esetében a korrallal emelkedett, míg a fővárosi nők között kissé csökkent az életkor előrehaladtával a napi rendszerességgel zöldséget fogyasztók aránya.
- ▶ A vidéki fiatal és középkorú férfiaknál a fővárosi középkorú férfiak szignifikánsan kevesebbet mozognak (de az idősebbek között már a budapestiek körében magasabb statisztikailag is igazolhatóan a napi rendszerességgel testmozgást végzők aránya) (31. ábra).
- ▶ Bár Budapesten az elhízottak és túlsúlyosok aránya mindkét nem minden korcsoportjában kedvezőbb a vidéki átlagnál, de már a fiatal férfiak körében is meghaladja a 30%-ot az emelkedett testtömeg indexű férfiak aránya, ami fiatal nők körében is több, mint 10%. A korrallal mindkét nem esetében nő a túlsúlyosok és elhízottak aránya (középkorú férfiak esetében meghaladja a 60%-ot, s középkorú nők esetében is eléri az 50%-ot).



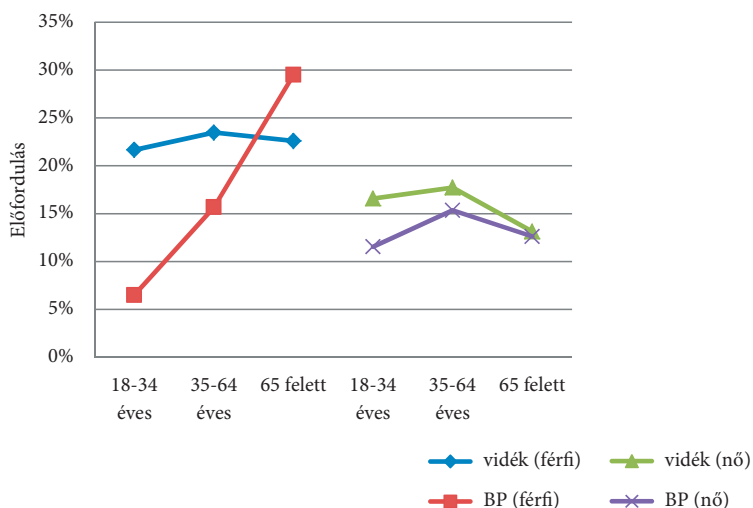
29. ábra

Napi rendszerességgel dohányzók aránya Budapesten és vidéken 2009-ben



30. ábra

Nagyivók aránya Budapesten és vidéken 2009-ben.

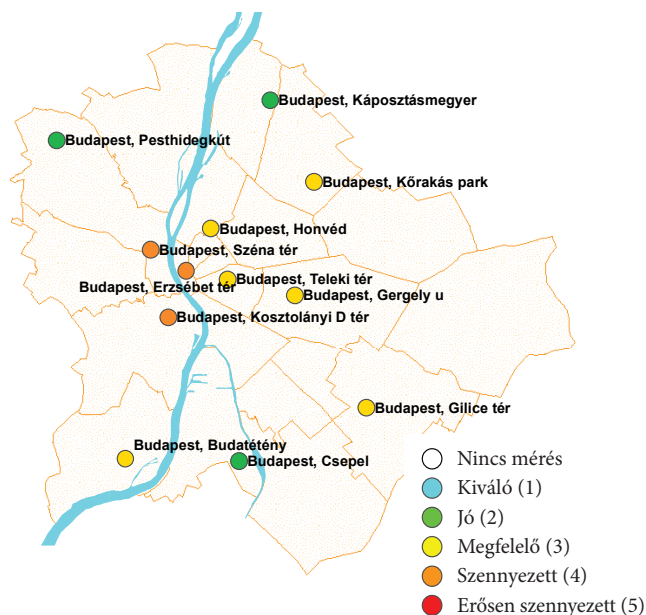


31. ábra

Napi rendszerességgel testmozgást végzők aránya Budapesten és vidéken 2009-ben

6. Környezet-egészségügy

Az Országos Légszennyezettségi Mérőhálózat automata mérőállomásainak adatai alapján 2007 és 2010 között Budapest levegője az összesített index szerint szennyezettnek minősül (32. ábra), elsősorban a belvárosi kerületek nitrogén-oxid és



Adatok forrása: www.kvvm.hu/olm

32. ábra
Budapest levegőjének szennyezettsége az összesített légszennyezettségi index alapján (2010)

nitrogén-dioxid, valamint szálló por (PM10) szennyezettsége miatt. A PM10 szennyezettség az elmúlt néhány évben mérsékelten csökkent, hasonló változás a nitrogén-oxid és a nitrogén-dioxid esetében nem észlelhető.

A főváros levegőjének spóra, ill. pollen szennyezettsége jelentős; a penészgomba (*Alternaria* és *Cladosporium*) és parlagfű pollen koncentráció ér el szezonálisan igen magas értékeket. 2008-ban az előző évhez képest a parlagfű pollen napi maximum érték mintegy négyszeresére, a szezon egészére jellemző pollenterhelés (az éves összpollenszám) pedig nyolcszorosára emelkedett Budapesten. A parlagfű pollenre érzékeny egyéneknél 30 db pollen/m³ napi koncentráció felett már jelentkeznek a tünetek, Budapesten a magas pollenterhelésű napok száma 2008-ban elérte a 35-öt, s a nagyon magas pollenterhelésű (100 db pollen/m³) napok száma is jelentősen (2007-ről 2008-ra 1-ről 24-re) emelkedett (X. táblázat).

Budapest zajszennyezettsége jelentős. Az első fővárosi stratégiai zajtérképezés Budapesten 2007-ben készült el. A Fővárosi Közgyűlés 2008-ban fogadott el erre alapozott intézkedési tervet.

Budapest lakossága jó minőségű ivóvízzel ellátott, az ivóvíz egészséget veszélyeztető anyagokat nem tartalmaz. Az ivóvíz ellátottság és a szennyvízelvezetés arányát jellemző közműöllő Budapest területén már 2007-ben szinte teljesen zártnak volt tekinthető, mivel a közcatorna-hálózatba bekötött lakások aránya (97,8%) szinte megegyezett a vízvezeték-hálózatba bekötött lakások arányával (98,7%). A szennyvíz összegyűjtése Budapesten ugyan megoldott, de a szennyvíz jelentős része (kb. 75%-a) mechanikai és biológiai tisztítás nélkül kerül a Dunába.

	2007	2008
Összpollen (db pollen/m ³)	1152	9054
Napi maximum (db pollen/m ³)	188	766
30 db pollen/m ³ feletti napi koncentráció értékkel jellemezhető napok száma	9	35
100 db pollen/m ³ feletti napi koncentráció értékkel jellemezhető napok száma	1	24

Forrás: Országos Környezetegészségügyi Intézet

X. táblázat
A parlagfű-szezon fontosabb paraméterei Budapesten 2007-ben és 2008-ban

7. Prioritások és stratégiai javaslatok Budapest lakossága egészségi állapotának javítására

1.

Budapest lakossága demográfiai szempontból az **előregedő népesség** sajátosságait mutatja, bár a demográfiai változások alapján a főváros lakosságát tényleges szaporodás jellemzi, valójában az elveszületések számának csökkenésénél kisebb mértékű halálozásszám csökkenés miatt a főváros lakossága esetében **természetes fogyás** állapítható meg, melyet a pozitív belső és külső vándorlási egyenleg fed el. Az elmúlt, közel két évtizedben a főváros lakosságának előregedési indexe folyamatosan növekedett, 2010-ben 100 0–4 éves korú fiatalra már 150 időskorú jutott. Kiemelésre érdemes a 65 éves és idősebb korosztály egészségi állapotának megőrzését szolgáló programok fontossága, s az idősek ellátását szolgáló intézményeknek az igénybevételre vonatkozó előrejelzések szerint történő bővítése.

Az a tény, hogy hazánk jelentős számú roma lakosságának kb. 10%-a a fővárosban él, (amely jelenleg a főváros népességének 4,8%-át jelenti) sürgetővé teszi a **roma lakosság felzárkóztatását** célzó országos és helyi politika újragondolását, a fővárosi roma lakosság körében az iskolázottság és a foglalkoztatás javítását, s ezáltal egészségi állapotuk kedvező befolyásolását. A demográfiai folyamatok követése és a pozitív demográfiai változások támogatása elengedhetetlen a jelenleg már erősen körvonalazódó demográfiai krízis kezeléséhez.

2.

Budapest lakosságának halálozási viszonyai az EU15 tagországok lakosságának halálozásához viszonyítva rendkívül kedvezőtlenek. Ez a főváros gazdasági versenyképességét is súlyosan korlátozó helyzet csak a jelenleginél hatékonyabb egészségfejlesztési, betegségmegelőzési programokkal és az ellátó rendszer szükségletalapú fejlesztésével kezelhető. A főváros halálozási viszonyai súlyos egyenlőtlenségeket mutatnak a kerületek között, az egyes budapesti kerületekben halálokonként változó mértékű lemaradás tapasztalható, nem csak nemzetközi viszonylatban, de az ország vidéki lakosságának mutatóihoz és a budapesti átlagos szinthez viszonyítva is. A születéskor várható átlagos élettartam különbség a legelőnyösebb és leghátrányosabb helyzetű kerületek között férfiak esetében megközelíti a 8 évet, nők esetében pedig meghaladja a 6 évet. A kerületek lakossága egészségi állapotában észlelhető, a társadalmi-gazdasági helyzettel szoros összefüggésben kialakult, alapvetően méltánytalan egészségi állapot különbségek mérsékléséhez célzott, **kerületenként specifikált programok** szükségesek, az egyes **kerületi profilok** elkészítését követően. A főváros lakossága körében bizonyos betegségek kapcsán tapasztalt a vidéki átlagnál magasabb prevalencia értékek esetében tisztázandó, hogy háttérükben tényleges incidenciának növekedés vagy jobb felderítettség áll-e. A szív-érrendszeri- és cukorbetegség, illetve az e betegségek szempontjából kockázatnak kitett egyének azonosítása és megfelelő gondozása érdekében a háziorvosok érdekeltségi rendszerének, azaz az alapellátás finanszírozásának teljesítmény alapú átalakítása jelenthet érdemi megoldást. Hazai kutatási eredmények bizonyítják, hogy a **családorvosok bevonása a szűrőprogramok szervezésébe** jelentősen növeli a részvételi arányt. A cukorbetegség, a zsíryanycsere zavarok és a magasvérnyomás szűrése, és az e betegségekben szenvedő páciensek gondozási színvonalának javítása a háziorvosi ellátás rendszerére építve kritikus fontosságúak. Indokolt olyan alapellátási rendszer kialakítása, mely az alapellátási tevékenységet kiterjeszti az elsődleges, másodlagos és harmadlagos prevenció területére háziorvosi teamek munkájára építve.

3.

A főváros lakosságának halálozása szempontjából hatékony **intézkedést sürget a nők rosszindulatú daganatos betegségek okozta halálózása**, mely kedvezőtlenebb az ország vidéki női lakosságának – nemzetközi összehasonlításban igen aggasztó mértékű – daganatos betegségek okozta halálózásánál is. Fontos rámutatni, hogy a daganatos betegségek okozta halálózási többletet a nők körében szűrhető daganatok (emlőrák, méhnyakrák és kolorektális daganatok) okozzák, valamint életmód tényezők által meghatározott (következésképp befolyásolható) daganatos betegségek (tüdőrák, az ajak-, szájjüreg-garat daganatai).

A női daganatok okozta halálozás csökkentésének nemzetközi tapasztalatokkal igazolt hatékony módszereit jelentik az emlő- és méhnyak-rák korai felismerését szolgáló szűrővizsgálatok, melyek alkalmazására a fővárosban működő egészségügyi intézményekben a feltételek biztosítottak. A szűrések széles körű propagálása, a részvételt mellőzők felkutatása és elérése (jellemzően az alapellátás prevenciók tevékenységének erősítése révén) elvezethet az e daganatok okozta halálozás csökkenéséhez.

4.

Nemcsak a daganatos megbetegedések, de egyéb életmódtényezőkkel összefüggő krónikus betegségek megelőzése szempontjából is kiemelten ajánlott a dohányzás és alkoholfogyasztás csökkentése, illetve az egészséges táplálkozás és testmozgás előmozdítása, melyet jelentős mértékben támogathat a főváros bekapcsolódása az Egészségügyi Világszervezet „**Egészséges Városok**” (Healthy Cities) hálózatába.

Célzottan támogatandó:

- **iskolai egészségfejlesztési programok** szervezése, illetve az iskolák bekapcsolása az Egészséges Iskolák magyarországi hálózatába;
- **lakossági egészségfejlesztési programok** rendszeres szervezése;
- kerékpárutak létesítése;
- a munkahelyi testmozgás feltételeinek bővítése;
- a közétkeztetés minőségi paramétereinek javítása

5.

Általában hangsúlyozandó, hogy a város vezetésének érvényt kell szereznie annak a Korm. rendeletnek (314/2005), mely előírja minden jelentős tervezett intézkedés (pl. nagyberuházások, projektek stb.) esetében az **egészséghatás vizsgálat** elvégzését, az intézkedés várható egészség-hatásának előrejelzését, annak érdekében, hogy a várható pozitív hatásokat felerősíthessék, a negatív hatásokat kivédhessék.

6.

Az egészséghatás vizsgálatok intézményesítéséhez és a bizonyítékokon alapuló egészségpolitika és népegészségügyi intézkedések tervezéséhez, foganatosításához és eredményességük értékeléséhez **fővárosi egészség-monitoring rendszer kiépítése** szükséges.

A főváros lakossága korai halálozásának relatív kockázata az Európai Unió tagállamainak átlagánál lényegesen nagyobb, ami a fenntartható fejlődést veszélyezteti, hisz a gazdasági versenyképesség esélyeit – a humán erőforrás gyengesége miatt – súlyosan rontja. Budapest esetében nemcsak az EU országok egészségi állapot mutatóitól való jelentős elmaradás jelent problémát, de aggasztó mértékű öltének az egészségi állapot – a depriváció mértékével szoros összefüggést mutató – egyenlőtlenségei is. Szembetűnően jelzi ezt az egészségi állapot indikátorainak szélsőséges alakulása: az általános halálozás az országos átlagtól Budapest kerületeiben a 20%-ot megközelítő mértékben is eltér mind kedvező, mind kedvezőtlen irányban. A születéskor várható átlagos élettartamban férfiak esetében mintegy 8 évnyi, nők esetében pedig mintegy 6 évnyi különbség van a legkedvezőbb és a legkedvezőtlenebb helyzetben lévő kerületek között.

A fővárosi lakosság egészségi állapotának érdemi javítása egészségorientált döntések, megalapozott egészségpolitikai intézkedések sorozatán keresztül valósulhat meg. A lakosság egészségi állapotának érdemi javulása, amely már középtávon is kihat a gazdaság teljesítményére, versenyképességére csak célzott népegészségügyi programok megvalósításától remélhető. A népegészségügyi helyzet komplex jellemzése és változásainak nyomon követése, a problémák azonosítása és rangsorolása, célzott intézkedések tervezése, azok megvalósulásának és hatékonyságának elemzése (azaz a népegészségügyi ciklus működtetése) korszerű strukturális alapokon szervezett, intézményesített, a szakma szabályai szerint végzett, folyamatos monitorozó tevékenységet igényel. A bizonyítékokon alapuló, az egyenlőtlenségek mérséklését célzó egészségügyi/népegészségügyi tevékenység alapelveinek érvényt szerezni és módszereit alkalmazni csak megbízható elemzéseken nyugvó, az egyenlőtlenségek feltárását és jellemzését lehetővé tevő epidemiológiai bázison lehetséges.

A fejlett népegészségügyi rendszerrel rendelkező országokban egészségobszervatórium (EO) elnevezés alatt jöttek létre és terjedtek el az 1970-es évektől kezdve napjainkig azok az epidemiológiai szakmai központok, amelyek elsődleges küldetésüként, folyamatosan látják el a hatókörükbe tartozó népesség egészségi állapota és az azt befolyásoló tényezők monitorozásának feladatát, értékes és megbízható adatokat/elemzéseket szolgáltatva, regionális tudás-, információ- és konzultációs központként működve egészségpolitika és egészségügyi vezetés számára.

Az egészségobszervatórium feladatai:

- az egészséggel és betegségekkel kapcsolatos folyamatok monitorozása, a beavatkozási területek kijelölése;
- a lakossági célcsoportok meghatározása a megbetegedések okai, a halálozás okai, a fokozottan veszélyeztetett korcsoportok stb. alapján;
- a konkrét problémákra reflektáló egészségfejlesztési tervek megalapozása;
- tanácsadás a népegészségügyi akciók/egészségügyi ellátás tervezéséhez;
- egészséghatás-felmérések végzése, különös tekintettel az egészségi esélyegyenlőtlenségek mérséklési lehetőségeinek elemzésére;
- a különböző forrásból származó információk lehető leghatékonyabb összevonása;
- ad hoc projektek kivitelezése konkrét (nép)egészségügyi problémák elemzésére;
- az egészségfejlesztési és az esélyegyenlőtlenségek felszámolására irányuló tevékenységek értékelése;
- a jövőbeni népegészségügyi problémák és kihívások előrejelzése.

Az obszervatórium feladata rendszeres és eseti tevékenységük során epidemiológiai adatokat gyűjteni, elemezni, értékelni, majd azokat rendszerezve hozzáférhetővé tenni a népegészségügyi szakterület kutatói és az egészségpolitikai döntés-előkészítők és döntéshozók számára. Az adatok a népegészségügyi szempontból fontos mérőszámok és mutatók (indikátorok) széles csoportjára terjednek ki, melyek közül a fontosabbak:

- demográfiai adatok;
- mortalitási adatok;
- morbiditási adatok;
- egészségmagatartási adatok;
- társadalmi-gazdasági adatok;
- környezet-egészségügyi adatok;
- az egészségügyi ellátórendszer működésére és teljesítményére vonatkozó betegforgalmi, finanszírozási adatok.

Fenti adatok elemzésével lehetőség nyílik a szükségletek és igények egzakt alapokon nyugvó meghatározására, a népegészségügyi problémák hátterének etiológiai megközelítésű elemzésére, valamint a célzott népegészségügyi beavatkozást igénylő területek, illetve lakossági csoportok azonosítására, földrajzi körülhatárolására.

Az egészségobszervatórium által szolgáltatott adatok hasznosítása:

Bizonyítékokon alapuló egészségpolitika és népegészségügyi gyakorlat kialakítása

A népegészségügyi monitorozó rendszer hiánya lehetetlenné teszi nemcsak az epidemiológiai adatokra támaszkodó pontos probléma-azonosítást és a teendők meghatározását, de az egészségcélok és az előrehaladás monitorozására szolgáló indikátorok körének meghatározását, s a tervezett akcióktól remélhető egészségi állapotjavulás mértékének korrekt becslését is. Az epidemiológiai elemzésekre, ill. azok eredményeire épített népegészségügyi monitorozó rendszer, illetve erre alapozott kommunikációs tevékenység híján az egészségpolitikai döntések megalapozottsága hiányos, ami hosszú távon azzal a következménnyel jár, hogy a programok hatékonysága elmarad az adott ráfordítás alapján várható optimális egészségnyereségtől, s a lakosság egészségi állapota javulása a potenciálisan elérhető mértéktől. Az epidemiológiai mutatók, ill. azok változásának ismerete költséghatékonyság szempontjából is elengedhetetlenül szükséges a sikeres fővárosi, kerületi és közösségi népegészségügyi programok tervezéséhez és azok előrehaladásának elemzéséhez.

A monitoring rendszer térinformatikai módszerrel végzett elemzései az egészségügyi ellátórendszer szükséglet alapú átalakításához, fejlesztéséhez is nélkülözhetetlenek. Kiemelt példák a szív-érrendszeri betegségek és a daganatos betegségek ellátásának fejlesztése beleértve a diagnosztikai és terápiás, rehabilitációs kapacitások tervezését és szükségletek megfelelő fejlesztését. A halálozások és megbetegedések szempontjából forró gócként megjelenő kerületekben a célzott ellátástervezés jelenthet csak megoldást a specifikus problémák kezelésében. Az egészségügyi ellátás magas színvonalú, zavartalan működésének biztosítása érdekében a lakossági szükségletek pontos azonosítása nélkülözhetetlen, amely csak az egészségügyi szervezeti rend-

szeréről, szakember ellátottságáról és a lakosság egészségi állapotáról megfelelően gyűjtött, elemzett és értelmezett adatok birtokában lehetséges.

Egészséghatás vizsgálatok intézményesítése

Hazánk Európai Unió csatlakozása az egészséghatás becslés módszertanának és gyakorlatának hazai meghonosítását, intézményi keretek közé helyezését és működtetését egyre sürgetőbb szükségletként jeleníti meg, miként ezt a 314/2005. (XII. 25.) Korm. rendelet is tükrözi. Egy új jogi szabályozás, kormányzati vagy helyi szintű intézkedés bevezetése, egy program vagy projekt indítása nemcsak célorientált gondolkodást, tervezést igényel, de annak mérlegelését is, hogy ezek hatásaként az érintett lakosság egészségi állapota, illetve az azt befolyásoló tényezők miként módosulnak. Az egészséghatás becslés hazai intézményrendszere nem működik, ami nem csak az egészségpolitikai döntéshozás megalapozottságát rontja, de lehetetlenné teszi általában az egészségorientált döntéshozást minden kormányzati szektor vonatkozásában. Korrekt egészséghatás becslés csak az egészségi állapot és az egészségi állapotot meghatározó tényezők folyamatos monitorozását végző központ(ok) eredményeire, ill. elemzéseire építve történhet.

