

**Vitrai József – Mihalicza Péter:
Egészségi állapot**

(elektronikus verzió, készült 2006-ban)

A tanulmány eredetileg nyomtatásban megjelent:
Vitrai József – Mihalicza Péter (2006) „Egészségi állapot”: in:
Társadalmi riport 2006, Kolosi Tamás, Tóth István György,
Vukovich György (szerk.). Budapest: TÁRKI, Pp. 138–150.

Egészségi állapot

Vitrai József – Mihalicza Péter

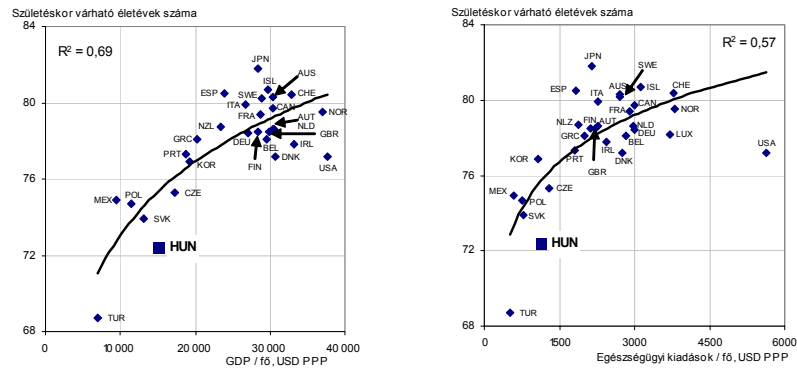
I. Bevezetés¹

A *Társadalmi Riport* egészséggel foglalkozó fejezete a lakosság egészségi állapotának átfogó jellemzésével indul. Ezt követően kerül sor a legnagyobb terhet jelentő betegségek, majd az egészségromlás társadalmi terheinek bemutatására. Az egészséget általánosan befolyásoló tényezőket a tanulmány 4. fejezetében felvázolt modell szemlélteti. A magyar lakosság rossz egészsége mögött meghúzódó lehetséges okoknak a modellben szereplő tényezőkkel való összekapcsolására tesznek kísérletet a tanulmányt záró bekezdések.

Ma már köztudott tény: a magyarok rövidebb ideig élnek és életük során kevesebb egészségre számíthatnak, mint az az ország gazdasági-társadalmi szintjén elvárható lenne. Az 1. ábrán jól látszik, hogy a Magyarországon megtermelt, illetve elköltött forintok rövidebb életet eredményeznek, mint pl. Szlovákiában, Lengyelországban, Csehországban, vagy akár Mexikóban. (OECD 2005) Hozzánk hasonló alacsony „hatékonysággal” csak Törökországban és az USA-ban költenek egészségre (azaz hasonlóan távol vannak a regressziós görbétől; a társadalmi költségekről részletesebben lásd később!).

¹ A tanulmány elkészítéséhez nyújtott szakmai támogatásért köszönettel tartozom Bakacs Márta, Kaposvári Csilla és Vizi János kollégáimnak.

1. ábra. A születéskor várható élettartam, valamint az egy főre jutó GDP és egészségügyi kiadás az OECD országaiban, 2003



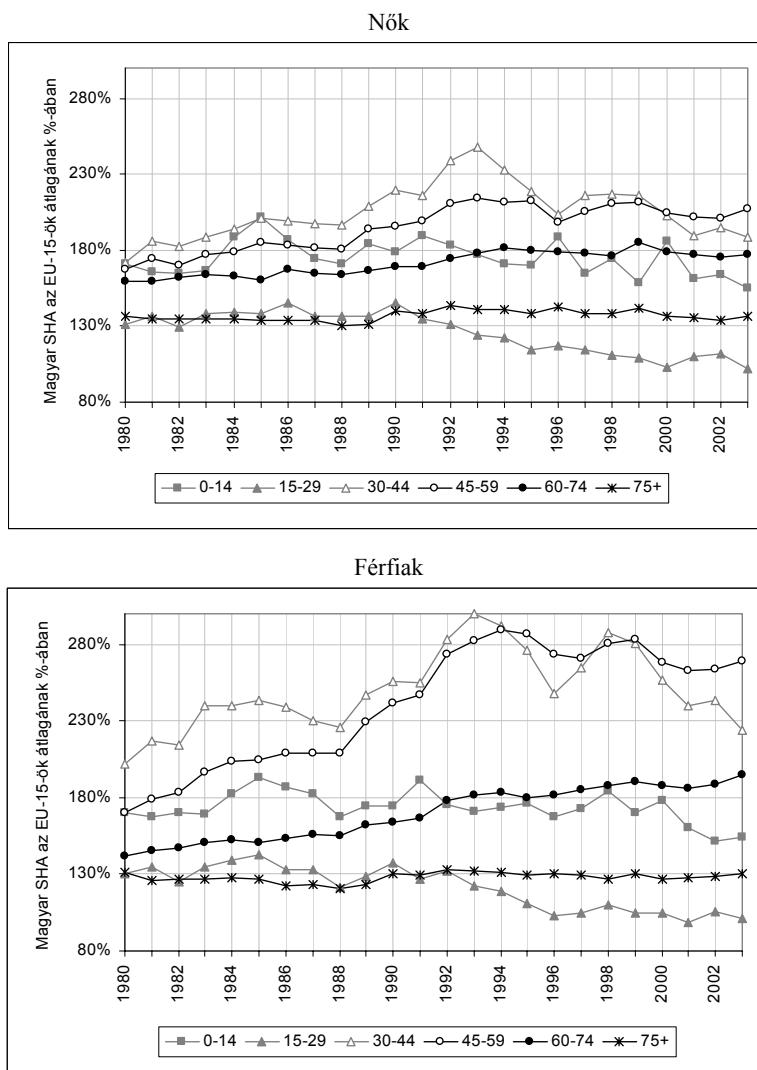
Forrás: OECD Health Data 2005

2. Megromlott egészség Magyarországon

A magyar halálozási viszonyok gyatraságát mutatja, hogy évente közel 40 ezerrel több honfitársunkkal együtt búcsúztathatnánk óévet, ha Magyarországon a halálozás szintje a szomszédos ausztriaihoz hasonló lenne! A „halálozási rangsorban” hazánknál csak Lettország és Észtország ért el rosszabb helyezést az EU tagállamai között 2003-ban. A világ 30 legfejlettebb országa (OECD) közül Magyarországnál csak Törökországban számíthatnak rövidebb életre az újszülöttek: a listavezető Japánban csaknem 10, a szomszédos Ausztriában több mint 6 évvel hosszabb életet remélhetnek az újszülöttek. (OECD 2005) Elmaradottságunkat jól jellemzi, hogy az ENSZ tagállamainak rangsorában az 55. helyen álló hazánkat olyan országok előzik meg, mint Mexikó, Líbia vagy Jamaica (WHO 2005: Melléklet 1. táblázat). És ha még ezt lehet fokozni: a rosszindulatú daganatok okozta halálozásban a magyar férfiak világsők, a nők pedig másodikak (Ferlay *et al.* 2004).

Visszatekintve az utóbbi egy-két évtizedre, a kedvezőtlen magyar halálozási viszonyok nem javultak olyan ütemben, mint a fejlett európai országokban, elmaradásunk a legtöbb korcsoportban nőtt. (Lásd 2. ábra.)

2. ábra. Az EU-15 átlagához viszonyított magyar korcsoportos halálózás* változása a nők és férfiak körében, 1980–2003 (%)



Forrás: WHO 2006

Megjegyzés: * Az összehasonlíthatóság érdekében standard halálózási arányszámban (SHA) megadva.

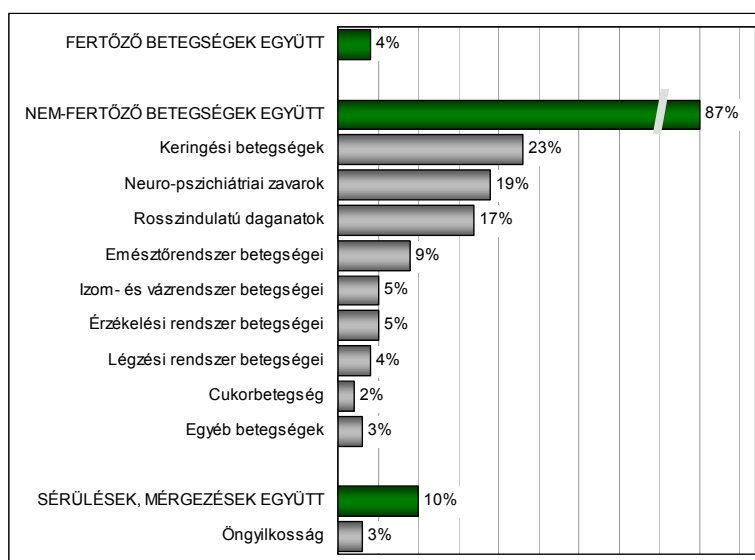
1980-ban a 30–74 éves korosztályba tartozó nők és férfiak halálózása a 2004-es bővítés előtti EU-tagállamokban megfigyelthez képest jelentősen magasabb volt, és az elmúlt húsz évben még tovább romlott. A legfiatalabb és a legidősebb korosztályoké lényegében változatlanul magas maradt. A hátrány csökkenése kizárólag a 15–29 éves korcsoportnál jelentkezett. A leginkább hátrányos helyzetű 30–59 éves korosztálynak a kilencvenes évek elején, a rendszerváltást követő felgyorsult romlása a nőknél 1993-ban megállt, majd visszatért a nyolcvanas évek szintjére. A férfiaknál ebben a korosztályban a romlás erőteljesebb volt, és elérte az EU-átlag háromszorosát. A kilencvenes évek közepétől tapasztalható javulás ellenére az elmaradás még mindig meghaladja az 1980-as értéket! Hasonló változásokról számoltak be a balti államok esetében is, ahol a hátrány a magyar férfiaknál tapasztalt 300%-ot meghaladóan a több mint 500%-ot is elérte (McKee *et al.* 2004). Ezekben az országokban a rendszerváltozást követő halálozási krízist részben a leváltott rezsim örökségének, részben a társadalmi viszonyok gyors és jelentős átrendeződésének következményeként értékelik (Cornia–Paniccià 2000).

A magyar halálozási viszonyok másik jellegzetessége, hogy a nők és férfiak várható élettartama közti különbség kiugróan magas. Magyarországon a nők előnye a férfiakkal szemben 8,3 év, az EU átlaga 6,2, míg Európán belül a legkisebb Izlandon, ahol mindössze 3 év a különbség. Ha tehát biológiai különbségként fogadjuk el a legjobb európai értéket, akkor több mint 5 életév-vesztés a magyar férfiak „büntetése” azért, mert Magyarországra születtek.

Nemcsak rövidebb ideig élnek a magyarok, de a legjobb európai országokhoz viszonyítva a magyar nők 7, a férfiak 10,5 évvel kevesebb *egészségesen eltöltött* évre is számíthatnak. A világrangsorban elfoglalt 49. helyünket többek között Mexikó, Uruguay és Costa Rica is megelőzi (WHO 2005). Egészségük megromlása miatt a magyar *felnőttek egyharmada* csak korlátozottan tudta napi tevékenységét végezni, illetve társadalmi szerepét betölteni a 2003-ban végzett Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF2003) eredményei szerint. Ez az arány a magyar 33%-kal szemben Angliában 18% volt. A napi életvitelükben mások segítségére szoruló aránya nálunk 7,5%, ott csupán 5% volt. Az életkor előrehaladtával természetesen egyre nagyobb az egészség megromlásának esélye: míg a középkorú férfiak 10%-ának, a nők 13%-ának nehézséget jelentett 200 métert megállás nélkül megtenni, addig 65 év felett a férfiaknál ez az arány már 40%, a nőknél 50% volt (Görög 2005).

A korai halálozás, illetve a betegségek miatt elveszített egészséges életévek betegségek fő csoportjai szerinti megoszlását mutatja be a 3. ábra. A legnagyobb egészség-vesztést a keringési betegségek és – az öngyilkossággal együtt – a neuro-pszichiátriai betegségek² okozzák. Ehhez hasonló a megoszlás a 2004-ben csatlakozott EU-tagállamokban, ugyanakkor a „régibb” tagországok esetében a mentális problémák több egészséges életév-vesztést okoznak, mint a keringési betegségcsoport (26% és 16%) (Andlin-Sobocki *et al.* 2005).

3. ábra. Korai halálozás és betegségek miatt elvesztett egészséges életévek (DALY) betegségek szerinti megoszlása a magyar lakosság körében, 2002 (%)



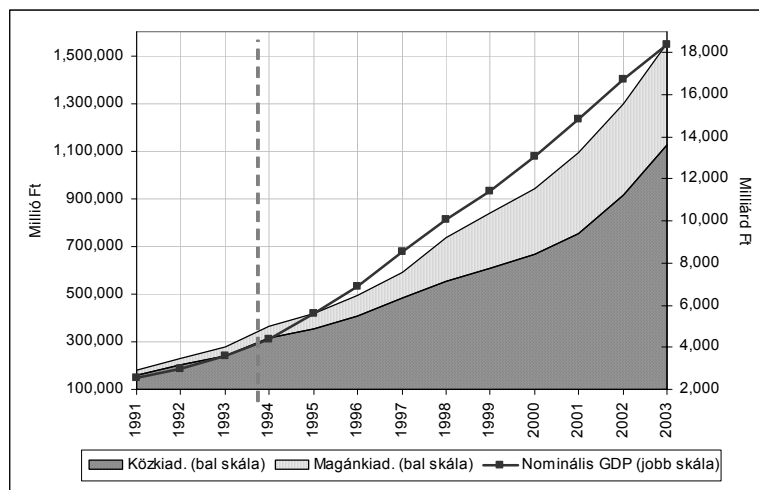
Forrás: WHO (2004)

² Ezek: unipoláris és bipoláris depresszió, szkizofrénia, epilepszia, alkoholfüggőség, demenciák, Parkinson-kór, szklerózis multiplex, kábítószerfüggőség, poszttraumás stressz betegség, kényeserbetegség, pánikbetegség, inszomnia, migrén.

3. Az egészség megromlásának társadalmi költségei

1991 és 2003 között Magyarországon a GDP növekedésénél (a reálértékben évente átlagosan 2,6%) gyorsabban nőtt az összes egészségügyi kiadás (reálértékben³ 3,9%), lassabban az egészségügyi közkiadás (2,2%) és közel négyszer gyorsabban emelkedtek a magánkiadások (12,3%) (OECD 2005). Az általános gazdasági megszorítások következményeként 1994-től az egészségügyi közkiadások éves növekedése még inkább elmaradt a GDP növekedésének ütemétől (1,6% és 3,5%), bár az utóbbi években javult a helyzet (v.ö. 4. ábra).

4. ábra. A nominális GDP, valamint az egészségügyi köz- és magánkiadások alakulása Magyarországon, 1991–2003



Így, bár az összes egészségügyi kiadás GDP aránya – jelentős éves ingadozással – a 1991-es 7,2%-ról 2003-ra 8,4%-ra nőtt, a közkiadás aránya 6,4%-ról 6,1%-ra csökkent⁴ (OECD 2006). Egyes szakértők szerint ennek

³ GDP deflátorral, 2000-es árakon

⁴ Az OECD egy 2006-os tanulmánya szerint Magyarországon az egészségügyi közkiadások 1991 és 2002 közötti évi átlagos 1,5%-os emelkedéshez a jövedelem-növekedés +2,8%-kal, az idősödés +0,3%-kal, míg egy, harmadik, reziduális tag -1,6%-kal járult hozzá. A tanulmány készítői szerint a harmadik tag okozta csökkenés a megszorító kormányzati politika következménye lehetett (OECD 2006).

oka elsősorban a gyógyszer támogatási szabályok megváltozása, amellyel a gyógyszerfogyasztás magánköltései növekedtek (Gaál 2004). Ebben a környezetben az egészségügyi rendszer működtetése, valamint az átalakítás elodázása az utóbbi másfél évtizedben a bérek és a beruházási kiadások alacsony tartásával sikerült (Thomson *et al.* 2004; Goglio 2005; Esmail-Walker 2005; ld. még: Health Consumer Powerhouse 2005).

Az egészségügy relatív gazdasági helyzetét jelző összes egészségügyi kiadás GDP részesedését tekintve Magyarország 8,4%-kal az OECD – adattal rendelkező – 27 tagországából a 15., míg az egészségügyi közkiadások esetében (6,1%) 26 ország közül a 15–16. helyen osztozott 2003-ban (OECD 2005). Az alacsony közkiadási arány a többségében szolidaritáson alapuló társadalombiztosítási rendszereket működtető országokkal összehasonlítva és *a rossz magyarországi egészségi állapotot figyelembe véve az indokoltnál alacsonyabb kormányzati prioritási szintet jelez.*

Az egészségügyi kiadások belső szerkezete a rendszerváltás óta sokat változott, elsősorban a fekvőbeteg ellátásra fordított kiadásokat sikerült csökkenteni, de a gyógyszerkiadások – igaz magas – szinten tartása is eredménynek számít, hiszen a legtöbb országban ezen kiadások növekedtek (Goglio 2005). Ezzel együtt az egy főre jutó gyógyszerkiadások abszolút nagysága még így is elmaradt a fejlett országokétól (13 vizsgált OECD-ország közül Magyarország a 11. helyen állt) (CIHI 2006).

A születéskor várható átlagos élettartam alacsonyabb az egy főre jutó kiadás alapján várhatónál (v.ö. 1. ábra), azaz *az egészségügy rendelkezésére álló forrásokat nem hatékonyan költjük el.* Egyrészt részletekbe menő kutatások bizonyították, hogy számos haláleset elkerülhető lenne jobb ellátással, másrészt az egészségügyi rendszer belső arányai sem tükrözik a szükségletekhez igazodó leghatékonyabb és leghatásosabb allokációt. (Thomson *et al.* 2004; Goglio 2005; Esmail-Walker 2005; lásd még: Health Consumer Powerhouse 2005)

A megromlott egészség a munkavégző képesség csökkenésén keresztül jelentős közvetett társadalmi költséget képvisel. A munkaképes korúak rossz egészségi állapota hozzájárul az Európában egyedülállóan alacsony magyar foglalkoztatáshoz, produktivitáshoz. A 15–64 év közötti populációra számolt *korai halálozás miatt 2003-ban összesen 450 000 életévet veszítettünk el!* Ebben a korcsoportban az ausztriaihoz hasonló halálozási viszonyok mellett Magyarország évente 80 milliárd Ft többlet bruttó hazai termékkel számolhatna. További munkakiesést és így társadalmi költséget jelent a hozzátartozó ápolása: 2003-ban több mint 265 000 munkavállaló fordított legalább egy munkanapot hozzátartozója ápolására, mely bruttó hazai termékre átszámítva további 80 milliárd Ft-nak felel meg (EÜM 2004: 2).

A két legnagyobb életév-vesztéséget okozó betegségcsoportra vonatkozó becslések szerint a fellépő társadalmi költségek hatalmasak: 2003-ban Magyarországon a keringési betegségekkel kapcsolatos összes költség közel 230 milliárd Ft-ra rúgott.⁵ Ennek 57%-át egészségügyi ellátásra fordították (megjegyzendő, hogy ez is csupán az összes egészségügyi kiadás 9%-át tette ki), 26%-a a kiesett produktivitás miatti veszteség volt, és 17%-a pedig a családtag ápolása miatt elmaradt jövedelemmel függött össze (Petersen *et al.* 2005).

A neuro-pszichiátriai betegségcsoporttal kapcsolatos becsült költségek 2004-ben Magyarországon meghaladták az 1000 milliárd Ft-ot.⁶ A közvetlen egészségügyi kiadások⁷ ennél a betegségcsoportnál 50%-ot, a közvetlen nem-egészségügyi költségek 39%-ot, és a közvetett költségek 11%-ot tettek ki (Andlin-Sobocki 2005). Felismerve a mentális problémák Európa-szerte tapasztalt hatalmas terheit, 2005 végén az Európai Bizottság *Zöld könyv* formájában jelentette meg stratégiai koncepcióját, amelynek vitáját követően kezdik meg a Mentális Stratégia kidolgozását (EB 2005).

4. Lehetséges okok

Miért ilyen különlegesen rossz a magyarok egészsége? Mi lehet az a hungarikum, ami a hasonló helyzetű országokhoz képest kivételesen egészségtelenné teszi a Kárpát-medencét? Mielőtt megpróbálnánk választ találni ezekre a kérdésekre, nézzük meg, a tudomány mai ismeretei szerint milyen tényezők befolyásolhatják az egészséget!

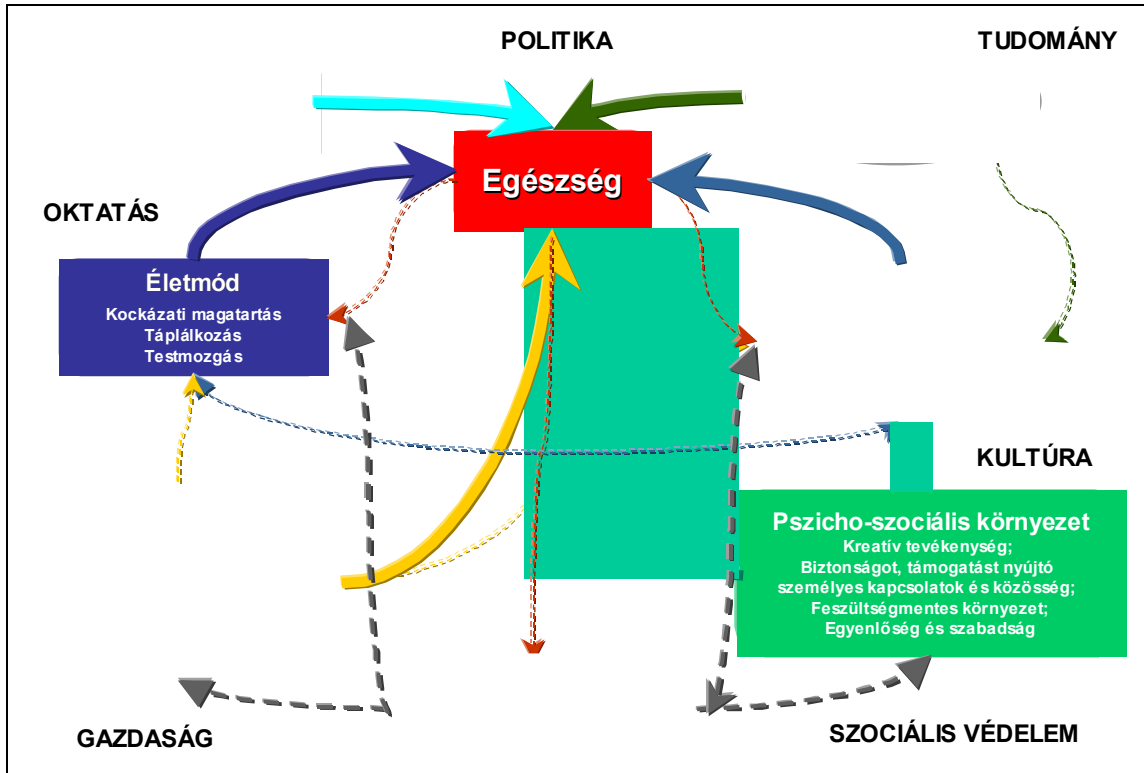
Kutatások sora bizonyítja, hogy az egészséget számos befolyásoló tényező bonyolult hierarchikus kapcsolatrendszere határozza meg. (Vitrai–Vokó 2002) Az egészséget *közvetlenül* az öröklött és szerzett egyéni tulajdonságok, az életmód, a fizikai környezet és pszicho-szociális tényezők, valamint az egészségügy determinálja. Az egyén magával hozott tulajdonságai adják egészség-karrierjének építőkockáit, a nem, az alapvető testi és lelki vonások meghatározásával, valamint a szervezet különböző betegségekre való öröklött fogékonyságával. Az öröklött, belső tényezők mellett a külső meghatározottságot az egyént élete során körülvevő anyagi és pszicho-szociális környezete jelenti.

⁵ Az €-ban megadott költségeket 245 Ft/€ árfolyamon számolva.

⁶ Az összehasonlítható €-ban megadott költségeket 250 Ft/€ árfolyamon számolva.

⁷ A költségek egy része azonban nem az egészségügyi tárcánál jelentkezik! Ilyen pl. az elme-szociális ellátás.

5. ábra: Az egészséget befolyásoló tényezők és kapcsolatrendszerük



A környezeti tényezők egyik csoportjába tartozik a lakó- és munkahelyi környezet, a szabadidő eltöltésének lehetőségei, az egészséges életvitelt támogató termékek és szolgáltatások elérhetősége. A másik csoportot a lelki jól-léthez szükséges pszicho-szociális tényezők, ma még nem teljesen tisztázott halmaza adja. Ide tartozik a kreatív aktivitás lehetősége, a biztonságot, támogatást nyújtó személyes kapcsolatok, a közösségi élet, az egyenlőség, az egyenrangúság érzése és az egyén saját élete feletti döntésének szabadsága, a félelem és feszültségek nélküli mindennapok. Az öröklött és a környezeti tényezők együttesen adják a „nyersanyagot” és az egyén életmódja, egészségmagatartása szolgál „eszközként” szerzett tulajdonságainak kialakulásához. Végül, az egészségügyi rendszer képes az egészség megőrzését elősegíteni, megromlását visszafordítani, vagy esetleg csak enyhíteni. Az egészséget igen erősen befolyásoló tényező a szociális státus, amely az anyagi helyzet és a társadalmi kapcsolatok révén a társadalmi erőforrásokhoz való hozzáférést közvetve határozza meg (Solar–Irwin 2005; Mackenbach 2006). A társadalmi pozíció értelemszerűen befolyással van az életmódra, valamint az anyagi és pszicho-szociális környezet megválasztására. Ezt a bonyolult kapcsolatrendszert az 5. ábra szemlélteti.

A fenti leírt összefüggéseken kívül érdemes kiemelni néhány, az egyes csoportok közti kapcsolatot, illetve az egészségnek az egyes tényezőkre való „vissza” hatását is. Jól ismert tény, hogy az egészség megromlása gyakran életmódváltozással jár (pl. betegség esetén a dohányzásról való leszokás), vagy akadályt jelenthet a tanulmányi, illetve a munkahelyi előmenetelben, és ezen keresztül befolyásolja a szociális státust (WB 2005). Végezetül az egyén közvetlen környezetének fogalmát kitágítva a többi társadalmi szektor (mint pl. a szociális védelem, oktatás) hatásmódosító szerepére is utalni kell. Sőt, a globalizáció korában nem hagyhatjuk figyelmen kívül az országhatárokon, kontinenseken átnyúló kulturális, gazdasági, technológiai hatásokat sem.

Vajon a fentebb említett tényezők közül melyek játszanak döntő szerepet a magyar lakosság egészségének rendkívüli megromlásában? *Kultúránk, hagyományaink, életkörülményeink, oktatásunk, az egészségügy, az ország és ezen keresztül a családok gazdasági helyzete hibáztatható a lakosság kivételesen rossz egészségéért?* A válasz: igen, feltehetően mindegyik jelentős szerepet játszhat. Hogy mi az a különösen romboló kombináció, az egyedi magyar mintázat, azt egyelőre nem tudjuk pontosan. A hazai egészségtudomány és egészségmonitorozó rendszer fejletlensége miatt megbízható ismeretek, tudományosan igazolt bizonyítékok hiánya egyelőre akadályozza a pontos válasz megfogalmazását. Amit tudunk, például az, hogy a magyar lakosság az életmód-tényezőkben „rosszul teljesít”: a fejlett országok között második-ként nálunk legmagasabb a rendszeresen dohányzók aránya, a lakosság több

mint fele túlsúlyos, keveset mozgunk, sokat iszunk, kevés zöldséget, viszont sok állati zsiradékot fogyasztunk (Boros 2005). A hiteles információ hiánya, valamint területi korlátok miatt a befolyásoló tényezők kombinált hatásának bemutatására, a modellben felvázolt bonyolult kapcsolatrendszer illusztrálására csupán egyetlen példa szolgáljon.

A már említett egészségfelmérés (OLEF2003) adatai szerint az egészség megromlása⁸ statisztikailag szignifikáns kapcsolatban volt az életkorral, a nemmel, az iskolázottsággal, az anyagi helyzettel, a társas támogatottsággal⁹ és a településnagysággal. A nőknek mintegy 40%-kal nagyobb volt az esélye egészségük megromlására, mint a férfiaknak. Ez az esély az életkorral folyamatosan növekszik, és a trend monoton, egyre meredekebben emelkedik. A 45–54 éves korosztályban 3,5-szeres, 65 év felett pedig több mint nyolcszoros az esélyhányados a fiatal felnőttekhez viszonyítva. A 8 általánosnál magasabb iskolai végzettség csökkentette az esélyhányadost. Így az érettségivel nem rendelkezőknél 17%-kal, legfeljebb érettségivel rendelkezőknél 35%-kal és a felsőfokú képzettségűeknél 38%-kal. Az anyagi helyzet javulásával csökkent az egészség megromlásának esélye: a legjobb anyagi helyzetben lévők körében fele akkora volt a legrosszabb anyagi helyzetben lévőkéhez viszonyítva a megbetegedés esélye. A társas támogatottság és az egészség megromlásának kapcsolata is jól kimutatható volt. A megfelelő társas támogatottsággal rendelkezőknél az esély mindössze negyede volt a társas támogatottság súlyos hiányával küzdőkének. A többi tényező hatását kiszűrve a Nyugat-Dunántúli Régióhoz viszonyítva mindegyik régióban magasabb volt az egészség megromlásának esélye, ezek közül Közép- és Észak-Magyarország értékei voltak statisztikailag szignifikánsak (1,33, illetve 1,47). Az aprófalvakban (lélekszám ≤ 1000 fő) az egészség megromlásának esélye jóval magasabb volt, mint bármely egyéb településnagyság kategóriában (Görög 2005).

5. Összefoglalás

A magyarok egészsége többféle összehasonlításban alaposan elmarad az elvárható szinttől. Az egészség megromlása különösen nagy terhet jelent a társadalom számára. A legnagyobb élet- és egészségvesztést a keringési betegségek és a neuro-pszichiátriai kórképek okozzák, 1000 milliárd Ft-os nagyságrendű társadalmi költséggel. Hogy a hosszú ideje fennálló különösen

⁸ Pontosabban funkciócsökkenés; „...a funkcióképesség is gyűjtőfogalom, testünk integritását, tevékenykedő képességünket és részvételünk megvalósulását fejezi ki.” (Görög 2005: 4)

⁹ A családtól, a barátoktól és az ismerősöktől várható segítséget mérő mutató.

rossz egészségi állapot hátterében az egészséget befolyásoló tényezők milyen sajátságos kombinációja húzódik meg, egyelőre nem ismert. Kevés hiteles adat áll rendelkezésre ugyanis a magyar lakosság egészségét romboló anyagi és pszicho-szociális környezeti tényezőkről. Amíg a kutatók nem képesek elég részletességgel feltárni a sajátos magyar egészségprobléma hátterét, nem tudnak megfelelő hatékony beavatkozást javasolni a döntéshozóknak, és így az egészségügyi rendszer átalakítása csak sejtésekre, ötletekre és nem tényekre épülhet. E sokrétű probléma természetéhez illeszkedő, több szakterület harmonizált és integrált kutatása látszik sikerrel kecsegtető megoldásnak.

IRODALOM

- Andlin-Sobocki P. – B. Jönsson – H-U. Wittchen – J. Olesen 2005: Costs of Disorders of the Brain in Europe. *European Journal of Neurology* 2005, 12 (Suppl. 1), 1–27. p.
- Boros J. 2005: Egészségmagatartás. In.: Kaposvári Cs. szerk.: *Kutatási jelentés OLEF2003*. Budapest: Országos Epidemiológiai Központ.
- CIHI 2006: Drug Expenditure in Canada, 1985 to 2005. Canadian Institute for Health Information (CIHI); http://www.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=AR_80_E (Letöltve: 2006. július 26.)
- Cornia, G. A. – R. Panicià 2000: The transition mortality crisis: evidence, interpretation and policy response. In: Cornia, G. A. – R. Panicià eds.: *The mortality crisis in transitional economies*. Oxford: Oxford University Press.
- EB 2005: Zöld Könyv. A népesség mentális egészségének javításáról Az Európai Unió mentális egészségügyi stratégiájának céljából. COM(2005) 484 végleges, Brussels: Európai Bizottság.
- Esmail N. – M. Walker 2005: How good is Canadian health care? 2005 Report. An international comparison of health care systems. Vancouver: The Fraser Institute, 8. p.
- EÜM 2004: Hogyan segíti az ország versenyképességének javítását az egészségügy fejlesztése? Budapest: Egészségügyi Minisztérium.
- Ferlay J. – F. Bray – P. Pisani – D.M. Parkin 2004: GLOBOCAN 2002. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. IARC CancerBase, no. 5, version 2.0, Lyon: IARC Press.
- Gaál P. 2004: Health care systems in transition: Hungary. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Goglio, A. 2005: In search of efficiency: improving health care in Hungary. OECD Economics Department Working Papers no. 446. Luxembourg: OECD.
- Görög K.: Funkcionalitás/funkciócsökkenés. In.: Kaposvári Cs. szerk.: *Kutatási jelentés OLEF2003*, Budapest: Országos Epidemiológiai Központ.
- Health Consumer Powerhouse 2005: Európai egészségügyi fogyasztói index 2005. Health Consumer Powerhouse AB, 2005. 10. p.
- Mackenzie, J. 2006: Health inequalities: Europe in profile. An independent, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU, http://www.fco.gov.uk/Files/kfile/HI_EU_Profile,0.pdf. (Letöltve: 2006. július 26.) 36. p.
- McKee M. – R. Adany – L. MacLehose 2004: Health status and trends in candidate countries. In.: M. McKee – L. MacLehose – E. Nolte eds.: *Health policy and European Union enlargement*. Maidenhead: Open University Press, 27. p.

- OECD 2005: Health at a Glance – OECD Indicators 2005; Luxembourg: OECD.
- OECD 2006: Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers?, Economics Department Working Papers no. 477. Luxembourg: OECD.
- Orosz É. 2004: Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. Budapest: Egészséges Magyarországért Egyesület, 158. p.
- Petersen S. – V. Peto – M. Rayner – J. Leal – R. Luengo-Fernandez R. – A. Gray 2005: European cardiovascular disease statistics. Oxford: European Heart Network and the British Heart Foundation, 92. p.
- Solar O. – A. Irwin 2005: Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. WHO, 17. p.
- Thomson, S. – E. Mossialos – M. McKee – E. Nolte – S. Allin 2004: ISS Statistics: Health and health systems in the new member states. London: LSE Health and Social Care (LSE) and ECOHOST (London School of Hygiene and Tropical Medicine), 13 May, 2004.
- Vitrai J. – Vokó Z. 2002: Egy korszerű szemléleten alapuló egészségmodell. Családorvosi Fórum, 10 sz., 39–41. p.
- WB 2005: World Development Report 2006: Equity and development. New York: World Bank, Oxford University Press. 11. p.
- WHO 2004: Death and DALY estimates for 2002 by cause for WHO Member States. Genf: WHOSYS, WHO, <http://www.who.int/whosis/en/>. (Letöltve: 2006. július 26.)
- WHO 2005: World Health Report 2004. www.who.int/whr
- WHO 2006: Mortality indicators by 67 causes of death, age and sex (HFA-MDB) http://www.euro.who.int/InformationSources/Data/20011017_1 (Letöltve: 2006. július 26.)