



Tartalom

1. Főbb megállapítások	3
2. A lakosság egészségi állapota	3
A lakosság önértékelése, vélt egészség	3
Krónikus betegségek előfordulása	5
Korlátozottság a mindennapi tevékenységekben	12
3. Az egészséget befolyásoló kockázati tényezők	14
Táplálkozás	14
Testmozgás	16
Tápláltság	18
Dohányzás	20
Szeszesital-fogyasztás	22
Részvétel szűrővizsgálatokon	25
Elmaradt egészségügyi ellátás okai	27
4. Egészségügyi ellátórendszer	30
Egészségügyi dolgozók	30
Háziorvosi ellátás	35
Járóbeteg- és kórházi ellátás	37
Egészségügyi kiadások	39
5. Életkilátások, halálozási arányszámok	41
6. Módszertan	48
7. Adatforrások	48
8. Felhasznált szakirodalom	48
Elérhetőségek	

1. Főbb megállapítások

- Az egészség szubjektív megítélésében a jó, illetve nagyon jó egészségűek aránya az elmúlt évtizedben emelkedett.
- Az összes haláleset fele az egészségtelen életmód miatt következett be. 2019-ben minden negyedik felnőtt naponta dohányzott. A felnőttkori elhízás szintén az egyik leggyakoribb betegséget kiváltó ok; 2019-ben a 15 éves vagy annál idősebbek közel negyede volt elhízott.
- Az egészségügyi ellátórendszer továbbra is rendkívüli mértékben támaszkodik a kórházi ellátásra.
- Az állam az egészségügyi kiadások kétharmadát fedezi, míg a közvetlen lakossági hozzájárulás aránya nagyjából egyharmad, aminek majdnem felét gyógyszerekre és gyógyászati segédeszközökre költik a háztartások.

2. A lakosság egészségi állapota

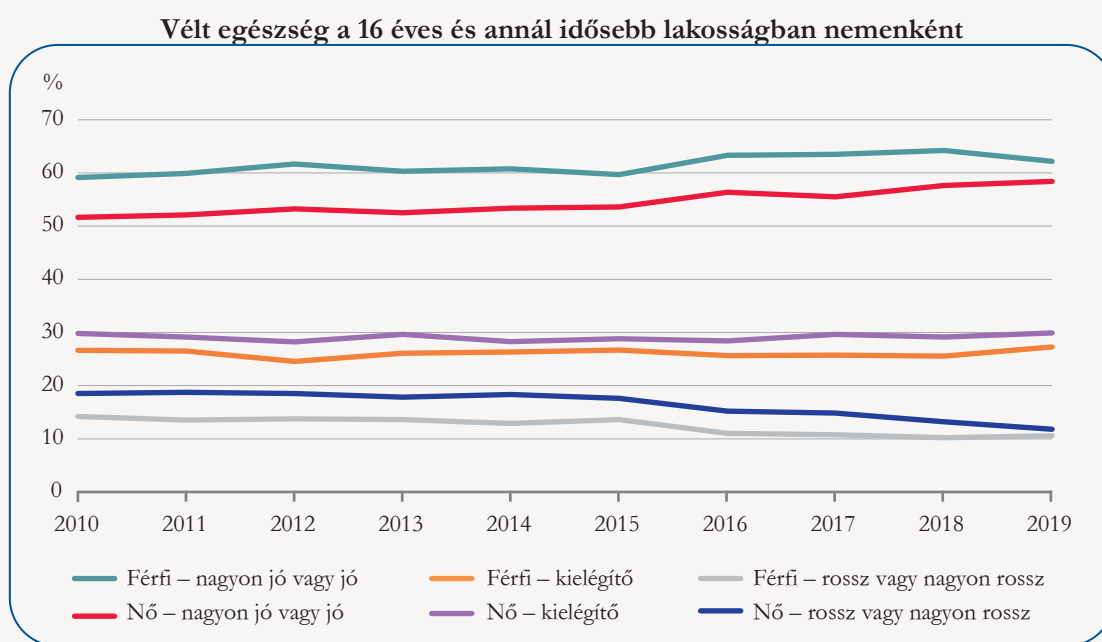
A lakosság önértékelése, vélt egészség¹

A kevésbé iskolázottak között erőteljesebben nőtt a jó egészségűek aránya, mint a tanultabbaknál

A megkérdezettek saját véleménye alapján a vizsgált tízéves időszakban a 16 éves és annál idősebbek között a jó egészségűek aránya – beleértve a nagyon jó egészségűeket is – 54%-ról 58%-ra emelkedett. A vizsgált időszakban a jó egészségűek aránya nem egyenletesen nőtt, egy-egy évben az előzőhöz képest visszaesett, ahogyan 2019-ben is, amikor 4% volt a visszaesés mértéke. A minden tagállamra rendelkezésre álló 2018. évi adatok szerint az EU-n belüli rangsorban Magyarország az alsó negyedbe tartozott, ahol a legkisebb a jó egészségűek hányada, és a V4-ek között a lengyel mutató értéke hasonló nagyságú, a másik két országé viszont magasabb.

A férfiak gyakrabban ítélik meg pozitívan az egészségüket, mint a nők, de ez az EU-nak adatot szolgáltató országok mutatói alapján általános jelenségnek tekinthető. 2019-ben Magyarországon az egészségi állapot megítélésében a nemek közötti eltérés kisebb volt, mint 2010-ben, a jó és nagyon jó egészségi állapotúak esetében mintegy felére, a rossz és nagyon rossz egészségűek vonatkozásában harmadára csökkent.

1. ábra

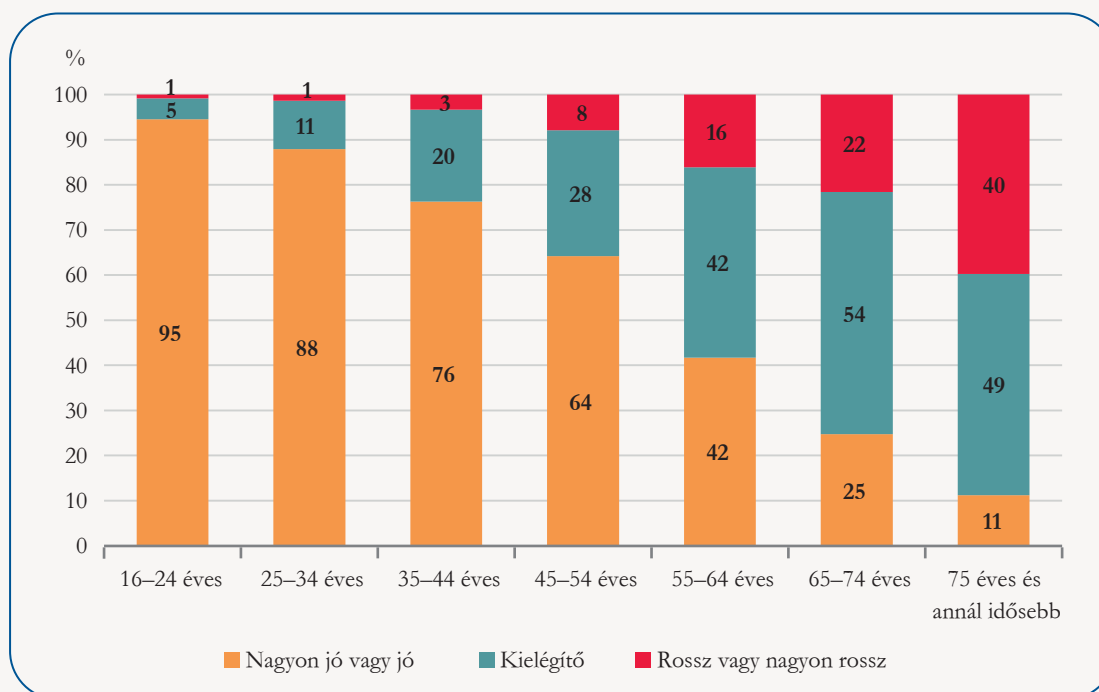


¹ A Háztartási költségvetési és életkörülmény adatfelvétel (HKÉF) adatai alapján.

A férfiak és nők önértékelése korcsoportonként eltérő, a különbség a 65–74 évesek között válik jelentőssé, a nagyon jó és jó egészségű férfiak aránya ebben a korcsoportban 17%-kal haladja meg a női hányadot (27, illetve 23%). A 75 éves és annál idősebbek között a differencia közel kétszeres.

2. ábra

Vélt egészség a 16 éves és annál idősebb lakosságban korcsoportonként, 2019



Az egészségi állapot önértékelésével összefüggésben is érvényes az az általános szabályszerűség, hogy az iskolázottabbak, illetve a magasabb jövedelemmel rendelkezők gyakrabban nyilatkoznak pozitívan erről, mint az iskolázatlanabbak, illetve az alacsonyabb jövedelemből élők. 2019-ben a felsőfokú végzettségűek sokkal gyakrabban állították, összehasonlítva a legfeljebb 8 osztályt jártakkal, hogy jó az egészségük (71, illetve 46%). A 2010-et követő néhány évben az iskolai végzettség szerinti olló lassan nőtt, majd 2014-ben, amikor a 2019-eshez képest 8 százalékponttal nagyobb volt az arány (72, illetve 40%), megfordult a tendencia. A kevésbé iskolázottak között erőteljesebben nőtt a magukról pozitívan nyilatkozók gyakorisága, mint a tanultabbak körében, ezért szűkült a köztük levő rés. Az iskolai végzettség szerinti hazai értékek közeledése kiemelkedő mértékű az EU-ban, ahol a tekintett periódusban az olló alig változott, átlagosan 24 százalékpont volt.

Bár a jövedelmi szint és az iskolai végzettség között határozott korreláció van ($\tau_b=0,331$; $p<0,01$), a jó egészségi állapotuk arányának ollója a jövedelmi szint szerint nemhogy nem szűkült, hanem erőteljesen növekedett a vizsgált időszakban. 2019-ben a legmagasabb jövedelmi ötödbe tartozók héttizede vallotta, hogy jó az egészsége, szemben a legalacsonyabb ötödbe tartozókkal, akiknek a fele sem nyilatkozott így. 2010-től a jó egészségűek aránya szerinti olló 10 százalékponttól 26 százalékpontig nyílt a legalsó és legfelső jövedelmi ötöd között. A vizsgált időszakban a legfelső ötödben a jó egészségűek aránya lassan nőtt, a legalsóban viszont stagnált, illetve az utolsó 2 évben csökkent.

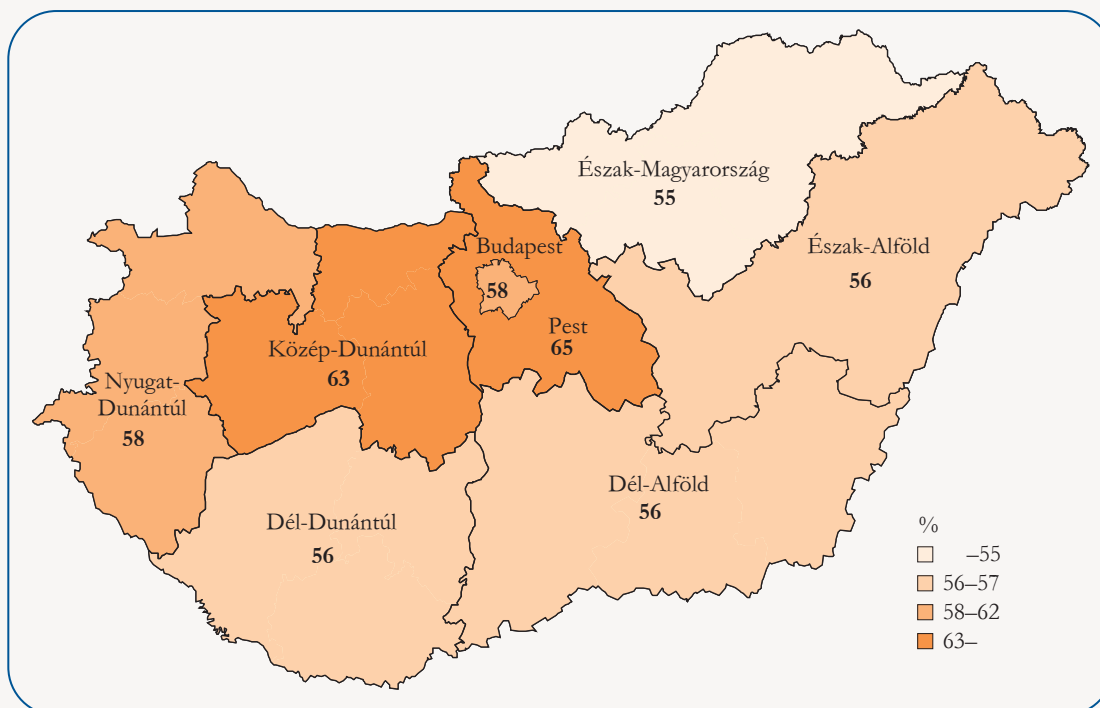
A regionális értékek sokkal kisebb szóródást mutatnak, mint az iskolai végzettség vagy a jövedelem szerinti különbségek. A legtöbbben Közép-Dunántúlon és Pest régióban vélekednek úgy, hogy jó az egészségük (63–65%), Nyugat-Dunántúlon és Budapesten alacsonyabb az arányuk (58%), a többi régió lakossága az egészségét kevésbé jónak (55–56%) értékeli. Többváltozós elemzés² eredménye azt mutatja, hogy a régiók egymáshoz viszonyított sorrendjét népességük kevéssé, korcsoport, iskolai végzettség és jövedelem szerinti megoszlásuk inkább befolyásolja. Ha minden régióban a népesség megoszlása a fenti változók szerint azo-

² Itt és a továbbiakban is a többváltozós statisztikai elemzés többváltozós logisztikus regressziót jelent (IBM SPSS v.22).

nos lenne, a jó egészségűek aránya Budapesten lenne a legalacsonyabb, ahol fajlagosan ugyan kevés fiatal és sok idős ember él, de iskolázottsági és jövedelmi szempontból a legkedvezőbb a lakosság összetétele.

3. ábra

Azok aránya, akik úgy nyilatkoznak, hogy egészségük nagyon jó vagy jó, régióként, 2019



Krónikus betegségek előfordulása³

A 16 éves és annál idősebb lakosság négytizedének van krónikus betegsége vagy más tartós egészségi problémája

2019-ben a férfiakhoz képest 5 százalékponttal több nő nyilatkozott úgy, hogy krónikus beteg. Az EU-ban az országok zömére jellemző, hogy az emberek egyre nagyobb része tud valamilyen idült egészségproblémájáról, és ez a növekvő arány nem csak az idősebbek sajátossága. Magyarországon 2010 óta mindkét nemre vonatkozóan kismértékű, 4 százalékpontos növekedés következett be. 2018-ban a krónikus betegek aránya 3 százalékponttal magasabb, mint az uniós átlag, ennek ellenére az EU tagállamai között Magyarország abba a negyedbe tartozik, ahol a legnagyobb a krónikus betegek aránya, és a V4-ek között fajlagosan nálunk nyilatkozik a legtöbb ember úgy, hogy tartós egészségi problémája van.

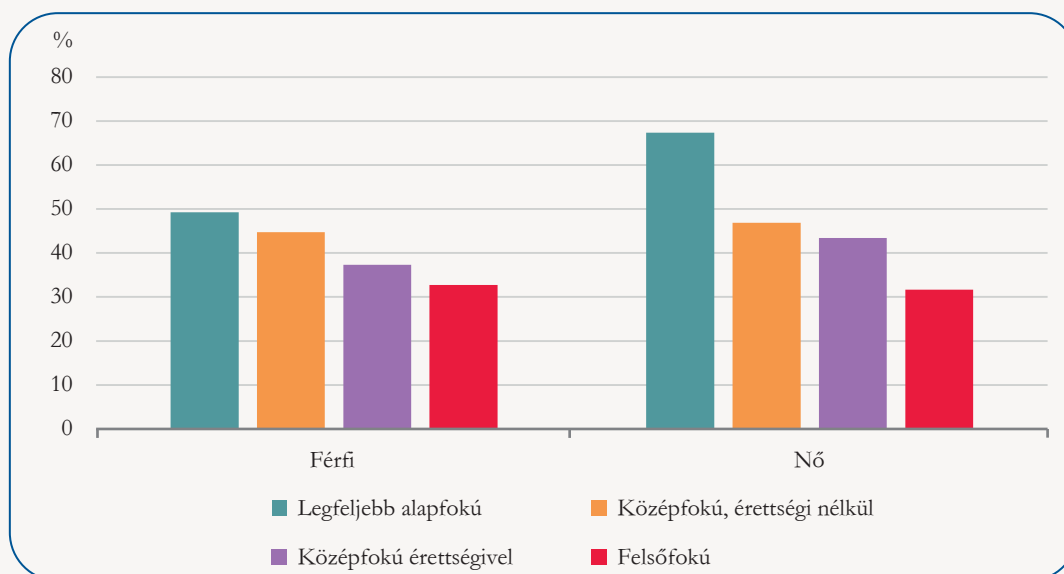
Életkor szerint közel lineárisan emelkedik az idült betegséggel sújtottak aránya, a 16–24 évesek közötti 9%-tól a 75 éves és annál idősebbekre jellemző 83%-ig. A 65 éves vagy annál idősebb magyarok három-negyede számolt be legalább egy krónikus betegségről, a 2019-es adatok szerint ebben a korcsoportban az arány 14 százalékponttal magasabb az uniós átlagnál. A 16–24 éves férfiak és nők egyforma arányban jeleztek krónikus betegséget vagy egészségi problémát, a 25–34 évesektől a 45–54 évesekig kis különbséggel a nők érintettebbek, későbbi korosztályokban a sorrend megfordul.

A 25 éves és annál idősebbeket tekintve a legkevesbé iskolázottakhoz viszonyítva a felsőfokú végzettségűek között 29 százalékponttal kevesebb a krónikus betegek aránya. Krónikus betegség meglétét, illetve a hajlandóságot, hogy arról nyilatkozzanak, a férfiak esetében az iskolai végzettség kevésbé befolyásolja, mint a nőknél. A 25 éves vagy annál idősebbeket tekintve a legfeljebb alapfokú végzettséggel rendelkező férfiak másfélszer olyan gyakran vallották magukat krónikus betegnek, mint a diplomások, a nőkre vonatkozóan a különbség több mint kétszeres.

³ A HKÉF adatai alapján.

4. ábra

A krónikus betegek aránya a 25 éves* és annál idősebbek között iskolai végzettség szerint nemenként, 2019



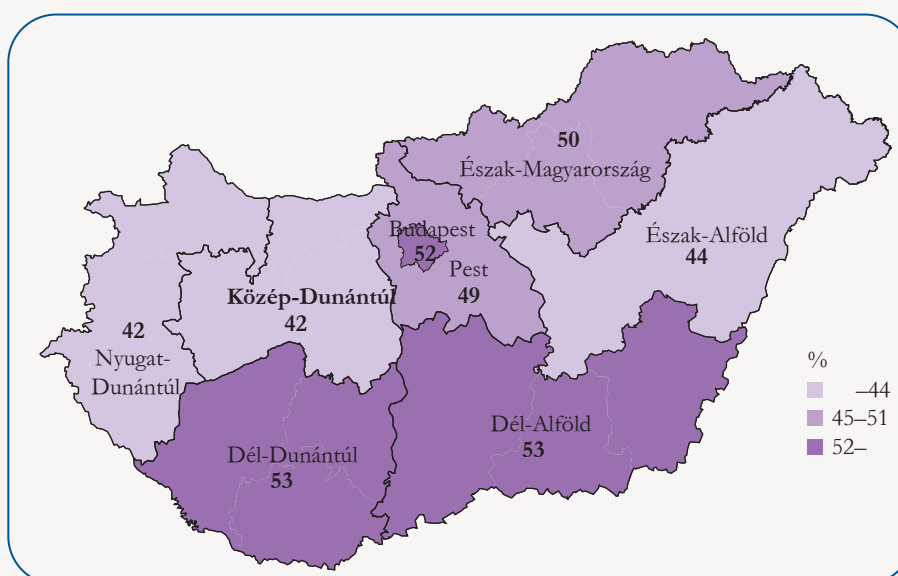
* Ahol lehetséges, az iskolai végzettséggel összefüggésben csak a 25 éves és annál idősebb népességet vizsgáljuk, hogy a fiatalabbak természetesen alacsonyabb végzettsége ne torzítsa az eredményeket.

A jövedelmi helyzet kevésbé téríti el az átlagtól a krónikus betegek arányát, mint az iskolai végzettség. A legalsó jövedelmi ötödben a férfiak bő négytizede nyilatkozott úgy, hogy van tartós betegsége, és a legfelső ötödben a háromtizedük. A nőknél ez az arány 10–20%-kal haladja meg a férfiakét, kivétel az 5. ötöd, amelyben a két nemre vonatkozó érték azonos.

Az eltérő jövedelmi szint szerintihez hasonló a krónikus betegek arányában mutatkozó regionális szórádás mértéke is. A tartós betegséggel küzdők Közép-Dunántúlon és Pest régióban vannak a legkevesebben (33–34%), és Észak-Magyarországon, illetve Dél-Dunántúlon a legtöbbben (44–46%). Többváltozós elemzés azt mutatja, hogy a régiók egymáshoz viszonyított sorrendjét a tartós betegek aránya szempontjából népességük nem, korcsoport, iskolai végzettség és jövedelem szerinti megoszlásuk azonban befolyásolja. Ha minden régióban a lakosság megoszlása a fenti változók szerint azonos volna, a krónikus betegek aránya Közép- és Nyugat-Dunántúlon lenne a legalacsonyabb.

5. ábra

A krónikus betegek aránya régióinként, 2019

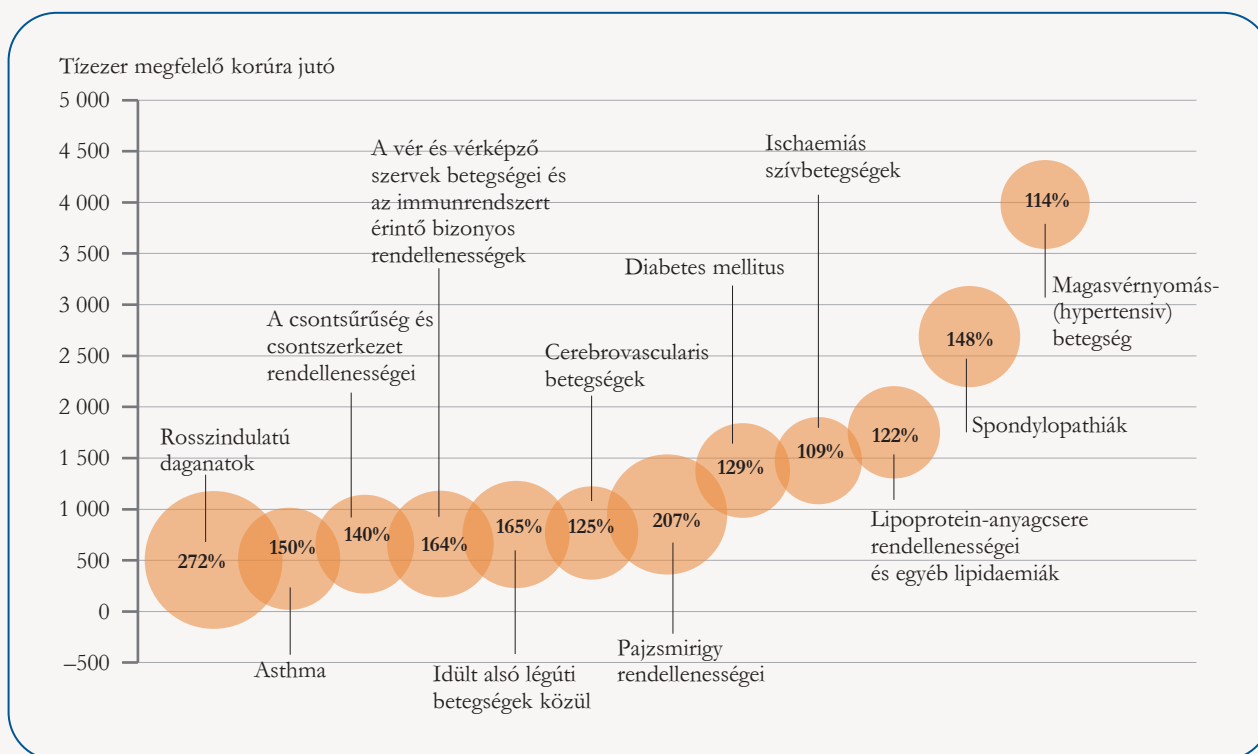


A magasvérnyomás-betegség a leggyakoribb a 18 évesnél idősebbek körében

A felnőtt népesség leggyakoribb egészségi problémája a *magasvérnyomás-betegség*.⁴ Az elmúlt két évtizedben évente mindig 1–2%-kal több a beteg, és a magas vérnyomás 2019-ben a 19 éves és annál idősebb embereknek mintegy négytizedét érintette. Az EU-ban Magyarország lakosságát sújtja legnagyobb mértékben ez a betegség, az összehasonlításra lehetőséget adó 15 éves és annál idősebbek korcsoportjában 80%-kal nagyobb a magasvérnyomás-betegek aránya (32%), mint a közösségi átlag (21%). A V4-ek közül a másik három is a magasabb frekvenciájú országok közé tartozik (23–26%). Annak a kockázata, hogy valakinél az orvosa ezt a diagnózist állapítja meg, az életkor növekedésével emelkedik, a 35–44 évesek 16%-a szenved ettől a betegségtől, a 75 éves és annál idősebb populációnak már több mint kilenctizede. A nők között több mint tizedével számosabbak vannak a magasvérnyomás-betegek, mint a férfiaknál, de ezt a különbséget jórészt az eltérő kor megoszlás okozza. A magasvérnyomás-betegség kockázata határozott társadalmi különbségeket mutat, a 25 éves és annál idősebbek között a legfeljebb 8 osztályos végzettséghez viszonyítva a felsőfokú iskolai végzettség mintegy negyed akkora értékkel jár együtt, illetve a 18 évesnél idősebbek körében a legfelső jövedelmi ötödhez tartozóké negyedével kisebb, mint a másik póluson lévőké. Észak-Magyarországon nagyobb a magasvérnyomás-betegség megjelenésének valószínűsége, mint az ország többi részén.

6. ábra

A háziorvosi szolgálathoz bejelentkezett 19 éves és annál idősebbek leggyakoribb betegségei 2019-ben és a betegek arányának változása 2011 és 2019 között
(A körök átmérője a változás nagyságával arányos)



A keringési rendszer betegségei közül fontos kiemelni az *ischaemiás szívbetegségeket* – részben a betegek viszonylag nagy száma miatt, részben pedig azért, mert minden negyedik halálesetnek ez az oka. A 19 éves és annál idősebbek 15%-át érinti a betegség, de a 45–54 éves korcsoportban jelenik meg először nagyobb számban, az ilyen korúak 6%-át sújtja. Az idősebb korcsoportokban meredeken emelkedik a prevalencia, és a férfiaké kissé magasabb, mint a nőké. A 75 éves vagy annál idősebbek között már átlagosan minden második embert elért a betegség. 2011-től 2 százalékponttal nőtt a betegek aránya.

⁴ A háziorvosi morbiditási adatgyűjtés (OSAP1021) alapján. Az ELEF2019 is hasonló összefüggéseket mutat.

A magasabb iskolai végzettséghez és az átlag feletti jövedelmi helyzethez a szívkoszorúér-betegség számottevően alacsonyabb kockázata társul.⁵ A legalsó jövedelmi ötödhöz tartozók mintegy tízszer gyakrabban betegednek meg, mint a legfelső ötödben. A 25 éves vagy annál idősebbeket tekintve a legfeljebb 8 osztállyal rendelkezők megbetegedési valószínűsége 4,5-szer annyi, mint a felsőfokú végzettségűeké. A különbségek akkor is szignifikánsak maradnak, ha kiküszöböljük az eltérő szociális helyzetűek nem és életkor szerinti különböző megoszlásának hatását.

Nyugat-Dunántúl mellett, ahol a lakosság a legkisebb kockázatnak van kitéve, kedvező helyzetben vannak a Közép-Dunántúlon és a Közép-Magyarországon élők is (11–12%), hozzájuk képest az észak-magyarországiak 25–30, a dél-dunántúliak és a dél-alföldiek 40–50%-kal vannak nagyobb mértékben kitéve az ischaemiás szívbetegségek kockázatának. A lakosság e tekintetben Észak-Alföldön a legveszélyeztetettebb, mert közel kétszer nagyobb a betegek aránya, mint a legkevesbé érintett régióban.

Az *agyérbetegségekkel* szintén magas gyakoriságuk és halálozási kockázatuk miatt indokolt külön foglalkozni. Ez a betegségcsoport már a középkorúak korosztályától válik az életkor emelkedésével egyre gyakoribbá, a 45–54 évesek között még csak a lakosság 2%-át érinti, de az arány a 75 éves és annál idősebbek között már 13-szorosára szökik.

2011 óta 2 százalékponttal nőtt a betegek aránya, ugyanakkor a férfiak és nők közötti olló egyre szélesebbre nyílt. Tízezer főre vetítve összességében mintegy harmadával több nőnek van agyérbetegsége, 65 éves kor felett azonban némileg magasabbak a férfiakra vonatkozó arányok. Az agyérbetegségek prevalenciája lényegesen kisebb területi szóródást mutat, mint az ischaemiás szívbetegségeké. Az Alföldön a legtöbben, a lakosság közel 10%-a szenved a betegségtől, Pest régióhoz képest több mint 3 százalékpontot meghaladó a többlet. Észak-Magyarországon 8, az ország többi részén 6–7%-ot sújt a cerebrovasculáris betegségek valamelyike.

Az Európai lakossági egészségfelmérés a betegségcsoportból csak az agyvérzés előfordulását vizsgálta, és ennek alapján megállapítható, hogy ezt a megbetegedést lényegében csak a nem és az életkor befolyásolja, a társadalmi differenciákkal nem mutat statisztikai kapcsolatot.

2019-ben 401 ezer főt tartottak nyilván rosszindulatú daganatos betegséggel,⁶ számuk 2011 óta közel 50%-kal nőtt. A legfiatalabb felnőttek között minden ötszázadik, a 35–44 évesek korcsoportjában minden századik, majd meredek emelkedés után a 75 éves és annál idősebbek körében már megközelítőleg minden hatodik ember érintett. Összességében a felnőtt lakosság 5%-a szenved rosszindulatú daganatos betegségtől. A középkorú lakosságban a tumoros betegséggel regisztráltak aránya a nők között magasabb, a 45–54 évesek csoportjában a fajlagos mutató alapján a különbség eléri a 71%-ot, a 65–74 évesek nagyjából azonos mértékben vannak kitéve a betegségnek, az ennél idősebb korban viszont a férfiak érintettsége meghaladja a nőkéét, a többlet 40%. A rosszindulatú daganatos betegségek gyakoriságának területi szóródása a keringési rendszer betegségeinél lényegesen szűkebb, Észak-Alföldön, ahol a legtöbb embert sújtja ez a kór, 27%-kal több a betegek aránya, mint a legkevesbé érintett Pest régióban.

⁵ Az Európai lakossági egészségfelmérés 2019. évi (továbbiakban: ELEF2019) adatai alapján.

⁶ A háziorvosi morbiditási adatgyűjtés (OSAP1021) alapján.

1. tábla

**A háziorvosok által nyilvántartott leggyakoribb betegségek aránya tízezer főre korcsoportonként,
a 19 éves és annál idősebbek körében, 2019**

Betegségek megnevezése	19–24 évesek	25–34 évesek	35–44 évesek	45–54 évesek	55–64 évesek	65–74 évesek	75 éves és annál idő- sebbek	Összesen
Férfiak								
Magasvérnyomás- (hypertensiv) betegségek (I10-I15)	401	823	1 795	3 483	6 031	7 754	9 050	3 735
Gerincbántalmak (M40-M43, M45-M49)	636	1 135	1 859	2 583	3 750	4 142	4 291	2 511
Lipoprotein-anyagszere rendellenességei és egyéb lipidaemiák (E78)	46	172	600	1 415	2 794	3 960	4 283	1 651
Ischaemiás szívbetegségek (I20-I25)	17	52	188	653	2 033	3 713	5 751	1 360
Diabetes mellitus (E10-E14)	71	129	355	1 002	2 392	3 542	3 783	1 369
Pajzsmirigy rendellenességei (E00-E07)	109	149	214	293	427	611	730	328
Cerebrovascularis betegségek (I60-I69)	12	27	73	228	859	1 775	3 190	646
Idült alsó légúti betegségek közül (J40-J44)	247	267	304	453	1 002	1 430	1 811	676
A vér és vérképző szervek betegségei és az immunrendszert érintő bizonyos rendellenességek (D50-D89)	181	179	201	254	425	673	1 229	372
A csontsűrűség és csontszerkezet rendellenességei (Osteoporosis) (M80-M85)	15	23	41	95	271	544	945	209
Asthma (J45)	359	352	329	338	456	585	686	414
Roszcindulatú daganatok (C00-C97)	20	45	102	203	588	1 155	1 909	440

1. tábla

**A háziorvosok által nyilvántartott leggyakoribb betegségek aránya tízezer főre korcsoportonként,
a 19 éves és annál idősebbek körében, 2019 (folytatás)**

Betegségek megnevezése	19–24 évesek	25–34 évesek	35–44 évesek	45–54 évesek	55–64 évesek	65–74 évesek	75 éves és annál idő- sebbek	Összesen
Nők								
Magasvérnyomás- (hypertensiv) betegségek (I10-I15)	222	512	1 361	3 250	5 894	7 750	9 279	4 198
Gerincbántalmak (M40-M43, M45-M49)	703	1 176	2 043	3 244	4 702	5 128	5 255	3 331
Lipoprotein-anyagcsere rendellenességei és egyéb lipidaemiák (E78)	56	154	389	1 047	2 667	3 985	4 159	1 844
Ischaemiás szívbetegségek (I20-I25)	16	46	149	516	1 704	3 165	5 395	1 578
Diabetes mellitus (E10-E14)	107	217	386	745	1 769	2 869	3 351	1 387
Pajzsmirigy rendellenességei (E00-E07)	440	862	1 239	1485	1 911	2 192	1 881	1 503
Cerebrovascularis betegségek (I60-I69)	12	30	84	264	896	1 658	3 187	875
Idült alsó légúti betegségek közül (J40-J44)	218	286	385	628	1 204	1 391	1 430	819
A vér és vértképző szervek betegségei és az immunrendszert érintő bizonyos rendellenességek (D50-D89)	650	836	953	956	761	830	1 351	917
A csontsűrűség és csontszerkezet rendellenességei (Osteoporosis) (M80-M85)	18	35	87	298	1 227	2 356	3 324	1 060
Asthma (J45)	315	375	436	549	805	862	771	604
Rosszindulatú daganatok (C00-C97)	19	50	150	347	755	1 112	1 367	561

A magas vérnyomást követően a gerincbántalmak⁷ sújtják a legtöbb embert, gyakran okoznak munkaképtelenséget, és sokszor vezetnek mozgáskorlátozottsághoz. A tekintett periódusban számuk duplájára nőtt, és 2019-ben már több mint 2,3 millió főt tartottak nyilván a háziorvosok ezzel az egészségügyi problémával. Már a fiatalabb korcsoportokban is 5–10%-os gyakorisággal fordulnak elő, a 75 éves és annál idősebbek között az érintettek aránya pedig eléri a 43%-ot. A gerincbántalmak a nőket minden életkorban jobban veszélyeztetik, a különbség a 45–54 éves korcsoportban 7, és az ezt követő korcsoportokban 10 százalékpont. Jelentősek a területi különbségek: a csigolyabetegségek az Alföldön és Dél-Dunántúlon sújtják a lakosságot a legnagyobb mértékben (24–26%), közel 80%-kal gyakrabban, mint a legkevésbé érintett Budapesten (14%). A többi régióban a betegségcsoport prevalenciája 16–21%.

⁷ Idetartoznak a deformáló hátgerinc-eltérések (M40-M43) és a spondylopathiák (M45-M49).

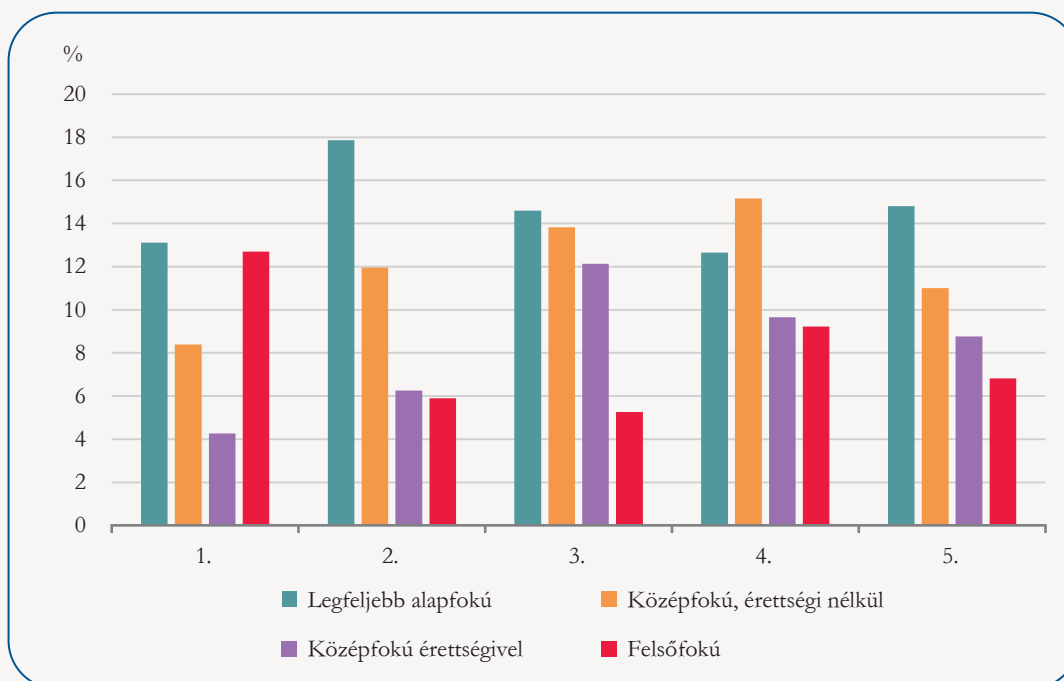
A nők veszélyeztetettségének mértéke iskolai végzettségi kategóriánként nagyobb változatosságot mutat, mint a férfiaké.⁸ A nők esetében a kockázat és az iskolai végzettség fordítottan korrelál, a férfiaknál viszont a legnagyobb kockázatnak az érettségi nélküli középiskolai végzettségűek vannak kitéve, és nem a legkevésbé iskolázottak. A jövedelmi helyzetet tekintve fordított az összefüggés, a férfiaknál nagyobb a szórádás. Körükben a legsó, a nők körében viszont a 4. ötödhöz tartozók veszélyeztetettsége a legnagyobb.

A hazai felnőtt lakosság 14%-a szenved cukorbetegségben,⁹ 2011-től ez az arány 3 százalékponttal nőtt. Az életkor emelkedésével az érintettek aránya meredeken nő, a legfiatalabb felnőttekhez viszonyítva egy 75. életévét betöltött embernek 40-szer nagyobb az esélye arra, hogy cukorbeteg legyen. A fiatalok között a nők kitettebbek, de ez a 45–54 évesek korcsoportjában megfordul. A 19–34 éves nők között több mint felével gyakoribb a beteg, mint a hasonló korú férfiak soraiban, de a 45–54 évesek között már a férfiak érintettsége több mint harmadával nagyobb. Az idősebbek körében az életkor emelkedésével csökken ugyan a férfiak fokozottabb kockázata, de még a legidősebb vizsgált korcsoportban is 13% marad. A cukorbetegség területi szóródása viszonylag csekély, arányuk Észak-Magyarországon a legkisebb (12%), ehhez képest a leginkább érintett Észak-Alföld régióban harmadával nagyobb. A többlet Dél-Dunántúlon, és Dél-Alföldön is viszonylag magas, meghaladja a 20%-ot, Budapesten is 16%.

Az Európai lakossági egészségfelmérés azt mutatja, hogy a cukorbetegség kockázatának mértéke erősen összefügg a szociális helyzettel. A legalább érettségizetteknek szignifikánsan kisebb az esélye arra, hogy megbetegedjenek, mint a kevésbé iskolázottaknak, és a legsó jövedelmi ötödhöz tartozók nagyobb kockázata a 4–5. ötödhöz képest statisztikailag igazolható.

7. ábra

**A cukorbetegség gyakorisága a 25 éves és annál idősebbek között
jövedelmi ötöd és iskolai végzettség szerint, 2019**



Az utóbbi évtizedek kutatásai rámutattak arra, hogy a túlélés kulcsa a jó mentális egészség. Kopp, Skrabski és Szedmák (1999) szerint „az egészségi állapot romlása szempontjából, más irodalmi adatokkal egybehangzóan, a depressziós tünetegyüttest találtuk a legfontosabb rizikófaktornak”.¹⁰

⁸ Az ELEF2019 adatai alapján.

⁹ A háziorvosi morbiditási adatgyűjtés (OSAP1021) alapján.

¹⁰ Kopp, M., Skrabski Á., Szedmák, S. (1999). A testi és lelki egészség összefüggései országos reprezentatív felmérések alapján. Demográfia, 42, 88–119.

Becslések¹¹ szerint egyéves tartamot tekintve Magyarországon a 15 éves és annál idősebb lakosság 8%-át érinti a depresszió, 4%-uk nyilatkozik úgy, hogy nála fennáll ez az egészségi probléma, és 5%-uk a PHQ8-skála¹² szerint a felvételt megelőző két hétben depressziós tüneteket mutatott. A férfiak lényegesen ritkábban számolnak be ilyen fajta egészségproblémákról (4%), mint a nők (11%). Az idősebb életkorúak között magasabb az érintettek aránya, a 65 éves vagy annál idősebb férfiaknál eléri a 7, nőknél a 15%-ot. A kedvezőbb szociális helyzet a depresszió kisebb kockázatával jár. A 25 éves és annál idősebbek között a legfeljebb 8 osztályt jártak 18, a középiskolát végzetek 7–8, míg a diplomásoknak csak 5%-a küzd depressziós panaszokkal. Ha kiszűrjük a nem, az életkor és a szociális helyzet hatását, Észak-Magyarország és Budapest lakossága mutatkozik a leginkább érintettnek.

Korlátozottság a mindennapi tevékenységekben

A legalacsonyabb jövedelmi ötödben több mint háromszor gyakoribb a súlyosan korlátozottak aránya, mint a legfelsőben

A 2010–2018-as adatok alapján Magyarországon a lakosság negyede a mindennapi tevékenységeket tekintve korlátozottnak érzi magát. 2019-ben a korlátozottság felmérésében módszertani változás történt,¹³ ami nehezíti a legutóbbi adatok összehasonlítását az előzőekkel. A 2019-es adatok szerint a 16 éves és annál idősebb lakosság 18%-a nem súlyosan, 7%-a súlyosan, összesen negyede korlátozott. A nők 23%-kal gyakrabban vallják magukat korlátozottnak. A 16–24 évesek 4%-a nyilatkozott úgy, hogy korlátozott, és korcsoportonként felfelé haladva ez az arány exponenciálisan növekszik úgy, hogy a 75 éves és annál idősebbek között eléri a 68%-ot. A súlyos állapotúak aránya a korlátozottak között 10 éves korcsoportok szerint, 21 és 35% között mozog. A fiatalok és az idősek állapota akadályozottság esetén nagyobb valószínűséggel súlyos, mint a középkorúaké. A 25–34 éves korlátozottak között a súlyos esetek aránya kiemelkedően magas (32%), megközelíti a legidősebbek körében tapasztaltat (35%). Ugyanakkor a 35–44 évesek között ennek a mutatónak az értéke a legalacsonyabb (21%).

Az iskolai végzettség és a háztartás jövedelmi helyzete szignifikáns kapcsolatot mutat mind az összes korlátozott, mind pedig a súlyosan korlátozottak gyakoriságával. Mindkét ismerv szerinti lépcső bármely szintjén 1 fokot felfelé lépve csökken a korlátozottak és a súlyosan korlátozottak aránya is. A 25 éves és annál idősebbek körében az alapfokú végzettségűek között a korlátozottak háromszor (48, illetve 16%), és a súlyosan korlátozottak közel hatszor (17, illetve 3%) annyian vannak, mint a diplomások között. A jövedelmi ötödök a korlátozottságban – akár teljes körűen vizsgáljuk, akár csak a súlyosan korlátozottakat – kisebb szóródást okoznak (35, illetve 13; és 12, illetve 3%), mint az iskolázottság.

A népesség nagyságához viszonyítva Budapesten él a legkevesebb korlátozott személy (21%), és Észak-Magyarországon a legtöbb (31%). A korlátozottak aránya Pest régióban, valamint Közép- és Nyugat-Dunántúlon a többihez hasonlítva alacsony (nem éri el a 23%-ot), és Dél-Dunántúlon magas (29%).

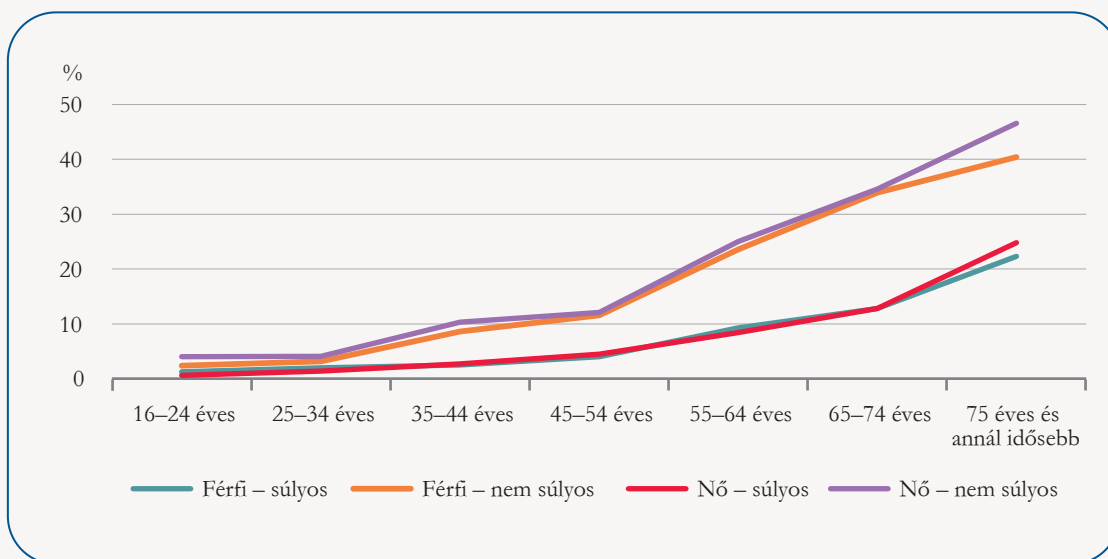
¹¹ Az ELEF2019 adatai alapján.

¹² Personal Health Questionnaire Depression Scale https://www.selfmanagementresource.com/docs/pdfs/English_-_phq.pdf

¹³ A HKÉF-ben korábban egyetlen kérdés vonatkozott a korlátozottságra: „Az elmúlt hat hónapban vagy hosszabban korlátozta-e Önt valamilyen egészségi probléma a szokásos mindennapi tevékenységei elvégzésében? Ha igen, kérjük, mondja meg, milyen mértékben!” 2019-ben két részletben tették fel a kérdést: „Korlátozta-e Önt valamilyen egészségi probléma a mindennapi tevékenységek elvégzésében?” „Fennáll-e legalább hat hónapja ez a korlátozás?”

8. ábra

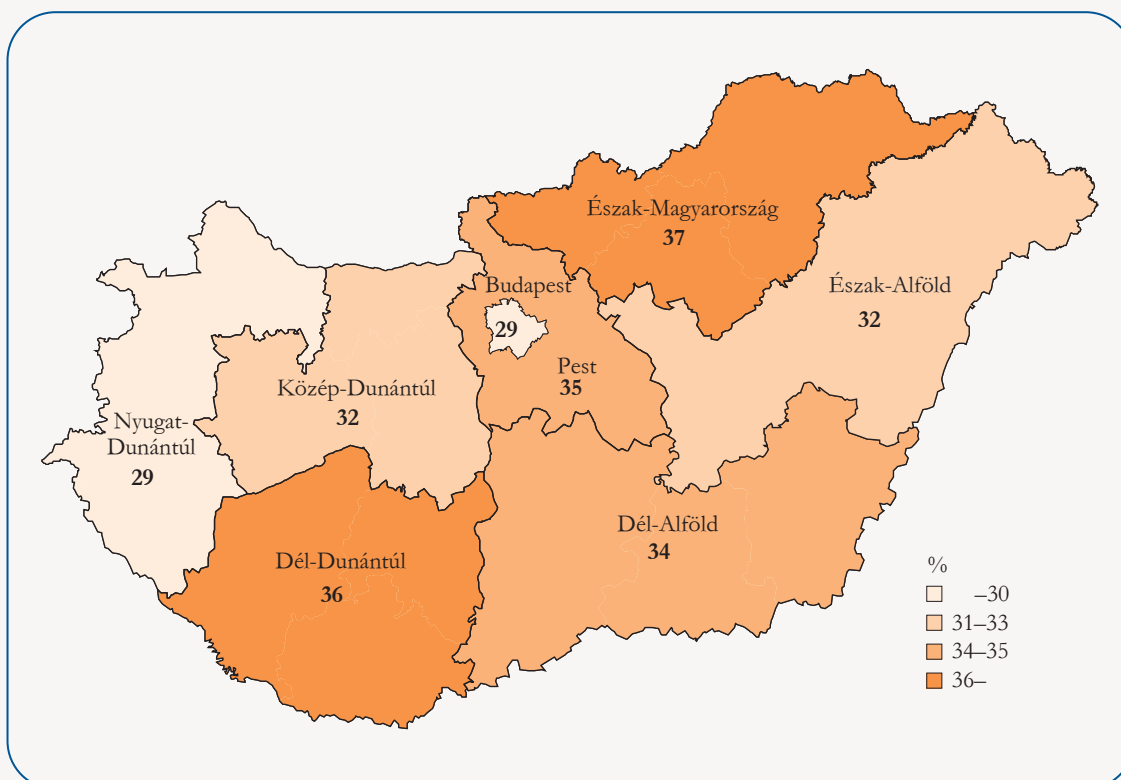
A korlátozottak aránya a 16 éves és annál idősebb népességben súlyosság szerint nemenként és korcsoportonként, 2019



A súlyosan korlátozottak regionális rátája szűk intervallumban mozog (5–10%), Budapesten a legalacsonyabb és Dél-Dunántúlon a legmagasabb az értéke, Közép-Dunántúlon, Dél-Alföldön és Pest régióban is viszonylag alacsony, legfeljebb 7%. A korlátozottság mértéke szerint a régiók sorrendjét nem befolyásolja a lakosságuk nem, korcsoport, iskolai végzettség és jövedelem szempontú összetétele, viszont a súlyosan korlátozottak aránya Pest régióban megközelítené a maximális értéket, és Budapesten is a dél-alföldivel egyezne meg, ha a népességük megoszlása a felsorolt ismérvek szerint azonos lenne.

9. ábra

A mindennapi tevékenységekben korlátozottak aránya régiók szerint, 2019



3. Az egészséget befolyásoló kockázati tényezők

A becslések szerint Magyarországon a halálozások fele egészség-magatartásbeli kockázati tényezőknek tulajdonítható¹⁴, ideértve a helytelen táplálkozást, a dohányzást, az alkoholfogyasztást és a kevés testmozgást. Ez az arány jóval magasabb a 39%-os uniós értéknél.

Táplálkozás

A napi 4 adag gyümölcsöt vagy zöldséget fogyasztók aránya az életkor emelkedésével növekszik

Manapság a különböző szakmai szervezetek táplálkozási tanácsai részleteiben ugyan némileg eltérnek egymástól, de mindegyik hangsúlyozza, hogy zöldséget és gyümölcsöt bőségesen kell fogyasztani. Az Egészségügyi Világszervezet szerint naponta legalább 400 grammot (azaz 5 adagot)¹⁵ ajánlott megenni, az MDOSZ¹⁶ ajánlásában viszont, az ún. okos tányéron¹⁷ a naponta elfogyasztott étel fele zöldség vagy gyümölcs, ami napi 4 vagy annál több adagot jelent.

2019-ben a magyarországi 15 éves és annál idősebb lakosság közel hattizede mindennap evett gyümölcsöt, de zöldséget a fele sem. Bár a 2014. évi adatgyűjtés kérdéseire viszonyítva 2019-ben változások történtek, ami némileg módosíthatja az eredményeket, mégis megállapítható, hogy a két felvétel között a lakosság zöldség-gyümölcs fogyasztási gyakorisága – ami az egészségeshez képest alacsony – nem változott.

A 2014. évi adatok szerint a naponta gyümölcsöt fogyasztók aránya tekintetében Magyarország a mediterrán országokkal együtt az uniós államok között a legnagyobb gyakoriságú negyedbe tartozik. A V4-ekkel összehasonlítva itt eszik az emberek legnagyobb része mindennap gyümölcsöt. A zöldségfogyasztás napi gyakorisága szempontjából az EU középmezőnyébe tartozunk, de az átlagot nem érjük el. A V4-országok között csak Lengyelországban magasabb a napi rendszerességgel zöldséget, salátát evők aránya. A zöldség-gyümölcs adagok számát figyelembe véve Magyarország azon országok közé tartozik, ahol kevesen fogyasztanak naponta legalább öt adagot.

A napi adagokat tekintve az emberek 8%-ának fogyasztási szokása felel meg a WHO-kritériumnak, az okos tányér feltételeinek pedig 18%-uké, és ebben a vonatkozásban a nők határozott előnyben vannak a férfiakkal szemben (21, illetve 15%). A zöldség-gyümölcs fogyasztás táplálkozásban betöltött szerepét a nemén kívül számos tényező befolyásolja: az életkor, az iskolázottság, a lakóhely régiója, a tápláltság, edzettség, a fogak egészsége, valamint az is, hogy hiszünk-e abban, hogy mi magunk is tehetünk az egészségünkért. A napi legalább 4 adag zöldséget vagy gyümölcsöt fogyasztók aránya az életkor emelkedésével növekvő trendet mutat a férfiak és a nők esetében is. A legnagyobb különbség az életkor szerint figyelhető meg.

Az iskolázottabbak, a Dunántúlon élők, a WHO ajánlásnak megfelelő¹⁸ fizikai aktivitást végzők, az elhízottak és a jó fogakkal rendelkezők gyakrabban esznek az okostányérnak megfelelő mennyiségű gyümölcsöt vagy zöldséget, mint mások.

A friss, fagyasztott, szárított vagy konzerv zöldség és gyümölcs fogyasztását kiegészíthetik a hozzáadott édesítőszert, vitamint, ásványi anyagokat nem tartalmazó, 100%-os gyümölcs- vagy zöldséglevek, amelyekből a 15 éves és annál idősebb emberek harmada iszik legalább hetente, 8% naponta. Ezt a férfiak némileg gyakrabban fogyasztják, mint a nők, továbbá mindkét nemnél a 15–24 évesek fele, az 55 évesek és annál idősebbek esetén viszont már csak negyede étrendjének része legalább heti rendszerességgel. A 100%-os zöldség- és gyümölcslé az iskolázottabbak, illetve a magasabb jövedelműek között népszerűbb.

¹⁴ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Magyarország: Egészségügyi országprofil 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

¹⁵ Healthy diet <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

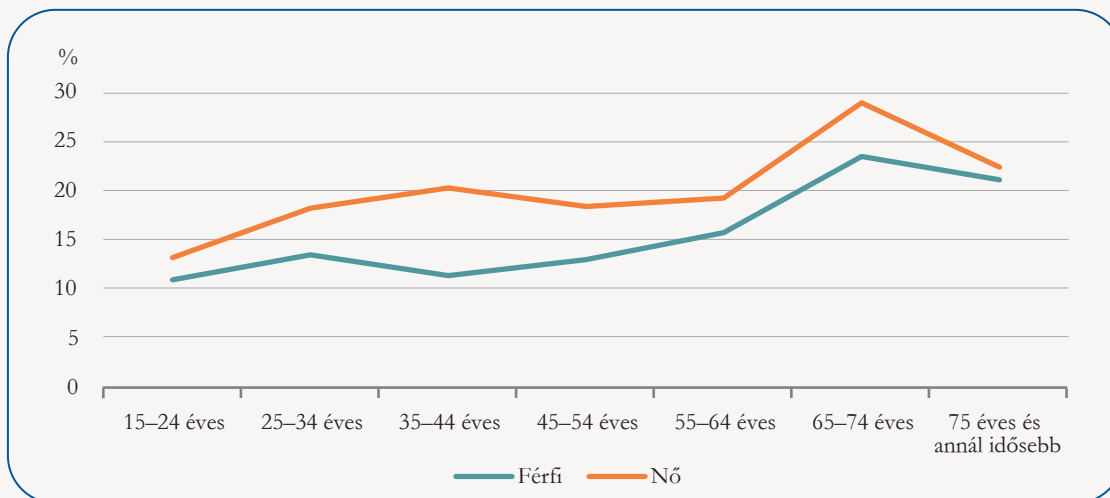
¹⁶ Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége.

¹⁷ <https://mdosz.hu/uj-taplalkozasi-ajanlasok-okos-tanyer/>

¹⁸ A WHO ajánlásának megfelelő a heti legalább 150 perc mozgás: munka, séta, biciklizés, szabadidős mozgás.

10. ábra

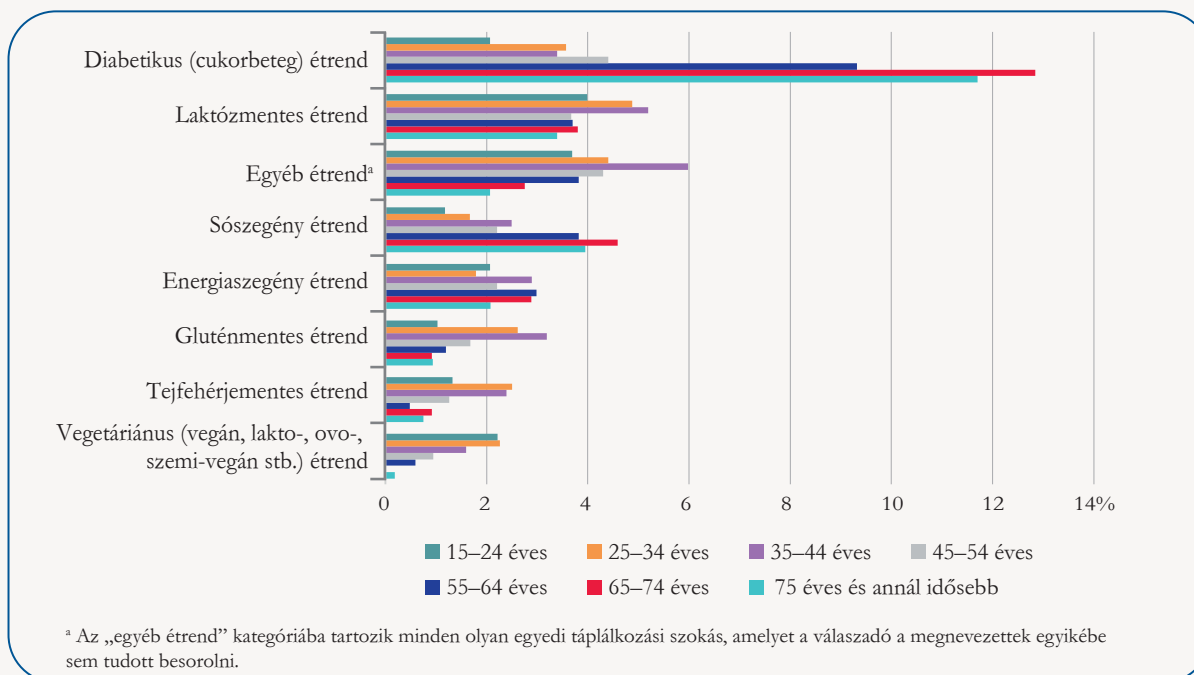
A naponta legalább 4 adag zöldséget vagy gyümölcsöt fogyasztók aránya nemeként és korcsoportonként, 2019



A magyarországi 15 éves és annál idősebb lakosság közel ötöde követ speciális étrendet,¹⁹ közülük minden negyedik egyszerre többet is. A szokásostól eltérő táplálkozási magatartások a rosszabb egészségi állapotúakra és az iskolázottság, illetve jövedelem szerint magasabb társadalmi státuszúakra jellemzők. A diétázás több mint kétszer gyakoribb a krónikus betegek között, mint a lakosság másik részében, illetve a felsőfokú iskolai végzettségűek körében azokhoz képest, akik legfeljebb alacsonyabb végzettséggel rendelkeznek (egyformán 12, illetve 25%). Speciális étrend követése jobban jellemzi a nőket, mint a férfiakat (21, illetve 16%). A különböző diéták más-más korcsoportokban elterjedtebbek: a diabetikus és a sószegény étrend – a cukorbetegség és a magas vérnyomás életkorral együtt növekvő prevalenciájával összefüggésben – az idősebbek között, az energiaszegény a középkorúak között, a vegetáriánus, gluténmentes, laktózmentes, tejfehérjementes, illetve az egyéb étrendek pedig inkább a fiatalabbak között.

11. ábra

Speciális étrendek gyakorisága korcsoportonként, 2019



¹⁹ Az ELEF2019 kérdőíve a következő étrendek tudatos követésére kérdezett rá: diabetikus (cukorbeteg), gluténmentes, laktózmentes, tejfehérjementes, energiaszegény, sószegény, vegetáriánus (vegán, lakto-, ovo-, szemi-vegán stb.) és egyéb étrend.

Az egyes étkezési szokások gyakorisága alapján feltételezhető, hogy a diétázók zöme kényszerűségből kerül bizonyos élelmiszereket, és nem csak egyfajta tudatos életmódválasztás miatt. A legtöbben diabetikus (6%), illetve laktózmentes (4%) diétát tartanak. Sószegény étrendet követ a vizsgált korosztály 3 és energiaszegényt 2%-a. A többi megnevezett étrend még ennél is kevésbé gyakori, viszont a lakosság 4%-a a felsoroltakon kívüli, egyéb diéta szerint táplálkozik.

Testmozgás

A legalább heti 150 percet sportolók aránya a felsőfokú végzettségűek körében csaknem kilencszerese a legfeljebb a közoktatás 8. évfolyamát végzettekének

A WHO globális étrend, testmozgás és egészségügy stratégiája²⁰ megállapítja, hogy szilárd bizonyítékok állnak rendelkezésre arra vonatkozóan, hogy megfelelő fizikai aktivitás esetén

- csökken a halálozás, a szívkoszorúér-betegség, a magas vérnyomás, a sztrók, a 2. típusú cukorbetegség, a metabolikus szindróma, a vastagbél- és emlőrák, valamint a depresszió bekövetkeztének valószínűsége;
- kisebb a csípő- és a gerincoszont törésének a kockázata;
- jobb a szív- és légzőrendszeri, valamint az izomerőnlét esélye;
- könnyebben lehet megtartani az testsúlyt, egészségesebb a testtömeg és a testösszetétel.²¹

A WHO ajánlása szerint a felnőtteknek hetente legalább 150 percnyi közepes intenzitású, vagy legalább 75 perc erőteljes intenzitású aerob fizikai tevékenységet kell végezni, illetve a mérsékelt és az erőteljes intenzitású tevékenységeknek az előbbiekkal ekvivalens kombinációját.

A 2014-es lakossági egészségfelmérés szerint a 15 éves és annál idősebb népességben Magyarországon viszonylag alacsony, 43% volt azok aránya, akik szabadidejükben egyáltalán nem sportoltak. Az uniós átlag 49% volt, és a többi V4-országban is mindenütt magasabb volt az inaktív aránya, mint Magyarországon. Hetente legalább 150 percet sporttal, szabadidős mozgással töltött a vizsgált korosztály 29%-a, és ez a gyakoriság az uniós szélsőértékek között – Románia 9% és Finnország 55% – a középmezőnybe esik. Hasonló arányban sportoltak Szlovákiában és Csehországban is, Lengyelországban viszont lényegesen kevesebben teljesítették a 2,5 órás kritériumot.

2019-ben az öt évvel korábbiakhoz képest egyértelműen romlott a helyzet: a legalább 15 évesek 54%-a egyáltalán nem sportol, és mindössze 23% végez legalább heti 150 perc szabadidős testmozgást. A 15–24 éves férfiak több mint a fele tesz eleget ennek a feltételnek, az azonos korú nőknek azonban csak harmada. Az életkor emelkedésével közel lineárisan csökken az arányuk, és egyúttal eltűnik a nemek eltérő aktivitása. A 75 éves és annál idősebbeknek 8%-a sportol hetente legalább két és fél órát.

A szabadidős testmozgás határozott kapcsolatot mutat a társadalmi jellemzőkkel. Minél iskolázottabb, illetve minél kedvezőbb valaki jövedelmi helyzete, annál nagyobb a valószínűsége annak, hogy rendszeres szabadidős testmozgást végez. A legalább érettségivel rendelkezők amúgy is magasabb esélyt tovább növeli a legfelsőbb jövedelmi ötödbe tartozás, ugyanakkor bármely jövedelmi kategóriában a felsőfokú végzettségűek között a heti 2,5 órát sportolók aránya lényegesen magasabb, mint a legfeljebb érettségizettek körében.

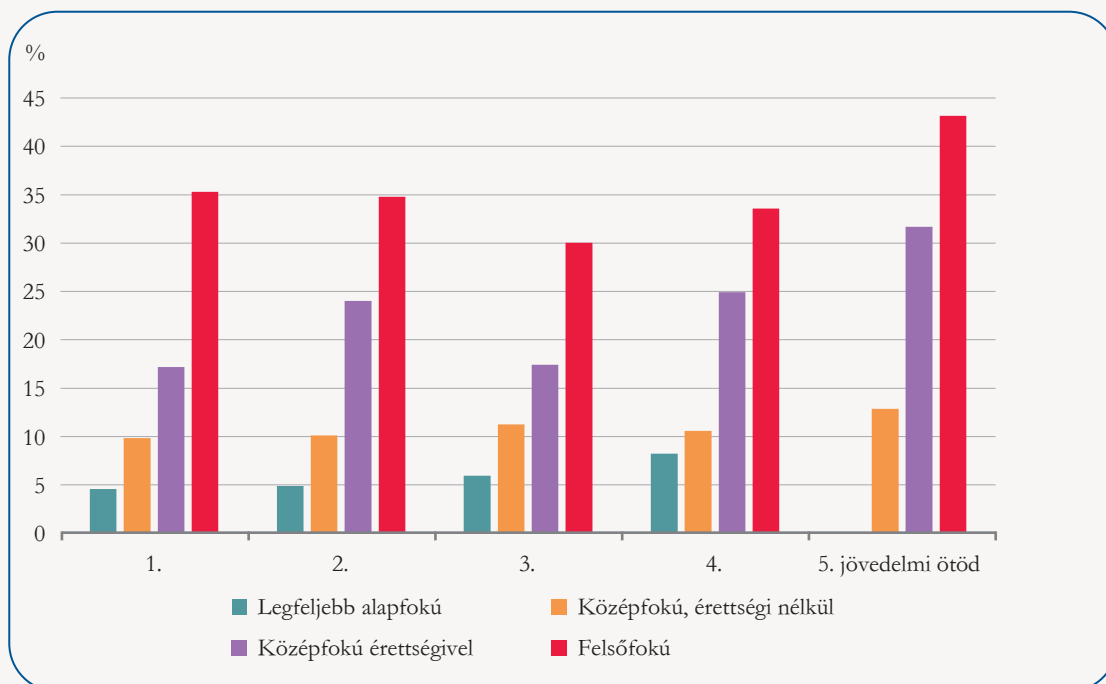
²⁰ https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf

²¹ A testösszetétel az emberi test egészén belül az egyes összetevők és testanyagok vagy szövetek abszolút mennyiségét, illetve egymáshoz vagy a teljes testtömeghez viszonyított arányát jelöli. (Dr. Balogh Zoltán et al.: A sport és a testedzés pszichológiája – szemelvények a sportpszichológiából, Sporttudomány a mindennapos testnevelés szolgálatában. SZTE, Pedagógusképző Kar)

http://www.jgyph.hu/tamop13e/tananyag_html/sporttudomany/index.html

12. ábra

**A hetente legalább 150 percet sportolók, szabadidős mozgást végzők aránya
a 25 éves és annál idősebbek között iskolai végzettség és jövedelmi ötöd szerint, 2019**



25 éves és annál idősebbek között a legritkábban – a legfeljebb a közoktatás 8. osztályát elvégző legalsó jövedelmi ötödbe tartozók – és a leggyakrabban – a felsőfokú végzettségű legfelső ötödbe tartozók – hetente legalább 150 perc szabadidős testmozgást végzők aránya között majdnem kilencszeres a különbség (5, illetve 43%).

Budapesten a többi régióhoz viszonyítva kiemelkedően magas a sportolók hányada, a 15 éves és annál idősebbek harmada tesz eleget a vizsgált időkritériumnak, a többi régióban csak ötöde-negyede, de a főváros kedvezőbb helyzetét az okozza, hogy a lakosságban a többi régióhoz képest magasabb a fiatalok és az iskolázottabbak aránya.

A többlettetsúly negatív korrelációt mutat az egészséges mennyiségű sportolással. A sovány vagy normál súlyúak háromtizede, a túlsúlyosak, de nem elhízottak kétharmada, míg az elhízottak 15%-a sportol, és a legutóbbi csoport esetében akkor is tapasztalható a mozgáshiány, ha kiszűrjük a nem és az életkor szerint eltérő megoszlás hatását.

Ha szigorúan vesszük a WHO kritériumát, vagyis, ha a munkát és közlekedést sem hagyjuk figyelmen kívül, akkor a 18 éves és annál idősebb lakosság több mint háromnegyede eleget tesz a heti 150 perces elvárásnak, a 18–24 éves férfiak nagyobb mértékben, mint az azonos korú nők. Korcsoport szerint a nagyobb kiegyensúlyozottság jellemző, mintha csak a szabadidős sportot tekintjük, mert statisztikailag bizonyítható mértékben csak a legidősebbek teljesítménye marad el a többiekétől. Ebből a szempontból az érettségi nélküli középiskolát végzettek a legaktívabbak (78%), de ez a különbség is eltűnik, ha figyelembe vesszük, hogy az iskolai végzettség szerinti lakossági csoportok nem, korcsoport és jövedelem szerinti megoszlása nem azonos.

Tápláltság²²

A krónikus betegségek számát tekintve 45–74 éves korban az elhízottság 10 évvel öregíti az embereket

A túlsúly nagymértékben hozzájárul az általános egészségi állapot romlásához, betegségek kialakulásához és a korlátozottság fokozódásához.²³ Nagyobb kockázatot jelent a 2. típusú cukorbetegség, a szív- és érrendszeri betegségek, a rák számos formájának, az ízületek degeneratív jellegű megbetegedéseinek és más egészségügyi problémák kialakulásában.

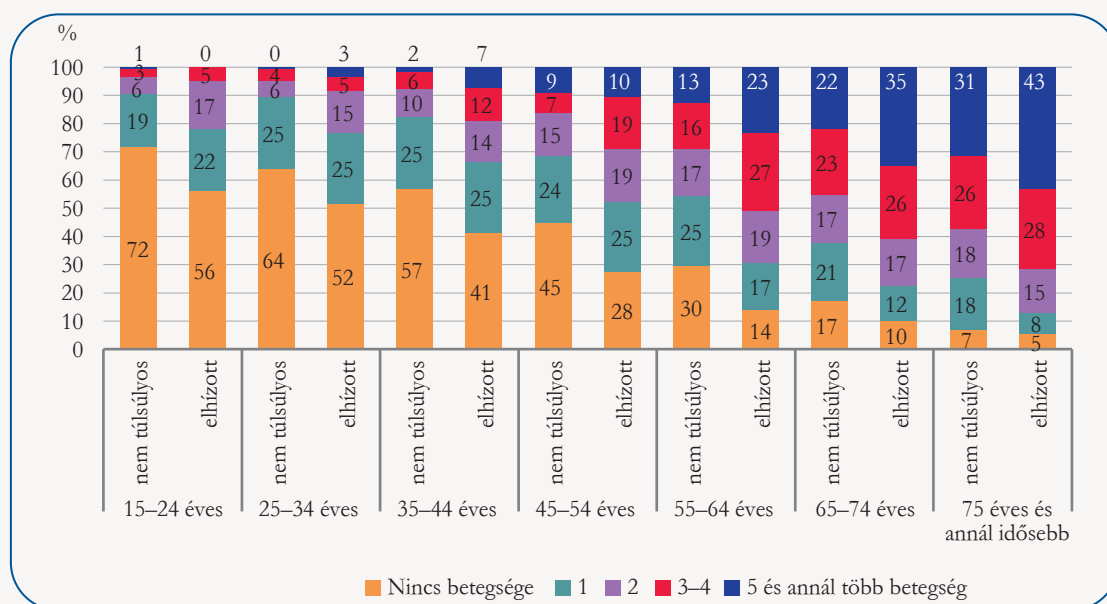
A 15 éves vagy annál idősebb lakosság közel hattizede túlsúlyos vagy elhízott, és majdnem negyede elhízott. A 2019. évi adatokat az 5 évvel korábbi felvétel eredményeivel összehasonlítva az elhízottak aránya 3, a túlsúlyosaké 1 százalékponttal növekedett.²⁴ A 2014. évi adatok szerint Magyarország az EU három legelhízottabb lakosságú országa között van Litvániával és Máltával együtt, és ha a túlsúlyosokat és elhízottakat együtt vizsgáljuk, akkor is a legsúlyosabb harmadba tartozik. Ez utóbbi szempont szerint a V4-ek egymáshoz hasonlóak, 53–55%-os gyakorisággal.

Az egészségesnél nagyobb testsúly már a 15–24 évesek²⁵ között is nagyon gyakori, minden harmadik férfi és minden ötödik nő túlsúlyos vagy elhízott ($TTI \geq 25$). Ebben a korcsoportban a többletsúllyal élők aránya ugyan még az uniós átlag alatt van, de a magyar 25–34 évesek az azonos korúakat tekintve már a hat „legsúlyosabb” ország közé sorolódnak. Az elhízottak ($TTI \geq 30$) aránya alapján is a legfiatalabbak az európai közösségben a „legkarcsúbbak” harmadába tartoznak, a 65–74 évesek azonban már a négy legelhízottabb nemzet közé. Az ennél idősebbek újra a legkevésbé elhízott harmadban találhatók, ami megerősíti azt a szakirodalmi²⁶ megállapítást, hogy az öregkor elején sokkal nagyobb azok halálozási valószínűsége, akik egészségtelenül nagy többletsúllyal rendelkeznek.

Az elhízottak között minden korcsoportban nagyobb arányban vannak a krónikus betegek, és azok, akiknek több tartós egészségproblémája²⁷ is van.

13. ábra

A 15 éves és annál idősebb lakosság megoszlása a krónikus betegségek száma, korcsoport és elhízottság szerint, 2019



²² A tápláltságot a testtömegindex (TTI, közismert angol rövidítése BMI) alapján vizsgáljuk. $TTI = \text{testtömeg (kg)} / \text{testmagasság (m)}^2$. Sovány: $TTI < 18,5$; Normál súlyú: $18,5 \leq TTI < 25$; Túlsúlyos: $25 \leq TTI < 30$; Elhízott: $TTI \geq 30$.

²³ A WHO Európai Irodájának honlapja. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/data-and-statistics>

²⁴ Az ELEF2019 és ELEF2014 adatai alapján.

²⁵ Az ELEF a 15 éves és annál idősebb lakosságot vizsgálja.

²⁶ Preston SH., Stokes A. (2011) Contribution of Obesity to International Differences in Life Expectancy. American Journal of Public Health, 101(11): 2137–2143.

²⁷ Az ELEF2019 kérdőív (http://www.ksh.hu/elef/elef2019_kerdoiv.pdf) 10. kérdése 29 betegséget nevez meg, a 30. az „egyéb krónikus betegség”, amit a betegségek számának meghatározásakor a többihez hasonlóan egy egységnek tekintünk.

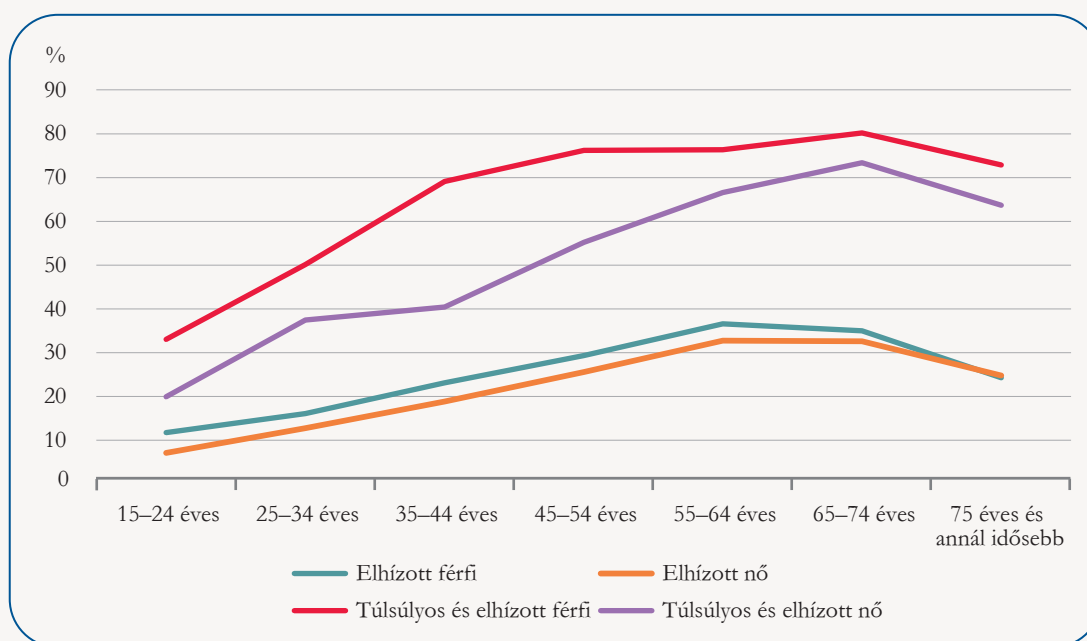
A krónikus betegségek előfordulását tekintve 45–74 éves korban az elhízottság 10 évvel öregíti az embereket, mert az egészségtelenül túlsúlyos 45–54, 55–64, illetve 65–74 évesek betegsége szám szerinti megoszlása jól közelíti a többletsúly nélküli, de tíz évvel idősebb korcsoportúakét.

A túlsúly, illetve az elhízás sok betegség kockázatát számottevően növeli, mint például a magasvérnyomás-betegséget, a mozgásszervi betegségeket, a szívbetegségeket, az agyvérzést, a bronchitist, a cukorbetegséget, a magas koleszterinszintet, és az inkontinenciát. A diabétesz esetében kiemelkedő a többletsúly negatív hatása, a túlsúlyos, de nem elhízott emberek között az érintettek aránya több mint kétszer nagyobb, mint a soványak és normál súlyúak körében (4%), és az elhízottaknál már meghaladja ez utóbbi négyszeresét.

Mindkét nem esetében az 55–64 éves korcsoportig lineárisan nő az elhízottak aránya, majd megtorpan, és ezt követően gyorsan csökken. Az arányokat tekintve a legidősebbek kivételével minden korcsoportban több az elhízott férfi, mint a nő. Az 55–74 évesek között a legmagasabb az elhízottak aránya, minden harmadik ember nagy egészségi kockázatot jelentő többletsúllyal rendelkezik.

14. ábra

Tápláltság korcsoport szerint nemenként, 2019



A kívánatosnál magasabb testsúly gyakorisága a társadalmi ismérvek szerint alig mutat különbséget. Az érettségi nélküli középiskolai végzettséggel rendelkezők között a legmagasabb a túlsúlyosak és elhízottak együttes aránya (69%), a diplomások körében a legalacsonyabb (53%). A jövedelmi helyzet és a lakóhely régiója szerint a szélsőértékek között ennél is kisebb a különbség. A túltápláltak rátája Budapesten a legkisebb, alig haladja meg az öttizedet, az ország többi részén 57–62%. Az 1. és a 4–5. jövedelmi ötödben 56–57, a 2–3. ötödben 60–61% a túlsúlyosak vagy elhízottak együttes aránya, de a különbséget döntő részben nem az eltérő jövedelmi helyzet okozza, hanem az egyes kategóriák népességének azzal összefüggő nem, életkor és iskolai végzettség szerinti megoszlása.

Az elhízottak aránya jelentősebb társadalmi különbséget mutat, és ebből a szempontból is az iskolai végzettség a legmeghatározóbb ismerv, az érettségi nélküli középfokú végzettségűek között van a legtöbb elhízott (31%), és a diplomások körében a legkevesebb (18%). Regionális szempontból Budapest és Nyugat-Dunántúl a legkevésbé érintett, ahol minden ötödik ember tekinthető elhízottnak, az ország többi részén már minden negyedik. A kóros túltápláltság a jövedelmi helyzettel is összefüggésbe hozható: az alsó három jövedelmi ötödbe tartozók 25–26%-a, a legfelső ötödben 19% számít elhízottnak. A jövedelmi és regionális különbségek azonban főként a kategóriák népességének nem, életkor és iskolai végzettség szerint eltérő megoszlására vezethetők vissza.

Dohányzás

A 15 éves és annál idősebbek 6, a férfiak 9, a nők 4%-a naponta legalább 20 szál cigarettát szív

A WHO²⁸ szerint a dohányzás a fogyasztók felének az életét követeli, évente a világban több mint 8 millió ember halála a dohányzással hozható összefüggésbe. E halálesetek közül több mint 7 millió a dohányzás közvetlen következménye, míg körülbelül 1,2 millió nemdohányzó halálát a másodlagos füstnek való kitettség okozza.

2014-es nemzetközi összehasonlításra alkalmas adatok²⁹ szerint Magyarország, Ciprus, Görögország és Bulgária az EU-ban azok az országok, ahol a legmagasabb, 25%-ot meghaladó volt a naponta cigarettázók aránya. Kivételt képeztünk azonban e tagállamok között a naponta elszívott cigaretták száma szempontjából. A többiben a legalább 20 darab cigarettát elfogyasztók hányada meghaladta a 10%-ot, míg Magyarországon ez az arány mindössze 6% volt.

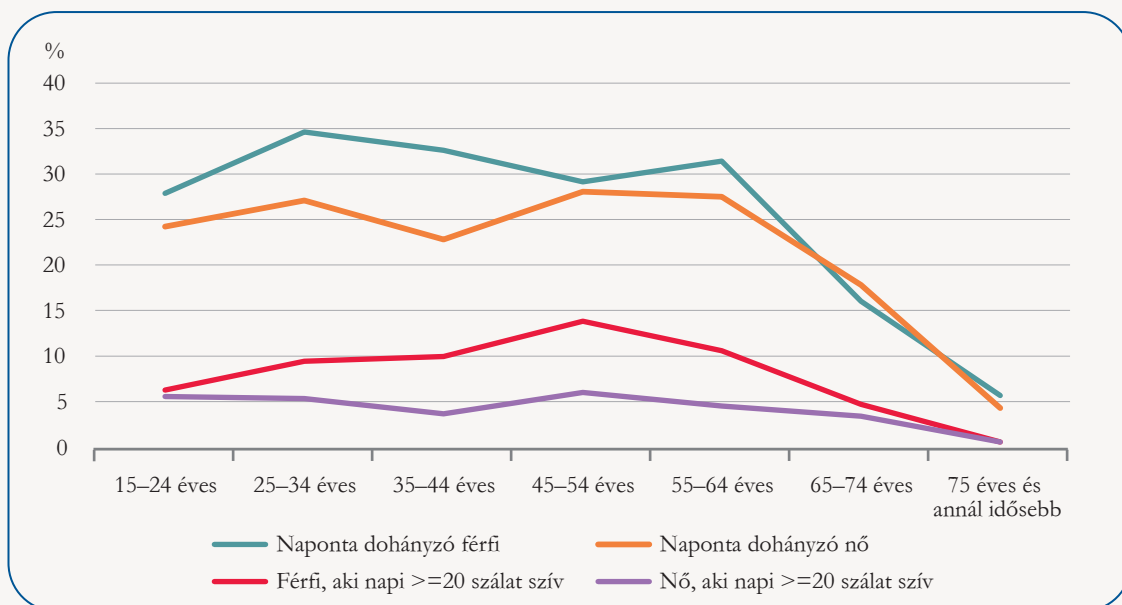
A 15 éves és annál idősebb lakosság 27%-a dohányzik,³⁰ 1,7%-a több mint egy éve, 1%-a kevesebb mint egy éve abbahagyta a dohányzást. A lakosság egynegyede napi rendszerességgel dohányzik. Ezek az adatok azt mutatják, hogy 5 év alatt a magyarországi népesség átlagos dohányzási szokásai nem változtak.

A férfiak összességében gyakrabban dohányoznak, mint a nők (28, illetve 22%), de a nemek szerint különböző dohányzási magatartás ma már csak a koraközépkorúakra érvényes, eltérően a néhány évtizeddel korábbi állapottól,³¹ amikor minden korcsoportban több férfi dohányzott, mint nő. A 35–44 éves férfiak harmada, a nők közel negyede dohányzik, és ez az egyetlen korcsoport, amelyben statisztikailag igazolható a két nem dohányzási gyakorisága közötti különbség. A 15–64 éveseknek korcsoportonként viszonylag egyenletesen mintegy háromtizede dohányzik, az ezt követő életkorokban azonban élesen lezuhan a napi rendszerességgel dohányzók aránya, és a legalább 75 évesek között már csak mintegy 5%.

A napi rendszerességgel dohányzók 98%-a cigarettázik. A 15 éves és annál idősebbek 6%-a naponta legalább 20 szál cigarettát szív, a férfiak 9, a nők 4%-a. A nemek eltérő dohányzási szokásai sokkal szembevetőbbek, ha az elszívott cigaretták száma szerint vizsgáljuk. A legfiatalabbak és a legidősebbek kivételével a férfiak között lényegesen gyakoribb, hogy naponta elszívják legalább 20 szál cigarettát.

15. ábra

A naponta dohányzók és a legalább napi 20 szál cigarettát elszívók aránya életkor szerint nemenként, 2019



²⁸ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

²⁹ ELEF2014.

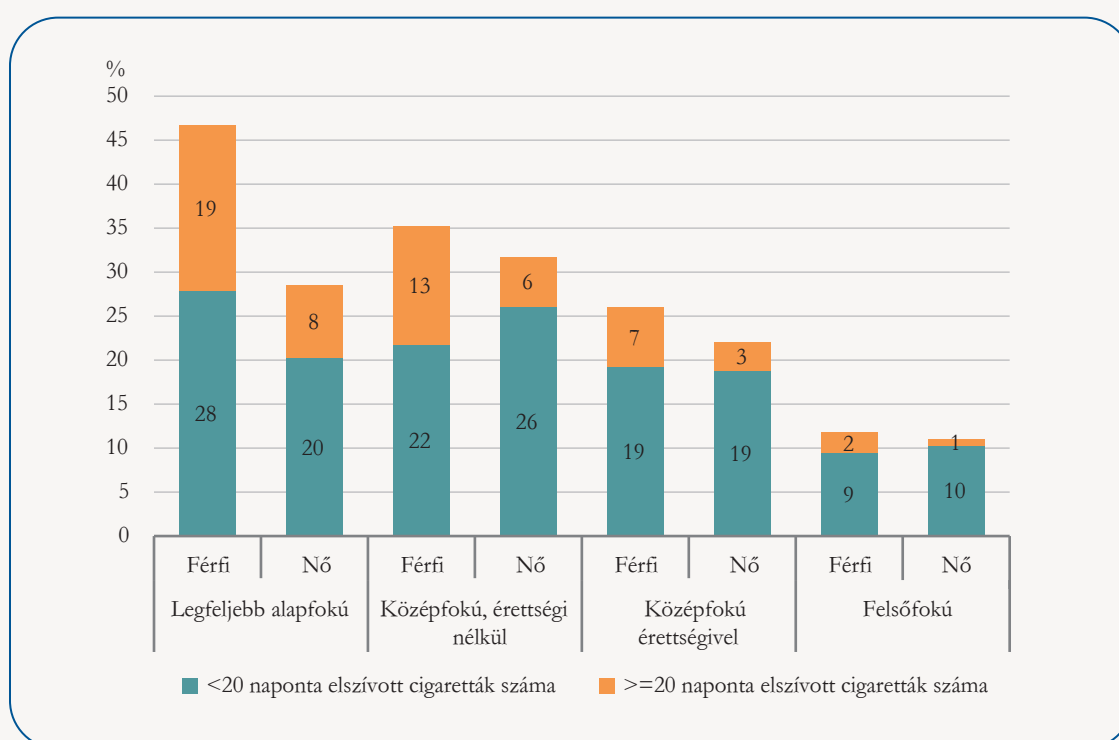
³⁰ Az ELEF2019 adatai alapján

³¹ Egészségi Állapot Felvétel, 1994. Életmód, kockázati tényezők. KSH, Budapest 1986.

Az iskolai végzettség és a dohányzás között fordított a kapcsolat, azaz az iskolázottság szintjének emelkedésével csökken a naponta dohányzók aránya és a dohányzók körében az elszívott cigaretta mennyisége is. A 25 éves és annál idősebbek között a legfeljebb érettségi nélküli középiskolai végzettséggel rendelkezők harmada naponta dohányzik, az érettségizetteknek negyede, a felsőfokú végzettségűeknek alig több mint tizede. A középiskolai végzettséggel nem rendelkező férfiak között sokkal többen dohányoznak, mint a hasonló végzettségű nők körében (47, illetve 29%), az ennél iskolázottabbak körében viszont nemek szerint nem tapasztalható szignifikáns különbség. A rendszeresen dohányzókat tekintve azok aránya, akik naponta legalább 20 szál cigarettát elszívnak, a legfeljebb alapfokú végzettséggel rendelkezőktől a felsőfokú végzettségűekig közel harmadára csökken (34, illetve 12%), a középfokú végzettségű férfiak között kétszer, a diplomások között háromszor annyian vannak, mint a nőknél.

16. ábra

A rendszeresen dohányzók aránya a naponta elszívott cigaretták száma és iskolai végzettség szerint nemeként, 2019

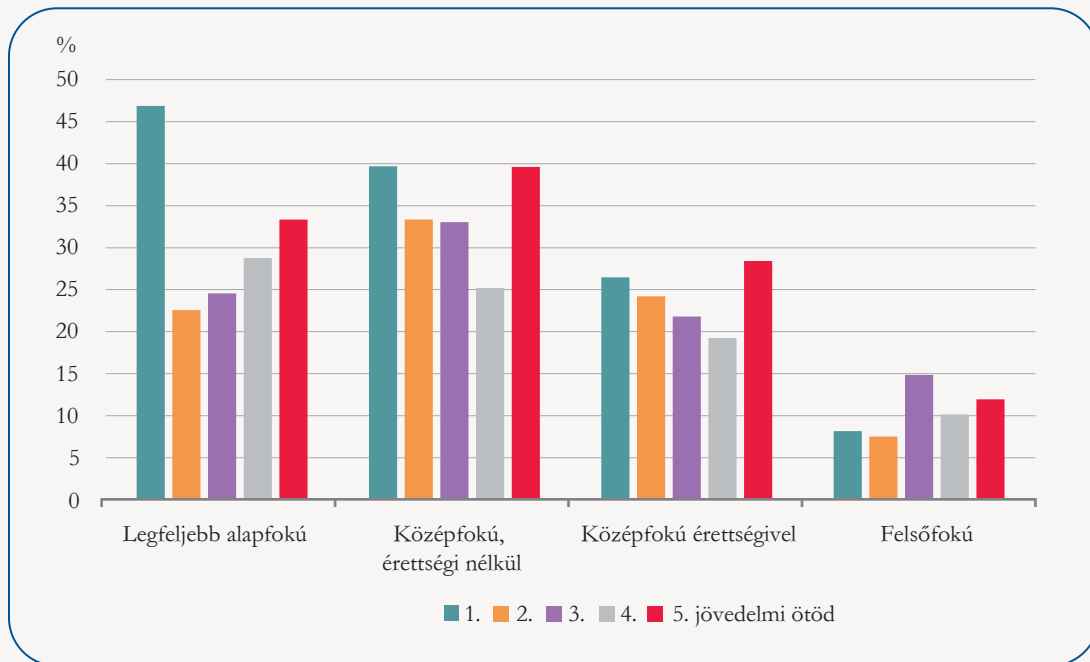


A legkedvezőtlenebb jövedelmi helyzetben élők lényegesen nagyobb arányban és többet dohányoznak, mint mások. A legalsó jövedelmi ötödhöz tartozók között a naponta rendszeresen dohányzók aránya közel négytized, míg a többi kategóriában az emberek negyede-ötöde dohányzik. A legalább 20 szál cigarettát szívók aránya a legalsó jövedelmi ötödben 12, a többiben viszont mindössze 4–5%. A jövedelmi viszonyoknak azonban alig van közvetlen hatása a dohányzási szokásokra, a különbségek sokkal inkább arra vezethetők vissza, hogy az egyes jövedelmi helyzetben lévőknek hogyan alakul a nemek aránya, milyen a korösszetétele és az iskolai végzettség szerinti megoszlása.

Bár az alacsony iskolai végzettség és a kedvezőtlen jövedelmi helyzet mellett fokozódik a dohányzás kockázata, ha azonban az iskolázottságot és a jövedelmi helyzetet együttesen vizsgáljuk, változatosabb képet láthatunk. A 0–8 osztályt végzettek között a legalsó ötöd kivételével a kedvezőbb jövedelmi helyzet fokozza a dohányzás kockázatát. A középiskolai végzettségűek esetében is a legmagasabb jövedelemmel rendelkezők dohányzási esélye számottevően magasabb, mint a 2–4. ötödbe soroltaké, de az ő esetükben a 2–4. ötödbe tartozók dohányzási kockázata fordított összefüggést mutat a jövedelmi helyzettel.

17. ábra

A naponta dohányzók aránya a 25 éves és annál idősebb népességben iskolai végzettség és jövedelmi ötödök szerint, 2019



Az urbanizáltság is a dohányzás alacsonyabb kockázatával jár együtt. A fővárosban élő 15 éves és annál idősebb népesség közel kéttizede, a községekben élők háromtizede dohányzik: előbbiek 3%-a, utóbbiak tizede szív naponta legalább 20 szál cigarettát. A területi különbségek nem túl jelentősek, Észak-Alföldön és Észak-Magyarországon a lakosság háromtizede rendszeresen dohányzik, a többi régióban mintegy negyede. Naponta legalább 20 szál cigarettát szív a nyugat-dunántúliak 4, illetve az észak-magyarországiak, a dél-dunántúliak és az észak-alföldiek egyaránt 9%-a. Ezek a településtípus szerinti és regionális különbségek részben az ott élők korösszetételének a következménye, de nagy szerepe van az iskolázottság szerinti eltérő megoszlásnak is.

Szeszesital-fogyasztás

A 25 éves és annál idősebb férfiak tizede nagyivó

Az alkohol mérgező és pszichoaktív anyag, ami függőséget okozhat. Az alkoholtartalmú italok fogyasztása sokak számára a társadalmi érintkezés rutinszerű része. Ebben az összefüggésben könnyű figyelmen kívül hagyni, vagy kizárni az alkoholfogyasztás által okozott vagy ahhoz hozzájáruló egészségügyi és társadalmi károkat.³²

A WHO megállapítása szerint az alkoholfogyasztás világszerte évente 3 millió halálesethez, valamint több millió ember fogyatékoságához és egészségromlásához vezet. Összességében a káros alkoholfogyasztás okozza a betegségek globális terhének³³ 5, a férfiak esetében 7 és a nők esetében 2%-át. Az alkohol a korai halálozás és fogyatékoság legsúlyosabb kockázati tényezője a 15–49 éves korosztályban, ahol az összes halálozás 10%-át okozza. A hátrányos helyzetű és különösen kiszolgáltatott populációkban magasabb az alkohol okozta halálesetek és a kórházi ápolásra szoruló aránya.

Számos betegség, illetve kóros állapot kialakulása (például a mentális és magatartási rendellenességek, egyéb nem fertőző állapotok, sérülések) összefüggésbe hozható a túlzott alkoholfogyasztással.

³² https://www.who.int/health-topics/alcohol#tab=tab_1

³³ Egy betegség terhét az adott populációban (globális, regionális, vagy országos szinten) adott időpontban előforduló esetek által okozott egészségkárosodás határozza meg, amely mind az életév-vesztés, mind az életminőség-romlást magában foglalja. (ÁEEK Egészségtudományi Fogalomtár)

A legújabb tudományos eredmények³⁴ szerint a szeszesital-fogyasztás egyes fertőző betegségek, mint például a tuberkulózis, sőt a HIV/AIDS lefolyását is befolyásolja. Az egészségkárosító következményeken túl a túlzott alkoholfogyasztás jelentős társadalmi és gazdasági veszteségeket (pl. munkaképtelenség, családok felbomlása, hajléktalanság) okoz az egyének és a társadalom egésze számára is.

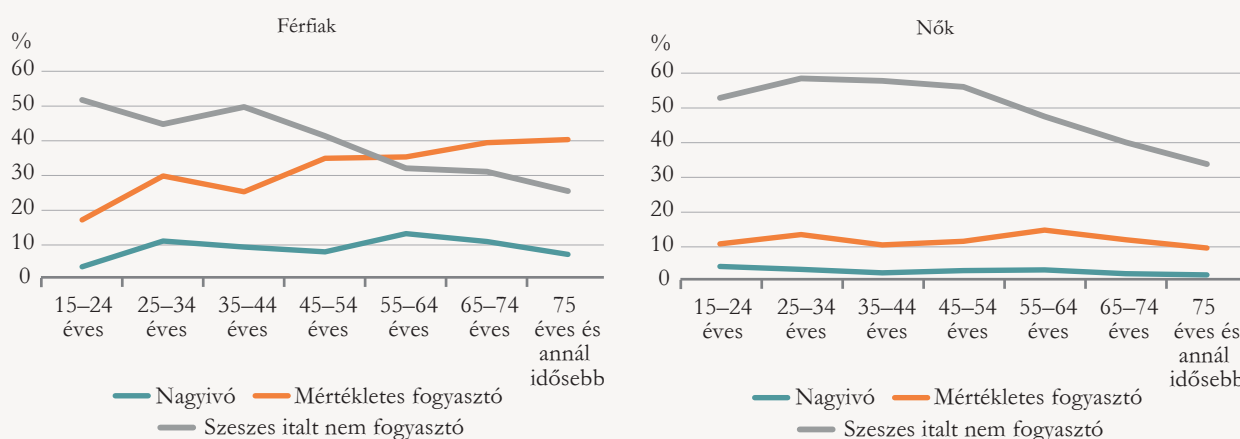
A bevallott szeszesital-fogyasztási szokások nemenként jelentősen különböznek. Akár az absztinensek, akár a veszélyes mennyiségű szeszesital-fogyasztók³⁵ arányát tekintjük, 2014-ben a 15 éves és annál idősebb lakosságot alapul véve Magyarország azon öt uniós tagország közé tartozott, ahol a nemek közötti különbség a legnagyobb volt. Az absztinensek gyakorisága szempontjából hazánk a 30%-os értékkel növekvő sorrendben a 18. helyen állt, vagyis viszonylag sokan tartózkodnak a szeszesital-fogyasztástól. A férfiak (18%) és nők (40%) az országok sorrendjét tekintve azonos pozíciót foglalnak el az unióban. A V4-ek közül Szlovákia adatai szinte azonosak a magyar értékekkel, a többiben viszont mindenütt alacsonyabb az absztinensek aránya. A veszélyes alkoholfogyasztást tekintve a Magyarországon élő férfiak (6%) az uniós tagállamok rangsorában a 23. helyet foglalták el, a nők (1%) viszont a kilencediken helyezkedtek el, azaz a férfiak szempontjából a terheltebb, a nőkéből viszont a kevésbé érintett országok közé tartozunk.

A továbbiakban egy komplexebb mutatót fogunk használni a káros szeszesital-fogyasztás mérésére, a nagyivók³⁶ népességbeli arányát. 2019-ben a nagyivó férfiak hazai becsült aránya 10% volt, a nőké 1–2%, a két nemé együtt 5%. 2014-hez képest sem az absztinensek, sem pedig a nagyivók népességbeli aránya nem változott.

A társadalmilag is felnőttnek tekinthető 25 éves vagy annál idősebb férfiak tizede nagyivó, és a 15–24 évesek között is a becsült arány 4%. Ebben és a vizsgált legidősebb korcsoportban minden negyedik férfi absztinens, a közbülső kohorszban 15–20% az arányuk. A nők között a nagyivás gyakorisága a férfiakkal ellentétben korcsoportok szerint nem mutat statisztikailag alátámasztható különbséget, a nők absztinenciája viszont kifejezetten korfüggő. A 25–34 évesek között a legalacsonyabb a szeszes italtól állandó jelleggel tartózkodók aránya (28%), a fiatalabbak és a 35–54 évesek némileg nagyobb hányada, mintegy harmada absztinens. Az ezt követő korcsoportokban gyorsan nő az arányuk, és a 75 éves és annál idősebbek között a nőknek mintegy hattizede a felmérést megelőző 12 hónap során nem fogyasztott szeszes italt 2019-ben.

18. ábra

Szeszesital-fogyasztás korcsoport szerint nemenként, 2019



³⁴ K. Lönnroth et al.: Alcohol use as a risk factor for tuberculosis – a systematic review, BMC Public Health 8, 2008.

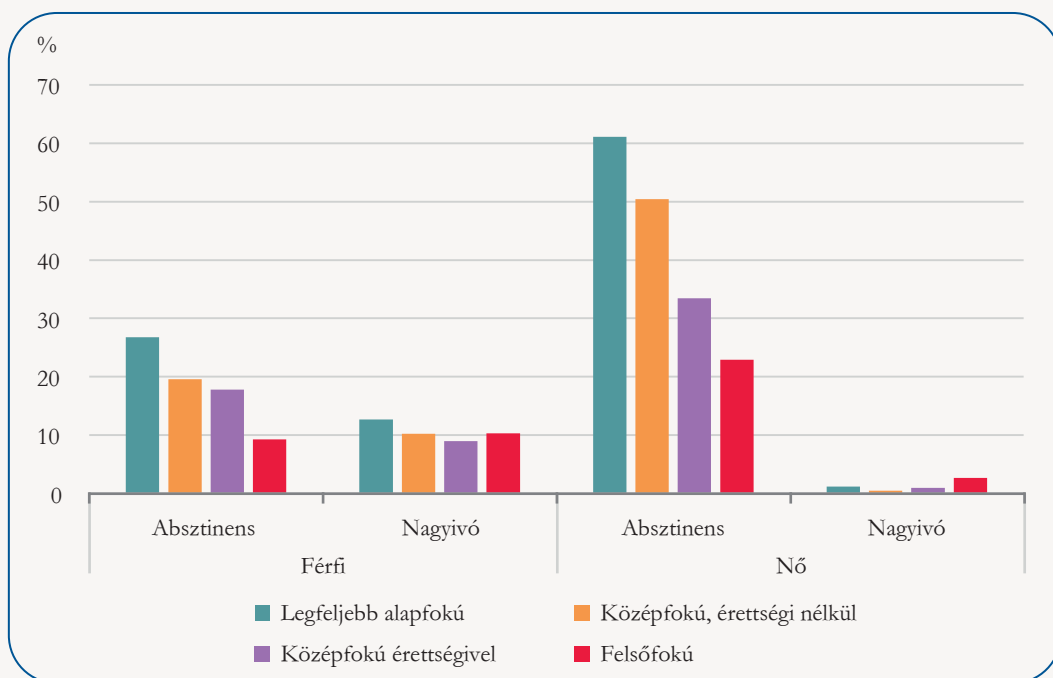
³⁵ Az Eurostat által közölt mutató. Veszélyes alkoholfogyasztásnak nevezik azokat az eseteket, mikor a nők átlagos fogyasztása több mint napi 20 gramm, és amikor a férfiaké több mint napi 40 gramm.

³⁶ Nagyivónak nevezzük azokat a férfiakat, akik hetente több mint 14 és azokat a nőket, akik hetente több mint 7 pohár szeszes italt fogyasztanak el, valamint azokat, akikkel legalább hetente előfordul, hogy egy alkalommal megisznak legkevesebb 1 liter bort, vagy 2 dl röviditalt, vagy 2 liter söröt vagy cidert. Egy pohár szeszes ital = 5 dl sör/cider vagy 2 dl bor vagy 5 cl rövidital.

A társadalmi környezet és a szeszesital-fogyasztási szokások között kimutatható kapcsolat van. A magasabb iskolai végzettségűek között, illetve ahol kedvezőbbek a jövedelmi viszonyok, valamint az urbanizáltabb területeken kevesebb az absztinens férfi és a nő is. A 25 éves és annál idősebbek között a legfeljebb alpfokú végzettségű férfiak közel háromtizede, a középfokú végzettséggel rendelkezőknek mintegy ötöde, a felsőfokú végzettségűeknek majdnem tizede absztinens. A nők esetében a magasabb iskolai végzettség minden szinten a szeszes ital fogyasztását kerülők alacsonyabb arányával jár együtt. A legkevésbé iskolázottak hattizede absztinens, míg a másik póluson csak a nők közel negyede. A nagyivók tekintetében a férfiak között iskolai végzettség szerint nincs statisztikailag alátámasztható különbség, a nők esetében viszont az érettségi nélküli középiskolai végzettségűek között a nagyivók aránya lényegében elhanyagolható, míg a felsőfokú végzettségűek körében megközelíti a 3%-ot.

19. ábra

Absztinensek és nagyivók aránya a 25 éves és annál idősebbek között nemenként és iskolai végzettség szerint, 2019



A jövedelmi ötödek szerint felfelé lépkedve egyenletesen csökken az absztinensek becsült aránya, a férfiaknál 25%-ról 15%-ra, a nőknél 51%-ról 21%-ra. Ezek a különbségek azonban főként a különböző jövedelmi kategóriákhoz tartozó férfiak és nők korcsoport és iskolai végzettség szerint eltérő megoszlásának a következményei. A nagyivók aránya viszont mindkét nemre vonatkozóan a két póluson magasabb, mint a középső három ötödben, és a legfelső ötödben a legnagyobb. Ahogy az iskolai végzettség, úgy a jövedelmi helyzet szerint is a nőknél mutatkozik statisztikailag is jelentős különbség a nagyivás kockázatában (1% a 3. és 3% az 5. ötödben). A jövedelmi helyzetenként eltérő korcsoport és iskolai végzettség szerinti összetétel figyelembe vétele mellett azonban már nem található szignifikáns kapcsolat a jövedelmi helyzet és a nagyivók gyakorisága között.

Regionális szempontból a nyugat-dunántúli férfiak tartózkodnak a legritkábban a szeszes italok fogyasztásától (12%), és Közép-Dunántúlon a legnagyobb arányban (24%). A nők között a fővárosiak absztinensek a legkisebb (25%), és Közép-Dunántúlon, valamint Észak-Alföldön a legnagyobb valószínűséggel (45%). A nagyivó férfiak aránya Dél-Alföldön a legalacsonyabb (5%), és Észak-Magyarországon, Nyugat-Dunántúlon, Budapesten, valamint Pest régióban a legmagasabb (10-12%). A nagyivó nők arányát tekintve statisztikailag igazolható regionális különbség nem figyelhető meg.

Résztétel szűrővizsgálatokon

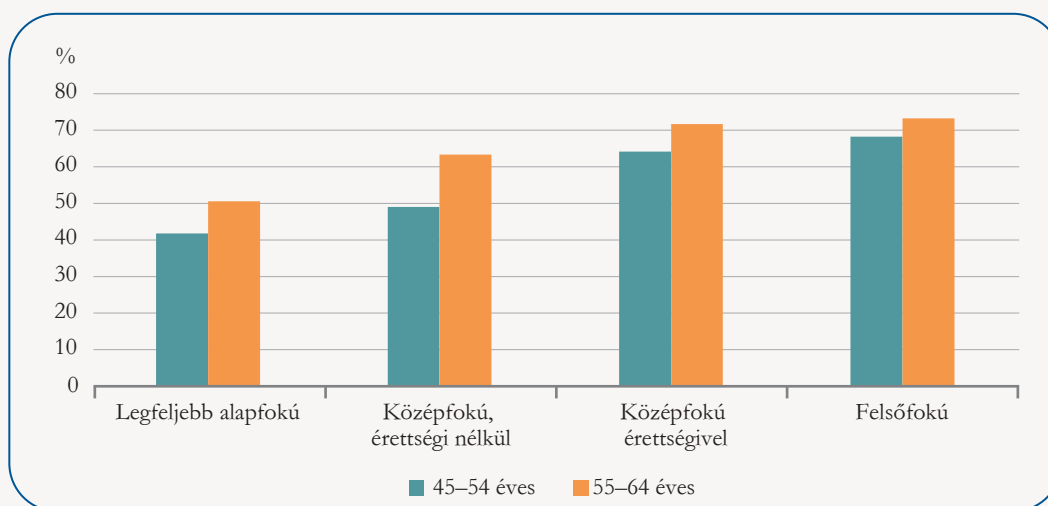
Az iskolázottabbak egészség tudatosabbak, gyakrabban vesznek részt a szűrővizsgálatokon

A betegségmegelőzés tudatos életvezetéssel hosszútávon, a szűrővizsgálatokon való részvétellel középtávon javítja az életkilátásokat. Az emlőrák – a tüdőrák után – a nők leggyakoribb daganatos megbetegedése. 2018-as adatok szerint százezer nő 249 életévet veszít el a potenciális 70 évből ennek a betegségnek a következtében. A magyar egészségügyi hatóságok a megbetegedés legnagyobb kockázatának kitett, 45–64 éves női korosztálynak két évente ajánlják a szűrővizsgálaton való részvételt.

Az érintett női korosztály 86%-a élete során vett már részt mammográfiás vizsgálaton,³⁷ illetve mintegy hattizede a javasolt időintervallumban végeztette el a tesztet. Az idősebbek, illetve az iskolázottabbak ebben a tekintetben szabálykövetőbbnek, egészség tudatosabbnak mutatkoznak. Az 55–64 évesek között valamivel többen vannak azok, akik két éven belül jártak mammográfiás vizsgálaton, mint a tíz évvel fiatalabb korcsoportban. A legfeljebb a közoktatás 8. évfolyamát elvégzők fele sem, míg a diplomásoknak héttizede tesz eleget az egészségügyi ajánlásnak.

20. ábra

Azok aránya a 45–64 éves nők között, akik két éven belül részt vettek mammográfiás vizsgálaton iskolai végzettség és korcsoport szerint, 2019



A régiók között is tapasztalható némi különbség a két éven belül emlőrontgen-vizsgálaton részt vevők arányában: Nyugat-Dunántúlon és Észak-Magyarországon, ahol a ráta a legalacsonyabb, az érintett korosztály közel hattizede, míg a legmagasabb gyakoriságot mutató Dél-Alföldön héttizede volt az ajánlott periódusban szűrésen. A többi régióban a becsült arány 62–63%. Ha figyelembe vesszük a népesség korcsoport és iskolai végzettség szerint területileg eltérő megoszlását, kiderül, hogy a fővárosi környezetnek támogató szerepe van a mammográfiás vizsgálaton való részvétel szempontjából. Ezt a fajta vizsgálatot zömmel (96%) államilag finanszírozott szolgáltatónál veszik igénybe.

Az érintett korosztály átszűrtsége a 2014. és a 2019. évi vizsgálatok között lényegében nem változott, és ezekkel az adatokkal az emlőszűrés tekintetében az átszűrtebb uniós országokhoz tartozunk. A V4-ek közül is csak Csehországban magasabb a két éven belül mammográfiás vizsgálaton részt vevők aránya a 45–64 éves nők között, ahol eléri a 80%-ot.

A Nemzeti Népegészségügyi Központ dedikált honlapján³⁸ olvasható, hogy a 25–65 év közötti nők egyszeri negatív eredményt követő háromévenkénti méhnyak-szűrővizsgálata megfelelő gyakoriságot jelent. Hazánkban a méhnyakrákszűrés 2003 óta szervezett módon³⁹ biztosított az ilyen korú nők számára. Azok a nők, akik az egészségbiztosítás nyilvántartása alapján három éven belül nem voltak szűrésen, postai úton kapnak meghívót a vizsgálatra.

³⁷ Az ELEF2019 adatai alapján.

³⁸ Lásd: <https://szures.nnk.gov.hu/portal/Tartalmak/Lakossagi-informaciok/Mehnyakszures/GYIK>

³⁹ Lásd az 51/1997. (XII.18.) NM rendeletet.

Méhnyakrákszűrésen részt vett a célpopuláció 95%-a élete során, illetve 77%-a a felvételt megelőző három évben. 25–54 éves korban a nők gyakrabban (78–85%) tesznek eleget az egészségügyi hatóságok ajánlásának, de az 55–64 éves korcsoportban csak mintegy hattizedük. Hasonló mértékű szóródást okoz az iskolai végzettség is, a legfeljebb alapfokú iskolai végzettséggel rendelkező 25–64 éveseknek csaknem hattizede, az iskolázottabbaknak több mint háromnegyede részt vett méhnyakrákszűrésen a felvételt megelőző három évben. A bevételeket tekintve kedvezőbb helyzetben élő nők mérsékeltén nagyobb valószínűséggel tesznek eleget a prevenciók javaslatban jelzett időzítésnek. A legalsó jövedelmi ötödhez tartozók között a becsült arány 71, a legfelsőben 83%, ezt a különbséget azonban az okozza, hogy a jobb jövedelmi helyzetben lévők általában iskolázottabbak. A regionális szintű mutató értéke 75 (Budapest) és 82% (Közép-Dunántúl) között mozog, de ez az eltérés a statisztikai hibahatáron belül van.

A méhnyakrákszűrést a nők sokkal gyakrabban végeztetik magánorvosi rendelőben, mint a mamográfias vizsgálatot. Az összes valaha vizsgálaton átesett 25–64 évesek 37, a három éven belül vizsgálaton részt vett nők 41%-a magán egészségügyi szolgáltatónál járt a legutóbbi alkalommal.

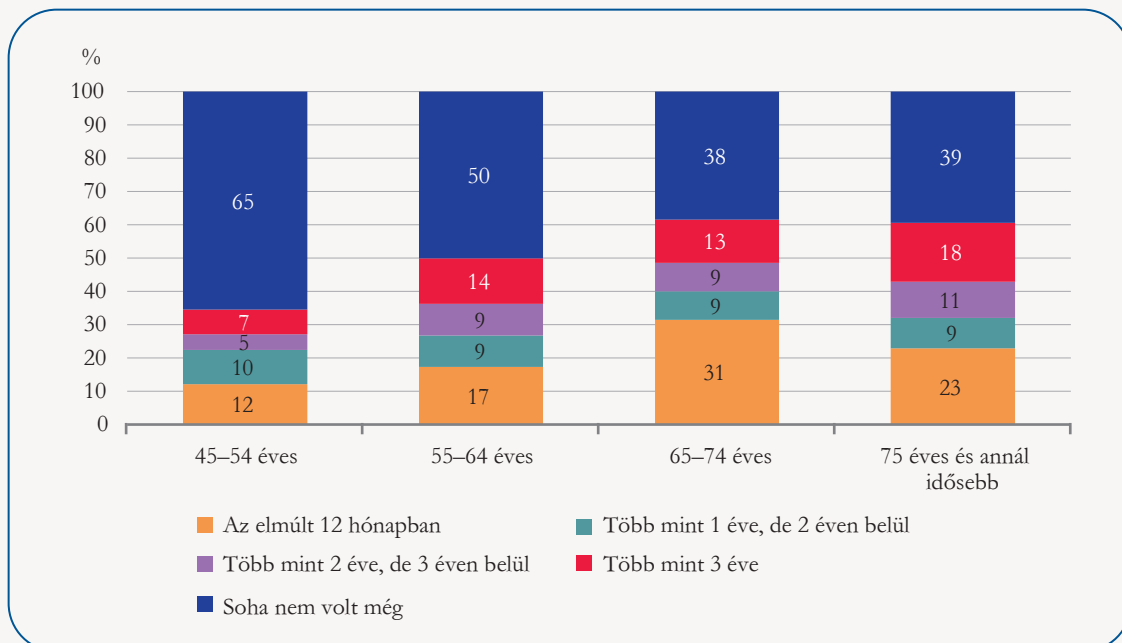
Uniói szintű összehasonlításra a 2014. évi adatok alapján a 20–69 évesek körében van lehetőség. A három éven belül méhnyakrákszűrésen részt vettek arányát tekintve a magyar mutató értéke (71%) azonos az unió átlagával. Ettől alig marad el a szlovákiai, és némileg több a lengyel ráta, de lényegesen nagyobb a csehországi (87%), amely a tagállamok között a legmagasabb érték.

A prosztatarák évente közel másfél ezer személy halálát okozza, és már a 40-es éveikben járó férfiakat sújtó halálokok között megjelenik. A Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikája azt javasolja, hogy a férfiak 45 éves kortól vegyenek részt szűrővizsgálaton. Szakemberek szerint⁴⁰ ezt a tesztet évente szükséges megismételni.

A 15 éves és annál idősebb férfiaknak mindössze 30%-a járt élete során prosztataszűrésen, a nagyobb kockázatnak kitett 45. évüket már betöltötteknek is csak mintegy fele. Ennek a korcsoportnak ötöde végeztette el a vizsgálatot az adatfelvételt megelőző évben. A 65–74 évesek a legaktívabbak ebben a tekintetben, a korcsoporthoz tartozók közel harmada az előző évben, négytizede az előző két évben és mintegy fele az előző három évben vett részt szűrővizsgálaton.

21. ábra

Prosztagarák-szűrővizsgálatok időzítése a 45 éves és annál idősebb férfiak között korcsoport szerint, 2019



Az iskolai végzettség szintjével és a jövedelmi helyzettel párhuzamosan emelkedik a szűrésen egy éven belül részt vevők aránya is. A legfeljebb a közoktatás 8. évfolyamát elvégzők, illetve az alsó jövedelmi

⁴⁰ Lásd: <http://daganatok.hu/rakszures/prosztatarakszures>

ötödhez tartozó 45 éves és annál idősebb férfiak 15%-a, a felsőfokú végzettségűek negyede, a legfelső kvintilishez tartozók háromtizede végeztetett szűrést az előző évben. Ez a ráta Budapesten és Pest régióban volt a legmagasabb (25%), Dél-Alföldön pedig a legalacsonyabb (15%), a többi régióban 18-20% körül alakult. A prosztatarák-szűrés szempontjából a jövedelmi viszony nagymértékben, a lakóhely régiója kis részben az életkor és iskolázottság szerint eltérő megoszlását közvetíti. Ha a különböző jövedelmi kategóriák népességeinek megoszlása életkor és iskolázottság szerint azonos volna, a szűrésen résztvevők arányának jövedelmi szint szerinti sorrendje megmaradna ugyan, de az értékek közötti különbségek nem lennének szignifikánsak. A régiók sorrendje, egymáshoz viszonyított helyzete a prosztatarák-szűrésen részt vevők aránya szerint standardizált népesség esetén is megmarad, de a főváros kiemelkedő pozíciója megszűnik, és a szűrésen való részvétel gyakorlata hasonló lenne, mint Dél-Dunántúlon vagy Észak-Alföldön, de Pest régió kivételével a területek között szignifikáns különbség nem igazolható.

Hazánkban a vastagbélrák a második leggyakrabban előforduló rosszindulatú daganatos megbetegedés, évente több mint 3 ezer ember halálához vezet. Leginkább a 40. életév után jelentkezik, de jellemzően 50 és 70 éves kor között a legmagasabb az előfordulási gyakorisága, utána fokozatosan csökken. Az egészségügyi hatóságok ebben a korcsoportban kétlépcsős szervezett szűrővizsgálatot végeznek, amelynek első része a székletvérvizsgálat, a második a szükség esetén végzett vastagbél-tükrözés. A teszt javasolt periodicitása legfeljebb két év.

A 15 éves és annál idősebbek mintegy harmada vett már részt élete során székletvérvizsgálaton, ami azt jelenti, hogy ebből a szempontból a lakosság átszűrtsége 2014 óta nem változott.

Az 50–69 évesek 16%-ánál végeztek székletvérvizsgálatot az adatfelvételt megelőző két évben. Ebben a tekintetben nincs különbség a férfiak és a nők között. Az 55 éves és annál idősebbekre vonatkozó becsült arány 17%, ami azt jelzi, hogy ebben a korcsoportban gyakrabban veszik igénybe a szűrés lehetőségét, mint a fiatalabbak (11%). Minél magasabb iskolai végzettséggel, illetve jövedelemmel rendelkezik valaki, annál nagyobb valószínűséggel vesz részt ilyen vizsgálaton. A legfeljebb a közoktatás 8. évfolyamát elvégzők, illetve az alsó kvintilisbe tartozók közel tizede volt székletvérvizsgálaton az előző két évben, a felsőfokú végzettségű, illetve a legfelső jövedelmi ötödbe tartozók mintegy 20%-a. A fővárosban, Pest régióban és Nyugat-Dunántúlon a legmagasabb az átszűrtségi arány (18–20%), Észak-Magyarországon a legalacsonyabb (11%), a többi régióban 13–15% között mozog.

A székletvérvizsgálat szempontjából a jövedelmi helyzet és a régió közvetlen szerepe nem igazolható, azaz nem, életkor és iskolai végzettség szerint standard népességben, a jövedelmi, illetve regionális különbségek nem szignifikánsak.

Nemzetközi összehasonlításra az unió 50–74 éves lakosai körében 2014-re vonatkozóan van lehetőség. A két éven belül elvégzett tesztek arányát tekintve Magyarország (13%) a kevésbé átszűrt országok közé tartozik. Az EU-s átlag ennek az értéknek több mint kétszerese. A V4-ek között csak Lengyelországban alacsonyabb az átszűrtségi ráta, száz főre vetítve Szlovákiában kétszer, Csehországban háromszor annyi vizsgálatot végeznek, mint nálunk.

Elmaradt egészségügyi ellátás okai

Az orvosi vizitek több mint fele azért marad el, mert az érintett reméli, hogy a panasza magától elmúlik

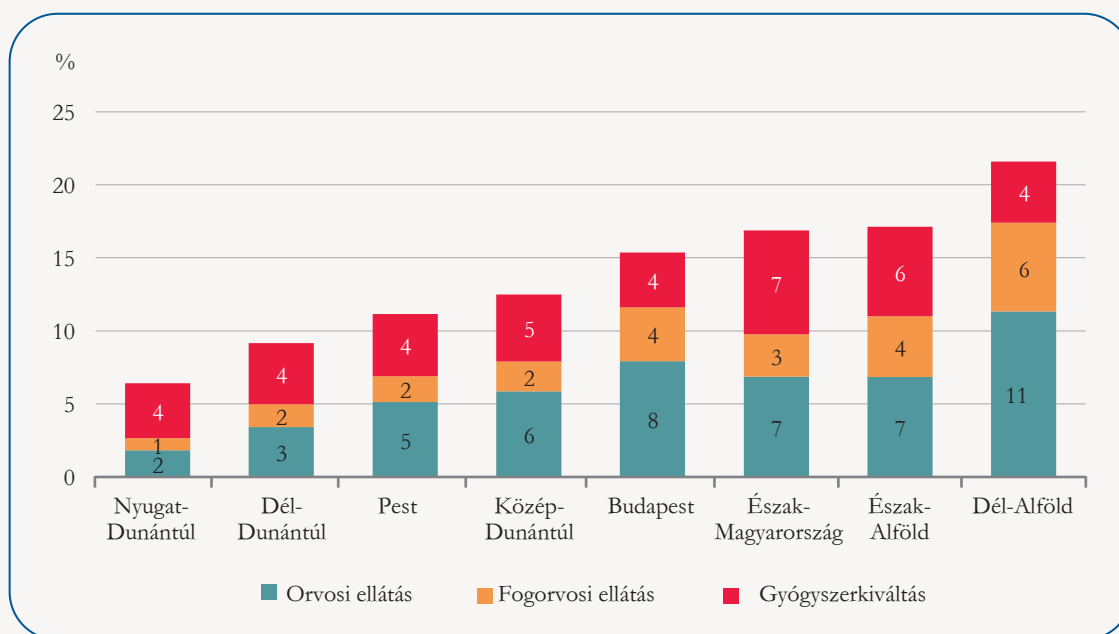
A 16 éves vagy annál idősebb lakosság 73%-ának volt szüksége orvosi ellátásra, és 26%-ának fogorvosi ellátásra az adatgyűjtést megelőző 12 hónapban.⁴¹ Közülük 9, illetve 13%-ukkal fordult elő legalább egyszer, hogy mégsem ment el a szükséges konzultációra. Ez azt jelenti, hogy a 15 évesnél idősebbek 6%-ával történt meg, hogy nem jutott hozzá az orvosi, és 3%-a a fogorvosi ellátáshoz. A felírt gyógyszert 6%-uk nem tudta kiváltani azért, mert nem volt rá pénze. 2010-től vizsgálva 9, illetve 7%-ról lényegében lassan csökkent a kielégítetlen orvosi és fogorvosi ellátásról beszámoló aránya. A férfiaknak és nőknek közel azonos mértékben okoz problémát, hogy nem jut el a megfelelő orvosi vagy fogorvosi rendelésre, illetve nem tudja kiváltani a gyógyszerét. A kívánatos orvosi és fogorvosi vizit legritkábban a 16–24 éves korcsoportban

⁴¹ A HKÉF adatai alapján.

(3, illetve 1%) marad el. Leggyakrabban viszont 45–54 évesekkel fordul elő, hogy bár kellene, mégsem tudnak az orvossal találkozni (9%), a fogorvos esetén a 45–64 évesek vannak a legnagyobb kockázatnak kitéve (4%). A gyógyszerkiváltást megakadályozó pénzhány valószínűségének tendenciája az életkor emelkedésével növekszik (4–7%). A meghíusulás valószínűsége az orvoshoz és fogorvoshoz fordulás esetében jelentéktelen összefüggést mutat az iskolai végzettséggel, de a magasabb iskolázottság alacsonyabb meghíusulási eséllyel jár együtt a gyógyszervásárlás (9–2%) esetében. A jövedelmi viszonyokat mérő öt kategórián felfelé lépkedve mindhárom szempontból egyre ritkább az elmaradt ellátás. Lazább a kapcsolat az orvoshoz és a fogorvoshoz fordulással összefüggésben (8–5, illetve 5–3%) áll fenn, szorosabb viszont a gyógyszervásárlással (11–2%). A lakóhely regionális elhelyezkedését tekintve Nyugat-Dunántúlon maradt el a legkevesebb orvosi vizit, a 16 éves és annál idősebbek mintegy 2%-ával fordult elő az adatfelvételt megelőző 12 hónapban. A másik póluson Dél-Alföld áll, ahol a célpopuláció több mint tizedével történt meg, hogy nem tudott elmenni az orvoshoz. Dél-Dunántúl és Pest régióban a becsült arány 5% alatt van, a többiben 6–8%. Az elmaradt fogorvosi ellátás szempontjából legkisebb és legnagyobb kockázatnak kitett régiók azonosak azokkal, amelyek az orvosi ellátással kapcsolatban mutatják a szélsőértékeket (1, illetve 7%). Észak-Alföldön és Budapesten is viszonylag magas (4%) a meghíusult fogorvosi ellátások aránya, a többi régióban 2–3%. A gyógyszerkiváltás az ország különböző területein általában a lakosság 4-5%-ának okoz gondot, kivéve Észak-Alföldet és Észak-Magyarországot, ahol 6-7%-kal történik meg.

22. ábra

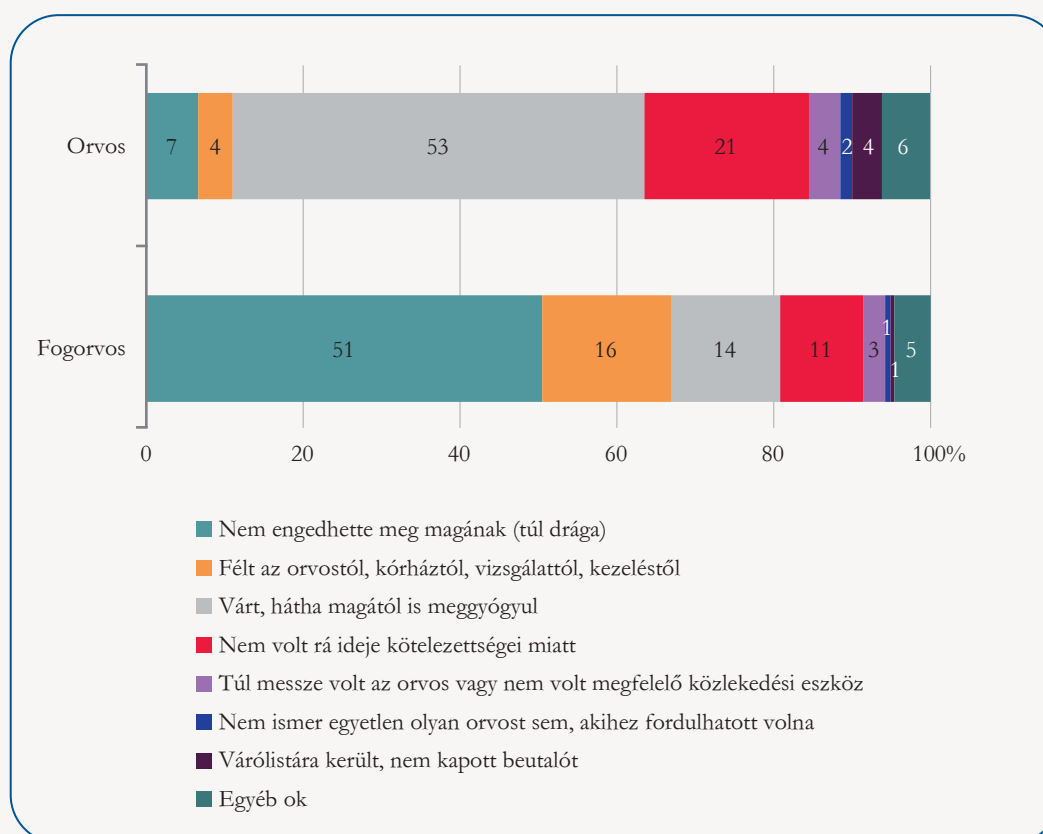
Elmaradt orvosi, fogorvosi ellátások és anyagi okok miatt elmaradt gyógyszerkiváltások esetei a 16 éves és annál idősebb népességben régióként, 2019



A jelentősebb fogorvosi ellátást a biztosítottak magának kell kifizetni, az orvosi szolgáltatások esetében azonban ez csak az egyedi igények esetében áll fenn, a gyógyszerek térítési díját szintén a háztartásoknak kell fedezni. Ezek a fő okok magyarázzák a fent leírt összefüggéseket. Ha figyelembe vesszük azt is, hogy a fogászati panaszok elsöprő többségében nem remélhető, hogy a probléma spontán meggyógyul, míg az egyéb orvosi szimptomával összefüggésben erre nagyobb esélyünk lehet, ezek a különbségek azok, amelyek rányomják a bélyegüket a meghíusult orvosi és fogorvosi ellátások ok szerint eltérő megoszlására. Az orvosi vizitek több mint fele azért marad el, mert az érintett reméli, hogy a panasza magától elmúlik. A fogorvosi ellátások meghíusulásának hasonló nagyságú hányadát viszont a szükséges pénz hiánya okozza. A meg nem valósult orvosi konzultációk esetében még az idő hiánya igen gyakori ok, a fogorvosi kezeléseknél ez sokkal kisebb hányadot képvisel, de itt többen számolnak be arról, hogy féltek az orvostól vagy a kezeléstől.

23. ábra

A legfőbb okok, amiért nem vették igénybe az orvosi ellátást, 2019



Nemzetközi összehasonlításban a magyar lakosságból azoknak az aránya, akik orvosi vizsgálat vagy kezelés iránti kielégítetlen szükségletéről számolnak be az EU-átlag bő másfélszerese. A V4-ek közül Csehországban alacsonyabb az elmaradt orvosi vizitek aránya, Szlovákiában a magyarországihoz hasonló és Lengyelországban 3 százalékponttal magasabb. A magyarországi lakosság egészség-magatartását illetően aggodalomra ad okot, hogy az unióban hazánk lakossága a második „legtürelmesebb”, vagyis Lettország után Magyarországon halogatják a legtöbbet – fajlagosan négyszer annyian, mint a közösségi átlag – az orvoshoz fordulást azért, mert abban bíznak, hogy maguktól meggyógyulnak. Tovább rontja a képet, hogy Lengyelországban és Magyarországon hivatkoznak a legtöbben az időhiányra, ötször annyian, mint átlagosan az EU-ban. A kielégítetlen fogorvosi ellátás tekintetében némileg kedvezőbb helyzetben vagyunk, mint az EU-átlag, és a V4-ek között a népesség növekvő arányában Csehországot követjük. A megghiúsulás okai között az idő hiánya tekintetében a négy legnagyobb kockázatnak kitett ország között vagyunk, kétszer annyi magyarországi személy említette ezt a legfontosabb okként, mint átlagosan az EU-ban; és a V4-ek között is hazánkban említik ezt a leggyakrabban. A beavatkozástól való félelem szempontjából Magyarország a hatodik legnagyobb mértékben érintett ország, másfélszer annyian hivatkoznak erre legfőbb okként, mint az EU átlaga, de a V4-ek között csak Csehországban lényegesen kisebb a „félősök” aránya, a másik két országban a hazaihoz hasonló.

4. Egészségügyi ellátórendszer

Egészségügyi dolgozók

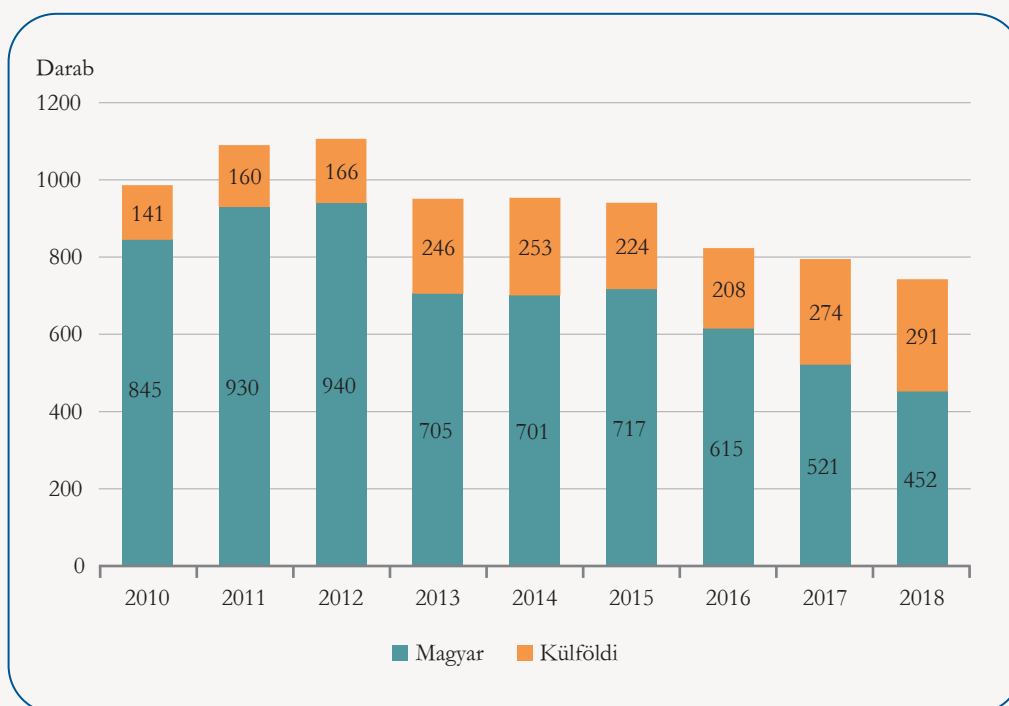
A dolgozó orvosok körében 2010 és 2019 között 5%-ról 12%-ra nőtt a 70 éves vagy annál idősebbek aránya

2019-ben 41 282 orvos dolgozott a magyar egészségügyi rendszerben, 57%-uk nő volt. 2010 óta mintegy ötödével nőtt az orvosok létszáma, és 2 százalékponttal emelkedett a nők aránya. Közismert tény, hogy a dolgozó orvosok között egyre több az idős. A legutóbbi adatok szerint kétharmaduk nem töltötte be a 60. életévét, de 9 évvel korábban ez a korcsoport tette ki az orvosok több mint háromnegyedét. Ezzel egy időben több mint duplájára – 5%-ról 12%-ra – nőtt a 70 éves vagy annál idősebbek aránya, és elérte a 60–64 évesekét.

Az előregedés mellett jelentős probléma az orvosok és szakdolgozók elvándorlása, illetve pályaelhagyása. Az Állami Egészségügyi Ellátó Központ 2010 és 2018 között 8389 hatósági bizonyítványt adott ki orvosoknak külföldi munkavállalás céljából, ami csak annyit jelent, hogy ennyien fontolgatták komolyan – akár ismétlődően is – a hivatásuk határon kívüli gyakorlását, a tényleges elvándorlásról ez nem ad képet. Az éves adatok a szándékok alakulásáról közelítő információt szolgáltatnak. 2010 és 2018 között évente átlagosan 932 hatósági bizonyítványt adtak ki, 2012-ben a legtöbbet, 1106-ot, azóta csökkenő tendencia figyelhető meg, és 2018-ban már csak 743-at. A fogyatkozó trendet a magyar állampolgárságú orvosok migrációs szándékának visszaesése okozta, emellett a külföldieké növekvő irányzatot mutat.

24. ábra

Orvosok külföldi munkavállalásához kiadott hatósági bizonyítványok száma állampolgárság szerint

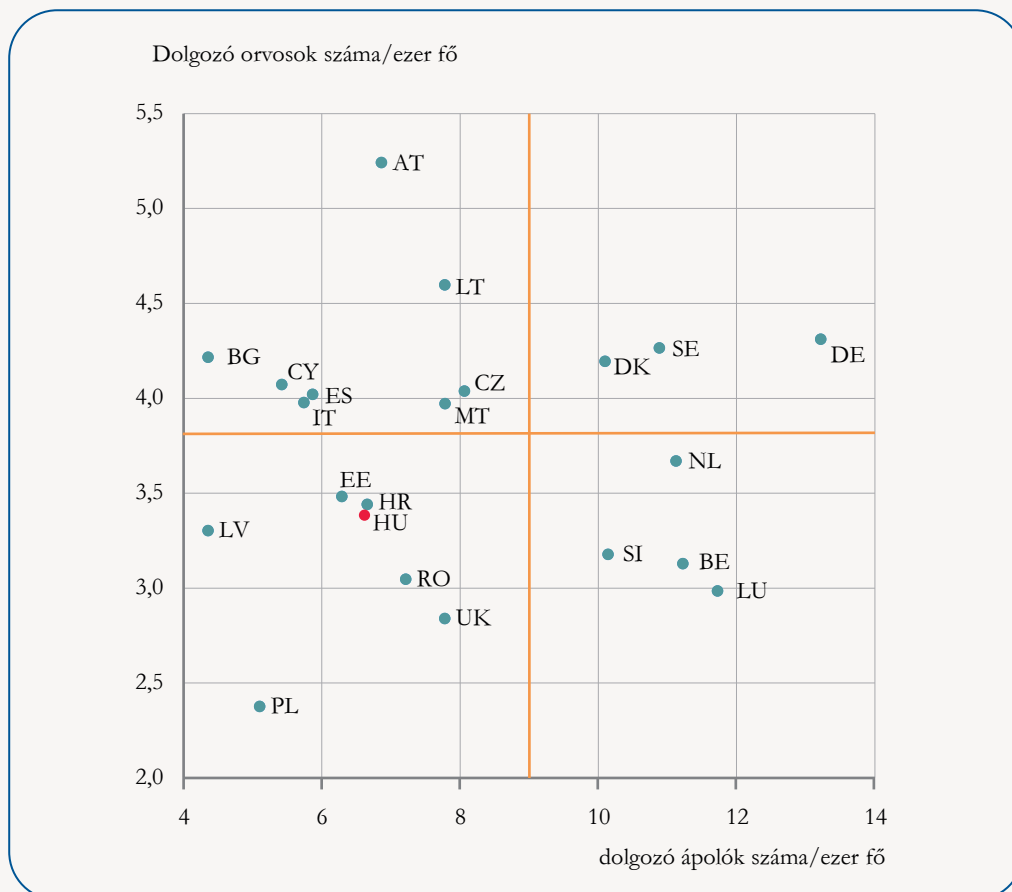


Az orvosok megoszlása régióként egyenlőtlen, ami további gátat jelent az ellátás igénybevételekor különösen a hátrányos helyzetű régiókban élő lakosok számára. Az összes dolgozó orvost figyelembe véve az orvosok országos arányszáma 1000 lakosra 4,2. Budapest orvosellátottsága (7,0) több mint kétszerese az észak-magyarországinak (2,8) és a közép-dunántúlinak (2,9), bár utóbbi hátrányát csökkenti a főváros közelsége.

Az Eurostat 2018-as adatai szerint ezer lakosra vetítve az orvosok száma Magyarországon (3,4)⁴² az uniós átlag közelében van, 42%-kal magasabb, mint a legalacsonyabb és 35%-kal alacsonyabb, mint a legmagasabb közölt EU-érték. Az ápolóellátottság (6,6) szempontjából hátrányosabb az ország pozíciója az unióban, mint az orvosellátottság alapján: a tagállamok sorában az alsó és a középső tercilis határán van, ezer lakosra fele annyi ápoló jut, mint a legmagasabb, és 52%-kal több, mint a legalacsonyabb uniós érték.

25. ábra

Orvos- és ápolóellátottság az EU-ban,* 2017–2018



*A vízszintes sárga vonal az orvosellátottság, a függőleges sárga vonal az ápolóellátottság szempontjából osztja két-két csoportra az országokat. A vonal alatti, illetve az attól balra eső országok hátrányosabb, a vonal feletti, illetve attól jobbra esők kedvezőbb helyzetben vannak.

Országkódok: AT: Ausztria, BE: Belgium, BG: Bulgária, CY: Ciprus, CZ: Csehország, DE: Németország, DK: Dánia, EE: Észtország, ES: Spanyolország, HR: Horvátország, HU: Magyarország, IT: Olaszország, LV: Lettország, LT: Litvánia, LU: Luxemburg, MT: Málta, NL: Hollandia, PL: Lengyelország, RO: Románia, SE: Svédország, SI: Szlovénia, UK: Egyesült Királyság.

Forrás: Eurostat.

2010 óta a működéshez szükségesnek ítélt orvosi állásoknak általában 4–5%-a üres volt

2019-ben 190 ezer álláshely volt az egészségügyben, számuk 2010-től 6%-kal nőtt. Az egészségügyi intézmények tulajdonjogi, fenntartói jogi, illetve gazdálkodási forma szerinti 2012-2013-as átszervezése⁴³ következtében egy év alatt 60-ról 71%-ra emelkedett a költségvetési formában működő intézmények állásállományának aránya az összes egészségügyi állások között, ami 2013 óta 70-71%-on stagnál. Az orvosi állások 50–51, a szakdolgozói állások 75–76%-a költségvetési szervezeteknél található.

⁴² Az Eurostat módszertana szerint az itt figyelembe vett orvosok köre szűkebb, mint az előzőekben a hazai módszertan szerint számba vettek. A legjelentősebb különbség, hogy az Eurostat a fogorvosokat itt nem veszi figyelembe.

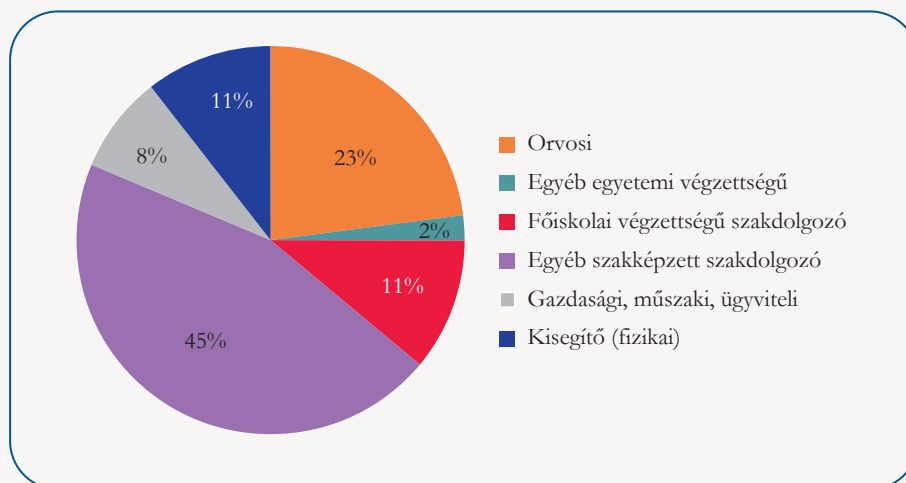
⁴³ 2012. évi XXXVIII. törvény a települési önkormányzatok fekvőbeteg-szakellátó intézményeinek átvételéről és az átvételhez kapcsolódó egyes törvények módosításáról.

Az állásokat betöltő személyek száma 2010–2019 alatt összesen 188 ezerről 206 ezerre emelkedett, ötödük részfoglalkozásban dolgozott, 35%-kal többen, mint 9 évvel korábban. A részfoglalkozásúak aránya munkakör szerint az orvosok között a legmagasabb, több mint harmaduk így dolgozik. A gyógyszerészek és az egyéb felsőfokú végzettségűek ötöde-negyede és a szakdolgozóknak hetede részfoglalkozású. Az orvosok között 28, a szakdolgozók körében 46%-kal nőtt a részfoglalkozásúak aránya 2010 óta.

A főiskolai végzettségű szakdolgozók számára tervezett álláshelyek száma növekedett a legnagyobb mértékben (29%-kal). Az állásoknak általában 4–5%-a üres, de kiemelkedik a nem orvosi és nem gyógyszerési felsőfokú végzettségű szakemberek hiánya, ami eléri a 9%-ot.

26. ábra

Az egészségügyben betöltött állások munkaköri csoportonként, 2019



Az egészségügyi állások 40%-ában dolgozók a fekvőbetegek aktív ellátását végzik, 16%-át a járóbeteg-, 10%-át a háziorvosi és 7%-át a fogorvosi ellátásban hozták létre.

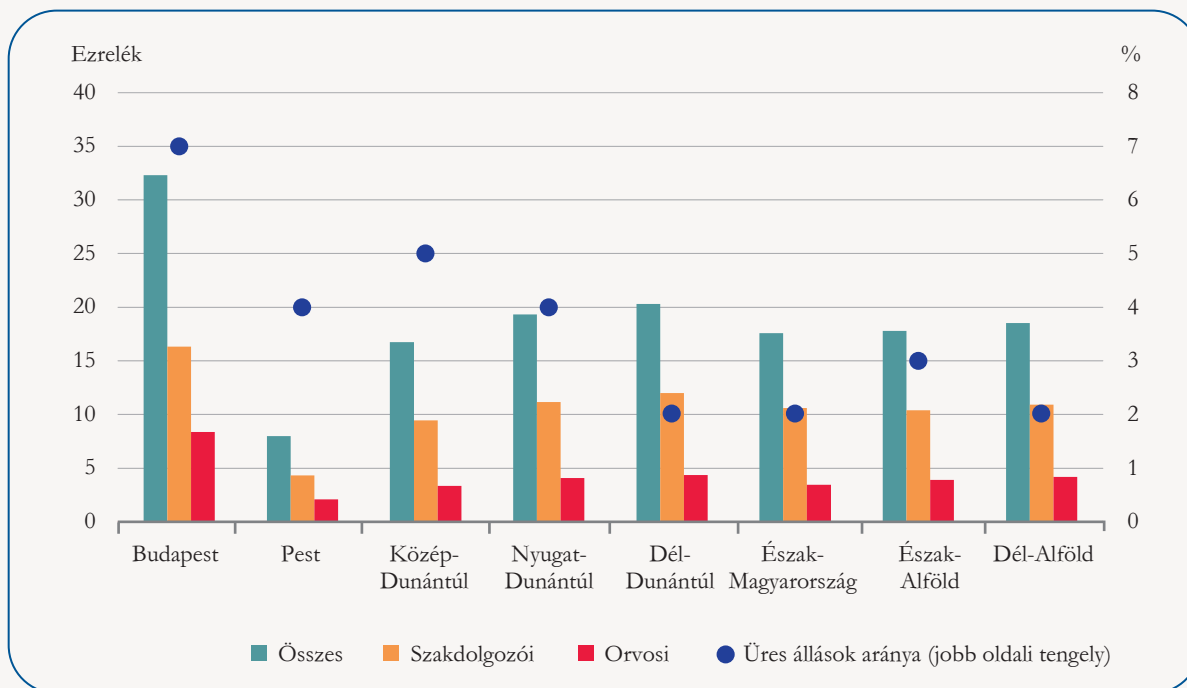
A járó- és fekvőbeteg-ellátásban a legtöbb orvosi és szakdolgozói álláshely a belgyógyászati osztályokon van, számuk mintegy 9,5 ezer, az összes álláshely 9%-a. Az álláshelyek számát tekintve a további legnagyobb munkahelyek a fogászat és szájszűrés, a szülészet és nőgyógyászat (6–6%), az aneszteziológia és intenzív betegellátás, a rehabilitáció, a csecsemő- és gyermekgyógyászat, újszülöttellátás, a sebészet és a pszichiátria (5–5%). Ezek közül a leginkább a pszichiátria (8%), a belgyógyászat (7%), az aneszteziológia és intenzív betegellátás (6%), valamint a rehabilitáció (5%) küzd munkaerőhiánnyal.

Az egészségügyi állások kétharmada szakdolgozói, többségében ápolói vagy asszisztensi. A dolgozó orvosok 42 ezer állást töltenek be, az összes egészségügyi állás negyedét. 2010-ig visszatekintve a működéshez szükségesnek ítélt orvosi állásoknak általában 4–5%-a üres, 2019-ben összesen több mint 1700 volt betöltetlen. A legnagyobb problémával a kórházaknak kell szembenézniük, mert a legtöbb betöltetlen állás az aktív fekvőbeteg-ellátásban keletkezett, szám szerint 775, ami az igény 6%-a. A járóbetegek gyógyító ellátásában is 479 üres állás van, a működéshez szükséges 5%-a.

Az ezer lakosra jutó működéshez szükséges állások száma Budapesten a legmagasabb (32), de jól látszik, hogy a Pest régió lakosságának egészségügyi ellátását is jórészt a fővárosi intézmények biztosítják, hiszen a két régió együttes állásellátottsága már nem kiugróan magas (22), hanem jól illeszkedik a regionális értékek első, legnagyobb helyére. A többi régióban ezer lakosra átlagosan 17–20 álláshelyet terveztek. Az ország nyugati és középső területén nagyobb a munkaerőhiány, az állások 4–7%-a üres, míg az ország többi részén 2–3%. A fajlagos szakdolgozói állások száma – ha Közép-Magyarországot egy egységként tekintjük – viszonylag egyenletes, 10 és 12 között mozog. Az orvosi állások ezer lakosra jutó száma is Közép-Magyarországon a legmagasabb (6), a többi régióban 3–4.

27. ábra

Ezer lakosra jutó állások száma és az üres álláshelyek százalékos aránya régiók szerint, 2019



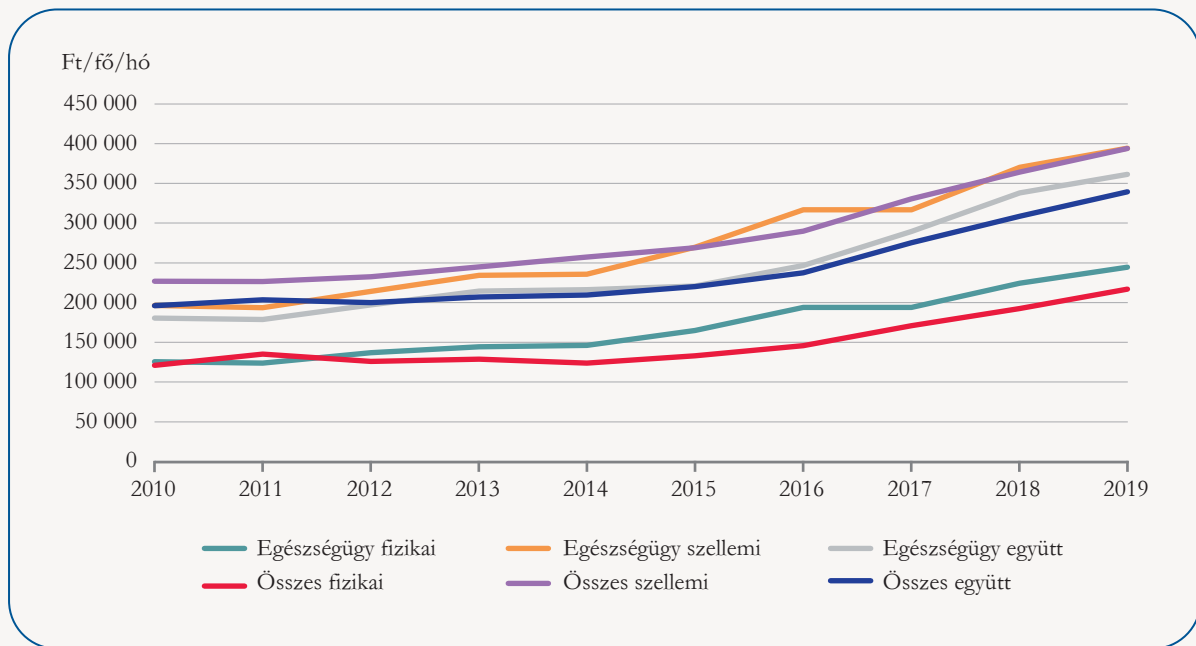
Az egészségügyi költségvetési szervezeteknél a szellemi dolgozók bruttó átlagkeresete 394 ezer, a fizikaiaké 245 ezer forint

A teljes munkaidőben alkalmazásban állók bruttó átlagkeresete az egészségügyben a költségvetési szervezetek körében 2019-ben 361 ezer forint volt, és ágazatok szerint az általános járóbeteg-ellátásban mért 289 ezer, valamint az egyéb humán egészségügyi ellátásra jellemző 373 ezer forint között mozgott. Az egészségügyi átlagkereset az általános járóbeteg-, valamint a fogorvosi járóbeteg-ellátás kivételével minden ágazatban 2010 óta a kétszeresére emelkedett. A kivételes csoportokban is 1,8–1,9-szeres volt a gyarapodás. Figyelembe véve azonban, hogy 2010 óta 22% volt a fogyasztói árak átlagos emelkedése, ez a növekedés már csak 48–67% vásárlóerő-bővülést jelent. A háziorvosi ellátás kereseti szintje egyre inkább leszakad a többi ágazatétól, a vizsgált időszak elején még csak 20 ezer forinttal maradt el az egészségügy átlagától, 2019-re a különbség 72 ezerre nőtt. Az egészségügyi költségvetési szervezeteknél teljes munkaidőben alkalmazásban állók 78%-a szellemi dolgozó, átlagkeresetük 2019-ben bruttó 394 ezer forint volt, 149 ezer forinttal több, mint a fizikai dolgozóké.

A költségvetési szervezeteknél az egészségügyben kifizetett keresetek átlaga 2013-tól folyamatosan meghaladja az összes közfeladatot ellátók középtértékét, az eltérés 0 és 9% között mozgott, és 2019-ben 6% volt. A fizikai dolgozók esetében már 2012-ben magasabb volt az átlagkereset az egészségügyben, mint a költségvetési szervek egészében, és ez azóta sem változott. A különbség 9 és 33% közötti volt, a legutolsó évben 13%. A szellemi dolgozóknál 2015-ben érte el az egészségügyi átlagkereset először a költségvetési szervezetek átlagát, és azóta kisebb kilengésekkel ugyan, de szorosan együtt maradtak, 2019-ben gyakorlatilag megegyeztek.

28. ábra

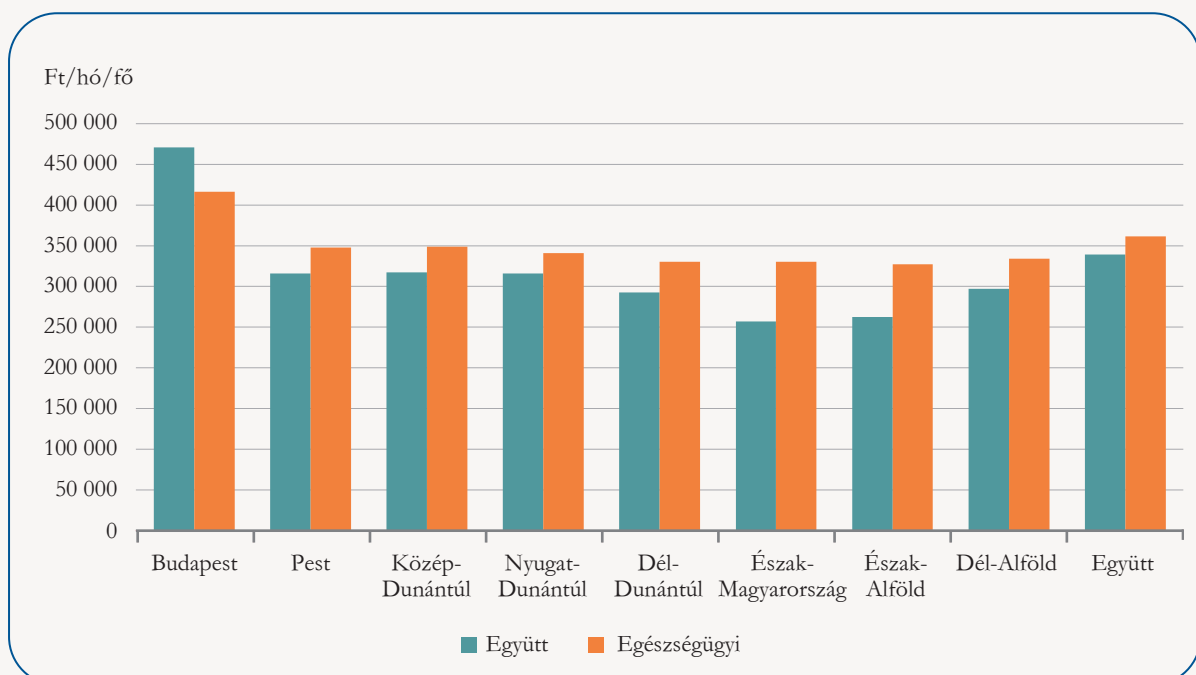
**A teljes munkaidőben alkalmazásban állók bruttó átlagkeresete
a költségvetési szervezetek körében állománycsoport szerint**



A teljes munkaidőben alkalmazásban állók bruttó átlagkeresete az egészségügyi költségvetési szervezeteknél Budapesten volt a legmagasabb, 416 134 forint, 15%-kal haladta meg az országos átlagot, ennek ellenére a fővárosban az egészségügyi átlagkereset az összes költségvetési szervezet átlagánál 12%-kal alacsonyabb. Pest és Közép-Dunántúl régióban az egészségügyi átlagkereset még eléri az országos átlag 96%-át, a többi régióban már több mint 5% a lemaradás. A költségvetési szervezetek összességéhez képest a főváros kivételével az egészségügyben magasabb az átlagkereset, kiemelkedően Észak-Magyarországon (29%) és Észak-Alföldön (25%).

29. ábra

**A teljes munkaidőben alkalmazásban állók bruttó átlagkeresete
a költségvetési szervezetek körében régió szerint, 2019**

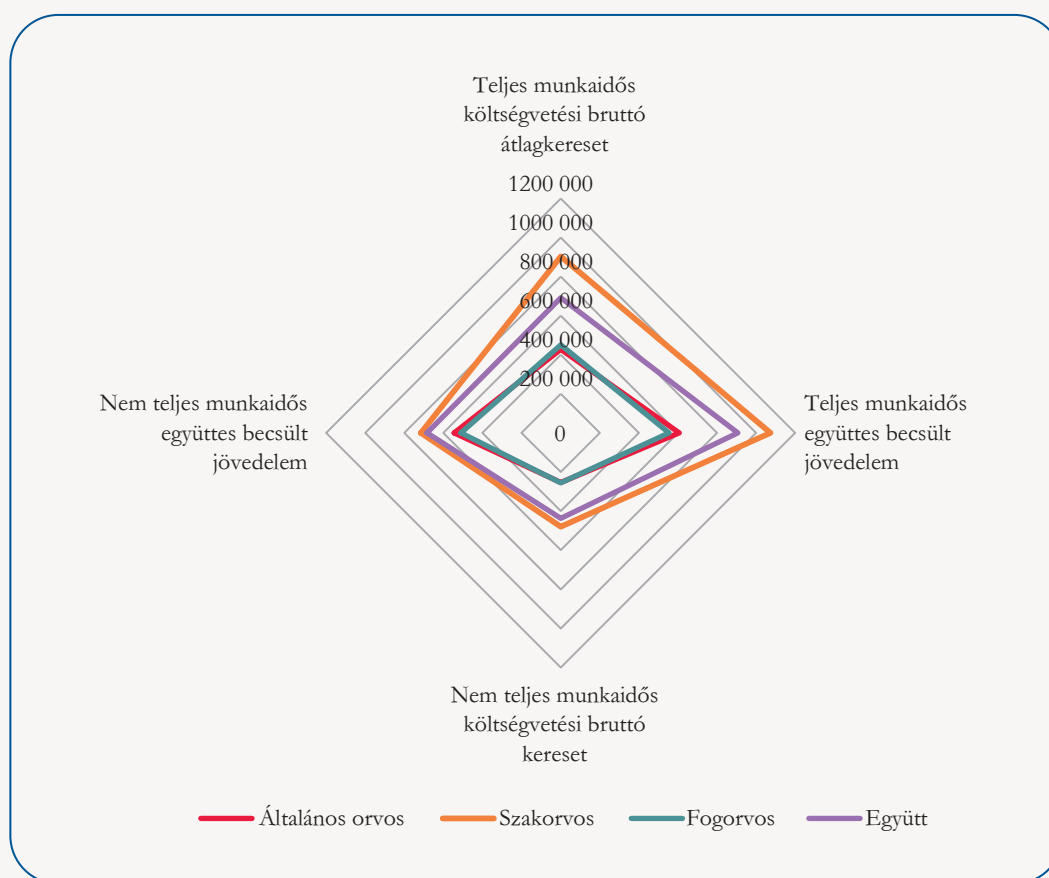


A költségvetési szervezeteknél dolgozó orvosok több mint harmadának másik állása is van, vagy egyéni vállalkozó az egészségügyben. A költségvetési intézménynél nem teljes munkaidőben dolgozók több mint fele, a teljes munkaidőben dolgozók közel harmada végez kiegészítő munkát. Ez a gyakorlat az általános orvosok között a legritkább (23, illetve 39%), és a fogorvosok körében a leggyakoribb (59, illetve 85%). A szakorvosok az átlagnál valamivel gyakrabban vállalnak másik munkát. A teljes munkaidőben dolgozók a keresetüket átlagosan a háromtizedével növelik a kiegészítő munkavégzéssel, és nem teljes munkaidős állásban lévők több mint felével.

A költségvetési szervezeteknél nem teljes munkaidőben dolgozó általános orvosok és fogorvosok többletmunkájukkal megduplázzák a jövedelmüket.

30. ábra

Költségvetési szervezeteknél alkalmazásban álló orvosok bruttó átlagkeresete és havi adózatlan jövedelme, forint/fő/hó, 2020. I. negyedév



Háziorvosi ellátás

A háziorvosok praxisonként és naponta átlagosan több mint 50 beteget látnak el, a házi gyermekorvosok több mint 30-at

A dolgozó orvosok 15%-a háziorvosként végzi a munkáját. Számuk 2019. december 31-én 6013 volt, 438-cal kevesebb, mint 2010-ben. 77%-uk felnőtt- vagy vegyes praxist látott el, a többiek ún. házi gyermekorvosként 0–18 évesek számára szervezett szolgálatban dolgoztak. A háziorvosok és a házi gyermekorvosok száma lineárisan csökkent a tekintett 9 év alatt, előbbieké 6,0, utóbbiaké 9,2%-kal. A háziorvosok fele, a házi gyermekorvosok négyötöde nő, az arányuk lassan, egyenletesen növekszik. Az orvosi munkaerő előregedése

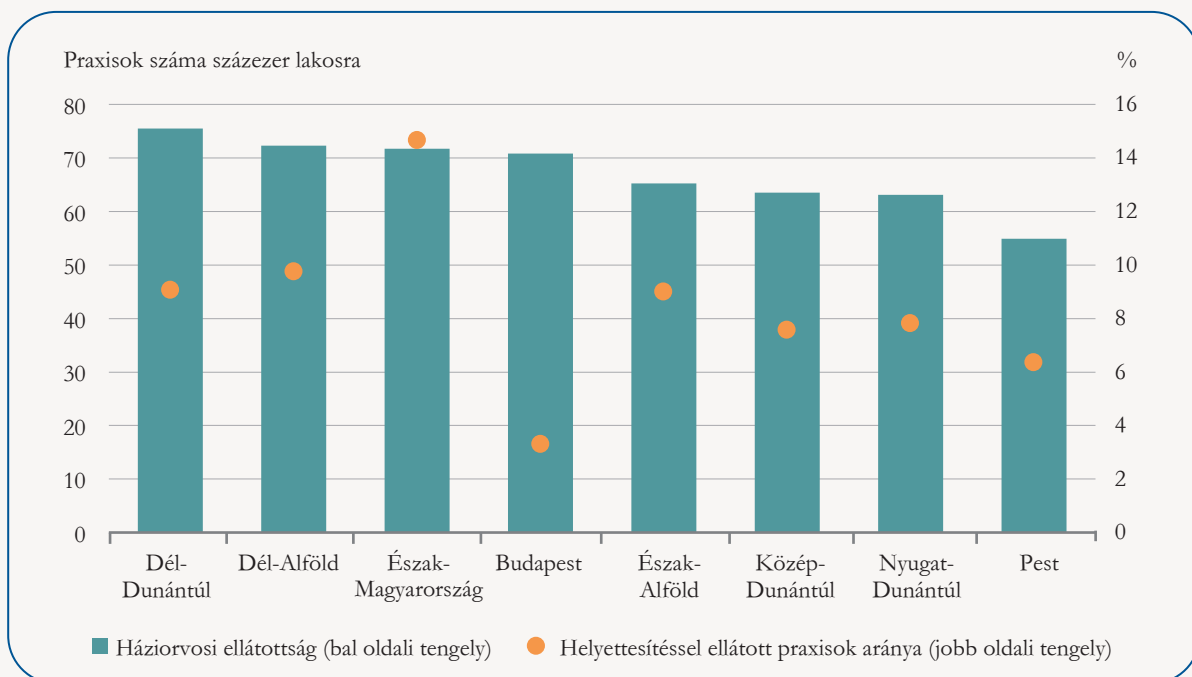
az átlaghoz viszonyítva sokkal sürgetőbb probléma a háziorvosok körében. A háziorvosként dolgozó orvosok közel háromtizede már betöltötte a 65. életévét.⁴⁴

A háziorvosok és házi gyermekorvosok a lakosságot 6549 praxisba szervezve látják el. Egy praxisba átlagosan 1625-en vannak bejelentve, 77-tel többen, mint 9 évvel korábban. Az üres háziorvosi praxisok száma 536, amiket jobbra másik praxis orvosai látnak el, mert 10%-ot sem éri el azoknak a betöltetlen háziorvosi állásoknak az aránya, ahol állandó orvos helyettesít. 2010-től az üres praxisok száma folyamatosan nő, 2019-re a bővülés 2,5-szeres lett, a háziorvosiaké 2,3, a házi gyermekorvosiaké 3,3-szeres.

A háziorvosi szolgáltatás földrajzi elérhetősége heterogén. Észak-Magyarország kivételével azokban a régiókban magasabb a háziorvosi és házi gyermekorvosi praxisok fajlagos száma (65–75/100 000), ahol orvosképzés folyik, és hasonlóan az összes orvosi álláshoz, e tekintetben is Pest régió ellátottsága a legalacsonyabb, százezer lakost 55 praxisban látnak el. A betöltetlen praxisok aránya általában ott magasabb, ahol a lakosság számához viszonyítva jobb az ellátás, kivéve a fővárost, ahol a legalacsonyabb (3%), és Észak-Magyarországot, ahol pedig kiugróan a legmagasabb (15%).

31. ábra

A háziorvosi és házi gyermekorvosi praxisok fajlagos száma és a helyettesítéssel ellátott praxisok aránya régió szerint, 2019



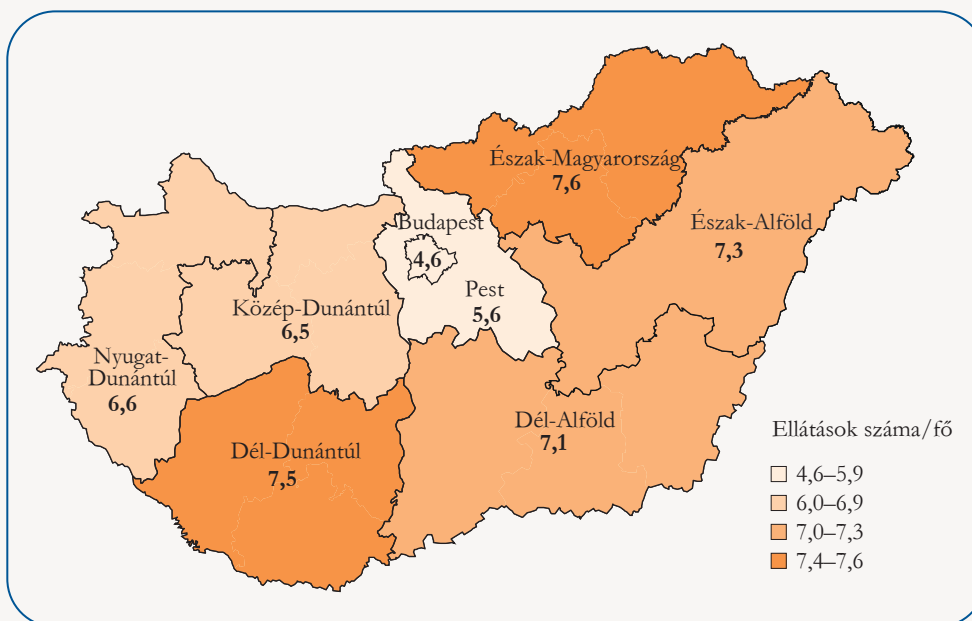
2019-ben 55,7 millió háziorvos–beteg, és 9,8 millió házi gyermekorvos–beteg találkozót regisztráltak. 2010-től az egy háziorvosra, illetve az egy házi gyermekorvosra jutó betegforgalom nagyon lassan, de egyenletesen, 3 és 1%-kal nőtt, és az időszak végén az előbbi közel 12 000, az utóbbi pedig több mint 7000 volt. Ez azt jelenti, hogy a háziorvosok praxisonként és naponta átlagosan 50-et, a házi gyermekorvosok 30-at meghaladó számú beteget látnak el. A háziorvoshoz bejelentkezettek átlagosan évente 6,4-szer lépnek kapcsolatba az orvosukkal, a házi gyermekorvosok esetén ez a gyakoriság 6,9.

Ha azt vizsgáljuk, hogy regionálisan milyen mintázatot követ a háziorvoshoz bejelentkezett lakosság orvoshoz fordulásának éves átlagos gyakorisága, megállapítható, hogy ez Budapesten és Pest régióban a legritkább, 4,5 és 5,4; Közép- és Nyugat-Dunántúlon 7 alatti, a többi területen meghaladja a 7-et. Észak-Magyarországon a legmagasabb ez az érték: 7,6. A házi gyermekorvoshoz fordulás Észak-Magyarország kivételével minden régióban gyakoribb, mint a háziorvosi konzultációké, a többlet Közép-Magyarországon a legnagyobb, eléri az 1-et, Észak-Magyarországon viszont nincs különbség.

⁴⁴ Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) adata.

32. ábra

Egy háziorvoshoz vagy házi gyermekorvoshoz bejelentkezett által igénybe vett ellátások évi átlagos száma régióinként, 2019



Járóbeteg- és kórházi ellátás

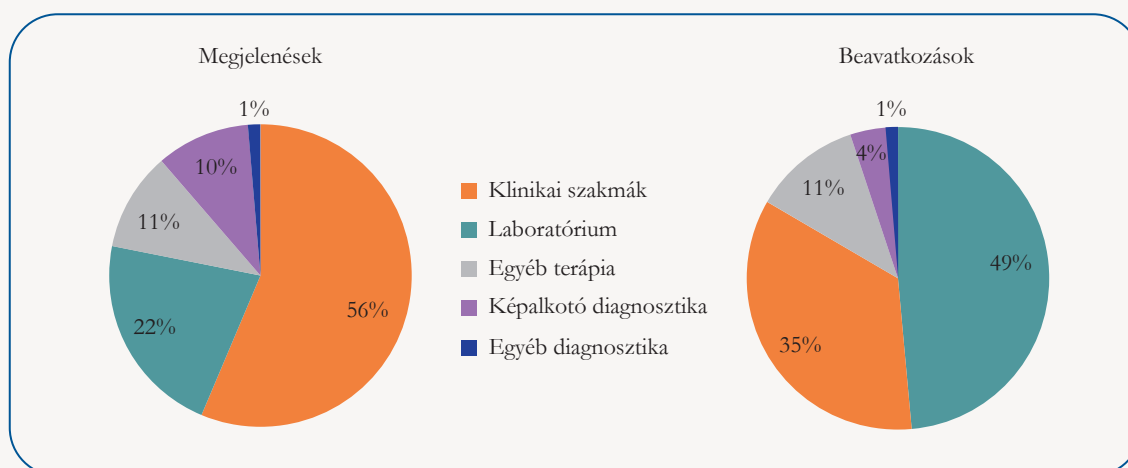
A járóbeteg-ellátásban a beavatkozások száma szinte minden szakmai területen emelkedett 2010 óta, a laboratóriumi közel negyedével, a képalkotói diagnosztikai hetedével

Évente mintegy 70 millió megjelenés történik a közfinanszírozott járóbeteg-ellátásban, vagyis ha a teljes lakosságot vesszük alapul, akkor egy személy átlagosan 7-szer fordul meg szakrendelésen vagy ambulancián, és egy-egy megjelenés során általában 5–6 beavatkozást hajtanak végre, 2019-ben összesen közel 400 milliót. A lakosság fejenként évente közel két órát tölt szakorvosnál, a legtöbb időt, 27 percet a fogászaton, 9 percet a belgyógyászaton, és 6 percet a neurológián.

A megjelenéseknek több mint felét a klinikai szakmák és mintegy ötödét a laboratóriumok látják el. A beavatkozásoknak viszont majdnem felét a laboratóriumok, és csak alig több mint harmadát a klinikai szakmák végzik.

33. ábra

A járóbeteg-szakellátásban történt megjelenések és a beavatkozások megoszlása a szakellátás típusa szerint, 2019



A lakosságszámhoz viszonyítva a fővárosban tapasztalható a legtöbb megjelenés, az országos átlag ötharmada. Viszonylag magas a fajlagos mutató értéke azokban a régiókban, ahol orvosképzés folyik, a többiben az országos középérték kilenczede alatt marad. Pest régióban – hasonlóan az állások regionális megoszlásához – a megjelenések gyakorisága is a legalacsonyabb, alig haladja meg a főátlag felét. A beavatkozások és a szakorvosi munkaórák tekintetében is hasonló mintázatot mutatnak a régiók.

2010 óta a járóbeteg-szakellátások volumene kismértékben változott, 2019-ben az összes megjelenés lakosságszámra vetített nagysága 0,5%-kal volt kevesebb, mint az időszak elején, míg a beavatkozásoké 14%-kal több. A laboratóriumi 13, a képalkotó diagnosztikai megjelenéseké 7%-kal nőtt, míg a többi típusú stagnált vagy csökkent. A klinikai szakmáknál 5%-kal kevesebb megjelenést regisztráltak az időszak végén, mint az elején. Az „egyéb terápia” kivételével a beavatkozások száma minden szakellátásban emelkedett, a laboratóriumiaké közel negyedével, a képalkotói diagnosztikaiaké hetedével.

Az egynapos kórházi ellátások száma 2010 óta 2,7-szeresére bővült, és 2019-re 345 ezer lett

Az utóbbi évtizedben is tovább folytatódott a hagyományos akut kórházi ellátás lassú szűkülése. 2019-ben közel 68 ezer kórházi ágyon látták el a betegeket, a lakosságszámra vetítve 3%-kal kevesebben, mint 2010-ben. A 2018-as összehasonlítható adatok szerint Magyarországon volt a negyedik legmagasabb a kórházi ágyak lakosságszámra vetített száma az EU-ban, 40%-kal több, mint az átlag. Az ápolás átlagos tartama 8,1-ről 7,8 napra rövidült. Összességében 2,3 millió volt az elbocsátott betegek száma, fajlagosan 6%-kal kevesebb, mint 2010-ben. Mindezek mellett a tekintett tíz év alatt az ágykihasználási százalék az aktív ellátásban több mint 10%-kal visszaesett, és 2019-ben 63,8 volt, ami az EU-ban a legalacsonyabbak közé tartozik. A kórházi halálozási százalék ugyanebben az évben 3,7 volt, 15%-kal magasabb, mint 2010-ben.

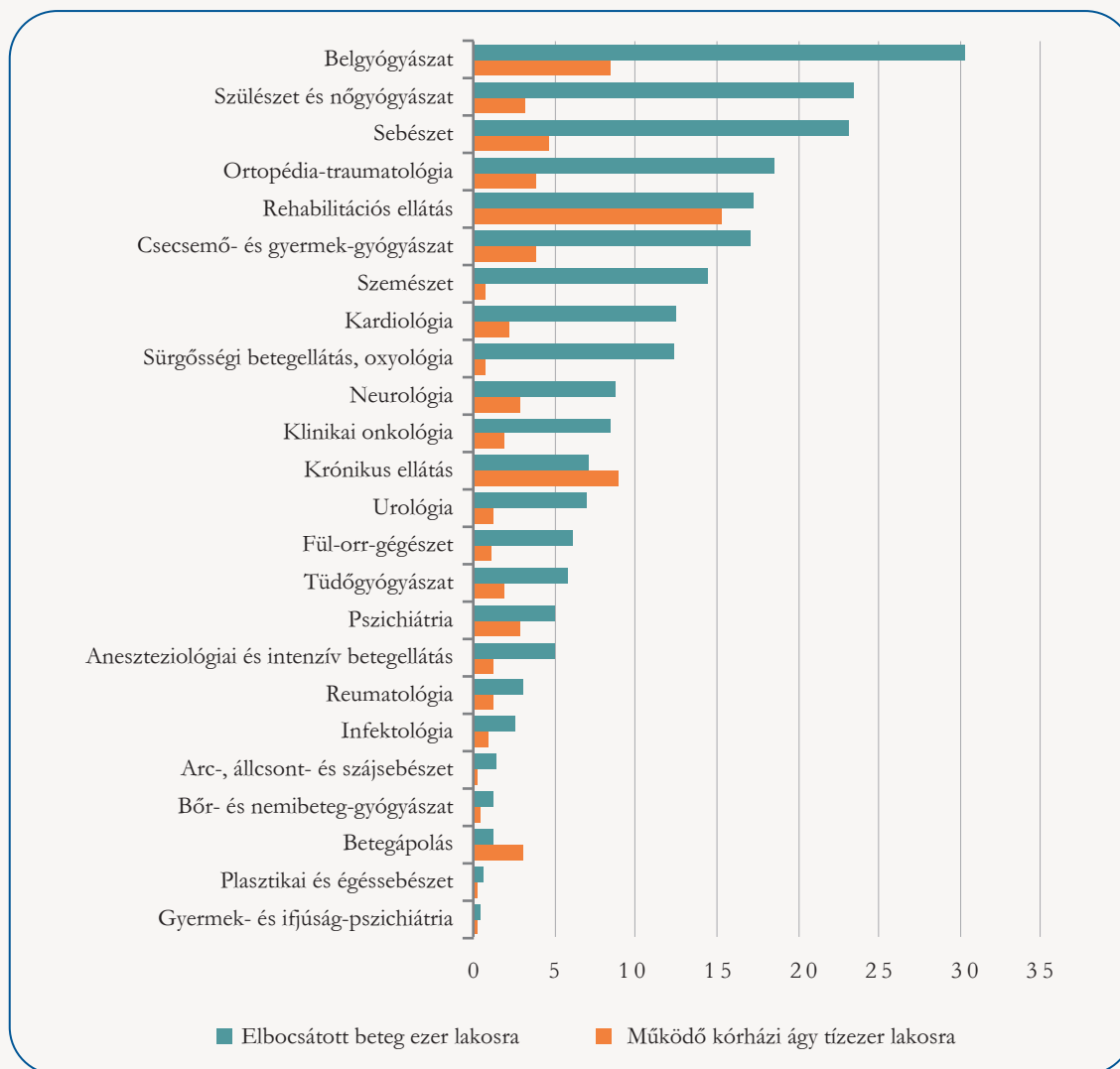
Az egynapos kórházi ellátások száma a referencia-időszakban 2,7-szeresére bővült, 2019-re 345 ezer lett.

Szakmafőcsoport szerint a működő kórházi ágyak több mint ötödén rehabilitációt, nyolcadán krónikus ellátást nyújtanak. Az utóbbihoz közel hasonló a belgyógyászati ágyak aránya is, de a többi szakma részesedése 10% alatt marad. A jelentősebb betegforgalmat bonyolító szakmák túlnyomó többsége esetében az általuk működtetett ágyak száma 2010-től bővült. Ezek között is kiemelkedő mértékben, másfélszeresére nőtt a rehabilitációs ágyak fajlagos száma, és érdemes még megemlíteni a szülészeti–nőgyógyászati osztályokat, ahol a lakosságszámra vetített ágyszám 2019-ben ötödével volt több, mint 2010-ben.

A legtöbb beteget a belgyógyászati osztályokon kezelik, a kórházból elbocsátott betegek 13%-át. A forgalmasabb szakmák közé tartozik a betegek 10–10%-át kiíró szülészeti és nőgyógyászati, illetve sebészeti. Közel 8% az ortopédia-traumatológia részesedése, és a nagyobb betegforgalmat lebonyolító főcsoportok közül a referencia-időszakban ennél a szakmánál figyelhető meg a legnagyobb bővülés (32%). Az elbocsátott betegek legalább 5%-át ellátó szakmák betegforgalma a listavezető belgyógyászat kivételével 2010 óta emelkedett. A belgyógyászaton viszont számottevően, 18%-kal csökkent az elbocsátott betegek népességarányos száma.

34. ábra

Az ezer lakosra jutó elbocsátott betegek és a tízezer lakosra jutó működő kórházi ágyak száma szakmafőcsoport szerint, 2019



A kórházi ellátottság szempontjából a Közép-Magyarországot alkotó két régiót egy egységnek tekinthetjük, hiszen a fővárosi fekvőbeteg-intézmények Pest régió ráztoruló lakosságának jelentős részét ellátják. Így vizsgálva a regionális különbségeket a működő kórházi ágyak tízezer lakosra vetített száma az észak-alföldi (65) és az észak-magyarországi (74) között mozog. Hasonlóképpen az orvos- és állásellátottsághoz, a kórházi ágyak fajlagos száma is Budapesten a legmagasabb (102) és Pest régióban a legalacsonyabb (25). Az elbocsátott betegeknek a lakosság számához viszonyított aránya azokban a régiókban magasabb, ahol orvostképzés folyik: ezer lakosra jutó számuk Budapesten 355, a másik három térségben 231 és 257 között mozog, Pest régióban 73 és a többi területen 208–222. Közép-Magyarország nagyregió mindkét mutató szempontjából jól megfelel az országos átlagnak.

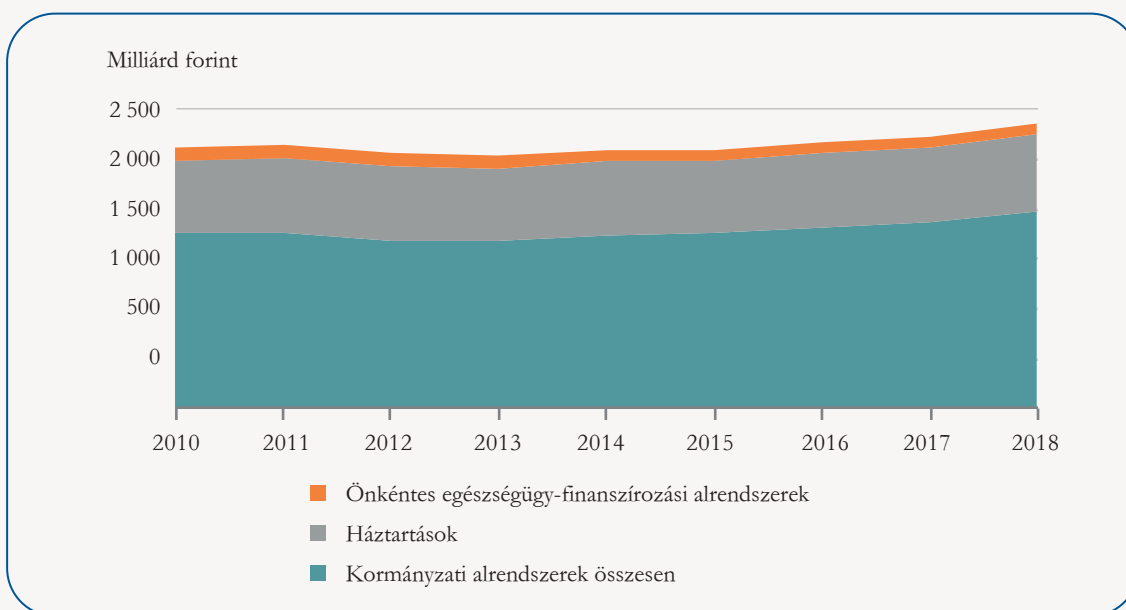
Egészségügyi kiadások

2010 és 2018 között az egészségügyre fordított állami kiadások reálértéken 13 százalékkal emelkedtek. 2018-ban 2858 milliárd forintot költöttünk egészségügyi ellátásra, ami azt jelenti, hogy egy főre átlagosan 292 ezer forint jutott. Az összkidás reálértéken az egészségügyi inflációt figyelembe véve 2018-as áron – 2010 és 2018 között 9%-ot emelkedett, ezen belül az államilag finanszírozott rész 13%-ot. Az egészségügyi kiadások GDP-n belüli aránya ez alatt az idő alatt – 2016 kivételével – folyamatosan kismértékben csökkent:

7,5%-ról 6,7%-ra. Az összes egészségügyi kiadás 69%-át az államháztartási alrendszerek⁴⁵ fedezik, 27%-át a háztartások közvetlenül és a maradék 4%-ot az önkéntes egészségügy-finanszírozási alrendszerek adják.

35. ábra

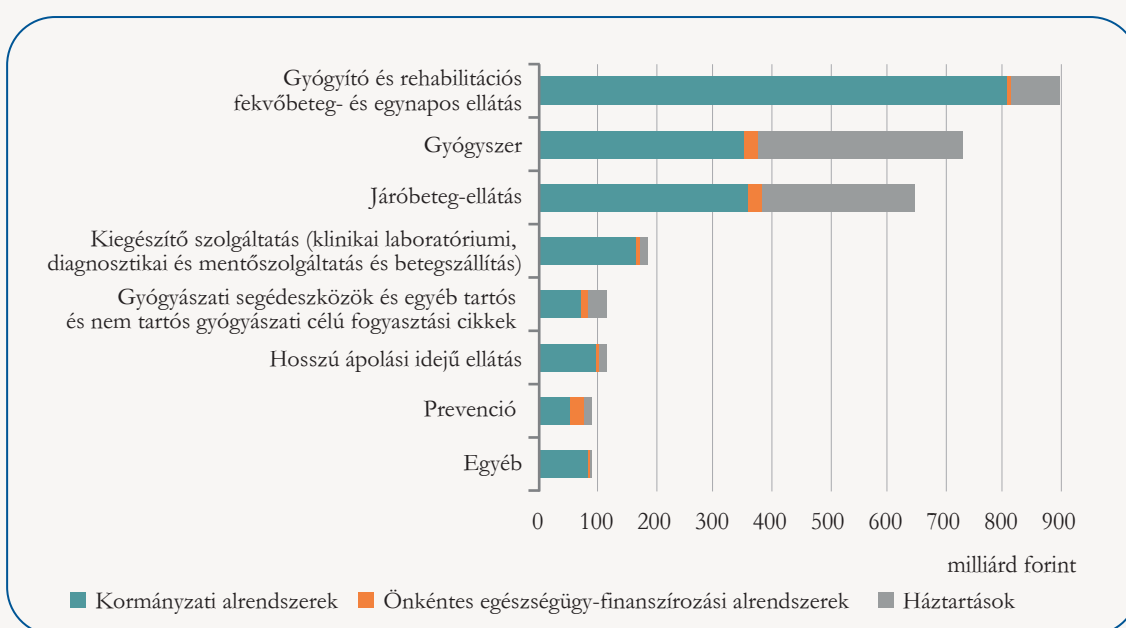
Egészségügyi kiadások finanszírozási alrendszerek szerint, 2018-as áron



Az egészségügyi kiadások 80%-át a három legnagyobb volumenű szolgáltatástípusra fordítják: gyógyító és rehabilitációs fekvőbeteg és egynapos ellátás (31%), gyógyszer (26%) és járóbeteg-ellátás (23%). A legnagyobb tétel 90%-át a kormányzati alrendszerek fedezik, a gyógyszerek közel felét, és a járóbeteg-ellátás négytizedét viszont a háztartások közvetlenül finanszírozzák. A kisebb volumenű szolgáltatástípusok közül a kiegészítő szolgáltatásokat és a hosszú ápolási idejű ellátásokat is a kormányzati alrendszerek fizetik meg. Az önkéntes egészségügy-finanszírozási alrendszerek a prevencióban vállalják a legnagyobb szerepet, a preventív szolgáltatásoknak közel háromtizedét fedezik, de hasonló nagyságú összeget fordítanak gyógyszerre és járóbeteg-ellátásra is.

36. ábra

Egészségügyi kiadások a szolgáltatás jellege és finanszírozó szerint, 2018



⁴⁵ Az államháztartási alrendszerek a kormányzati alrendszert és a társadalombiztosítást jelenti együtt.

2010 és 2018 között a háztartások fogyasztási kiadásainak mintegy 5%-át fordították az egészségre, 2018-ban folyó áron 62 ezer forintot egy főre vetítve. A háztartások egészségügyi kiadásai nagy részét gyógyszerekre, gyógyárakra és gyógyászati segédeszközökre költik, 2010–2014-ben ezek tették ki az egészségügyi kiadások 81–83%-át, ami 2017–2018-ra 74%-ra süllyedt.

2018-ban a háztartások által fizetett hálapénz becsült összege 36,7 milliárd forint volt, egészségügyi összkiadásuknak közel 5%-a. Az egy lakosra jutó összeg 3827 forintot tett ki, de azok, akik ténylegesen fizettek hálapénzt, átlagosan 62 ezer forintot adtak ki erre éves szinten. A lakosság a hálapénz több mint harmadát kórházban, kétötödét szakorvosi rendelőben adta ki, egyhatodát háziorvosnál. Fogorvosi rendelőben, illetve egyéb járóbeteg-ellátás során kifizetett összeg az összes hálapénz 4–4%-át tette ki. Legtöbbet, lakosonként mintegy 6800 forintot Budapesten költenek hálapénzre, a vidéki nagyvárosokban 4200, az egyéb városokban 2800, a községekben pedig 2600 forintot.⁴⁶

5. Életkilátások, halálozási arányszámok

A születéskor várható élettartam továbbra is közel öt évvel az EU átlaga alatt maradt

Magyarországon a születéskor várható átlagos élettartam 2010 és 2019 között két évvel nőtt, 74,4 évről 76,2 évre. A növekedés valamivel meghaladja a várható élettartamnak az EU egészében mért átlagos emelkedését (1,1 év), a 2018-as születéskor várható élettartam azonban közel öt évvel az EU átlaga alatt marad.

A magyar nők átlagosan csaknem 6,5 évvel élnek tovább, mint a férfiak (79,3, illetve 72,9 év). Ez a nemek közötti különbség a folyamatos csökkenés ellenére nagyobb, mint az EU egészében (5,3 év) és a tagállamok többségében, valamint a V4-országok körében pedig csak Csehországban kisebb.

A várható élettartam nagyságában és időbeli alakulásában a népesség társadalmi-gazdasági státusza szerint is számottevő különbségek vannak. A 2014⁴⁷–2019-es időszakban a születéskor várható átlagos élettartam a legfeljebb 8 osztállyal rendelkezők esetében közel egy évvel csökkent, a középfokú végzettségűek tekintetében stagnált, növekedés csupán a felsőfokú képzettségűeknél történt. A 30 éves, felsőfokú végzettségű férfiak átlagosan több mint 11 évvel élnek tovább, mint a hasonló korú, alacsony iskolai végzettséggel rendelkező társaik; a nők esetében a különbség 3 év, a két nemre együttesen számolva 7 év. Az iskolázottság szerinti rés a várható élettartamban 2014-től 58%-kal nőtt, és továbbra is jóval meghaladja az adatot szolgáltató EU-tagállamok többségének értékét,⁴⁸ a V4-országokat tekintve azonban mindössze a csehországi mutató kedvezőbb a magyarnál.

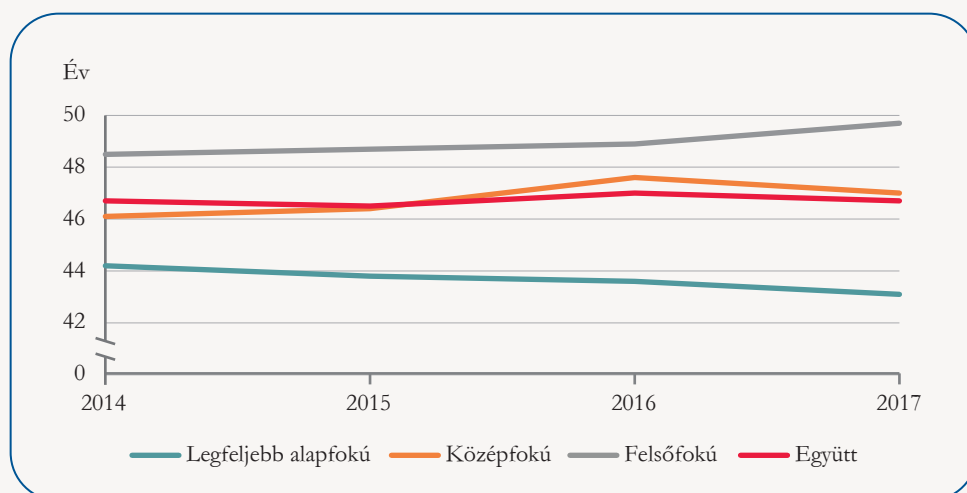
⁴⁶ Költségvetésben foglalkoztatott orvosok egyéb szférában lévő álláshelyei és az abból származó jövedelmek, 2020 I. negyedév, KSH, Statisztikai összefoglaló – háttéranyag.

⁴⁷ Az ISCED2011 2014. évi bevezetése törést okoz a születéskor várható átlagos élettartam iskolai végzettség szerinti idősorában, ezért vizsgáljuk az iskolai végzettség szerinti adatokat 2010 helyett 2014-től.

⁴⁸ Iskolai végzettség szerint csak 13 ország szolgáltatott adatot az egyes életkorokban várható átlagos élettartam számításához 2018-ra

37. ábra

30 éves korban várható átlagos élettartam a legmagasabb befejezett iskolai végzettség szerint*



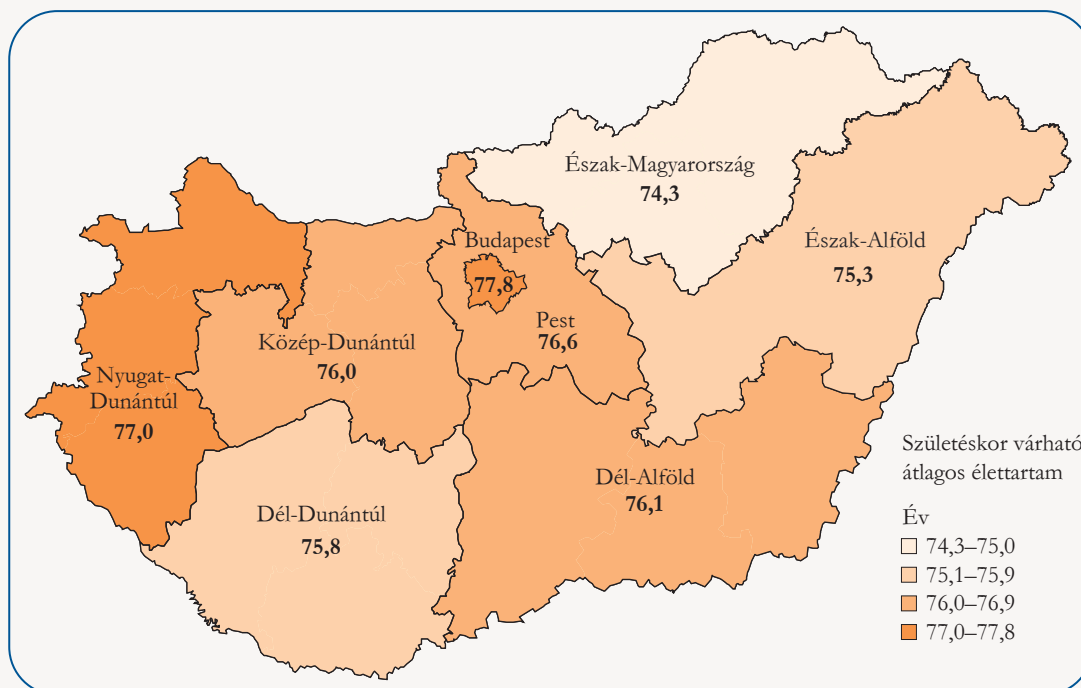
* Az idősorban törést okoz az ISCED 2011 nomenklatúra 2014. évi bevezetése, ezért csak a 2014–2017. évek adatait mutatja be a grafikon.

Forrás: Eurostat.

A várható élettartam egyenlőtlenségei a regionális különbségekben is tükröződnek. A tekintett tízéves időszakban a mutató valamennyi régióra kiterjedő emelkedése mellett folytatódott a regionális szóródás évtizedek óta tartó növekedése. 2019-re a születéskor várható átlagos élettartam legmagasabb és legalacsonyabb regionális értékei közötti különbség a férfiak esetében (Budapest, illetve Észak-Magyarország) 4,4 év volt, a nőkre vonatkozóan (Nyugat-Dunántúl, illetve Észak-Magyarország) 2,3 év. 2010-től mindkét nem esetében 0,7 évvel nyílt tovább a regionális olló.

38. ábra

Születéskor várható átlagos élettartam régióinként, 2019



Forrás: Eurostat.

2019-ben a 65 éves korukat elért férfiak 8, a nők 6 hónappal remélhettek hosszabb életet, mint 2010-ben, az előbbiek összesen 14,5, az utóbbiak 18,1 évet. A magyarok az EU átlagánál 3 évvel rövidebb időskorra számíthatnak, és csupán Romániában és Bulgáriában kevesebb az ebben az életkorban még várható az élettartam.

65 éves korban is több mint 7 egészségben töltött életévre számíthatnak az emberek

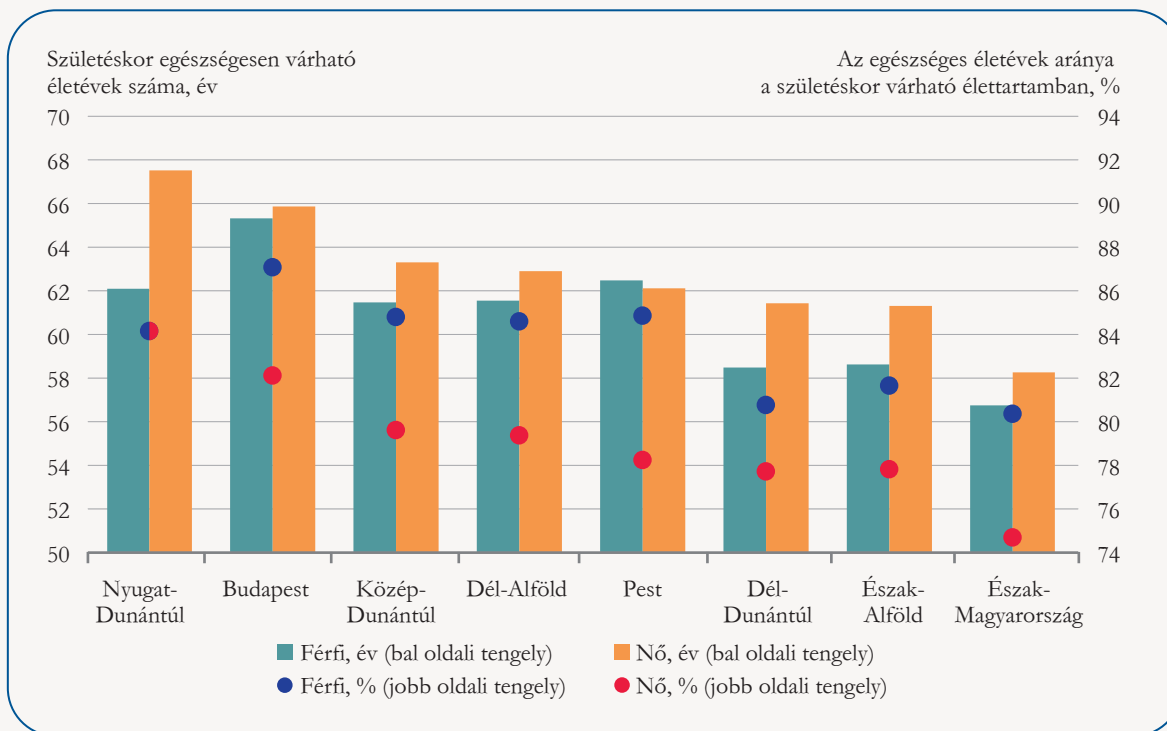
Magyarországon a várható élettartam növekedése főként a középkorúak, kisebb részben az idősebb korosztály továbbélési valószínűségének bővülésére vezethető vissza. A 2019-es adatok szerint a Magyarországon élő emberek arra számíthatnak, hogy átlagosan életük 82%-ában, azaz 62 éven át egészségesek lesznek. A nők bő 2 évvel több időt tölthetnek egészségben, mint a férfiak. Az idősebbek a teljes népességnek évről évre egyre nagyobb hányadát teszik ki, napjainkban minden ötödik ember betöltötte a 65. évét. Az ilyen korú embereknek hátralevő életük nagyobb részében krónikus betegségekkel és fogyatékoságokkal kell együtt élni, mindemellett még több mint 7 egészségben töltött életévre számíthatnak, ami az ebben az életkorban várható élettartamuk 44%-a. A nők 9-cel több egészséges hónapot remélhetnek, mint a férfiak.

2010 óta 3 évvel bővült a születéskor, és 1 évvel a 65 éves korban várható egészséges életévek száma. Ez a növekedés mindkét esetben gyorsabb volt, mint az EU egészében, ezért a magyar adatok egyre jobban megközelítik a közösség átlagát, és az előbbi mutató esetében meghaladja az EU átlagának 96, utóbbinál 72%-át. Magyarország a születéskor várható egészséges évek számát tekintve az unió tagállamai között a középmezőnyben, a 65 éves korra vonatkozó mutató szempontjából már csak az alsó negyedben helyezkedik el. Egy Magyarországon megszülető ember a várható élettartamának ugyanakkora hányadát éli le egészségesen, mint egy uniós átlagpolgár, 65 éves korában azonban az egészségben eltölthető évek aránya a közösségi középértéknek már csak 86%-a. Mindkét életkorra megállapítható, hogy a V4-országok lakosai közül csak a szlovákok számíthatnak arra, hogy a magyaroknál rövidebb ideig élhetnek egészségben.

A regionális mintázatot tekintve Észak-Alföld, Dél-Dunántúl és Észak-Magyarország népességének hátrányos helyzetét állapíthatjuk meg a férfiak és a nők esetében egyaránt mind a születéskori, mind a 65 éves korban egészségben várható élettartam tekintetében.

39. ábra

Születéskor egészségesen várható élettartam régióként és nemenként, 2019



Legjobb helyzetben a nyugat-dunántúli nők vannak, akik mindkét életkorban kiemelkedően hosszú egészséges élettartamra számíthatnak, születéskor 68 és 65 éves korban 10 évre.

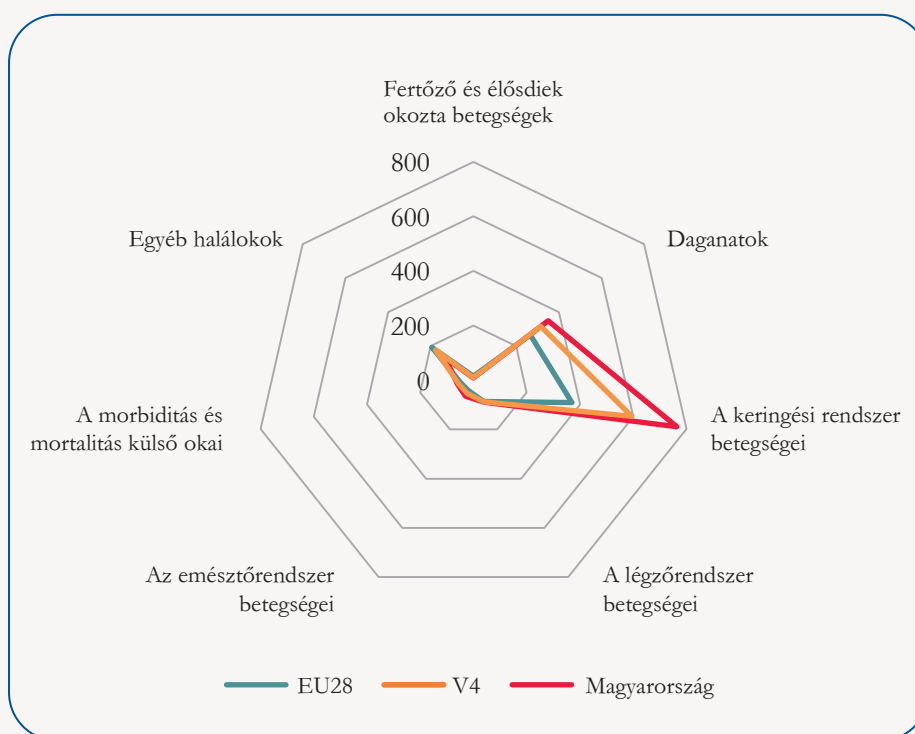
Az EU tagállamai között évek óta Magyarországon leggyakoribb a daganatos halálozás

Magyarországon 2019-ben közel 130 ezren haltak meg. A WHO európai standard népességére számított halálozási arányszámok (SHA) azt mutatják, hogy Magyarországon 2010 és 2019 között mintegy 9%-kal csökkent a halandóság szintje. Ez az érték a 2000 és 2009 közötti időszak 15%-ához viszonyítva lassuló javulást mutat. 2017-ben az EU-tagállamai között Románia és Lettország után nálunk volt a halandóság kockázata a legmagasabb.

Az EU tagállamaiban többségében a két legnagyobb halálóki csoport továbbra is a keringési rendszer betegségei, illetve a rosszindulatú daganatok. A vizsgált 9 évben hazánkban ezeknek a betegségi csoportoknak a volumene alig változott, az összes halálozás majdnem felét a keringési rendszer betegségei és negyedét a daganatok okozzák. A keringési rendszer kóros állapota az unió tagállamai között Bulgária után fajlagosan továbbra is Magyarországon okozza a legtöbb halálozást, több mint kétszer annyit, mint az EU egészében, és a V4-ek mindegyikében is legalább 15%-kal kedvezőbb az erre visszavezethető halálozások szintje.

40. ábra

Standardizált halálozási arányszámok százezer főre, 2017*



* Az EU28 becslése Franciaország 2016-os halálozási adataival történt.
Forrás: Eurostat.

A rák okozta mortalitás leggyakoribb okai a tüdőrák, a vastagbélrák, a hasnyálmirigyrák és az emlőrák voltak.

2. tábla

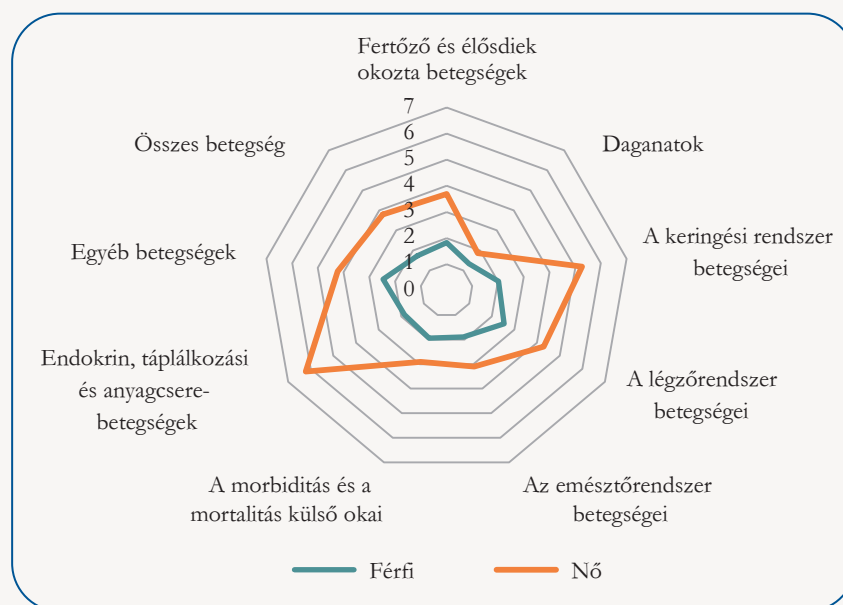
Százeezer főre jutó halálozások száma a leggyakoribb halálokok és nemek szerint, 2019

Halálok	Férfi	Nő
Keringési rendszer betegségei	601,6	696,4
Ebből:		
magasvérnyomás-betegség	16,5	32,3
magas vérnyomás eredetű szívbetegség	45,9	67,6
ischaemiás szívbetegségek	70,6	47,1
ebből:		
heveny szívizomelhalás	70,6	47,1
idült ischaemiás szívbetegségek	239,3	286,3
a szívbetegség egyéb formái	72,5	68,3
agyérbetegségek	106,5	127,8
ebből:		
agyállományi vérzés	18,8	18,8
agyi verőerek elzáródása	45,0	52,2
egyéb agyérbetegségek	42,7	60,5
érelmeszesedés	20,4	27,9
Daganatok	375,2	296,2
Ebből:		
a légcső, a hörgő és a tüdő rosszindulatú daganata	106,8	67,7
a prosztata rosszindulatú daganata	28,2	–
a vastagbél rosszindulatú daganata	37,7	28,4
a hasnyálmirigy rosszindulatú daganata	21,0	22,3
az ajak a szájüreg és a garat rosszindulatú daganata	21,8	5,8
az emlő rosszindulatú daganata	0,6	42,7
Légzőrendszer betegségei	92,8	78,0
Ebből:		
egyéb idült alsó légúti betegségek	53,6	41,6
A morbiditás és a mortalitás külső okai	74,2	37,9
Ebből:		
balesetszerű esések	18,7	17,0
öngyilkosság és önsértés	24,8	7,7
Mentális és viselkedészavarok	34,4	56,6
Endokrin, táplálkozási és anyagcsere-betegségek	33,3	38,7
Ebből:		
cukorbetegségek	29,3	33,4
Összes halálozás	1 343,3	1 310,9

Az alacsony iskolai végzettség mindkét nemre vonatkozóan együtt jár azzal, hogy minden haláloki betegségcsoport nagyobb gyakorisággal fordul elő. Ugyanakkor, amíg a férfiaknál a felsőfokú végzettségűek és a 0–8 osztályt végzettek között zömében kétszeres a különbség a halálozásban, addig a nőknél az átlagos eltérés négyszeres. Kiemelkednek a keringési betegségek, valamint az endokrin, táplálkozási és anyagcsere-betegségek – amelyeknek nagy része cukorbetegség –, ezekben ötször, illetve hatszor gyakrabban halnak meg a legkevésbé iskolázott nők, mint a legiskolázottabbak.

41. ábra

A legalacsonyabb és a legmagasabb iskolai végzettségűek nyers halálozási arányszámainak hánnyadosa halálloki főcsoportonként és nemenként, 2019



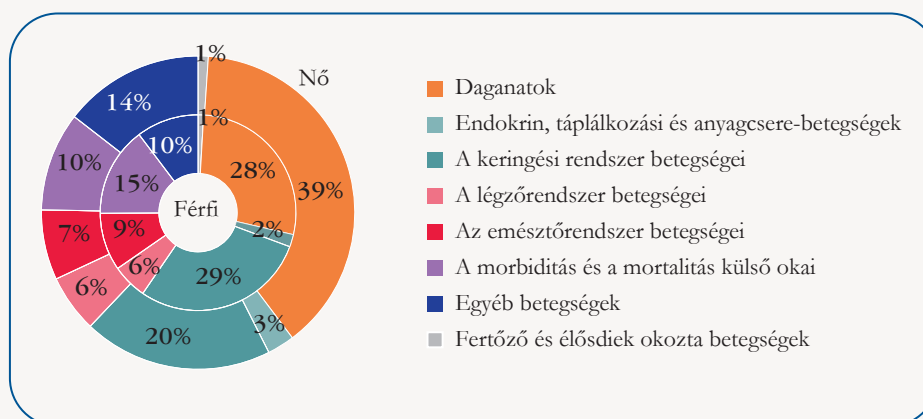
Az iskolai végzettség szerinti nyers arányszámok azt mutatják, hogy a daganatok okozta halálozási kockázat függ legkevésbé a társadalmi státusztól.

A halálozások több mint harmada a 70. életév betöltése előtt következik be

Az idő előtti halálozások volumenének meghatározása többféle módszertan szerint lehetséges. Ezek közül a legegyszerűbb, ha feltételezzük, hogy a jelenlegi népegészségügyi feltételek mellett minden embernek legalább 70 évig kellene élnie, és minden esetet, amikor valaki ennél korábban veszti életét, korai halálozásnak tekintünk. A magyar lakosság minden évben összesen 500–600 ezer életévet veszít azzal, hogy a halálozások több mint harmada a 70. életév betöltése előtt következik be. A nemek közötti olló igen széles, százezer férfira mintegy 7400 meg nem élt év jut, míg ugyanennyi nőre ennek a fele. 2012⁴⁹ és 2019 között a standardizált mutatók szerint 7%-kal csökkent az elvesztett életévek volumene, ugyanakkor a férfi–nő arány állandó. Az elvesztett életévek esetében a daganatok a vezető halálloki csoport (31%), ezt követik a keringési rendszer betegségei (26%), a harmadik legjelentősebb pedig a morbiditás és a mortalitás külső okai (pl. baleset, mérgezés, önsértés: 14%).

42. ábra

A potenciális 70 évből elvesztett életévek megoszlása halállokok szerint nemenként, 2019

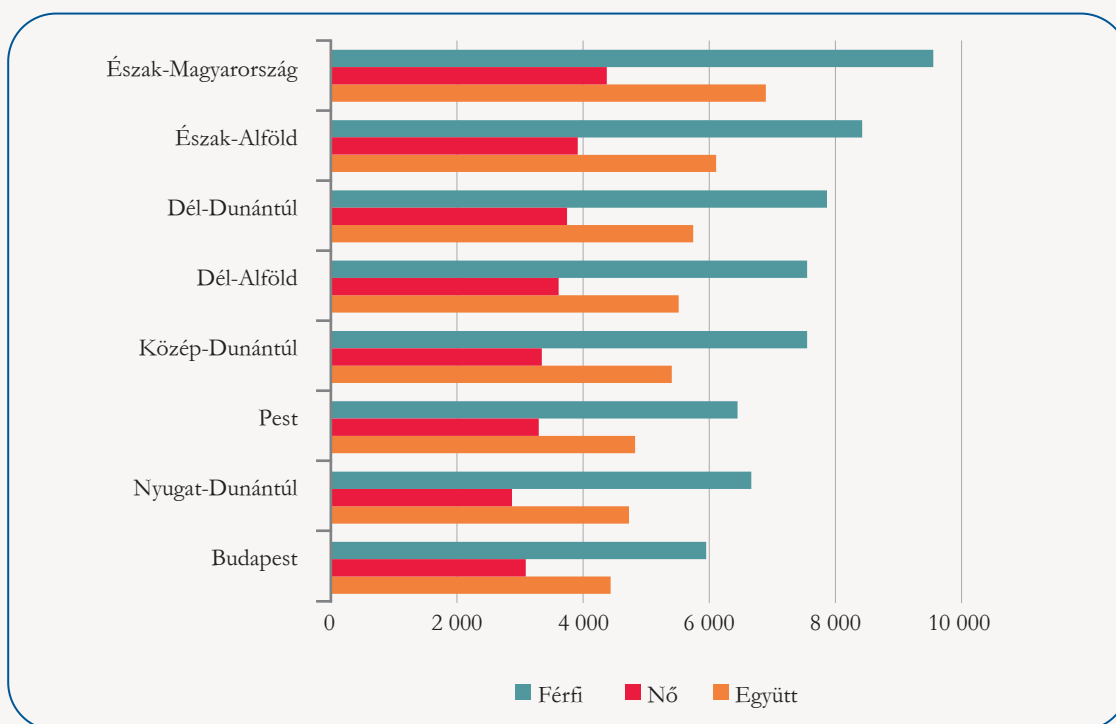


⁴⁹ A KSH 2012-től számítja az elvesztett életévek mutatót

A standardizált mutató értéke a férfiak esetében Észak-Magyarország régióban a legmagasabb, Budapesten pedig a legalacsonyabb. Ugyanez a nők esetében szintén Észak-Magyarországon a legmagasabb, viszont Nyugat-Dunántúlon a legalacsonyabb. A férfiak körében a két szélsőérték közötti különbség jóval nagyobb, mint a nőknél.

43. ábra

**A százezer főre jutó standardizált elvesztett életévek a potenciális 70 évből
régióként és nemeként, 2019**



5. Módszertan

KSH Módszertani dokumentáció: http://www.ksh.hu/apps/meta.menu?p_lang=HU&p_menu_id=110
A részadatok összegei a kerekítések miatt eltérhetnek az összesen adatoktól.

6. Adatforrások

Adatfelvételek

- 1019 Az egészségügyi ellátás állás- és létszámkimutatása
- 1021 Jelentés a házi orvosok és házi gyermekorvosok tevékenységéről
- 2201 Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF)
- 2154 Háztartási költségvetési és életkörülmény adatfelvétel (HKÉF)
- 2155 Jelentés a kórházi ápolási esetekről
- 2159 Járóbeteg szakellátás betegforgalmi kimutatása

Adatbázisok

KSH demográfiai adatbázis (9002 Halálozási lap; 9006 Halottvizsgálati bizonyítvány)
KSH intézményi munkaügy-statisztikai adat-előállítási rendszer
KSH STADAT <http://www.ksh.hu/stadat>
KSH Tájékoztatási adatbázis <http://statinfo.ksh.hu/Statinfo/>
Eurostat <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
OECD <https://stats.oecd.org/>

7. Felhasznált szakirodalom

- A 2014-ben végrehajtott Európai lakossági egészségfelmérés eredményei – Összefoglaló adatok. KSH, Budapest, 2018
<http://www.ksh.hu/elef/kiadvanyok.html>
- Dr. Balogh Zoltán et al.: A sport és a testedzés pszichológiája – szemelvények a sportpszichológiából, Sporttudomány a mindennapos testnevelés szolgálatában. SZTE, Pedagógusképző Kar
http://www.jgypk.hu/tamop13e/tananyag_html/sporttudomany/index.html
- Demográfiai évkönyv, 2019
https://www.ksh.hu/apps/shop.kiadvany?p_kiadvany_id=1057259
- Egészségi Állapot Felvétel, 1994. Életmód, kockázati tényezők. KSH, Budapest 1986.
- Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2018
https://www.ksh.hu/apps/shop.kereses?p_lang=HU&p_szo=Eg%E9szs%E9g%FCgyi+statisztikai
- Európai lakossági egészségfelmérés – Magyarország, 2009. Összefoglaló eredmények, KSH, Budapest, 2012
<http://www.ksh.hu/elef/kiadvanyok.html>
- European Commission - Eurostat - Products Eurostat News - Two-thirds of deaths under 75 could have been avoided
https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20200814-1?inheritRedirect=true&redirect=%2Feurostat%2Fhome%3F&fbclid=IwAR2mJR6v0bAlPY_PgGt5kvUe1qK-PoOpEL4C56_3r-EmcRfuYKJiGXlJNc
- Knut Lönnroth, Brian G Williams, Stephanie Stadlin, Ernesto Jaramillo & Christopher Dye: Alcohol use as a risk factor for tuberculosis – a systematic review, BMC Public Health 8, 2008.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18702821/>
- Kopp, M., Skrabski Á, Szedmák, S. (1999). A testi és lelki egészség összefüggései országos reprezentatív felmérések alapján. Demográfia, 42, 88- 119
<https://www.demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/demografia/article/view/179>

- Költségvetésben foglalkoztatott orvosok egyéb szférában lévő álláshelyei és az abból származó jövedelmek, 2020 I. negyedév, KSH (kézirat)
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Magyarország: Egészségügyi országprofil 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_hu_hungary.pdf
- OECD (2019), Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris,
<https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.
- Preston SH, Stokes A. (2011) Contribution of Obesity to International Differences in Life Expectancy. American Journal of Public Health, 101(11): 2137-2143.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21940912/>
- Tehetünk az egészségünkért. KSH, Budapest, 2019.
http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/te_2019/index.html
- Társadalmi helyzetkép, 2010 – Egészségi állapot, egészségügy. KSH, Budapest, 2012
http://www.ksh.hu/apps/shop.kiadvany?p_kiadvany_id=12971&p_temakor_kod=KSH&p_lang=HU

Elérhetőségek:kommunikacio@ksh.hu[Lépjen velünk kapcsolatba!](#)

Telefon: (+36-1) 345-6789