ERDÉLYI TÁRSADALOM, 18(2), 2020, DOI: 10.17177/77171.253
http://www.erdelyitarsadalom.ro

Tóth-Batizán Emese Emőke,[1] Gáspár Szeréna,[2]
Csata Zsombor,[3] Barna Gergő[4]

Egészségügyi ellátás és halálokok Erdélyben[5]

Kivonat
A tanulmányban először röviden bemutatjuk Románia egészségügyi rendszerében a rendszerváltás után bekövetkezett fontosabb változásokat, valamint azokat a stratégiákat és jogszabályokat, amelyek ezeket alakították. Ezt követően olyan idősorokat vizsgálunk meg, amelyek kiemelkedően fontosak az ország közegészségügyi állapotának a jellemzése szempontjából. A bemutatásban először az országos adatokat hasonlítjuk össze az EU-s országokéval, majd Erdélyre fókuszáltan elemezzük az országon belüli regionális eltéréseket is.
Kulcsszavak: egészségügyi ellátás, egészségügyi reformok, halálokok, regionális különbségek, Erdély – Románia

Abstract. Health Services and Causes of Death in Transylvania, Romania
The study briefly presents the major changes that have taken place in the Romanian health care system in recent decades, as well as the strategies and legislative reforms that shaped these transformations. We examine time series data with primary relevance for the public health situation in the country. First, we compare national data with those from the other EU countries, then – with a special focus on Transylvania – we will highlight the regional differences within the country.
Keywords: health services, healthcare reforms, regional disparities, causes of death, Transylvania – Romania

Cikkre való hivatkozás / How to cite this article
Tóth-Batizán Emese Emőke, Gáspár Szeréna, Csata Zsombor, Barna Gergő (2020). Egészségügyi ellátás és halálokok Erdélyben. *Erdélyi Társadalom, 18*(2), 177–209. https://doi.org/10.17177/77171.253

A tanulmány ingyenesen letölthető a CEEOL-ról: https://www.ceeol.com/search/journal-detail?id=928 és a GESIS adatbázisából: http://www.da-ra.de/dara/search?lang=en&mdlang=en.

---

1 A szerző szociológus, posztdoktori kutató, Nemzeti Közszolgálati Egyetem Eötvös József Kutatóközpontja, Budapest. E-mail: bmesike@yahoo.com.
2 A szerző szociológus, egyetemi hallgató, Babeș–Bolyai Tudományegyetem Matematika és Informatika Kar, Kolozsvár. E-mail: szabotekla717@gmail.com.
3 A szerző szociológus, tudományos munkatárs, Társadalomtudományi Kutatóközpont, Budapest; egyetemi docens, Babeș–Bolyai Tudományegyetem, Szociológia és Szociális Munka Kar, Kolozsvár. E-mail: csata.zsombor@tk.hu.
4 A szerző szociológus, a SoDiSo Research közvélemény-kutató cég és az Erdélystat – erdélyi statisztikai szolgálat vezetője, Kolozsvár. E-mail: barna.gergo@erdelystat.ro.
5 A tanulmány empirikus része az Erdélystat.ro-n megjelent statisztikai elemzéseken alapul (Erdélystat, 2020a, 2020b)

1. Románia egészségügyi rendszere

Románia egészségügyi rendszere európai uniós viszonylatban sereghajtó. A romániai lakosság közegészségügyi állapota, a születéskor várható élethossz, a csecsemőhalandósági ráta és több más hasonló relevanciájú mutató az EU-s lista végére pozícionálja az országot. Romániában a születéskor várható átlagos élettartam 2018-ban 75,3 év volt (Eurostat, 2020a) (csupán Lettország és Bulgária rendelkezik alacsonyabb mutatókkal). A csecsemőhalandóság tekintetében Romániában jelentős javulás észlelhető ugyan (2007 és 2018 között tizenkét ezrelékről hat ezrelékre csökkent), ez a ráta azonban továbbra is a legmagasabb az EU-ban (Eurostat, 2020b).

Ezeket a mutatókat részben magyarázza, hogy az GDP egészségügyi kiadásokra fordított hányada Romániában a legalacsonyabb (Eurostat, 2020c). Míg Németországban a GDP 11,1%-át, Franciaországban a 11,5%-át egészségügyre költik, addig Románia a bruttó nemzeti termékének mindössze 5%-át fordítja egészségügyi kiadásokra (az EU-s átlag 9,9%). Egy ország gazdasági jóléte, az egészségügyre fordított kiadásai és a lakosság közegészségügyi állapota között lineáris kauzalitási viszony van. A szegénység, az alultápláltság, a gyenge minőségű egészségügyi szolgáltatások, valamint az ezekhez való korlátozott hozzáférés jelentős hatással van a csecsemőhalandóságra, a születéskor várható élettartamra, az egészséges évek számára stb. (Clichici, 2017: 54). Az egészségügyi rendszer szervezetlensége, rossz hatékonysága és inkoherens működése ezeknek a mutatóknak a további romlásához vezet.

A román egészségügyi rendszer 1989 óta folyamatos átalakítás alatt van (Vlădescu és mtsai., 2016: 125), ezek a reformok viszont – elsősorban a változó politikai erőviszonyok és az alulfinanszírozottság miatt – csak részben érték el a kívánt hatást. A román egészségügyi rendszer működését szabályozó legfontosabb törvényeket 1995-ben és 2002-ben hozták. Emellett az egészségügyi minisztérium 2004-ben kidolgozott egy országos egészségügyi stratégiát, azonban ez semmilyen gyakorlati következménnyel nem járt. A korábbi jogszabályokat és rendeleteket váltotta fel a 95/2006-os törvény, amely már az európai uniós jogharmonizáció jegyében készült, előkészítvén Románia 2007-es EU-s csatlakozását.

2008 előtt az egészségügyi reformok inkrementális jellegűek voltak, érintetlenül hagyták a rendszer egészének működését, és nem voltak tekintettel az egészségügyben hozott módosításoknak a többi ágazatokra kiterjedő hatásaira sem. Ezt a korszakot a javaslatok viszonylag könnyű kezelhetősége jellemezte egy alapjaiban érintetlenül hagyott, ám rosszul működő struktúrán belül, hiányoztak továbbá a reformokat megalapozó, illetve a változtatások eredményeit nyomon követő hatástanulmányok is (Vlădescu és mtsai., 2016: 126).

2008 és 2012 között egy radikális, a teljes egészségügyi rendszer működését átfogó reformot dolgoztak ki. Országos és nemzetközi szervezetek (IMF, Világbank, WHO), szakemberek bevonásával készült a nagyszabású egészségügyi tervezet, amelynek hatályba léptetését 2012-re tűzték ki. Ez a tervezet számtalan, az egész rendszert átalakító intézkedést tartalmazott. Nagyobb mozgásteret és több lehetőséget kívánt adni a rendszeren belül az egészségügyi magánintézményeknek, illetve célul tűzte ki az egészségügyi szolgáltatások minőségének mérhetővé tételét is. Prioritásként kezelte volna az egészségbiztosítás fizetése alól felmentett személyek számának csökkentését, illetve lehetővé tette volna, hogy a költségvetésből finanszírozott egészségbiztosítási pénztárak mellett profitorientált magánpénztárak is létrejöhessenek. Nagyobb szabadságot biztosított volna a kórházaknak a működésük meghatározásában és az ott dolgozó egészségügyi

alkalmazottak bérezésében. Bevezetésre javasolta a költség-volumen, illetve a költség-volumen-eredmény típusú szerződéseket. Szorgalmazta egy olyan intézmény létrehozását, amelynek az egészségügyhöz kapcsolódó információk rendszerezése, disszeminálása, az egészségügyi stratégiák kidolgozása, valamint az egészségügyi szolgáltatások minőségi standardjainak meghatározása lett volna a feladata. A törvénytervezetet 2011 decemberében mutatták be, 2012 januárjában azonban visszavonták. Ennek ellenére a 2012 májusában alakuló új kormány, illetve az új vezetésű egészségügyi minisztérium a törvénytervezet számtalan elemét alkalmazta, például létrehozta 2015-ben az egészségügyi szolgáltatások minőségéért felelős országos hatóságot, valamint szabályozta és egyúttal szélesítette a profitorientált egészségügyi szereplők lehetőségeit az egészségügyi rendszeren belül (Vlădescu és mtsai., 2016: 128).

A jelenleg is érvényben levő egészségügyi stratégia 2014-ben lépett hatályba (országos egészségügyi stratégia 2014–2020), ez az első olyan terv, amelyhez költségvetést is rendeltek. A dokumentum három fő területre – a közegészségügyre, az egészségügyi szolgáltatásokra, illetve a rendszer egészére vonatkozóan tartalmaz változtatásokat. Főbb célkitűzések a közegészségügy területén: az édesanyák és csecsemők táplálkozásának és egészségének javítása, a mortalitás csökkentése, az elhízás csökkentése stb. Az egészségügyi szolgáltatások terén meghatározott célkitűzés: az egyenlő minőségű és költséghatékony egészségügyi szolgáltatáshoz való hozzáférés elérhetővé tétele minden román állampolgár számára, lakhelyének típusától, nemzetiségétől és korától függetlenül. Az egészségügyi rendszer működésének egészét érintő irányelvek a rendszer működésének jobb tervezésére és működésének ellenőrzésére vonatkoznak helyi, regionális és országos szinten. Ezen a három területen kívül a stratégia kiemelt figyelmet szentel a prevenciónak, prioritásként kezeli a szív- és érrendszeri, a rákos megbetegedések, valamint a ritka megbetegedések és a cukorbetegség szűrését (Vlădescu és mtsai., 2016: 24).

A 2009–2015 közötti időszakban jelentős jogszabályi változások történtek az egészségügyi rendszer finanszírozásával, pénzügyeivel kapcsolatban is. A 2009-ben hozott (ám csak 2011-ben életbe léptetett) 104/2009-es sürgősségi rendelet a 95/2006-os törvényt írta felül. Ennek a jogszabálynak a lényegi eleme az Országos Egészségügyi Pénztárak adósságának és kiadásainak a csökkentése, valamint a gyógyszeripar szabályozása volt. Szintén 2009-ben fogadták el, de csak 2014-ben lépett hatályba a gyógyszerárak meghatározására vonatkozó rendelet, ami a következő évben a gyógyszerárak 20%-os csökkenését eredményezte. A 72/2013-as törvény kötelezi az Országos Egészségügyi Pénztárat a gyógyszerek árának gyorsabb, hatvan napon belül való visszafizetésére (az addigi száznyolcvan nap helyett).

Az egészségügy kiadások monitorizálásának javítását célozta meg az egyedi, integrált informatikai rendszernek a kialakítására vonatkozó jogszabály (2010), amely a rendőrség és egyéb hivatalos szervek adatbázisaihoz kapcsolódik. Ugyanebben az évben bővült az egészségügyi hozzájárulást fizetni kötelesek köre, csupán azok a nyugdíjasok mentesültek az egészségügyi hozzájárulás kifizetése alól, akiknek a nyugdíja 740 lej alatt volt. Az egészségügyi kiadások monitorizálására 2012-től egy új típusú mechanizmust alakítottak ki (858/1194/2012-es törvény), melynek értelmében az állami kórházak menedzserei az egészségügyi minisztérium honlapján egy erre a célra kialakított felületre töltik fel a havi kiadásaikat, amelyet aztán az minisztérium összesít. Szintén 2012-ben került bevezetésre a kompenzált gyógyszerek elektronikus kiírása is (674/252-es rendelet), amely a rendszerben előforduló hibák mennyiségét hivatott csökkente-

ni. 2015-ben – a 95/2006-os rendelet alapján – kiállították és használatba helyezték az országos egészségügyi kártyákat.

2010-ben elkezdődött az egészségügyi rendszer decentralizációja, a kórházak számának és működésének újragondolása. A 48/2010-es sürgősségi rendelet alapján az egészségügyi minisztérium országos szinten csupán 63 kórház működésének a finanszírozásáért maradt felelős, a többit a helyi önkormányzatok gondozásába utalták. Ezt az intézkedést tiltakozások sora követte, hiszen jelentős többletkiadást rótt az önkormányzatokra, azonban a gazdagabb városokban akadtak olyanok is, akik ezt lehetőségként fogták fel, hogy saját beruházásokat és fejlesztéseket eszközöljenek. 2011-ben a 303/2011-es, majd a 345/2011-es kormányhatározatok eredményeképpen elindult egy kórházszám-optimalizálási folyamat, melynek eredményeképpen 67 kórházat zártak be. Egy évvel később újabb 21 kórházat öregotthonná alakítottak, de 17-et az előző évben bezártak közül újra megnyitottak, egy részük egészségügyi központként működik tovább. A következő években még sok, 2011-ben bezárt kórházat helyeztek újra működésbe. Ezek a kórházak bezárására majd fokozatos újranyitására vonatkozó intézkedések illusztrálják talán a legjobban a román egészségügyi rendszerben kezdeményezett reformok inkoherenciáit és inkonzisztenciáit, a rövid távú tervezés anomáliáit. A 449/2014-es kormányhatározat a meglévő kórházi ágyak számát kívánta optimalizálni, annak maximumát erre az évre 121 579-ben, 2015-re 120 579-ben, 2016-ra pedig 119 579-ben határozta meg. Az intézkedést azzal indokolták, hogy Romániában alacsony az ágyak kihasználtsága az EU-s átlaghoz képest.[6]

Az egészségügyi dolgozók bérezése állandó kiemelt téma a közéletben. Az egészségügyi dolgozók külföldi elvándorlását megállítandó, 2015-ben a 35/2015-ös sürgősségi rendelet alapján a fizetések 25%-os emelésére, 2016-ban a 20/2016-os sürgősségi rendelet alapján újabb 15%-os emelésre, majd a 153/2017-es kerettörvény alapján újabb fizetésemelésekre került sor. A bérek jelentős mértékű és differenciáltan alkalmazott emelése azonban átfogóbb reformok nélkül kevés ahhoz, hogy a román közegészségügy alapvető problémáit megoldja, viszont növeli a különböző – a rendszeren belüli és ágazatok közötti – bérfeszültségeket.

2. Az egészségügyi ellátás és személyzet Romániában és Erdélyben

A GDP-hez viszonyított egészségügyi kiadások az Eurostat legfrissebb, 2017-ben közzétett adatai alapján (Eurostat, 2020c) az EU-tagországok közül Franciaországban (a GDP 11,3%-a), Németországban (11,3%) és Svédországban (11,0%) voltak a legmagasabbak. Ezen a listán Románia a maga 5,2%-ával Luxemburg (5,5%) és Lettország (6,0%) mögött a legutolsó. Az EU-s átlag 9,9%, Magyarországot (6,9%) a többi kelet-közép-európai országgal együtt szintén a lista második felében találjuk. Romániában 2011 és 2017 között az egészségügyi kiadások 56%-kal nőttek, 6,2 milliárd euróról 9,7-re. Fontos megjegyezni, hogy az egészségügyi kiadások egyaránt tartalmazzák a kormányzati, egészségbiztosítási, magánbiztosítási és egyéni ráfordításokat is.

6 2017-ben az Európai Unióban az ezer lakosra jutó kórházi ágyak száma öt, Romániában pedig 6,9 volt (Eurostat, 2020d). További részletekért lásd a következő fejezetet.

Az egy főre jutó egészségügyi kiadások is Romániában voltak a legalacsonyabbak 2017-ben (494 euró/fő), Bulgária (591 euró/fő), illetve Horvátország (805 euró/fő) után. A lista élén található Svédország (5206 euró/fő), Dánia (5134 euró/fő), illetve Luxemburg (5083 euró/fő), ezek az országok több mint tízszer annyit költenek átlagban egy lakos egészségügyi ellátására, mint Románia.

Az EU tagállamaiban az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele is jelentős szórást mutat (Eurostat, 2020e): az egy főre jutó orvosi konzultációk száma 2017-ben 2,1 és 10,9 között mozgott. Bár nem minden tagország esetében van elérhető adat, ezt a listát Magyarország (10,9), Szlovákia (10,9) és Németország (9,9) vezeti, illetve Dánia (4,3), Svédország (2,8) és Ciprus (2,1) zárja. Romániában 2017-ben egy személyre átlagosan öt orvoslátogatás jutott.

Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének egy másik statisztikai indikátora az éves kórházi fekvőbeteg-elbocsátások ezer főre vetített száma.[7] Romániában 2018-ban összesen mintegy négymillió kórházi kiutalás történt, így 205 kiutalás jutott ezer lakosra.[8] Az Eurostaton közétett 2017-es adatok szerint Románia az ötödik a tagországok közül a fekvőbeteg-elbocsátások száma szerint, a legtöbb kiutalás Bulgáriában volt (328), ezt követi Németország (255), majd Ausztria (250) és Litvánia (224). A kórházi ápolás átlagos időtartama Romániában 2017-ben 7,4 nap volt egy beutalt betegre számítva, amivel az uniós középmezőnyben helyezkedünk el (Eurostat, 2020f).

2.1. Fekvőbeteg-ellátás

2.1.1. Intézmények

2018-ban 676 fekvőbeteg-ellátást biztosító intézmény volt az országban, ide tartoznak a kórházak, illetve olyan egészségügyi központok, amelyek kórházi ágyakkal rendelkeznek.[9] Ezek közül 342 tekinthető nagy méretű intézménynek, ahol legalább száz ágy van, és 127 közepes méretűnek (30–100 ágy között). Az összes intézmény közül 162 csak egynapos kórházi ellátást biztosít, ez a kevesebb mint harminc ággyal rendelkező intézetek esetében jellemző (Országos Statisztikai Intézet, 2020d).

Ugyan a statisztikák szerint 2018-ban a fekvőbeteg-ellátást biztosító intézmények 45%-a volt magántulajdonban**,** viszont ez nem jelenti azt, hogy a fekvőbeteg-ellátásban is ekkora a szerepük. Ez látszik abból is, hogy a magánintézmények több mint fele nem minősül kórháznak, a fekvőbeteg-ellátást biztosító ágyaknak mintegy 6-7%-a, a beutaltak számának pedig kevesebb mint 5%-a volt a privát szektorban (Országos Statisztikai Intézet, 2020e).

7 A mutató azt fejezi ki, hogy mennyi volt az adott naptári év folyamán a kórházból eltávozott, továbbá ugyanazon gyógyintézet más osztályára vagy más gyógyintézetbe áthelyezett, illetve meghalt betegek száma, akik legalább egy éjszakát a kórházban töltöttek (Országos Statisztikai Intézet, 2020a).

8 A használt mutató esetén az évközepi rezidens lakossággal számoltunk. Képlet: (kiutalások száma az adott évben*1000)/lakosság száma az adott évben (Országos Statisztikai Intézet, 2020b).

9 Ide tartoznak: kórházak (spitale), kórházi ágyakkal ellátott szakegészségügyi központok (centre medicale de specialitate cu paturi de spital), illetve kórházi ágyakkal ellátott diagnosztikai és kezelési központok (centre de diagnostic și tratament cu paturi de spital). Nem tartoznak ebbe a kategóriába a szintén ágyakkal rendelkező egészségügyi-szociális egységek (unități medico-sociale), szanatóriumok (TBC, pszichiátria, gyógyfürdő) és preventóriumok (Országos Statisztikai Intézet, 2020c).

A magánszférához tartozó egészségügyi ellátók nagyjából hasonló súlyt képviselnek az ország négy nagyrégióját tekintve, egyedül a fővárosi térségben kiemelkedő az arányuk, itt az intézmények fele magánkézben van. Erdélyen belül viszont vannak hangsúlyos eltolódások, a Kolozs és Maros megye alkotta közép-erdélyi régióban a legmagasabb (53%), a Székelyföldön a legalacsonyabb (10%) a egészségügyi magánintézmények aránya, itt egyetlen többnapos ellátást biztosító magánkórház sincs.

1. táblázat: *Fekvőbeteg-ellátást biztosító egészségügyi intézmények, 2018*
Table 1: *Healthcare institutions providing service to hospital in-patients, 2018*

Régiók		**Kórházak**	**Szakegészségügyi központok**	**Diagnosztikai és kezelési központok**	**Összesen**	**Ebből magán (%)**
Románia		515	131	30	**676**	45%
Tulajdonforma	Állami	368	1	1	**370**	–
	Magán	147	130	29	**306**	–
Romániai régiók	Erdély	197	34	4	**235**	42%
	Moldva	86	23	11	**120**	46%
	Havasalföld	153	44	12	**209**	46%
	Bukarest–Ilfov	79	30	3	**112**	50%
Erdélyi régiók	Székelyföld	9	1		**10**	10%
	Közép-Erdély	50	10		**60**	53%
	Partium	26	6		**32**	38%
	Dél-Erdély	56	3	3	**62**	34%
	Bánság	39	9	1	**49**	45%
	Észak-Erdély	17	5		**22**	50%

Forrás: INS Tempo Online, SAN101B

2.1.2. Kórházi ágyak száma

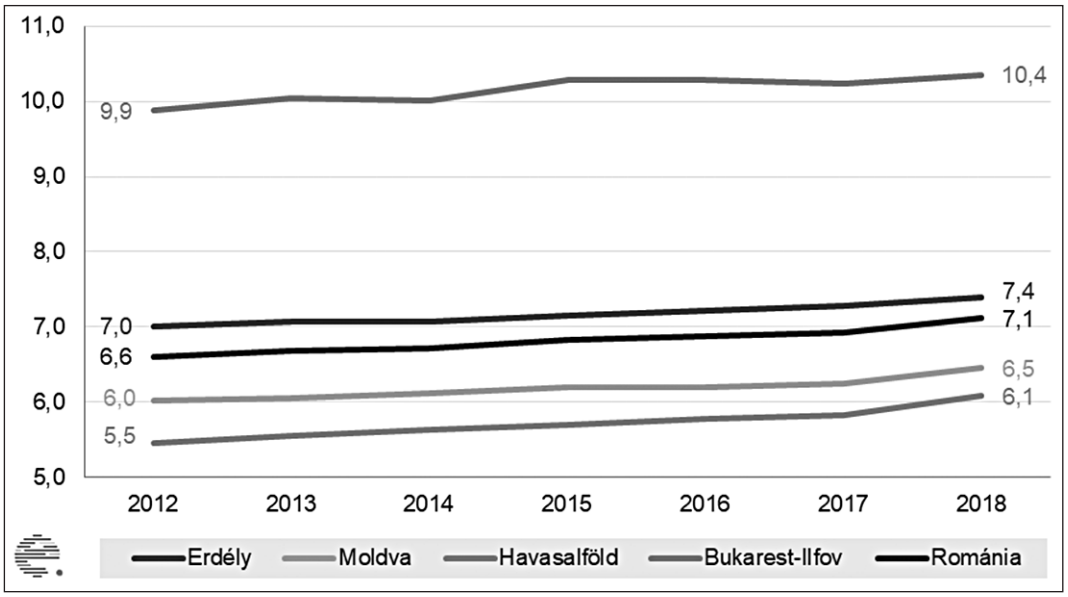
Az intézményhálózaton túl a kórházi ágyak száma egy másik általánosan használt mutatója az egészségügyi infrastruktúrának. 2017-ben az Európai Unióban az ezer lakosra jutó kórházi ágyak száma 5,0 volt (Eurostat, 2020d). Románia a 28 tagállam közül az ötödik helyezett (6,9), előtte Németország (8,0), Bulgária (7,5), Ausztria (7,4) és Magyarország (7,0) foglal helyet. A relatív kevés kórházi ággyal rendelkező országok Svédország (2,2), az Egyesült Királyság (2,5) és Dánia (2,6).

Romániában 2018-ban 138 606 kórházi ágyat tartottak számon az állami és magán fekvőbeteg-ellátó intézményekben.[10] Ez relatív értelemben 7,1 kórházi ágyat jelent ezer lakosra vetít-

10 A kórházi ágyak számításakor az intézményeknél említett három típus mellett beszámítják az egészségügyi központokat (centre de sănătate) és az egészségügyi-szociális egységeket (unități medico-sociale) is (Országos Statisztikai Intézet, 2020f).

ve.[11] 2012 és 2018 között enyhe, mintegy 4,6%-os bővülés volt megfigyelhető az országos kapacitásban, viszont jelentős különbség van az állami és a magánintézményekben lévő ágyak növekedését illetően. Míg az állami szektorban alapvetően változatlan a kórházi kapacitás, addig a magánintézményekben az ágyak száma több mint duplájára nőtt hat év alatt (4186-ról 10 081-re). Ennek ellenére a privát gyógyintézetek továbbra is csak egy kis szeletét jelentik a fekvőbeteg-ellátásnak, a kórházi ágyak 7,3%-a tartozik ide. Minden valószínűség szerint a magánintézmények főként az ambuláns szolgáltatásokra vannak berendezkedve, miközben az állami kórházakra hárul a hosszabb kezelést igénylő betegellátás többsége.

Regionális eloszlások szerint itt is a fővárosi körzet áll a legjobban (10,4 ágy/ezer lakos), Erdély enyhén átlag feletti (7,4), Moldva (6,5) és Havasalföld (6,1) pedig átlag alatti.



1. ábra. *Ezer lakosra jutó kórházi ágyak száma, 2012–2018*
Figure 1. *Number of hospital beds/1000 inhabitants, 2012-2018*
Forrás: INS Tempo Online, SAN102B/POP106A

Az erdélyi régiók esetében Közép-Erdély áll az első helyen (8,9), de átlagon felüli a székelyföldi ellátottság is (7,5) a kórházi ágyak relatív számának tekintetében. A legalacsonyabb mutató Észak-Erdélyben van, itt csupán 6,2 kórházi ágy jut ezer lakosra. 2012–2018 között Erdélyben is gyarapodtak a kórházi ágyak, leginkább Észak-Erdélyben, Dél-Erdélyben és a Partiumban, ezáltal enyhén csökkentek a régiók közötti egyenlőtlenségek.

11 A mutató esetében az évközepi rezidens lakossággal számolunk (Országos Statisztikai Intézet, 2020b).

2. táblázat. *Kórházi ágyak az erdélyi régiókban*
Table 2. *Number of hospital beds in the Transylvanian regions*

Régiók	2012		2015		2018	
	Kórházi ágyak száma	Ezer lakosra jutó ágy	Kórházi ágyak száma	Ezer lakosra jutó ágy	Kórházi ágyak száma	Ezer lakosra jutó ágy
Székelyföld	3 802	7,3	3 782	7,3	3 781	7,5
Közép-Erdély	10 871	8,7	10 901	8,7	11 065	8,9
Partium	7 322	6,4	7 394	6,6	7 695	6,9
Dél-Erdély	11 562	6,8	12 018	7,1	12 301	7,4
Bánság	9 686	6,9	9 637	6,9	9 832	7,0
Észak-Erdély	4 304	5,7	4 412	5,9	4 592	6,2
Erdély	**47 547**	**7,0**	**48 144**	**7,1**	**49 266**	**7,4**

Forrás: INS Tempo Online, SAN102B/POP106A

2.1.3. Beutalások száma, átlagos ágykihasználtság

Harmadik mutatóként a beutalások számát és a kórházi ágyak kihasználtságát vizsgáljuk meg. Megyei bontásban 2017-es adatok érhetők el a beutaltak számáról és a kórházi ápolás átlagos időtartamáról (Országos Statisztikai Intézet, 2020e). Ebben az évben fekvőbeteg-ellátásba 4,2 millió esetet vettek fel országos szinten, akik összesen 30,7 millió napot töltöttek 132 480 kórházi ágyban. Az átlagos ágykihasználtság így 232 nap volt, vagyis 64%-os.[12] A kapacitás kihasználtságát ugyanakkor több tényező is befolyásolhatja: egyrészt a kihasználtsági szint szakterületenként eltérő lehet, másrészt a szolgáltatások minősége, a kórházak infrastrukturális felszereltsége, az egészségügyi személyzet létszáma és felkészültsége is befolyásolja azt.

Nagy valószínűséggel a regionális különbségeket is részben az ellátás színvonala határozza meg, az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele átnyúlik a megye- vagy régióhatárokon. Jelentős befolyásolási tényező, hogy nincs minden megyében kiemelkedően magas kompetenciájú kórház. A kórházak teljesítmény szerinti besorolása alapján 2019-ben 26 akkreditált intézmény tartozott ebbe a kategóriába. Ezek fele a fővárosi régióban működik, Erdélyen belül Kolozsváron öt, Temesváron három, Marosvásárhelyen pedig két ilyen kórház van az Egészségügyi Minőségbiztosítási Hatóság honlapja szerint.[13] Ez magyarázhatja a bukaresti, illetve a közép-erdélyi magas beutalási arányt, feltételezhetően a más megyékből érkező betegek miatt átlagon felüli a felvett esetek relatív száma. Ebben meghatározóak a finanszírozási módszertanok

12 A kihasználtságot az Országos Statisztikai Intézet a fekvőbeteg-ellátásban töltött napok és a kórházi ágyak számának hányadosaként határozza meg, napban kifejezve. A nemzetközi gyakorlanak megfelelően a napok számát az adott naptári év számaihoz viszonyítjuk, így az átlagos ágykihasználtság arányát is feltüntetjük. 2017-es adatok szerint az OECD-országok összességében az átlagos ágykihasználtság 75%-os volt (OECD, 2020).

13 Az I vagy IM besorolású kórházak tartoznak ide (Autoritatea Națională de Management al Calității de Sănătate 2019). A kórházak kompetenciaalapú besorolásának metodológiáját a 323/2011-es számú minisztériumi rendelet határozza meg.

is, amelyek szerint a magasabb kompetenciájú kórházak nagyobb támogatást kapnak (Referat de aprobare, 2017). Az ágykihasználtság ugyanakkor nem mutat nagyon jelentős regionális különbségeket, a legmagasabb Moldvában (67%-os), és viszonylag alacsony Székelyföldön (58%) és Dél-Erdélyben (59%).

3. táblázat. *Kórházi ágyak kihasználtsága, 2017*
Table 3. *Utilisation of hospital beds, 2017*

	Beutaltak száma	**Ezer lakosra jutó beutaltak**	**Kórházi ápolás átlagos időtartama (nap)**	**Átlagos ágykihasználtság (nap)**	**Átlagos ágykihasználtság (%)**
Románia	4 178 478	213	7,4	232	64%
Erdély	1 423 093	213	7,6	228	62%
Moldva	793 631	195	7,6	245	67%
Havasalföld	1 098 512	168	7,7	228	63%
Bukarest–Ilfov	863 242	376	6,3	231	63%
Székelyföld	100 754	198	8,0	213	58%
Közép-Erdély	351 221	282	7,3	237	65%
Partium	218 006	195	7,7	236	65%
Dél-Erdély	341 889	205	7,4	214	59%
Bánság	285 383	204	8,1	237	65%
Észak-Erdély	125 840	169	7,8	227	62%

Forrás: INS Tempo Online, SAN102B

2.2. Egészségügyi személyzet

2017-ben közel 1,86 millió gyakorló orvos[14] volt összesen az EU tagországaiban, átlagban 3,64 gyakorló orvos jutott ezer lakosra (Eurostat, 2020g). Ez a mutató szerint Romániában 2,93 orvos jut ezer lakosra, ezzel az aránnyal az utolsó három tagország között szerepel, az Egyesült Királyság (2,81) és Lengyelország (2,38) előtt. Az első három helyezett Görögország (ezer lakosra 6,07 gyakorló orvos jutott), Ausztria (5,18), valamint Portugália (4,97). Magyarországon 2017-ben 3,32 orvos jutott ezer lakosra.

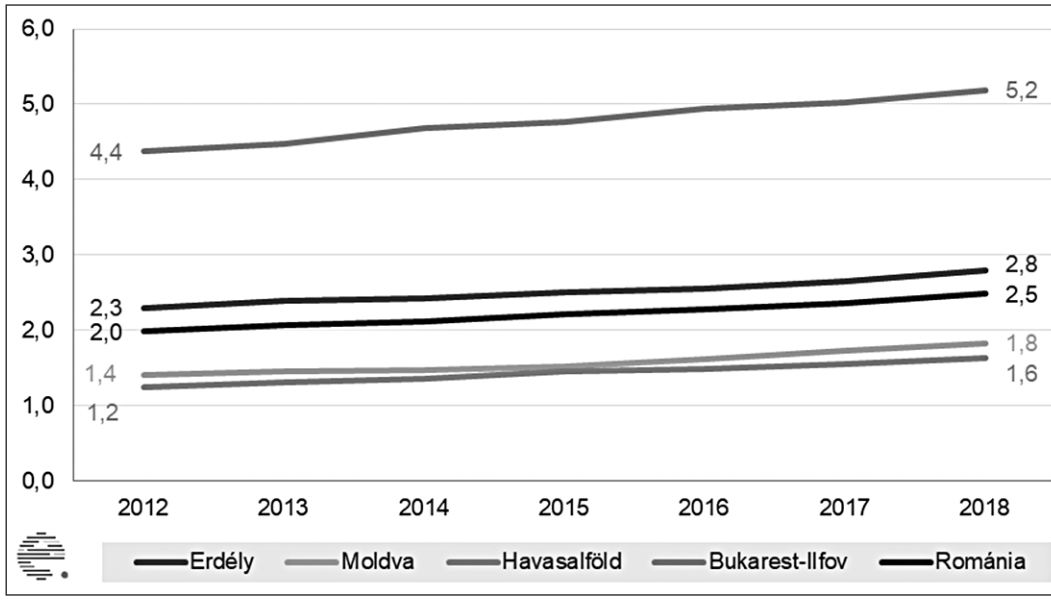
A romániai egészségügyi személyzetet öt kategória alapján tárgyaljuk: orvosok (fogorvosok és családorvosok nélkül), családorvosok, fogorvosok, gyógyszerészek és egészségügyi szakdolgozók.

2.2.1. Orvosok

Elemzésünk alapján elmondható, hogy 2012 és 2018 között Romániában az ezer lakosra jutó orvosok száma (fogorvosok és családorvosok nélkül) folyamatosan növekedett (Országos

14 Gyakorló orvosok azok az orvosi diplomával rendelkező orvosok (fogorvosok kivételével), akik közvetlen szolgáltatásokat nyújtanak a betegeknek/egészségügyi fogyasztóknak.

Statisztikai Intézet, 2020g),[15] annak ellenére, hogy a médianyilvánosságban az orvosok nagyfokú kivándorlásának témája is jelentős hangsúlyt kapott ebben az időszakban. Míg 2012-ben az orvosok száma 39 914 volt, ez 2018-ban elérte a 48 558 főt, ami 22%-os gyarapodást jelent. Az ezer lakosra jutó orvosok száma a fővárosi régióban kiugróan magas (5,2), Erdélyben enyhén átlag feletti (2,8), Moldvában (1,8) és Havasalföldön (1,6) pedig átlag alatti. Ugyanakkor ezekben a régiókban tapasztalható a legnagyobb növekedés 2012 és 2018 között: Moldvában 27%-kal, Havasalföldön 24%-kal nőtt a gyakorló orvosok száma.



2. ábra. *Ezer lakosra jutó gyakorló orvosok száma, 2012–2018*
Figure 2. *Number of medical practitioners practicing/1000 inhabitants, 2012–2018*
Forrás: INS Tempo Online, SAN104B/POP106A

Erdélyen belül nagyon jelentősek az eltérések. Közép-Erdély áll az első helyen, ahol 2018-ban 4,4 orvos jutott ezer lakosra, majd a Bánság következik, ahol ez a mutató 3,6 volt.[16] A legrosszabb a helyzet Észak-Erdélyben (1,3) és Székelyföldön (1,5), mindkét régió az erdélyi átlag alatt helyezkedik el, annak mintegy felét éri el az ezer lakosra jutó orvosok száma. Ugyanakkor az erdélyi régiók közül Székelyföldön történt a legnagyobb növekedés, 2012 és 2018 között 27%-kal nőtt az orvosok száma, a második helyen pedig Partium van, 24%-os bővüléssel.

15 A használt mutató esetén az évközepi rezidens lakossággal számoltunk (Országos Statisztikai Intézet, 2020b).

16 Itt is fontos kiemelni, hogy a magas szakmai standarddal működő kórházak regionálisan egyenlőtlenül oszlanak meg, Erdélyben csak három városba koncentrálódnak: Marosvásárhely, Kolozsvár, Temesvár.

4. táblázat. *Orvosok az erdélyi régiókban*
Table 4. *Medical practitioners in the Transylvanian regions*

Régiók	2012		2015		2018	
	Gyakorló orvosok száma	Ezer lakosra jutó orvos	Gyakorló orvosok száma	Ezer lakosra jutó orvos	Gyakorló orvosok száma	Ezer lakosra jutó orvos
Székelyföld	607	1,2	696	1,4	772	1,5
Közép-Erdély	4 887	3,9	5 205	4,2	5 530	4,4
Partium	2 007	1,8	2 172	1,9	2 488	2,2
Dél-Erdély	3 171	1,9	3 515	2,1	3 844	2,3
Bánság	4 090	2,9	4 418	3,1	4 989	3,6
Észak-Erdély	866	1,1	903	1,2	977	1,3
Erdély	**15 628**	**2,3**	**16 374**	**2,4**	**18 600**	**2,8**

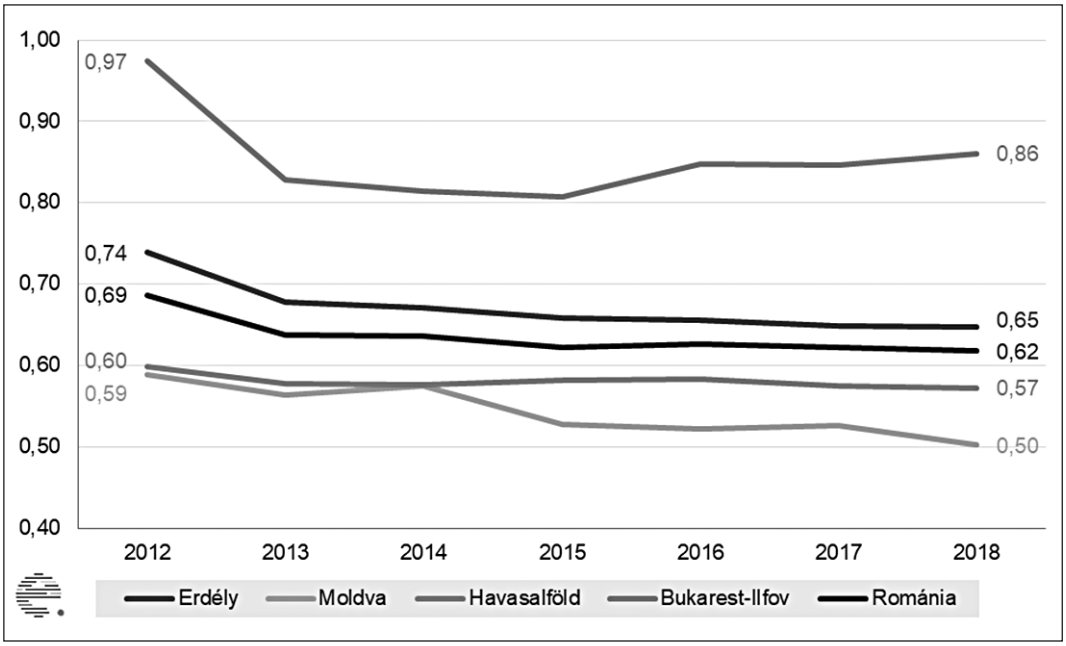
Forrás: INS Tempo Online, SAN104B/POP106A

2.2.2. Családorvosok

Romániában a családorvosok száma csökkent 2012 és 2018 között (Országos Statisztikai Intézet, 2020h). Míg 2012-ben 13 767, addig 2018-ban 12 027 családorvost tartott nyilván az Országos Statisztikai Intézet. A csökkenés mértéke abszolút számok szintjén 13%-os, a lakosságszámhoz igazított, ezer főre jutó családorvosok esetében 10%-os, mivel az elemzett periódusban a rezidens népesség is apadt (Országos Statisztikai Intézet, 2020b). Ellátottság szempontjából a fővárosi övezet vezet, itt közelít az egyhez az ezer lakosra jutó családorvosok száma, a csökkenés átlagos volt az elmúlt hat évben. Erdélyben is hasonló mértékű a családorvosok relatív számának csökkenése, viszont az ellátottság alacsonyabb, ezer lakosra 0,65 orvos jut. Moldvában a leghangsúlyosabb a családorvosok hiánya, 0,50 háziorvos jut ezer lakosra (átlagban mintegy kétezer lakos egy orvosra), és itt volt a legnagyobb, 15%-os a csökkenés is az elemzett periódusban.

A családorvosok számát megvizsgáltuk települések[17] szintjén is Erdélyben. Az adatok értelmezéséhez fontos tudni, hogy egy orvos több településen is rendelhet. Egy családorvosnak egy rendelője lehet, viszont ezen kívül működtethet két munkapontot, akár más településen is. Ugyanakkor a statisztikai intézet a családorvosok számát csak egyszer regisztrálja, azokban a közigazgatási egységekben, ahol a rendelő be van jegyezve.[18] A rendszer komplexitása miatt a települési statisztikák adathiányosnak tűnnek (ha nincs rendelő, akkor nincs családorvos), viszont ez egy jogi-adminisztratív következmény, és nem jelenti azt, hogy nem létezik az adott községben alapellátás.[19] A torzítások tompítására három év (2016–2018) átlagos családorvos-

17 Közigazgatási egységek szintjén: municípiumok, városok, községek.
18 Az INS egészségügyi adatgyűjtése az egészségügyi egységeken keresztül (pl. kórházak, családorvosi rendelők) történik. Ezekről lásd bővebben: Legea nr. 73/2019, Országos Statisztikai Intézet, 2020i.
19 Vizsgálatunk során nyolc, többségében magyarok által lakott községben ellenőriztük a helyzetet, ahol a Statisztikai Intézet nem közölt adatot. Ezek mindenikében volt családorvosi ellátás.



3. ábra. *Ezer lakosra jutó családorvosok száma, 2012–2018*
Figure 3. *Number of family medicine practitioners/1000 inhabitants, 2012-2018*
Forrás: INS Tempo Online, SAN104B/POP106A

számát vettük figyelembe, relatív mutatóként az egy háziorvosra jutó átlagos lakosságszámot használjuk.[20] Ezzel a számítással Romániában 1652, Erdélyben 1555 lakosra jutott átlagban egy családorvos 2016–2018 között.

Erdélyen belül is jelentősek a területi egyenlőtlenségek, a legjobban ellátott a bánsági régió, itt mintegy 1300 lakosra jut egy családorvos, ami jelentősen kedvezőbb, mint az erdélyi 1555 fős átlag. A háziorvosok hiánya Észak-Erdélyben és Székelyföldön a leghangsúlyosabb, ezekben a régiókban valamivel több mint 1850 lakost kell kiszolgáljon átlagban egy orvos. A többi erdélyi régió átlagosnak tekinthető, ezekben 1500-1550 lakos jut egy háziorvosra. A települések mérete szerint a nagyvárosok állnak a legjobban, 1200 körüli lakos jut átlagban egy családorvosra, falvakon 1700 feletti ugyanez a mutató.

A települések etnikai térszerkezete szerint a magyar többségű településeken van relatív kevés orvos (főleg vidéken), viszont kiemelkedő a családorvosok lakossághoz viszonyított száma azon városokban, ahol a magyarság aránya 35–50% közötti (elsősorban Marosvásárhelynek és Szatmárnémetinek köszönhetően).

20 Az orvosok számát itt a 2011-es népszámláláskor rögzített népességhez tudtuk viszonyítani. Időközben nagy valószínűséggel csökkent a lakosságszám, így az egy családorvosra jutók száma valamivel alacsonyabb lehet.

5. táblázat. *Családorvosok száma Erdélyben*[21]
Table 5. *Number of family medicine practitioners in Transylvania*

		Családorvosok átlagos száma (2016–2018)	**Egy családorvosra jutó lakos**		
			Összesen	**Városon**	**Falun**
Erdélyi régiók	Székelyföld	272	**1855**	**1771**	1934
	Közép-Erdély	783	1556	1391	1901
	Partium	722	1532	1323	1792
	Dél-Erdély	1106	1510	1473	1605
	Bánság	1089	**1280**	**1191**	**1434**
	Észak-Erdély	395	**1909**	**1771**	**2073**
Település mérete	Nagyváros (100 000 lakos felett)	1497	**1176**		
	Középváros (20–100 000 lakos)	731	1685		
	Kisváros (20 000 lakos alatt)	532	1651		
	Község nagyvárosi vonzáskörzetben	241	**1811**		
	Község	1366	**1713**		
Magyarok aránya	Magyar dominancia (> 75%)	316	1737	**1746**	1729
	Többség (50–75%)	122	**1941**	**1657**	**2070**
	Paritásos kisebbség (35–50%)	306	**1239**	**1075**	1953
	Kisebbség (20–35%)	368	1551	1364	1946
	Szórvány (< 20%, > 250 fő)	2051	1445	1399	1945
	Szórványban élő személyek (< 250 fő)	1111	1601	1594	1603
Erdély (1087 közigazgatási egység)		**4367**	**1555**	**1403**	**1728**

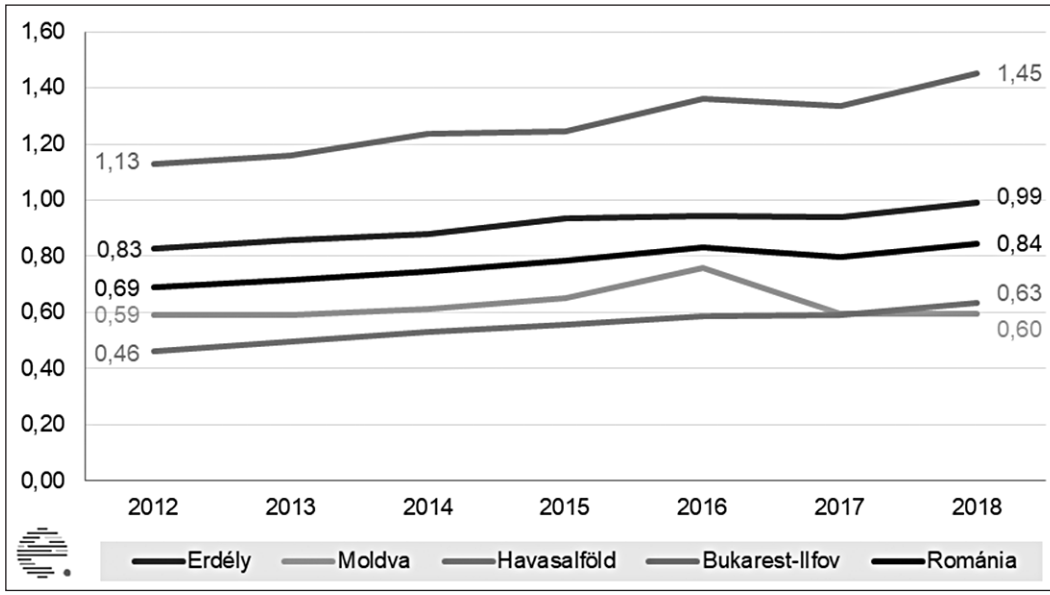
Forrás: Erdélystat, INS Tempo Online, SAN104B/POP106A

2.2.3. Fogorvosok

Az EU tagországaiban összesen 360 000 gyakorló fogorvos volt 2017-ben (Eurostat 2020h). A legellátottabb országok e tekintetben Görögország, ahol 2017-ben ezer lakosra 1,23 fogorvos jutott, Bulgária (1,19), valamint Ciprus (1,09). A szóródás jelentős a tagországok között, ugyanis a lista végén található országok esetében sokkal alacsonyabb az ezer lakosra jutó fogorvosok száma: Hollandia és Szlovákia esetén 0,50, míg Máltán 0,48. Romániában a fogorvosok száma az Eurostat-adatok szerint 2017-ben 15 497 volt, azaz 0,79 fogorvos jutott ezer lakosra, amely valamivel több, mint Magyarország esetén (0,67). Továbbá az Eurostat-adatok szerint 2017-ben a friss fogorvosi diplomások száma Németországban (2200) és Romániában (2000) volt a legnagyobb, így az ezer lakosra jutó friss fogorvosi diplomások száma (0,11) szerint Románia az első a tagországok közül.

21 A mutatók számításakor itt kihagytuk azokat a településeket, ahol egyik évben sem volt regisztrált családorvos (összesen 96 közigazgatási egység).

Az Országos Statisztikai Intézet adatai szerint Romániában a fogorvosok száma is konstans növekedést mutatott 2012–2018 között, a bővülés aránya 19%-os (Országos Statisztikai Intézet, 2020g, 2020b). A romániai régiókat, bár eltérő mértékben, de szintén növekvő tendencia jellemzi ebben az időszakban: az országos átlagnövekedést Havasalföld és a fővárosi régió múlta jelentősen felül, míg Erdélyben kicsivel átlag alatti növekedés történt (18%). Moldva e tekintetben messze elmarad az országos trendektől, ott a fogorvosok abszolút száma 2%-kal csökkent a statisztikai adatok szerint, csupán relatív értelemben maradt szinten, a rezidens lakosság jelentős csökkenése miatt.



4. ábra. *Ezer lakosra jutó fogorvosok száma, 2012–2018*
Figure 4. *Number of dentists/1000 inhabitants, 2012-2018*
Forrás: INS Tempo Online, SAN104B/POP106A

Az erdélyi régiók esetén is szintén növekedés tapasztalható a fogorvosok számát illetően. Az ellátottsági szint Közép-Erdélyben a legjobb (1,21 fogorvos jut ezer lakosra), és Székelyföldön a legrosszabb (0,57).

6. táblázat. *Fogorvosok az erdélyi régiókban*
Table 6. *Dentists in the Transylvanian regions*

Régiók	2012		2015		2018	
	Fogorvosok száma	Ezer lakosra jutó fogorvos	Fogorvosok száma	Ezer lakosra jutó fogorvos	Fogorvosok száma	Ezer lakosra jutó fogorvos
Székelyföld	266	0,43	259	0,50	290	0,57
Közép-Erdély	1328	1,06	1578	1,26	1513	1,21
Partium	959	0,84	1088	0,96	1127	1,01
Dél-Erdély	1208	0,70	1302	0,77	1455	0,87
Bánság	1409	0,99	1562	1,11	1630	1,16
Észak-Erdély	475	0,62	512	0,68	583	0,78
Erdély	**5645**	**0,83**	**6301**	**0,94**	**6598**	**0,99**

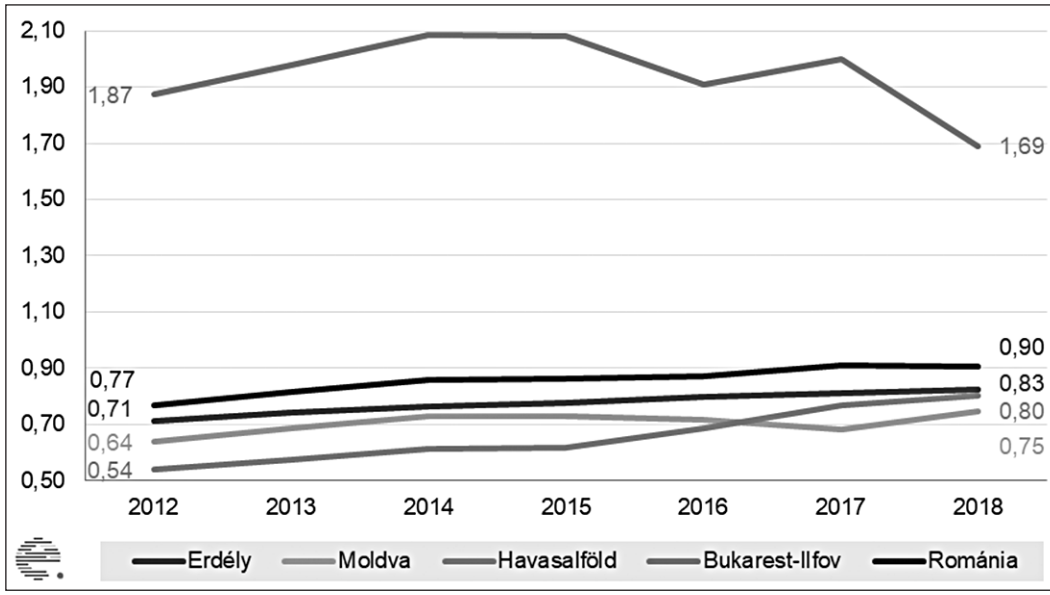
Forrás: INS Tempo Online, SAN104B/POP106A

2.2.4. Gyógyszerészek

2017-ben az EU tagországaiban összesen 450 000 gyógyszerész volt (Eurostat, 2020h). Az ezer lakosra jutó gyógyszerészek tekintetében a legellátottabb országok közül az első helyen Málta található (1,29), ezt követi Belgium (1,23) és Olaszország (1,17), a lista végén Németország (0,65), Dánia (0,52) és Hollandia (0,21) található. Romániában 17 759 gyógyszerész volt 2017-ben az Eurostat-adatok szerint, 0,90 jutott ezer lakosra. Ugyanez a mutató Magyarországon 0,77, mindkét ország az európai középmezőnyben helyezkedik el.

Az Országos Statisztikai Intézet adatai alapján Romániában 2012 és 2018 között az ezer lakosra jutó gyógyszerészek száma (Országos Statisztikai Intézet, 2020g, 2020b) szintén növekedett, 0,76-ról 0,90-re. Az országos átlaghoz képest Bukarest–Ilfov régió áll a legjobban, annak ellenére, hogy 2012 és 2018 között 9%-kal csökkent a gyógyszerészek abszolút száma. A többi romániai régióban, bár jelentős növekedés ment végbe (pl. Havasalföld esetén 41%-os), az ezer lakosra jutó gyógyszerészek száma egy alatt maradt.

Erdélyen belül nem jelentősek az egyenlőtlenségek, a legjobban Partium áll (0,94 gyógyszerész jut ezer lakosra), a legkisebb arány Székelyföldön tapasztalható (0,71). A regionális különbségek valamelyest csökkentek 2012 és 2018 között, Székelyföldön 40, Észak-Erdélyben 27%-kal növekedett a patikusok száma.



5. ábra. *Ezer lakosra jutó gyógyszerészek száma, 2012–2018*
Figure 5. Number of pharmacists/1000 inhabitants, 2012-2018
Forrás: INS Tempo Online, SAN104B/POP106A

7. táblázat. *Gyógyszerészek az erdélyi régiókban*
Table 7. *Pharmacists in the Transylvanian regions*

Régiók	**2012**		**2015**		**2018**	
	Gyógy-szerészek száma	**Ezer lakosra jutó gyógy-szerész**	**Gyógy-szerészek száma**	**Ezer lakosra jutó gyógy-szerész**	**Gyógy-szerészek száma**	**Ezer lakosra jutó gyógy-szerész**
Székelyföld	258	0,49	274	0,53	361	0,71
Közép-Erdély	892	0,71	1014	0,81	985	0,79
Partium	977	0,85	1026	0,90	1043	0,94
Dél-Erdély	1204	0,70	1260	0,74	1378	0,82
Bánság	985	0,69	1076	0,76	1088	0,77
Észak-Erdély	506	0,66	590	0,78	641	0,86
Erdély	**4822**	**0,71**	**5240**	**0,78**	**5496**	**0,83**

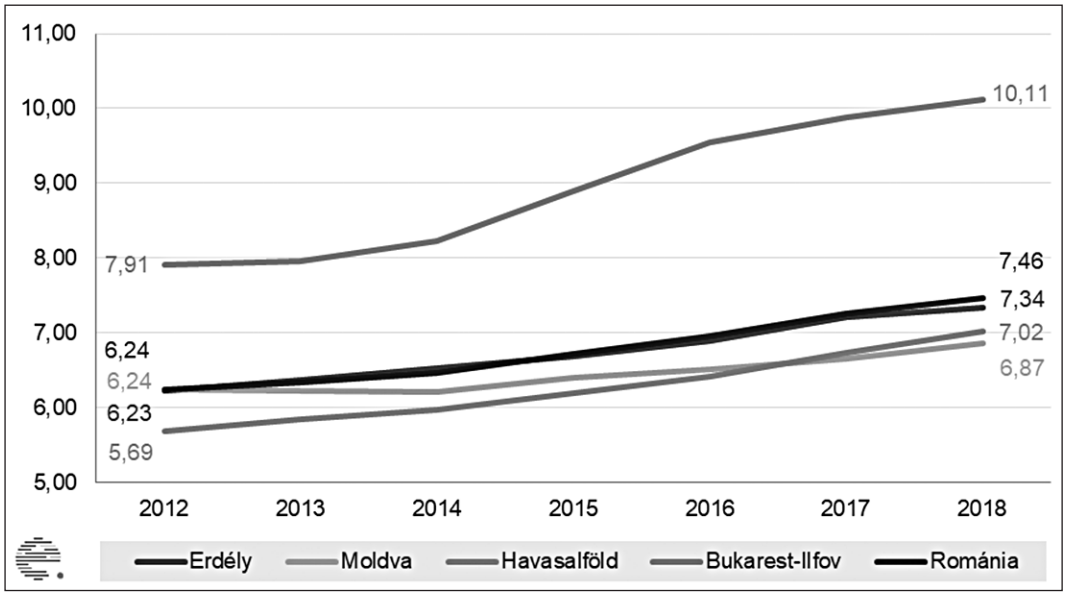
Forrás: INS Tempo Online, SAN104B/POP106A

2.2.5. Egészségügyi szakdolgozók

Az egészségügyi szakdolgozók köre nagyon tág, ide tartoznak a betegellátásban részt vevő ápolók, asszisztensek, szülésznők, védőnők, fogászati asszisztensek, mentőápolók, laboránsok, egészségügyi technikusok, csecsemő- és gyermekápolók, orvosi laboratóriumi asszisztensek, gyógytornászok (Országos Statisztikai Intézet, 2020g).

Európai szinten sajnos nincs minden országra adat, az Eurostat 2017-es mutatói szerint Románia valahol a középmezőnyben helyezkedik el, itt 7,14 egészségügyi szakdolgozó jut ezer lakosra (Eurostat, 2020i). Magyarországon ugyanez a mutató 6,76. Az adatokkal rendelkező tagországok közül Németország (13,22), Luxemburg (12,08) és Hollandia (11,11) kiemelkedő, a lista végén Görögország (3,57), Lettország (4,77), illetve Bulgária (5,70) áll.

Romániában az Országos Statisztikai Intézet adatai alapján ezer lakosra átlagosan 7,46 egészségügyi szakdolgozó jutott 2018-ban. Az elmúlt években, 2012 és 2018 között egy 15%-os növekedés következett be, átlagon felül a fővárosi régióban (28%), ahol amúgy is kiemelkedő az egészségügyi dolgozók száma. Erdélyben az ellátottság megegyezik az országos átlaggal, itt a bővülés 13%-os volt az elmúlt hat évben.



6. ábra. *Ezer lakosra jutó egészségügyi szakdolgozók száma, 2012–2018*
Figure 6. *Number of healthcare professionals/1000 inhabitants, 2012-2018*
Forrás: INS Tempo Online, SAN104B/POP106A

2018-ban az erdélyi régiók esetén az ezer lakosra jutó egészségügyi szakdolgozók száma 6,5 és 8,3 között mozgott. A legjobb ellátottság ebben a tekintetben Székelyföldön érhető tetten (8,3 egészségügyi szakdolgozó jut ezer lakosra), itt a növekedés is kimagasló, 35%-os volt a vizsgált periódusban. Viszonylag jó a helyzet Észak-Erdélyben is (7,9), amelyik szintén jelentős lemaradást mutatott más tényezők, például az orvosok száma alapján. Lakosságarányosan a

legkevesebb egészségügyi szakdolgozóval Partium bír (6,5), itt a bővülés is kis mértékű volt az elmúlt években.

8. táblázat. *Egészségügyi szakdolgozók száma az erdélyi régiókban*
Table 8. *Number of healthcare professionals in the Transylvanian regions*

Régiók	2012		2015		2018	
	Szakdolgozók száma	Ezer lakosra jutó szakdolgozó	Szakdolgozók száma	Ezer lakosra jutó szakdolgozó	Szakdolgozók száma	Ezer lakosra jutó szakdolgozó
Székelyföld	3 133	6,02	3 897	7,56	4 220	8,33
Közép-Erdély	8 342	6,70	8 884	7,13	9 362	7,53
Partium	6 477	5,68	6 603	5,85	7 159	6,45
Dél-Erdély	9 533	5,59	10 344	6,13	11 510	6,91
Bánság	9 649	6,83	9 856	7,01	10 733	7,69
Észak-Erdély	5 137	6,75	5 526	7,34	5 883	7,93
Erdély	**42 271**	**6,23**	**45 110**	**6,70**	**48 867**	**7,34**

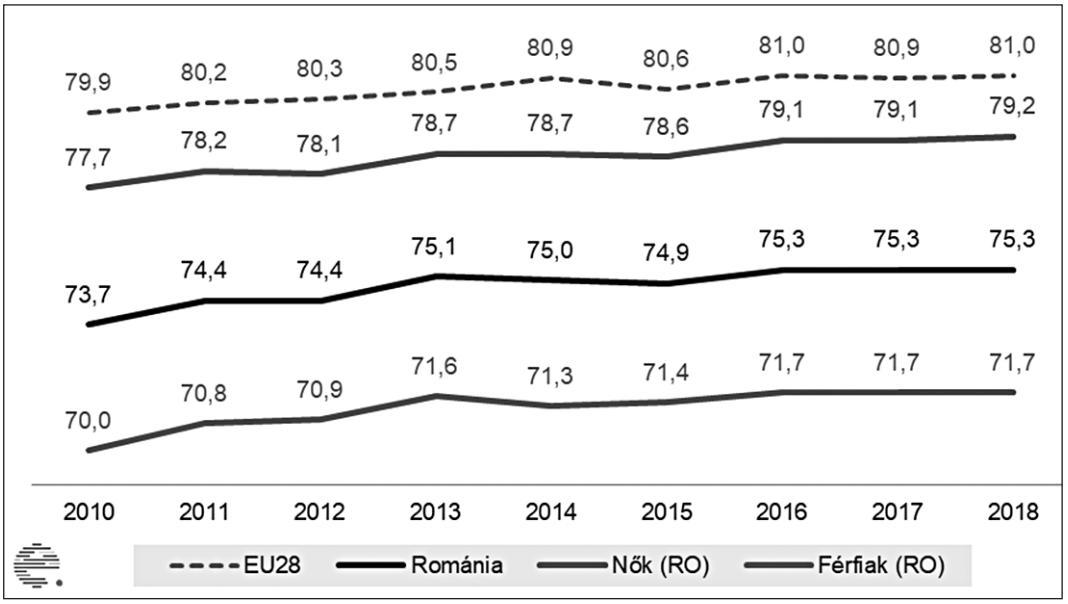
Forrás: INS Tempo Online, SAN104B/POP106A

3. Halálozások és halálokok Erdélyben, 2012–2018

3.1. Születéskor várható átlagos élettartam

Az emberi élettartam meghosszabbodása a modern társadalmak egyik vívmányának tekinthető. A születéskor várható átlagos élettartam az életminőség egyik legfontosabb mutatója, azt fejezi ki, hogy egy újszülött az adott év halandósági viszonyai mellett átlagosan mekkora élettartamra számíthat. Az Eurostat legfrissebb, 2018-as adatai alapján (Eurostat, 2020j) az Európai Unió tagállamai közül jelenleg Spanyolországban a leghosszabb a születéskor várható átlagos élettartam (83,5 év), ezt követi Olaszország (83,4 év), majd Franciaország és Ciprus (mindkettőnél 82,9 év). Romániában a születéskor várható átlagos élettartam 2018-ban 75,3 év volt, ez az EU28-as lista 26. helyére pozícionálja országunkat. Csupán Lettország és Bulgária rendelkezik alacsonyabb mutatókkal. A kelet-közép-európai régióban Csehországban 79,1 év, Lengyelországban 77,7 év, Szlovákiában 77,4 év, Magyarországon pedig 76,2 év volt a születéskor várható átlagos élettartam 2018-ban.

A férfiak rosszabb élethosszesélyekkel rendelkeznek, várható átlagos élettartamuk Romániában 71,7 év (az EU-s átlag 78,3), míg a nőké 79,2 év (az EU-s átlag 83,6). 2010 és 2018 között Romániában 1,6 évvel nőtt a születéskor várható élettartam, ez valamivel jobb, mint az uniós szinten regisztrált 1,1 évnyi növekedés.



7. ábra. *Születéskor várható élettartam (év)*
Figure 7. *Life expectancy at birth (year)*
Forrás: Eurostat, demo_mlexpec

A jelentős magyar lakossággal rendelkező erdélyi megyék közül Kolozs megyében a legmagasabb (77,5 év), illetve Szatmár megyében a legalacsonyabb (73,8 év) a születéskor várható átlagos élettartam. 2010 és 2018 között szinte azonos léptékben növekedett ezekben a megyékben a születéskor várható élethossz, kivételt Kovászna megye képez, itt volt a legkisebb az átlagos éves bővülés ebben az időszakban. A rövid távú ingadozások részleges kiküszöbölése érdekében ebben a tanulmányban az átlagos éves változásokat – így a születéskor várható átlagos élettartamét is – az előző évhez viszonyított változások átlagaival fejezzük ki, a jelzett időperiódusokra vonatkozóan.

9. táblázat. *Születéskor várható átlagos élettartam néhány erdélyi megyében*
Table 9. *Average life expectancy at birth in a few Transylvanian counties*

Régió	**Megye**	**2010**	**2018**	**Átlagos éves változás 2010 és 2018 között (években kifejezve)**
Székelyföld	Hargita	74,0	76,2	0,27
	Kovászna	73,7	75,3	0,19
Közép-Erdély	Maros	73,6	75,7	0,27
	Kolozs	75,3	77,5	0,27
Partium	Bihar	72,8	75,3	0,30
	Szatmár	71,3	73,8	0,30
	Szilágy	72,5	75,0	0,31

Forrás: INS TEMPO Online, POP217A

3.2. Nyers halálozási arányszám

A születéskor várható élethossz növekedésével párhuzamosan a nyers halálozási arányszám (a halálozások ezer lakosra jutó száma az évközepi népességre vetítve) emelkedése érhető tetten Európa legtöbb országában. A látszólagos ellentmondást alapvetően a népesség elöregedése magyarázza. Az európai uniós átlagot tekintve a nyers halálozási arányszám 2010 és 2018 között 9,9-ről 10,5 ezrelékre nőtt (Eurostat, 2020k).

Az Unión belül 2018-ban Írországban regisztrálták a legalacsonyabb nyers halálozási arányszámot (6,4 ezrelék), ezt Ciprus (6,6), majd Luxemburg követi (7,1). 2018-ban Romániában a nyers halálozási arányszám 13,6 ezrelék volt,[22] ezzel a 25. az EU-s rangsorban. Litvániában, Lettországban és Bulgáriában rosszabb ez a mutató. Magyarország rögtön Románia előtt foglal helyet, 13,4-es nyers halálozási arányszámmal; míg Lengyelország 10,9-es, Szlovákia 10-es és Csehország 10,6-os nyers halálozási arányszámmal rendelkezik.

A nyers halálozási arányszám Romániában a 2010-es 12,8 ezrelékről 13,6 ezrelékre növekedett 2018-ra. Az Országos Statisztikai Intézet adatai szerint 2018-ban az országban 264 317 halálesetet regisztráltak, ez naponta átlagosan mintegy 724 elhunytat jelent (Országos Statisztikai Intézet, 2020k).

A nyers halálozási arányszámot megvizsgáltuk korcsoportok szerint is. A korspecifikus nyers halálozási arányszám az idősebb korcsoportokban csökkenést mutat: 2012 és 2018 között a 80 év felettiek esetében 130-ról 124-re; a 70 és 79 közöttiek esetében pedig 45-ről 42-re javult. Negatív elmozdulás a 60–69 éves korosztályban figyelhető meg: míg 2012-ben ezer lakosból 18,4 hunyt el, ez 2018-ra 19,7-re nőtt, ami alapvetően a 60 és 64 év közötti férfiak növekvő halálozási arányszámának tudható be.

10. táblázat. *Nyers halálozási arányszám korcsoportok szerint*
Table 10. *Crude mortality rate by age groups*

	2012	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
0–39 év	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
40–59 év	6,3	6,1	6,3	6,1	6,1	5,9	6,0
60–69 év	18,4	18,1	18,3	18,7	18,9	19,1	19,7
70–79 év	45,4	43,5	44,2	44,7	43,3	43,2	42,2
80 év felett	129,9	124,0	125,6	130,4	124,8	124,9	124,3
Románia	**12,6**	**12,4**	**12,8**	**13,2**	**13,1**	**13,3**	**13,6**

Forrás: INS Tempo Online, POP206K, POP106A

Románián belül jelentős regionális különbségek figyelhetőek meg a nyers halálozási arányszám tekintetében. A legalacsonyabb elhalálozási arányszám 2018-ban Bukarest–Ilfovban volt: 11,6 ezrelék; ezt követi Erdély (12,8); majd hasonló aránnyal Moldva és Havasalföld (14,4).

22 Az Országos Statisztikai Intézet (INS) által kalkulált nyers halálozási arányszám (Országos Statisztikai Intézet, 2020j) eltér az Eurostat adataitól (2018-ban 11,9 ezrelék), mivel két, különbözőképpen definiált populációval számolnak. Míg az INS az állandó lakosságot, addig az Eurostat a rezidens lakosságot veszi alapul a mutató kiszámításakor. Elemzésünkben az Eurostat módszertanát követjük.

Románia szintjén évente 0,6%-kal nőtt átlagban az ezer lakosra vetített halálesetek száma 2012 és 2018 között, a moldvai régióban átlag felett, a havasalföldi régióban pedig jelentős ingadozások mellett a legkisebb a relatív változás ebben a hat évben.

11. táblázat. *Nyers halálozási arányszám Románia különböző régióiban*
Table 11. *Crude mortality rate in different regions in Romania*

	2012	**2018**	**Elhalálozások átlagos éves változása** (%)[23]
Erdély	12,1	12,8	0,7%
Moldva	13,0	14,4	1,3%
Havasalföld	13,7	14,5	0,1%
Bukarest–Ilfov	11,2	11,6	0,8%
Románia	**12,7**	**13,6**	**0,6%**

Forrás: INS Tempo Online, POP106A, POP206D

Erdélyen belül Partiumban volt a legmagasabb a nyers halálozási arányszám, a legalacsonyabb Közép- és Észak-Erdélyben. Az elhalálozások átlagos éves változása Székelyföldön a legmagasabb, itt 11,6-ról 12,9 ezrelékre nőtt a nyers halálozási arányszám 2012 és 2018 között.

12. táblázat. *Nyers halálozási arányszám az erdélyi régiókban*
Table 12. *Crude mortality rate in the Transylvanian regions*

	2012	**2018**	**Elhalálozások átlagos éves változása** (%)
Székelyföld	11,6	12,9	1,4%
Közép-Erdély	11,9	12,3	0,6%
Partium	12,8	13,6	0,6%
Dél-Erdély	12,0	13,0	0,9%
Bánság	12,3	12,6	0,3%
Észak-Erdély	11,7	12,4	0,6%
Erdély	**12,1**	**12,8**	**0,7%**

Forrás: INS Tempo Online, POP106A, POP206D

3.3. Halálokok gyakorisága

Az Európai Unió országaiban a legfrissebb, 2016-ra vonatkozó statisztikai adatok alapján Eurostat (2020l) a legtöbb halálesetet a keringési rendszer betegségei okozzák, ezek az összes elhalálozás 36%-áért felelősek (elsősorban szívinfarktus és stroke). A második vezető halálokot a daganatos megbetegedések alkotják, ezek az elhalálozások 27%-áért felelősek. Három tagország kivétel ez alól: Dánia, Franciaország és Hollandia, ahol a rákos megbetegedések vezető halálokokká avanzsáltak (Eurostat, 2019). A harmadik leggyakoribb halálok az EU-ban a

23 A rövid távú ingadozások részleges kiküszöbölése érdekében ebben a tanulmányban az átlagos éves változásokat az előző évhez viszonyított változások átlagaival fejezzük ki, itt a 2012 és 2018 közötti periódusra számolva.

légzőrendszer betegségei (pl. tüdőgyulladás, influenza, tüdőtágulat és asztma), ezek a halálesetek 8,2%-áért felelősek. Az EU-ban történő haláleseteknek egy jelentős része (4,6%-a) olyan külső okokra vezethető vissza, mint a sérülések, közlekedési balesetek, szándékos önártalom, testi sértés és az orvosi ellátás nem kívánatos szövődményei. Az ötödik vezető halálokot az emésztőrendszer betegségei alkotják (pl. májzsugorodás, májelégtelenség, gyomorfekély), ezek az EU-n belüli elhalálozások 4,3%-áért felelősek. Ehhez hasonló arányt képviselnek a mentális és viselkedési rendellenességek (pl. demencia, az alkohol és a pszichoaktív szerek okozta mentális- és viselkedészavarok, skizofrénia), valamint az idegrendszeri és érzékszervi betegségek (pl. Parkinson- és Alzheimer-kór, agyhártyagyulladás) miatt bekövetkezett halálesetek.

Románia jelentősen eltér az uniós átlagtól. A keringési rendszer betegségei által okozott halálesetek kiemelkedőek, 58%-os aránnyal vezették a halálokok listáját 2016-ban. A daganatos betegségek súlya viszont kisebb, az elhalálozások 20%-áért voltak felelősek.

13. táblázat. *Elhalálozási okok az Európai Unióban, Romániában és Magyarországon, 2016*
Table 13. *Cause of death in the European Union, Romania and Hungary, 2016*

	ICD-10 osztály	**EU28**	**Románia**	**Magyarország**
A keringési rendszer betegségei	I00-I99	35,7%	58,2%	49,5%
Daganatok	C00-D48	27,0%	20,3%	26,5%
A légzőrendszer betegségei	J00-J99	8,2%	5,7%	5,7%
A morbiditás és mortalitás külső okai	V01-Y89	4,6%	3,8%	4,5%
Az emésztőrendszer betegségei	K00-K93	4,3%	5,7%	4,9%
Mentális és viselkedési rendellenességek	F00-F99	4,3%	0,1%	2,6%
Az idegrendszer és érzékszervek betegségei	G00-H95	4,3%	1,5%	1,5%
Nem minősített tünetek és rendellenességek	R00-R99	3,6%	0,3%	0,2%
Endokrin-, táplálkozási és anyagcsere-betegségek	E00-E90	3,0%	1,1%	2,5%
A húgy- és ivarrendszer betegségei	N00-N99	1,9%	1,4%	0,7%
Fertőző és parazitabetegségek	A00-B99	1,6%	1,2%	0,6%
Egyéb betegségek (1% alatt)	-	1,5%	0,5%	1,0%
Összesen		**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

Forrás: Eurostat, hlth_cd_aro

A légző- és emésztőrendszeri betegségek egyaránt 5,7%-ot képviselnek a halálesetek okai között, a morbiditás és mortalitás külső okai pedig 3,8%-kal az ötödik leggyakoribb haláloknak minősülnek. Összehasonlításképpen Magyarországon az összes elhalálozás mintegy felét okozták a keringési rendszer betegségei: 26,5%-át a daganatok, 5,7%-át a légzési rendszer megbetegedései, 4,9%-át az emésztőrendszer megbetegedései, 4,5%-át pedig a morbiditás és mortalitás külső okai.

A romániai halálokok gyakoriságát, illetve azok időbeli változását áttekintjük az Országos Statisztikai Intézet aktuálisabb adatai szerint is. 2018-ban az elsődleges halálokot továbbra is a keringési rendszer betegségei jelentették, ezek az összes haláleset 56,5%-áért felelősek. Ezen

belül leggyakoribbak az iszkémiás szívbetegség (szívinfarktus, szívelégtelenség), valamint az agyérbetegség (stroke) által okozott halálesetek. A második leggyakoribb halálok a daganatok (19,6%), ezt követik a légzőrendszer (6,5%) és az emésztőrendszer betegségei (5,9%) okozta halálesetek, majd a mortalitás és morbiditás külső okai (3,8%).

14. táblázat. *Elhalálozások ok szerinti megoszlása és alakulása Romániában*
Table 14. *Mortality by cause and their development in Romania*

	2007	**2018**	**Átlagos éves változás (%)**[24]
A keringési rendszer betegségei	61,3%	56,5%	–0,28%
Ebből: iszkémiás szívbetegség	21,0%	18,9%	–0,50%
Ebből: agyérbetegség	20,3%	16,1%	–1,61%
Daganatok	18,0%	19,6%	1,20%
A légzőrendszer betegségei	5,0%	6,5%	2,92%
Az emésztőrendszer betegségei	5,8%	5,9%	0,69%
A morbiditás és mortalitás külső okai	4,9%	3,8%	–1,76%
Az idegrendszer és érzékszervek betegségei	0,8%	1,7%	7,57%
A húgy- és ivarrendszer betegségei	0,9%	1,6%	5,55%
Fertőző és parazitabetegségek	0,9%	1,4%	4,28%
Ebből: tuberkulózis	0,6%	0,3%	–4,84%
Endokrin-, táplálkozási és anyagcsere-betegségek	0,9%	1,1%	2,25%
Ebből: cukorbetegség	0,9%	1,0%	1,92%
Terhesség, szülés	0,01%	0,01%	–0,18%
Perinatális (szülés körüli) szakban keletkező állapotok	0,4%	0,2%	–6,04%
Veleszületett rendellenességek, deformitások és kromoszómaabnormitások	0,3%	0,1%	–6,64%
Egyéb összesített	0,7%	1,7%	10,60%

Forrás: INS Tempo Online, POP206D, POP206C

Az általános európai trendekhez hasonlóan Romániában is csökkent a keringési rendszer betegségei által okozott elhalálozások aránya 2007 és 2018 között, 61,3-ról 56,5%-ra. A keringési betegségek által okozott elhalálozások aránya Havasalföldön a legmagasabb (59,9%), míg Erdélyben és Moldvában a legalacsonyabb (54,2%). Erdélyen belül a közép-erdélyi régióban volt a legalacsonyabb a keringési rendszer megbetegedései által okozott halálesetek aránya 2018-ban (51,5%); Észak-Erdélyben, Partiumban és Székelyföldön a legmagasabb. Az is szembetűnő, hogy Erdélyben évente átlagosan 0,8%-kal csökken a keringési rendszer betegségei által okozott elhalálozások aránya (minden erdélyi régióban csökkenés tapasztalható), míg Moldvában és Bukarest–Ilfovban 0,7%-os növekedés figyelhető meg.

24 A rövid távú ingadozások részleges kiküszöbölése érdekében az átlagos éves változásokat az előző évhez viszonyított változások átlagaival fejezzük ki, itt a 2007 és 2018 közötti periódusra számolva.

15. táblázat. *A keringési rendszer betegségei által okozott elhalálozások gyakorisága*
Table 15. *Frequency of deaths caused by cardiovascular diseases*

	2007	**2018**	**Átlagos éves változás** (%)
Székelyföld	61,2%	55,5%	–0,15%
Közép-Erdély	59,2%	51,5%	–0,88%
Partium	63,3%	56,3%	–1,06%
Dél-Erdély	59,3%	53,9%	–0,17%
Bánság	63,9%	53,0%	–1,70%
Észak-Erdély	62,0%	57,1%	–0,11%
ERDÉLY	**61,4%**	**54,2%**	**–0,80%**
Havasalföld	64,9%	59,9%	–0,57%
Moldva	56,6%	54,2%	0,72%
Bukarest–Ilfov	57,5%	57,4%	0,65%
ROMÁNIA	**61,3%**	**56,5%**	**–0,28%**

Forrás: INS Tempo Online, POP206C, POP206D

2007 és 2018 között nőtt a daganatos megbetegedések által okozott halálesetek száma: az ebben a kategóriában regisztrált halálozások száma 45 383-ról 51 701-re emelkedett, ami 1,2%-os átlagos éves növekedést jelent. A daganatos betegségek előfordulási gyakoriságát tekintve az első öt terület a tüdő, a vastag- és végbél, az emlő, a prosztata és a méhnyak (Institutul Național de Sănătate Publică, 2018). A daganatos megbetegedésekben elhalálozottak aránya Bukarest–Ilfovban a legmagasabb (22,6%) és Havasalföldön a legalacsonyabb (18,1%) az ország nagyrégióit tekintve. Erdélyen belül a közép-erdélyi régióban kiemelkedő (23,8%). Székelyföldön és Partiumban az elhalálozások mintegy együtt ödéért okolhatók a daganatos megbetegedések, ebben a két régióban kiemelkedő az átlagos éves növekedés 2007 és 2018 között.

16. táblázat. *A daganatos megbetegedések által okozott elhalálozások gyakorisága*
Table 16. *Frequency of deaths caused by cancer*

	2007	**2018**	**Átlagos éves változás** (%)
Székelyföld	18,2%	20,2%	1,75%
Közép-Erdély	21,1%	23,8%	1,48%
Partium	17,0%	20,6%	1,74%
Dél-Erdély	20,0%	21,3%	1,28%
Bánság	18,4%	19,6%	0,62%
Észak-Erdély	17,3%	18,3%	1,14%
ERDÉLY	**18,9%**	**20,8%**	**1,23%**
Havasalföld	16,1%	18,1%	1,21%
Moldva	17,9%	18,6%	1,47%
Bukarest–Ilfov	18,9%	22,6%	0,65%
ROMÁNIA	**18,0%**	**19,6%**	**1,20%**

Forrás: INS Tempo Online, POP206C, POP206D

2007 óta **a légzőrendszer betegségei** (pl. tüdőgyulladás, influenza, tüdőtágulat és asztma) által okozott elhalálozások aránya is emelkedett, évente átlagosan 2,9%-kal. A valamilyen légzőszervi megbetegedés okozta elhalálozások aránya Közép-Erdélyben volt a legmagasabb 2018-ban (7,8%).

17. táblázat. *A légzőrendszer betegségei által okozott elhalálozások gyakorisága*
Table 17. *Frequency of deaths caused by diseases of the respiratory system*

	2007	**2018**	**Átlagos éves változás** (%)
Székelyföld	5,0%	6,6%	4,11%
Közép-Erdély	4,6%	7,8%	5,54%
Partium	5,1%	6,9%	3,45%
Dél-Erdély	5,7%	7,3%	3,54%
Bánság	4,4%	7,6%	5,43%
Észak-Erdély	3,6%	6,4%	7,22%
ERDÉLY	**4,8%**	**7,2%**	**4,30%**
Havasalföld	4,8%	5,9%	2,01%
Moldva	6,1%	6,8%	2,39%
Bukarest–Ilfov	4,1%	5,3%	3,05%
ROMÁNIA	**5,0%**	**6,5%**	**2,92%**

Forrás: INS Tempo Online, POP206C, POP206D

Az emésztőrendszeri megbetegedések (pl. májzsugorodás, májelégtelenség, gyomorfekély) által okozott elhalálozások aránya országos viszonylatban 0,69%-os növekedést mutatott 2007 és 2018 között. Moldvában a legmagasabb (7,2%), Erdélyben a legalacsonyabb (5,2%) az emésztőrendszeri megbetegedések által okozott elhalálozások aránya.

18. táblázat. *Az emésztőrendszer betegségei által okozott elhalálozások gyakorisága*
Table 18. *Frequency of deaths caused by diseases of digestive system*

	2007	**2018**	**Átlagos éves változás** (%)
Székelyföld	3,8%	4,5%	3,12%
Közép-Erdély	4,6%	5,1%	1,52%
Partium	5,5%	5,5%	0,08%
Dél-Erdély	5,0%	5,3%	1,51%
Bánság	4,4%	4,5%	0,48%
Észak-Erdély	6,6%	6,7%	1,17%
ERDÉLY	**5,0%**	**5,2%**	**0,86%**
Havasalföld	5,4%	5,8%	0,83%
Moldva	7,4%	7,2%	1,11%
Bukarest–Ilfov	6,5%	5,4%	–0,84%
ROMÁNIA	**5,8%**	**5,9%**	**0,69%**

Forrás: INS Tempo Online, POP206C, POP206D

A sérülések, közlekedési balesetek, szándékos önártalom, testi sértés, orvosi ellátás szövődményeiként bekövetkezett elhalálozások aránya országos szinten évente átlagosan 1,76%-os csökkenést mutat 2007-től. A morbiditás és mortalitás külső okainak következményeként bekövetkezett halálesetek aránya Székelyföldön a legmagasabb (5%), megelőzi az emésztőrendszeri halálokok gyakoriságát (akárcsak az Európai Unióban). Hargita megyében a halálesetek 5,5, Kovászna megyében 4,3%-a tulajdonítható külső okoknak.

19. táblázat. *A morbiditás és mortalitás külső okai által okozott elhalálozások gyakorisága*
Table 19. *Frequency of morbidity and mortality associated with injuries*

	2007	**2018**	**Átlagos éves változás (%)**
Székelyföld	6,7%	5,0%	–1,55%
Közép-Erdély	5,1%	4,0%	–1,69%
Partium	4,9%	4,1%	–1,52%
Dél-Erdély	5,0%	3,7%	–1,92%
Bánság	4,4%	3,1%	–2,77%
Észak-Erdély	5,1%	4,0%	–1,45%
ERDÉLY	**5,0%**	**3,8%**	**–2,01%**
Havasalföld	4,4%	3,4%	–2,01%
Moldva	5,7%	4,7%	–0,47%
Bukarest–Ilfov	4,3%	2,7%	–3,36%
ROMÁNIA	**4,9%**	**3,8%**	**–1,76%**

Forrás: INS Tempo Online, POP206C, POP206D

A morbiditás és mortalitás külső okairól részletesebb információt az Országos Törvényszéki Orvostani Intézet (Institutul Național de Medicină Legală) éves beszámolóiból nyerhetünk Rețeaua Națională de Medicină Legală (2020). A publikált jelentések alapján három erőszakos halálokot vizsgáltunk regionális bontásban: a közúti balesetek, a szándékos emberölés és a szándékos önártalom előfordulási gyakoriságát. Ezek – a társadalmi érdeklődésre leginkább számot tartó halálokok – országos szinten mintegy felét teszik ki a külső halálokok összességének.[25] A 2015 és 2017 közötti periódus átlagait vizsgáljuk, az egyes halálokok rátáját a rezidens lakossághoz viszonyítjuk.

25 Fontos megjegyezni, hogy az orvostani és a statisztikai intézet adatai között nem teljes az átfedés. Ennek oka, hogy az adatok forrása eltérő. Míg az orvostani intézet a boncolási jegyzőkönyvek alapján készít összesítéseket, addig a statisztikai adatok a hozzátartozók által az önkormányzatokhoz bejelentett haláleseteket és azok okait regisztrálják. Az feltételezhető, hogy az erőszakos elhalálozások egy részénél a halál oka és főképp annak körülményei az anyakönyvi irodákban nem kerülnek pontos bejelentésre, elsősorban olyan esetekben, amikor ezek társadalmi megbélyegzést vonhatnak maguk után. Ezt a hipotézist támasztja alá, hogy például a statisztikai intézetnek az emberölések és az öngyilkosságok számára vonatkozó adatai 10–15%-kal alacsonyabbak az Országos Törvényszéki Orvostani Intézet által közölt adatoknál.

Az Országos Törvényszéki Orvostani Intézet adatai szerint évente átlagosan 2038 halálos kimenetelű közúti baleset történt Romániában 2015 és 2017 között. A területi megoszlásokat vizsgálva az erdélyi régión belül Közép-Erdélyben, Dél-Erdélyben és a Bánságban kiemelkedő a 100 000 főre jutó közúti balesetek száma, Székelyföldön pedig a legalacsonyabb. Itt 100 000 lakosból évente mintegy nyolcan veszítették életüket közúti balesetek miatt.

A gyilkosságok előfordulási gyakorisága Moldvában kiemelkedően magas (az országos átlag majdnem kétszerese), a fővárosi régióban és Erdélyben alacsonyabb (0,9–1,2 körüli) az emberölési ráta. Ez a mutató Erdélyen belül a déli régióban (1,5) és a Székelyföldön (1,3) átlag feletti a vizsgált három év átlagait tekintve. 2015 és 2017 között Romániában évente átlagosan 337 gyilkosságot követtek el.

Az öngyilkosságok száma a vizsgált periódusban évente átlagosan 2375 főt tett ki országos szinten, az öngyilkossági ráta 12 körül alakult. A szándékos önártalom előfordulása regionálisan jelentős eltéréseket mutat: Székelyföldön az országos ráta több mint kétszerese, 25 körüli a 100 000 lakosra jutó öngyilkosságok száma. Szintén az országos és az erdélyi átlag fölötti a jelentős magyar etnikumú lakosságú Közép-Erdély és Partium is, 15-16 körüli rátával. Összehasonlításképpen Magyarországon 18 körül alakult ez a mutató a 2015–2017-es időszak adatai szerint.[26] Világszinten a szándékos önártalom gyakorisága Litvániában a legmagasabb, ott az öngyilkossági ráta 31,9 volt 2016-ban (World Health Organization, 2020).

20. táblázat. *Közúti balesetek, szándékos emberölés és szándékos önártalom áldozatai*
Table 20. *Victims of road accidents, intended homicides or intended self injuries*

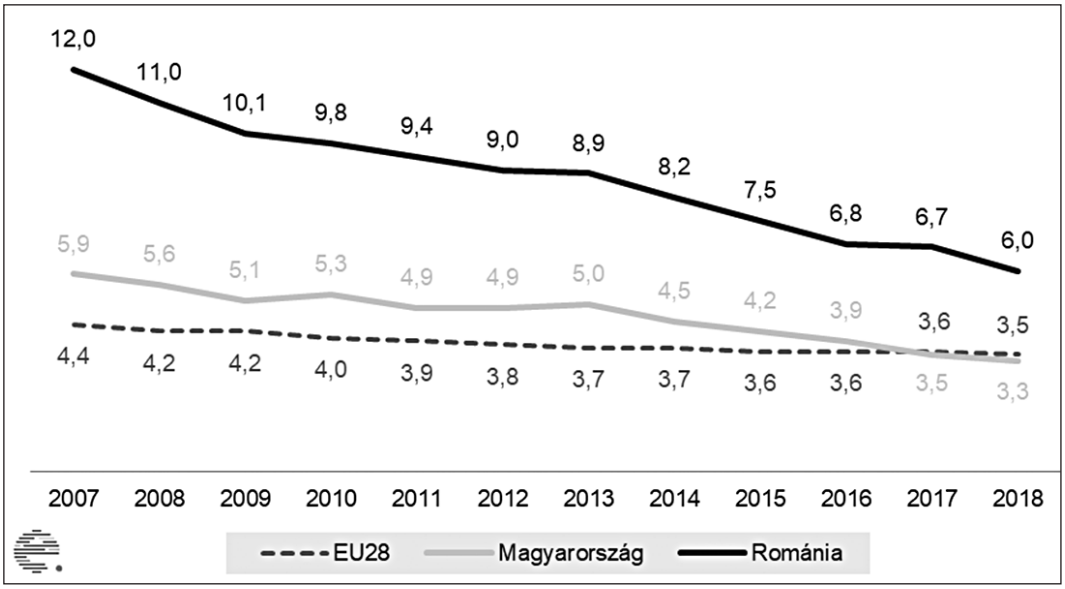
Régió	**Közúti balesetek**		**Szándékos emberölés**		**Szándékos önártalom**	
	Éves átlag 2015–2017	**Ráta 100 000 főre**	**Éves átlag 2015–2017**	**Ráta 100 000 főre**	**Éves átlag 2015–2017**	**Ráta 100 000 főre**
Székelyföld	41	8,0	7	1,3	130	25,4
Közép-Erdély	144	11,6	12	1,0	180	14,5
Partium	104	9,3	12	1,0	177	15,7
Dél-Erdély	193	11,5	25	1,5	191	11,4
Bánság	161	11,5	14	1,0	141	10,0
Észak-Erdély	73	9,7	8	1,1	62	8,2
ERDÉLY	**716**	**10,7**	**78**	**1,2**	**880**	**13,1**
Havasalföld	643	9,7	109	1,6	766	11,6
Moldva	432	10,6	129	3,1	513	12,5
Bukarest–Ilfov	246	10,7	22	0,9	217	9,5
ROMÁNIA	**2038**	**10,3**	**337**	**1,7**	**2375**	**12,1**

Forrás: Országos Törvényszéki Orvostani Intézet jelentései

26 Saját számítás a Központi Statisztikai Hivatal (2020) adatai alapján.

Csecsemőhalandóság

A csecsemőhalandóság egy speciális korspecifikus halandósági arányszám. Azt mutatja, hogy ezer élve született gyermek közül hányan halnak meg egyéves koruk betöltése előtt. Romániában 2018-ban 1227 csecsemő vesztette életét, ebből 444 haláleset történt Erdélyben. A csecsemőhalandóság tekintetében Romániában jelentős javulás észlelhető: 2007 és 2018 között 12 ezrelékről 6 ezrelékre csökkent. Ez a mutató azonban még mindig nagyon magas, az EU tagállamai között Romániában a legmagasabb. 2018-ban az EU28 tagállamaiban a csecsemőhalandósági ráta átlagosan 3,5, Csehországban 2,6, Magyarországon 3,3, Lengyelországban 3,8, Szlovákiában 5, Bulgáriában 5,8 ezrelék volt (Eurostat, 2020m).



8. ábra. *Csecsemőhalandóság*
Figure 8. *Infant mortality*
Forrás: Eurostat, demo_minfind

Románia minden régiójában csökkent a csecsemőhalandósági ráta 2007 óta. Az alacsony esetszám miatt az éves átlagos változások mellett hároméves periódusokat hasonlítottunk össze. A csecsemőhalandósági ráta mind a 2007–2009-es, mind 2016–2018-as periódusban a legalacsonyabb Bukarest–Ilfov régióban volt, a legmagasabb pedig Moldvában. Az erdélyi régión belül Partiumban, Székelyföldön és Észak-Erdélyben átlag feletti a csecsemőhalandósági ráta.

21. táblázat. *Csecsemőhalandósági ráta Románia különböző régióiban*
Table 21. *Infant mortality rate in different regions in Romania*

	2007–2009	**2016–2018**	**Átlagos éves változás** (%)
Székelyföld	10,8	7,3	–4,94%
Közép-Erdély	10,1	6,1	–2,81%
Partium	13,0	7,7	–4,94%
Dél-Erdély	10,8	6,4	–6,10%
Bánság	11,4	6,0	–5,89%
Észak-Erdély	10,0	7,0	–2,11%
ERDÉLY	**11,1**	**6,6**	**–5,85%**
Havasalföld	11,5	6,8	–6,53%
Moldva	12,2	6,9	–7,10%
Bukarest–Ilfov	6,8	4,0	–3,62%
ROMÁNIA	**11,0**	**6,4**	**–6,47%**

Forrás: INS Tempo Online, POP208A, POP201D

A csecsemőhalandóság okait vizsgálva azt láthatjuk, hogy vezető halálokot alkotnak az egy éven aluliak körében a perinatális szakaszban (a 0–6 napos korban) keletkező állapotok. 2016 és 2018 között 1460 csecsemő halálát okozták a perinatális időszakban keletkező állapotok, az összes elhalálozott csecsemő 32,7%-a vesztette életét emiatt. A második vezető halálok a csecsemők körében 2016 és 2018 között a légzőrendszer betegségei voltak, 988 csecsemő halálát okozván (22,1%). Ezt a veleszületett rendellenességek, deformitások és kromoszóma-abnormalitások követik, 875 csecsemő halálát idézve elő (19,6%). A magzati vagy újszülött korban bekövetkezett vérvesztés 452 csecsemő elhalálozását okozta (10,1%). 2016 és 2018 között 131 egy éven aluli gyermek vesztette életét (2,9%) trauma, mérgezés vagy a morbiditás és mortalitás egyéb külső oka miatt (Országos Statisztikai Intézet, 2020l).

4. Következtetések

A tanulmány célja Románia egészségügyi rendszerét meghatározó jogszabályok, az egészségügyi rendszer általános jellemzőiként használt mutatók, valamint az elhalálozás főbb okainak bemutatása volt európai uniós, országos és Románián belüli regionális viszonylatban.

A vizsgálat első felében a rendszer működését meghatározó jogszabályok valamint azok időbeni alakulásának leírására került sor. Ezt követte az egészségügyi rendszer általános mutatóinak elemzése. Annak ellenére, hogy az elmúlt évtizedben abszolút értékben jelentősen nőttek az egészségügyre fordított kiadások, az EU-n belül továbbra is Romániában költik a GDP legkisebb hányadát erre a célra. A fekvőbeteg-ellátás kapacitása kiemelkedő, ugyanakkor az ágyak kihasználtsága viszonylag mérsékelt, 64% körüli. Bár 2012 és 2018 között 22%-kal nőtt a gyakorló orvosok száma, nemzetközi viszonylatban ez továbbra is alacsony, ezer lakosra 2,9 orvos jut. A kórházi ápolás átlagosnál magasabb igénybevétele mellett ez azt is jelenti, hogy az egészségügyi személyzet leterheltsége az uniós átlagnál magasabb.

Erdélyben mind a kórházi infrastruktúrára, mind pedig a személyzeti ellátottságra vonatkozó mutatók jobbak az országos átlagnál. Az erdélyi régiókon belüli különbségeket nagymértékben meghatározza az, hogy milyen nagyvárosokban vannak az úgynevezett magasabb kompetenciájú, nagyobb mértékű finanszírozásban részesülő kórházak. Közép-Erdélyben és Bánságban magasabb kórházi kihasználtság mellett lényegesen jobb a szakorvosi ellátottság. Az elmúlt években észlelhető gyorsabb ütemű javulás ellenére Székelyföld és Észak-Erdély lakosságára továbbra is csak feleannyi orvos jut, mint az erdélyi átlag, és a családorvosok relatív számában is nagyon jelentős az elmaradás.

Az elemzés második felében a Romániára és Románia különböző régiójára jellemző születéskor várható élettartamot, nyers elhalálozási rátát, a főbb elhalálozási okokat és csecsemőhalandóságot elemeztük. Annak ellenére, hogy Romániában a születéskor várható átlagos élettartam növekedésének lehetünk tanúi, a születéskor várható élethossz (75,3 év) még mindig jelentősen elmarad az EU-s átlagtól (81 év). A várható átlagos élettartam növekedésével párhuzamosan a nyers halálozási arányszám növekedése érhető tetten, ezt alapvetően a népesség elöregedése magyarázza.

A vezető halálokok Romániában a keringési rendszer betegségei (az elhalálozások 57%-áért felelősek), a rákos megbetegedések (20%), a légzőrendszer betegségei (7%), az emésztőrendszer megbetegedései (6%), valamint a mortalitás és a morbiditás külső okai (4%). 2007 és 2018 között a keringési rendszer betegségei által okozott elhalálozások súlya 61-ről 57%-ra mérséklődött, a daganatos megbetegedések által okozott halálesetek aránya 18-ról 20%-ra nőtt.

A csecsemőhalandóság alakulásában jelentős javulás történt az elmúlt évtizedben, azonban a csecsemőhalandósági ráta még mindig nagyon magas Romániában (6 ezrelék), az európai uniós átlag (3,4 ezrelék) szinte kétszerese.

Szakirodalom
References

Clichici, D. (2017). Situația sistemului sănătății publice din România în comparație cu statele membre ale Uniunii Europene. *Revista de Economie Mondiala*, 9(3).

Vlădescu C., Scintee, S. G., Olsavszky, V., Hernandez-Quevedo, C., & Sagan, A. (2016). Romania, Health system review. *Health Systems in Transition*, *18*(4).

Institutul Național de Medicină Legală (2018). *Raport Asupra Activității Rețelei de Medicină Legală.*

Statisztikai adatok
Statitical data

Autoritatea Națională de Management al Calității de Sănătate (2019). Harta acreditării. https://anmcs.gov.ro/web/harta-acreditarii (Letöltve: 2020. 04. 20.)

Erdélystat (2020a). Egészségügyi ellátás és személyzet Erdélyben. http://statisztikak.erdelystat.ro/cikkek/egeszseggyi-ellatas-es-szemelyzet-erdelyben/55 (Letöltve: 2020. 12. 15.)

Erdélystat (2020b). Halálozások és halálokok Erdélyben, 2012–2018. http://statisztikak.erdelystat.ro/cikkek/halalozasok-es-halalokok-erdelyben-2012-2018/59 (Letöltve: 2020. 12. 15.)

Eurostat (2019) Causes and occurrence of deaths in the EU. https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20190716-1 (Letöltve: 2020. 05. 25.)

Eurostat (2020a). Life expectancy. (Tábla kódja: demo_mlexpec) https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_mlexpec&lang=en (Letöltve: 2020. 05. 15.)

Eurostat (2020b). Infant mortality rates. (Tábla kódja: demo_minfind) https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_minfind&lang=en (Letöltve: 2020. 05. 06.)

Eurostat (2020c). Healthcare expenditure statistics. (Tábla kódja: TPS00207) https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics (Letöltve: 2020. 04. 20.)

Eurostat (2020d). Hospital beds. (Tábla kódja: TPS00046) https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/tps00046 (Letöltve: 2020. 04. 20.)

Eurostat (2020e). Healthcare activities statistics – consultations. (Tábla kódja: hlth_hc_phys) https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_activities_statistics_-_consultations (Letöltve: 2020. 04. 20.)

Eurostat (2020f). Hospital discharges and length of stay. (Tábla kódja: hlth_co_dischls) https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/hlth_co_dischls (Letöltve: 2020. 04. 20.)

Eurostat (2020g). Medical doctors. (Tábla kódja: hlth_rs_prsrg) https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_rs_prsrg&lang=en (Letöltve: 2020. 04. 20.)

Eurostat (2020h) Healthcare personnel statistics – dentists, pharmacists and physiotherapists. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_dentists,_pharmacists_and_physiotherapists (Letöltve: 2020. 04. 20.)

Eurostat (2020i) Practising nurses and midwives. (Tábla kódja: hlth_rs_prsns) http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_rs_prsns (Letöltve: 2020. 04. 20.)

Eurostat (2020j) Life expectancy. (Tábla kódja: demo_mlexpec) http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_mlexpec&lang=en (Letöltve: 2020. 05. 15.)

Eurostat (2020k) Crude death rate. (Tábla kódja: demo_gind) https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_gind&lang=en (Letöltve: 2020. 05. 15.)

Eurostat (2020l) Causes of death. (Tábla kódja: hlth_cd_aro) https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset= hlth_cd_aro&lang=en (Letöltve: 2020. 05. 25.)

Eurostat (2020m) Infant mortality rates. (Tábla kódja: demo_minfind) https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_minfind&lang=en (Letöltve: 2020. 05. 06.)

Institutul Național de Sănătate Publică (2018) Analiză de situație – Luna națională de prevenire a cancerului, Februarie 2018. https://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2018/05/Analiza-de-situatie-Cancer-2018.pdf (Letöltve: 2020. 05. 25.)

Központi Statisztikai Hivatal (2020). Halálozások a gyakoribb halálokok szerint (1990–). https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_wnh001.html (Letöltve: 2020. 08. 12.)

OECD (2020) Health at a Glance 2019 https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en (Letöltve: 2020. 05. 04.)

Országos Statisztikai Intézet – Institutul Național de Statistică (2020a). Pacienți ieșiți din spital, pe clase de boli. (Tábla kódja: SAN105A) http://statistici.insse.ro/shop/index.jsp?page=tempo3&lang=ro&ind=SAN105A (Letöltve: 2020. 04. 20.)

Országos Statisztikai Intézet – Institutul Național de Statistică (2020b). Populația rezidentă la 1 iulie. (Tábla kódja: POP106A) http://statistici.insse.ro/shop/index.jsp?page=tempo3&lang=ro&ind=POP106A (Letöltve: 2020. 04. 20.)

Országos Statisztikai Intézet – Institutul Național de Statistică (2020c). Unități sanitare. (Tábla kódja: SAN101A) http://statistici.insse.ro/shop/index.jsp?page=tempo3&lang=ro&ind=SAN101A (Letöltve: 2020. 04. 20.)

Országos Statisztikai Intézet – Institutul Național de Statistică (2020d). Activitatea unităţilor sanitare în anul 2018. https://insse.ro/cms/ro/content/activitatea-unit%C4%83%C5%A3ilor-sanitare-%C3%AEn-anul-2018 (Letöltve: 2020. 04. 20.).

Országos Statisztikai Intézet – Institutul Național de Statistică (2020e). Activitatea unităţilor sanitare în anul 2017. https://insse.ro/cms/ro/content/activitatea-unit%C4%83%C5%A3ilor-sanitare-%E2%80%93-anul-2017 (Letöltve: 2020. 05. 04.)

Országos Statisztikai Intézet – Institutul Național de Statistică (2020f). Paturi în unitățile sanitare. (Tábla kódja: SAN102B) http://statistici.insse.ro/shop/index.jsp?page=tempo3&lang=ro&ind=SAN102B (Letöltve: 2020. 04. 20.)

Országos Statisztikai Intézet – Institutul Național de Statistică (2020g). Personalul medico-sanitar pe categorii, forme de proprietate, sexe, macroregiuni, regiuni de dezvoltare și județe. (Tábla kódja: SAN104A) http://statistici.insse.ro/shop/index.jsp?page=tempo3&lang=ro&ind=SAN104A (Letöltve: 2020. 04. 20.)

Országos Statisztikai Intézet – Institutul Național de Statistică (2020h). Personalul medico-sanitar – medici de familie. http://statistici.insse.ro/shop/index.jsp?page=tempo3&lang=ro&ind=SAN104B (Tábla kódja: SAN104B). (Letöltve: 2020. 04. 20.)

Országos Statisztikai Intézet – Institutul Național de Statistică (2020i). Activitatea unităţilor sanitare. http://colectaredate.insse.ro/metadata/viewStatisticalResearch.htm?locale=ro&researchId=5327. (Letöltve: 2020. 05. 12).

Országos Statisztikai Intézet – Institutul Național de Statistică (2020j). Rata mortalităţii pe medii de rezidenţă. (Tábla kódja: POP207A) http://statistici.insse.ro/shop/index.jsp?page=tempo3&lang=ro&ind=POP207A (Letöltve: 2020. 04. 20.)

Országos Statisztikai Intézet – Institutul Național de Statistică (2020k) Decedați. (Tábla kódja: POP206B) http://statistici.insse.ro/shop/index.jsp?page=tempo3&lang=ro&ind=POP206B (Letöltve: 2020. 05. 15.)

Országos Statisztikai Intézet – Institutul Național de Statistică (2020l) Decese sub 1 an, pe cauze de deces. (Tábla kódja: POP208D) http://statistici.insse.ro/shop/index.jsp?page=tempo3&lang=ro&ind=POP208D (Letöltve: 2020. 05. 25.)

Rețeaua Națională de Medicină Legală (2020). Rapoarte anuale. https://www.legmed.ro/?doc=despre-rapoarte (Letöltve: 2020. 06. 19.)

World Health Organization (2020). Mental health. https://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates/en/ (Letöltve: 2020. 08. 12.)

Törvények, jogszabályok
Laws, regulations

Legea nr. 73/2019 pentru modificarea și completarea art. 75 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății. https://lege5.ro/Gratuit/gmzdsmzsgq3q/legea-nr-73-2019-pentru-modificarea-si-completarea-art-75-din-legea-nr-95-2006-privind-reforma-in-domeniul-sanatatii (Letöltve: 2020. 05. 20.)

Ordin nr. 323 din 18 aprilie 2011. http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/127826 (Letöltve: 2020. 05. 20.)

Referat de aprobare, Ministerul Sănătății (2017). http://www.cnas.ro/media/pageFiles/Ordin%20Norme%20metodologice%20Contract%20Cadru%20MS-CNAS%20196-139_2017.pdf (Anexa 23). (Letöltve: 2020. 05. 20.)