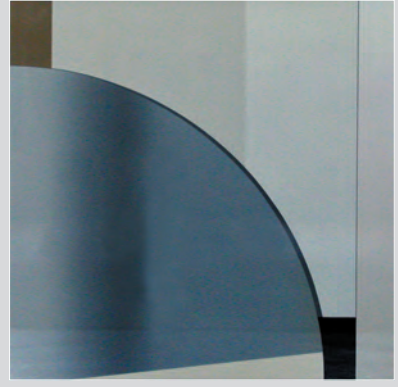




KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL



TÁRSADALMI HELYZETKÉP 2010

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT, EGÉSZSÉGÜGY

Összegzés	3
Főbb jelenségek és folyamatok	4
Bevezető.....	4
Hány évig élünk? Amit a várható élettartamok mutatnak	4
Halálokok	7
A halálhoz vezető leggyakoribb betegségek	7
Korai halálozások	8
Elkerülhető halálozások	9
Változások a halálloki statisztikában	10
Betegségek, megbetegedések.....	12
A morbiditás felhasznált adatforrásai.....	12
A felnőttek betegségei.....	12
A fiatalok betegségei	15
Az egészségi állapot önértékelése, korlátozottság, egészségesen várható élettartam	16
Szubjektív egészségi állapot.....	16
Korlátozottság.....	19
Egészségesen várható élettartam	20
Egészség-magatartás.....	21
Az egészség-magatartás jelentősége	21
Táplálkozás.....	21
Testmozgás.....	22

Túlsúly.....	23
Dohányzás.....	24
Szeszesital-fogyasztás.....	26
Az egészséges-magatartás regionális különbségei.....	30
Az egészségügyi ellátás intézményi háttere.....	30
Orvosellátottság	30
Háziorvosi ellátás	31
Kórházi ellátás.....	32
Egészségügyi kiadások	33
Az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele, elégedettség.....	34
Orvos-beteg találkozások.....	34
Igénybevétel elmulasztása, elégedettség.....	34
Felhasznált irodalom	36
Fogalmak.....	38
Elérhetőség.....	38

„Az egészséges népesség a társadalmi célok elérésének kulcstényezője. Az egyenlőtlenség, a társadalmi lejtő meredekségének csökkentése mindenki egészségét és jóllétét javítja. A jó egészség jobb életminőséggel jár együtt, javítja a munkaerő termelékenységét, növeli a tanulási kapacitást, megerősíti a családokat és a közösségeket, támogatja a fenntartható lakóhelyi és a természeti környezetet, hozzájárul a biztonsághoz, a szegénység és a kirekesztés csökkenéséhez.”

The Adelaide Statement on Health in All Policies, WHO, Genf, 2010

ÖSSZEGZÉS

- A magyar lakosság egészségi állapota nemzetközi összehasonlításban évtizedek óta kirívóan rossz. A halandósági viszonyokat jellemző születéskor várható átlagos élettartamok kedvezőtlenebbek, mint ami az ország gazdasági potenciálja alapján várható volna.¹⁾ Az egészségi állapotra vonatkozó adatok azt mutatják, hogy a magyar lakosság fiatalabban betegszik meg és hamarabb hal meg, mint az európai országok többségében élők, és kevesebb egészséges életévekre is számíthat. Ez annak ellenére is így van, hogy az utóbbi két évtizedben számottevő javulás mutatkozott mindkét nem és minden életkor egészségi viszonyaiban. Számos jel utal arra, hogy a javuló életkilátásokhoz hozzájárul a lakosság több szempontból pozitív irányba módosult egészség-magatartása, aminek legfőbb jellemzői, hogy nő a zöldség- és gyümölcsfogyasztás, valamint csökken a dohányzók aránya és az elszívott cigaretták napi mennyisége.
- Nemzetközi összehasonlításban alacsony az egészségügyi ráfordítások nagysága, szakmák szerint egyenetlen a kórházi ellátottság és a szakorvosi ellátottság. Az egyetemekről kikerülő szakemberek nem tudják pótolni a meglévő orvoshiányt, a nyugdíjba menők pedig tovább fokozzák az elégtelen ellátást. Ennek ellenére az emberek zömmel elégedettek az egészségügyi ellátásokkal, különösen a házi orvosukkal.

¹⁾ A 96/2005. (XII. 25.) OGY határozat az Országos Fejlesztéspolitikai Konceptióról, 1103/2006. (X. 30.) Korm. határozat az Új Magyarország Fejlesztési Terv elfogadásáról. Társadalmi Infrastruktúra Operatív Program, 2007–2013. Nemzeti stratégiai jelentés a szociális védelemről és a társadalmi összetartozásról, 2006–2008.

FŐBB JELENSÉGEK ÉS FOLYAMATOK

Bevezető

Az egészség fogalma többféleképpen értelmezhető. Hagyományosan a betegség hiányára szoktak gondolni, ekként értelmezi Marc Lalonde, egykori kanadai egészségügyi és szociális miniszter is 1974-es jelentésében:²⁾ „Az egészségügy hagyományos vagy általánosan elfogadott nézete szerint a gyógyítás művészete vagy tudománya az a forrás, amelyből az egészség mindenfajta javulása ered, és a közvélekedés az egészség színvonalát az orvoslás minőségével azonosítja.” Napjainkban az ún. funkcionális modell ennél szélesebb összefüggésben, az egyén testi, lelki, szociális működésének épségeként definiálja az egészséget. Ez azt jelenti, hogy az egészség mértéke attól függ, hogy mennyire tud az egyén különböző tevékenységeket végrehajtani, illetve részt venni a szűkebb és szélesebb társadalmi életben. Ez a fel fogás a korábbi megközelítéshez képest az egyén egészségével összefüggésben az ellátó rendszer hatékonysága mellett több más tényező szerepét is hangsúlyozza, lehetővé téve a megbetegedések és halálozások okainak jobb megismerését, és az egészségpolitika számára a korábbinál hatékonyabb beavatkozást a lakosság egészségének javítása érdekében.

Az egészségnek a funkcionális modell szerinti jellemzése azért is előnyös, mert lehetőséget biztosít arra, hogy egészségügy bevonása nélkül, közvetlenül a lakosságtól lehessen megbízható információt nyerni az egészségi állapotáról.³⁾ Az egészség ily módon történő vizsgálatát valósítják meg a lakossági egészségfelmérések. Ezek egyúttal figyelembe veszik a szűkebb és tágabb fizikai, társadalmi környezettel összefüggő politikai, gazdasági, fizikai, társas, kulturális és egészségügyi ellátási tényezőket is, amelyek egyrészt igen jelentős hatással vannak az egyén egészségi állapotára, másrészt az egyén egészségi állapota is visszahat rájuk. A szakemberek véleménye változó a tekintetben, hogy mekkora a genetikai adottságaink súlya az egészségi állapotunk és az

életesélyeink alakulásában, az azonban bizonyos, hogy a külső tényezők – különösen a fiatalabb életciklusban – sokat módosíthatnak a születéskor hozott adottságokon, a kedvezőbb feltételek jelentősen kitolhatják, míg a hátrányosabbak előrehozhatják egy-egy betegség megjelenését, ezáltal kihasználva vagy elfecskévelve az örökkelssel magunkkal hozott életevek potenciális számát.

Ebben a fejezetben a lakosság egészségi állapotát funkcionális és medikális indikátorokkal egyaránt jellemezzük.

A népesség elöregedése Európa szerte nemcsak demográfiai szempontból jelent kihívást, hanem azért is, mert megváltoztatja a betegségek struktúráját: nő a krónikus egészségi problémák gyakorisága, ami megnehezíti az egészségügyi rendszer fenntarthatóságát. Az EU stratégiai célkitűzései közé tartozik az egészséges öregedés támogatása – az egészség javítására fiataloktól kezdve egész életen át törekedni kell, megakadályozandó a betegségek és fogyatékoságok kialakulását; egyúttal az egészséggel összefüggő társadalmi, gazdasági és környezeti tényezők egyenlőtlenségét is csökkenteni kell.

Hány évig élünk? Amit a várható élettartamok mutatnak

Három évtized után, az 1990-es évek elején megfordult a születéskor várható élettartamok⁴⁾ addig csökkenő, stagnáló trendje. Az elmúlt húsz évben fokozódó mértékben javultak az életkilátások. 2000 és 2010 között Magyarországon a születéskor várható élettartam a férfiak esetében 67,1-ről 70,5, a nők körében 75,6-ról 78,1 évre emelkedett, a férfiaknak és nőknek együttesen 2,6 évvel jobb az életkilátásai, mint az évtized elején. Kedvező jelenség, hogy ezek az adatok 1,7-szer, illetve 1,3-szer intenzívebb növekedést mutatnak, mint az 1990–2000-es időszak alattiak. A 2010-es értékek Magyarországon az eddig számított legmagasabbak: a férfiak és a nők életkilátásai közötti különbség is csökkent az utóbbi évtizedben, 8,5-ről 7,6 évre. Ez a

²⁾ Lalonde M.: A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974. http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgpps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf.

³⁾ http://fogalomtar.eski.hu/index.php/Eg_szszalékC3_szszalékA9szs_szszalékC3_szszalékA9gmodell

⁴⁾ Lásd Fogalmak.

tendencia hazai viszonyok között látványos, az 1960-as évek közepe és a 2000-es évek eleje közötti időszakban nem volt tapasztalható ilyen intenzív javulás. Az EU-27 országainak 2000 és 2010 közötti adatait tekintve azonban a magyarországi évi átlagos növekedés az alacsonyabbak közé tartozik.

A 2010-es életkilátások tekintetében Magyarország az EU 27 tagállama között mindössze Litvániát, Lettországot, Romániát és Bulgáriát előzi meg. 2000 és 2010 között a férfiak a 24. helyről a 22.-re, a

nők a 23.-ról a 24.-re, léptek előre, de mindkét nemre vonatkozóan csökkent mind az uniós átlaghoz (férfiak: 7,0-ről 6,1-re; nők: 4,7-ről 4,0-re), mind a legkedvezőbb európai uniós értékhez viszonyított lemaradásunk. A férfiak Svédországban számíthatnak a leghosszabb életre, kilenc évvel többre, mint Magyarországon, a nők esetében Franciaország áll az élen, ahol a hazánknál hét évvel magasabb a születéskor várható átlagos élettartam (1. tábla). A mutató értékének növekedése az EU országainak többsé-

1. tábla. A születéskor várható átlagos élettartam és átlagos növekedése az EU-27 tagállamaiban

Ország	Férfi		Nő		Együtt		évi átlagos növekedés
	2000	2010	2000	2010	2000	2010	
Ausztria	75,2	77,9	81,2	83,5	78,3	80,8	0,25
Belgium ^{a)}	74,4	77,3	81,0	82,8	77,7	80,1	0,24
Bulgária	68,4	70,3	75,0	77,4	71,6	73,8	0,22
Ciprus ^{a)}	76,0	78,6	79,9	83,6	78,0	81,1	0,31
Csehország	71,7	74,5	78,5	80,9	75,1	77,7	0,26
Dánia	74,5	77,2	79,2	81,4	76,9	79,3	0,24
Egyesült Királyság ^{a)}	75,0	78,3	79,9	82,5	77,5	80,5	0,30
Észtország	65,2	70,6	76,2	80,8	70,8	76,0	0,52
Finnország	74,2	76,9	81,2	83,5	77,8	80,2	0,24
Franciaország	75,3	78,3	83,0	85,3	79,2	81,9	0,27
Görögország	75,5	78,4	80,6	82,8	78,0	80,6	0,29
Hollandia	75,6	78,9	80,7	83,0	78,2	81,0	0,28
Írország	74,0	78,7	79,2	83,2	76,6	81,0	0,44
Lengyelország	69,6	72,1	78,0	80,7	73,8	76,4	0,26
Lettország ^{b)}	64,7	68,6	76,0	78,4	70,4	73,7	0,41
Litvánia	66,8	68,0	77,5	78,9	72,2	73,5	0,13
Luxemburg	74,6	77,9	81,3	83,5	78,0	80,8	0,28
Magyarország	67,5	70,7	76,2	78,6	71,9	74,7	0,28
Málta	76,2	79,2	80,3	83,6	78,4	81,4	0,30
Németország	75,1	78,0	81,2	83,0	78,3	80,5	0,22
Olaszország ^{c)}	76,0	79,1	82,1	84,5	79,1	81,9	0,28
Portugália	73,2	76,7	80,2	82,8	76,7	79,8	0,31
Románia ^{a)}	67,1	69,8	74,2	77,4	70,6	73,5	0,29
Spanyolország	75,8	79,1	82,9	85,3	79,3	82,3	0,29
Svédország	77,4	79,6	82,0	83,6	79,8	81,6	0,18
Szlovákia	69,2	71,7	77,5	79,3	73,3	75,6	0,23
Szlovénia	72,2	76,4	79,9	83,1	76,2	79,8	0,36

a) 1999–2009.

b) 2002–2010.

c) 1998–2008.

Forrás: Eurostat.

gében jobbára annak következménye, hogy mind több ember éli meg az idős, illetve öregkort. Magyarországon viszont a harmincas-negyvenes éveiben járók halandóságának csökkenése és a még mindig javuló csecsemőhalálozás teszik ki az életéselyek növekedésének mintegy 40 százalékát, miközben a 65 éves kor fölötti nyereség aránya 50 százalék. Az EU-27-ben ez utóbbi mutatóval csak Romániát és a balti országokat előzzük meg.

A halandósági viszonyok javuló irányzata minden régióban tapasztalható, de az ország nyugati és keleti része közötti különbségek megmaradtak. Észak-Magyarország és az alföldi megyék lakosságának életkilátásai – Csongrád és Hajdú-Bihar megyék kivételével – az átlagnál rosszabbak. A férfiak esetében a legmagasabb érték (72,4 év) Budapesten, a legalacsonyabb (68,1 év) Borsod-Abaúj-Zemplén megyében mutatkozott. A nőknél lényegesen szűkebb a szóródás, a maximumot (78,9 év) Veszprém megyében éri el, a minimumot (76,7 év) Borsod-Abaúj-Zemplén megyében.

A férfiak megyénkénti születéskor várható átlagos élettartama 2000 és 2010 között jelentősen átrendeződött, bár a két legmagasabb (Budapest és Győr-Moson-Sopron) és a két legalacsonyabb értékű (Szabolcs-Szatmár-Bereg és Borsod-Abaúj-Zemplén) területi egységek pozíciója változatlan maradt. A szélsőértékek közötti különbség több mint egy évet nőtt. A vizsgált időszak legnagyobb nyertesei Pest és Csongrád megye volt, ahol a férfiak életkilátásai 4,5 évvel emelkedtek, a legkisebb javulás Heves és Fejér megyében volt tapasztalható, mindössze 2,1 év. Békés megye relatív helyzete is kiemelkedő mértékben visszaesett – a 8. helyről a 15.-re –, miközben az ott élő férfi lakosság 2,3 évnyi nyereséget tudhat magáénak.

A nők esetében 2000-től 2010-ig a legkedvezőbb és a legalacsonyabb megyei értékek közötti különbség 2,7 évről 2,2 évre csökkent. Somogy, Pest és Tolna megye női lakosságának életkilátása javult a legnagyobb mértékben, az időszak végén több mint 3 évvel hosszabb életre számíthatnak, mint az elején. A főváros relatív helyzete is a 2,8 éves nyereséggel

számottevően javult, a 13. helyről a 18. helyre lépett. Ezzel szemben Jász-Nagykun-Szolnok, Heves és Vas megyéket mutatójuk mindössze 1,4–1,9 éves növekedése hét-nyolc pozícióval hátrébb sorolta. A vizsgált időszakban Győr-Moson-Sopron megyében emelkedett legkevésbé a nők életkilátása, kevesebb mint 1,4 évvel, ezzel a legkedvezőbb helyről visszaesett négy pozíciónyit.

A települések népességnagyságát tekintve az 50 ezer fő fölöttiekben a legmagasabb a születéskor várható élettartam: férfiak esetében 72, nők között 79 év. Az ennél kisebb helységeken minél kevesebb az ott élő népesség, annál rövidebb életre számíthatnak. A lakoságnak közel kétharmada él olyan városban vagy községben, ahol a népességnagyság nem éri el az 50 ezret. Noha a népesebb településeken élő férfiak 3–4 évvel, a nők bő 2 évvel hosszabb életre számíthatnak, mint az 1000 főnél kevesebb lakosságot számláló községekben lakók, még az ő életkilátásaik is 3–5 évvel elmaradnak az Európai Unió átlagától.

A magyarországi várható élettartam kedvezőtlen mutatóinak fő oka, hogy igen magas az ún. korai, azaz a 65 éves életkor előtt bekövetkező halálozások aránya. 2010-ben a meghaltaknak több mint negyede, mintegy 35 ezer fő tartozott ebbe a csoportba, de a férfiakra vonatkozó arány több mint kétszer magasabb, mint a nők körében tapasztalt: 37, illetve 17 százalék. A WHO európai standard népességére számított halálozási arányszámok⁵⁾ alapján vizsgálva Magyarország helyét az EU-ban megállapítható, hogy Litvánia és Lettország után hazánkban halnak meg a legtöbben idő előtt, a standard népességre vetítve 2000-től minimális ingadozással a meghaltak 42 százaléka nem éri el a 65 éves életkort. Ezek az arányok az unió egészében is tartósak: átlagosan a meghaltak harmada nem éri el a 65. születésnapját, férfiak között némileg magasabb ez az arány, a nők esetében viszont 30 százalék alatt marad. Az EU-27 tíz volt szocialista országa közül 8-ban a korán elhalálozottak aránya meghaladja az átlagot, csak Csehország és Szlovénia adata marad alatta.

⁵⁾ Lásd Fogalmak.

Halálok

A halálhoz vezető leggyakoribb betegségek

Magyarországon az 1960-as évektől a keringési rendszer betegségeiből származó és a daganatok okozta halálozások kerültek előtérbe, az 1990-es évektől az elhunytak mintegy fele keringési rendszer betegségében hal meg, negyedük pedig daganatos betegség következtében.⁶⁾ A többi betegségfőcsoport részese-e egyenként nem éri el a 7 százalékot.

A WHO európai standard népességére számított halálozási arányszámok azt mutatják, hogy Magyarországon 2000 és 2010 között 18 százalékkal csökkent a halandóság szintje. A légzőrendszer betegségeire visszavezethető halálozások aránya a vizsgált kilenc év alatt a halálokok között nőtt, az összes többi nagyobb főcsoporté csökkent. Ez mind a férfiakra, mind a nőkre igaz (2. tábla).

geinek mint halálokoknak mintegy felét kitevő ischaemiás szívbetegségek okozta halandóság korábban inkább stagnáló irányzata is 2005-től a főcsoport átlagánál is nagyobb arányban esett vissza.

A rosszindulatú daganatok okozta halandóság 2000-től lassan javult. Igaz, hogy az utóbbi években inkább stagnált, de ebben minden bizonnyal szerepe van az adatfeldolgozásban 2005-ben bevezetett módszertani változásoknak.⁷⁾ A férfiakat kétszer olyan mértékben veszélyezteti a rákhalandóság, mint a nőket.

A krónikus májbetegségek – amelyek kialakulása összefügg a mértéktelen szeszesital-fogyasztással – a standardizált arányszámok alapján háromszor annyi férfi halálát okozzák, mint nőét. Kedvező változások között lehet azonban említeni, hogy 2010-ben 37 százalékkal kevesebb halálozáshoz vezettek, mint 10 évvel korábban, a javulási arány meghaladja az emésztőrendszeri főcsoport halandóságát.

2. tábla. Az európai népességre standardizált halálozási arányszámok halálokok szerint százezer főre*

Halálok	Férfi			Nő		
	2000	2004–2005	2010	2000	2004–2005	2010
Keringési rendszer betegségei	676,2	631,2	534,7	430,8	412,2	334,6
Daganatok	388,7	359,2	338,7	199,9	195,6	178,2
Emésztőrendszer betegségei	133,8	109,5	90,1	51,2	48,8	36,8
Külső okok	125,9	112,7	90,4	46,4	44,1	29,2
Légzőrendszer betegségei	64,0	65,8	65,0	26,9	26,7	28,6
Egyéb	89,3	88,6	89,2	63,0	58,3	65,1

* A módszertani változás hatásának csökkentése érdekében kiszámítottuk 2004 és 2005 adatainak átlagát.

Forrás: háztartási költségvetés és életkörülmény adatfelvétel, 2011, saját számítás.

Népegészségügyi szempontból ki kell emelni a keringési rendszer betegségei okozta halandóság változását. Ebben a főcsoportban már 2000-től az átlagot meghaladó javulás volt tapasztalható, sőt ez 2005-től tovább erősödött, és a vizsgált időszak utolsó négy évében 17 százalékkal csökkent. Ez a haláloki főcsoport a tekintett periódusban összességében mintegy 60–70 százalékkal jelentett nagyobb kockázatot a férfiakra nézve, mint a nőkre. Fontos megemlíteni, hogy a keringési rendszer betegségeinek

Az erőszakos eredetű okok több mint négyszer annyi férfi halálát követelik, mint nőét, 2000 óta a férfiak dominanciája kismértékben még nőtt is. Az erőszakos halálozási okok főcsoportján belül az öngyilkosságok aránya 38 százalék. A nemzetközi összehasonlításban még mindig kirívóan magas öngyilkosságok okozta halandóság a tekintett időszakban mintegy negyedével esett vissza, bár ez a javulás nem éri el az erőszakos okok főcsoportjában bekövetkezett halálozások arányának átlagos csökkenését.

⁶⁾ A halálozások haláloki jellemzői, elvesztett életek. Statisztikai Tükör. 2008/176. <http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xftp/stattukor/halalozasok07.pdf>

⁷⁾ Demográfiai évkönyv, 2009. KSH, 2010.

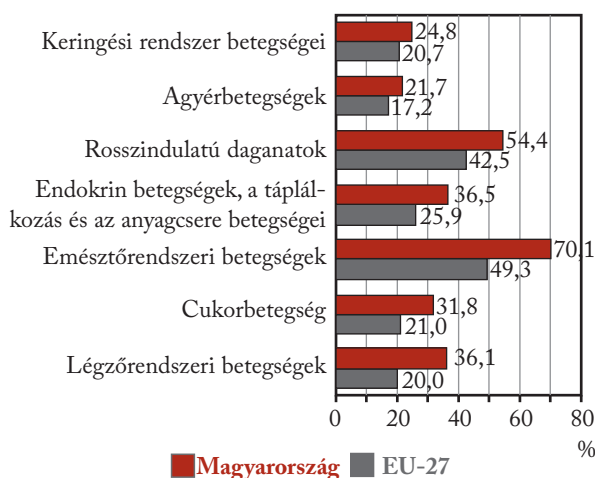
Az EU-27-hez képest a javuló magyarországi halandóság némileg kedvezőbb, bár a különbség mértékét jellemzi, hogy ha a 2000–2009-es tendencia mind az unióban, mind hazánkban tartósan fennmaradna, csak mintegy 90 év múlva érné el a magyarországi halandóság szintje a közösségit. Számos betegségcsoportban a hazai és az EU-mutatók által meghatározott halandósági olló szárai – különösen az időszak utolsó négy évében – záródnak. Ennek ellenére a tagállamok között a rákhalandóság hazánkat érinti a leginkább,⁸⁾ a balti államok és Szlovákia után Magyarországon a legmagasabb az ischaemiás⁹⁾ szívbetegség miatti halálzási arány. Emellett a daganatos betegségekkel és a légzőrendszer betegségeivel összefüggésben a magyar adatok elmaradása az EU-átlagtól nő. A rosszindulatú daganat lokalizációját tekintve a tüdő, a vastagbél, valamint az ajak, szájüreg és garat rosszindulatú tumora miatt az EU országai közül százezer lakosból Magyarországon hálnak meg a legtöbbben (rendre 70,5; 15,4; 4,1). Az első esetben a közösség átlagához viszonyítva hazánkra vonatkozóan több mint 80 százalékkal, a második kategóriában 2,5-szer annyi, a harmadikként említett betegség következtében pedig 60 százalékkal több a standardizált halálzási arány.

Az öngyilkosság tekintetében a 2000-es évek változásainak pozitív tendenciája ellenére Magyarország pozíciója az EU-27 országai között az 1990-es évekéhez képest nemhogy nem javult, hanem tovább romlott. 2009-ben egyedül a litván mutató értéke magasabb a magyarnál, korábban viszont a többi balti ország is megelőzte hazánkat. Megjegyzendő, hogy Magyarország a balti országokat, Finnországot és Szlovéniát követve a baleseti halálzási szempontjából is a „legfertőzöttebb” országok közé tartozik.

Korai halálzási arányok

A legtöbb idő előtti (65 éves kornál korábbi) halálzási rosszindulatú daganatos betegségek miatt következik be, 2010-ben közel 13 000-en hunytak el ily módon, ez a halálzási csoport 38 százalékát jelenti. Ezt követik a keringési rendszer betegségei okozta korai halálzási arányok több mint tízezer áldozattal (15%). A többi halálzási csoportban – azok számossága miatt – lényegesen kevesebb a 65. születésnap előtti halálzási arányok száma, az emésztőrendszeri és az erőszakos okok miatti korai halálzási arányoké egyenként mintegy 4000, de ezekben a kategóriákban a legmagasabb az arányuk, minden második elhalálzási „idő előtti”. Itt érdemes kiemelni a közlekedési balesetekből eredő eseteket és az öngyilkosságokat, amelyek szinte kizárólag 65 évesnél fiatalabb embereket érintenek. Az Európai Unió átlagértékeivel összehasonlítva megállapítható, hogy a legtöbb betegségcsoportban a korai halálzási arányok magyarországi arányai lényegesen magasabbak (1. ábra)

1. ábra. A korai halálzási arányok kiemelt betegségcsoportokban standardizált halálzási arányszámok alapján, 2009



Forrás: Eurostat.

⁸⁾ Demography Report, 2010. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/documents/Tab/report.pdf>

⁹⁾ Lásd Fogalmak.

Az emésztőrendszer betegségei következtében az összehasonlító adatok szerint Magyarországon a halálozások 70 százaléka idő előtt történik meg, míg az unióban ez az arány nem éri el az 50 százalékot.

Elkerülhető halálozások

A halálesetek egy része¹⁰⁾ hatásos és megfelelő időben nyújtott egészségügyi ellátás esetén nem következne be.¹¹⁾ 1993 és 2006 között a hazai mortalitásban bekövetkezett javulás számottevő része az elkerülhető halálozások számában történt csökkenés következménye volt.¹²⁾ Egy, az OECD adatbázisán 2011-ben végzett tanulmány szerint¹³⁾ Magyarország csak Észtországot előzi meg az elkerülhető halálozások standardizált arányát tekintve.¹⁴⁾ Nálunk mintegy 200 ilyen eset jut százezer főre, kétszer több, mint az OECD-átlag, és közel háromszor annyi, mint a szomszédos Ausztriában.¹⁵⁾ Az elkerülhető halálozások arányszáma nagyon szoros fordított korrelációt mutat a születéskor várható átlagos élettartammal ($R_2=0,9132$), ezért nem meglepő az e téren is kedvezőtlennek mutatózó magyar indikátor. Az OECD által közölt tanulmányban használt 1997-es viszonyítási év adataival összevetve országonként az utolsó elérhetőt az derül ki, hogy minden országban csökkent az elkerülhető halálozások aránya, évente átlagosan 3,7 százalékkal, a legalacsonyabb érték 1,8 (Amerikai Egyesült Államok), a legmagasabb 5,5 százalék (Írország) volt. E tekintetben a magyarországi adat (2,7%) mérsékelt javulást jelzett. A férfiak körében az elkerülhető halálozások arányszáma magasabb, mint a nőknél, a férfiak többlete az OECD-országok átlagában 30, Magyarországon 60 százalék. A mutató értéke a különböző betegségi csoportokban széles határok között mozog. A legtöbb halálozás a keringési rend-

szér betegségei miatt bekövetkezők közül lenne megelőzhető, Magyarországon a kétharmaduk, az OECD-országok átlagában kicsivel több mint a felük. Az elkerülhető halálozásoknak általában mintegy negyede, hazánkban valamivel több mint ötöde daganatos betegségek következménye, a többi betegségcsoport részesedése legfeljebb 5 százalék (3. tábla). Az elkerülhető halálozások arányára vonatkozó legutóbbi összehasonlítható adatokat tekintve a rákbetegségek, a keringési betegségek és az emésztőrendszeri betegségek csoportjaiban Magyarország pozíciója a legkedvezőtlenebb.

3. tábla. Elkerülhető halálozások standardizált aránya százezer lakosra* betegségcsoportok szerint

Halálok	Magyarország	OECD-átlag
Légzőrendszer betegségei	0,1	0,1
Külső okok	0,1	0,3
Az idegrendszer betegségei	1,5	1,2
Endokrin betegségek, a táplálkozás és az anyagcsere betegségei	1,7	1,1
Húgy- és ivarrendszeri betegségek	2,1	3,0
Emésztőrendszeri betegségek	5,7	1,9
Fertőző betegségek	5,8	7,3
Perinatalis halálozás	6,5	4,3
Roszzindulatú daganatok	42,7	25,6
A keringési rendszer betegségei	130,6	50,3

*Az OECD-adatok 2007-re vagy a tanulmány írásának idején az utolsó megszerezhető évre, a magyar adatok 2005-re vonatkoznak
 Forrás: Ellen Nolte, C. Martin McKee: Measuring the health of nations: Updating an earlier analysis. Health Affairs, 27, no. 1 (2008): 58–71.

Az elkerülhető halálozások számának, arányának csökkenése az orvosi ellátás eredményességével, a népegészségügyi programok hatékonyságával és az egészség-magatartás populációs szintű változásával van összefüggésben.

10) Ellen Nolte, C. Martin McKee: Measuring the health of nations: Updating an earlier analysis. Health Affairs, 27, no. 1 (2008): 58–71

11) Arra vonatkozóan, hogy pontosan mely betegségek és milyen életkori határokkal sorolhatók ide, a nemzetközi szakirodalomban nincs konszenzus, amit az a tény indokol, hogy különböző időpontokban és a világ különböző területein az egészségügyi ellátás, az orvosi technológia hol kevesebb, hol pedig lényegesen több ok miatt bekövetkező haláleset megelőzésére lenne képes.

12) Józán Péter: Halálozási viszonyok és életkilátások a 21. század kezdetén. A világ, Európa és Magyarország népességében. Magyar Tudomány. 2009. október.

13) Juan G. Gay, Valérie Paris, Marion Devaux, Michael de Looze: Mortality Amenable to Health Care in 31 OECD Countries. Estimates and methodological issues. OECD Health Working Papers No. 55.

14) Az adatok 2007-re vagy az utolsó olyan évre vonatkoznak, amikor megszerezhetők voltak. Ez az év Magyarország esetén 2005 volt.

15) A Nolte- és McKee's-féle halállok lista szerint.

VÁLTOZÁSOK A HALÁLOKI STATISZTIKÁBAN

A halandóságra vonatkozó adatok minőségének javítása érdekében és a nemzetközi igényeknek megfelelő technikai, módszertani fejlesztések következtében a haláloki statisztikai adatgyűjtés és adatfeldolgozás folyamatában több olyan változás történt 2005-ben, amelyek hatással vannak a haláloki statisztika alakulására.

1. A KSH új halottvizsgálati bizonyítványt vezetett be, ami jobban megfelel az Eurostat és a WHO elvárásainak, illetve segíti a pontosabb kitöltést.
2. Az ÁNTSZ segítségével megkezdődött a halottvizsgálati bizonyítványok rögzítés előtti orvosszakmai ellenőrzése, a kitöltés egységes szempontok szerinti korrekciója.
3. Az adatfeldolgozásban a kézi kódolást felváltotta a számítástechnikai támogatással történő ún. automatizált feldolgozás.
4. Az új statisztikában már alkalmazzák a betegségek nemzetközi osztályozása (BNO) 10. revíziója óta bevezetett – a WHO által előírt – módosításokat.

A 2005-ben bevezetett módszertani változások egyenként eltérő mértékben, de összességében mindenképpen jelentősen befolyásolják a haláloki statisztikát. Az új halottvizsgálati bizonyítványt láthatóan pontosabban töltik ki az adatszolgáltatók, de meg kell jegyezni, hogy 2005-ben még sok régi nyomtatvány volt forgalomban. Az ÁNTSZ által végzett orvosszakmai felülvizsgálat nagymértékben javította a haláloki adatok minőségét: jelentős előrelépés történt a hiányzó adatok pótlásában, a pontatlan bejegyzések korrekciójában. 2005-ben országosan a bizonylatok egyharmada szorult javításra, a beavatkozás mértéke azonban – és ezáltal a minőségjavulás – területenként eltérő.

Az automatizált haláloki feldolgozás legfőbb hozadéka a halálozás alapvető okának egységes, objektív és a WHO szabályrendszeréhez jobban igazodó kiválasztása. A kézi kódolás során az előírások következetes alkalmazása kevésbé biztosítható, illetve egyes betegségcsoportok tekintetében a kódolási elvek is eltértek a nemzetközi gyakorlattól.

2005-től tehát új korszak kezdődött a haláloki statisztikában. Az adatok pontosabban tükrözik a hazai epidemiológiai helyzetet és pontosabb nemzetközi összehasonlítást tesznek lehetővé. A végrehajtott módszertani változások a haláloki főcsoportok arányát, a főbb halálokok súlyát és sorrendjét alapvetően nem változtatták meg, de nem azonos mértékben érintik az egyes halálokokat: bizonyos haláloki főcsoportokban az idősorok megtörnek, amit a mortalitási helyzet elemzésekor figyelembe kell venni.

A módszertani változásoknak a haláloki struktúrára gyakorolt hatását kutató becslések eredményei a következőkben foglalhatók össze.

A **daganatos betegségek** hosszú ideje tartó növekvő tendenciája 2005-ben megtört. A daganatos halálozások száma összességében mintegy 6 százalékkal esett vissza, helytől függően eltérő mértékben. Az adatok elemzése azt mutatja, hogy a tapasztalt tendenciaváltozást elsősorban a gépi haláloki kódolásra történt áttérés okozta. A 2005. évi gépi kódolású statisztika árnyaltabban és pontosabban tükrözi a hazai daganatos mortalitás valódi helyzetét, mint a hagyományos kézi kódolás.

Az **endokrin betegségek** főcsoportjában a feldolgozás módszerének változatlansága esetében 2005-re várható mintegy 10 százalékos növekedés helyett a gépi kódolás közel 60 százalékos emelkedést hozott. A változás a leginkább a cukorbetegségek különböző formáit érinti, és egyértelműen a feldolgozás módszertani változásával magyarázható. A korábbi gyakorlat ugyanis az alapbetegséggel szemben a cukorbetegség szövődményeit (általában keringési betegségeket) részesítette előnyben, míg a nemzetközi szabályok szerint a cukorbetegséget mint kiváltó okot kell statisztikai közlésre kiválasztani.

2005-ben a **keringési rendszer betegségeiben** meghaltak száma közel 6 százalékkal több, mint a megelőző évben. A növekedés ugyan meghaladja azt az értéket, amire akkor lehetett volna számítani,

ha a korábbi módszertan változatlan maradt volna, mégis összességében nem tekinthető jelentősnek. Bizonyos keringési betegségek esetén azonban igen számottevő változás tapasztalható, amelynek következtében a főcsoporton belül a különböző halálokok struktúrája mérsékelten átalakult, aminek fő jellegzetességei az alábbiakban foglalható össze.

A magasvérnyomás-betegség esetszámai az előző két év átlagához viszonyítva mindkét nemre egyaránt 42 százalékkal növekedtek. Az ischémiás szívbetegségeké (infarktus nélkül) több mint ötödével emelkedett, a nőknél kicsit nagyobb mértékben, mint a férfiaknál. Az agyi érbetegségek csoportja a férfiak esetében 15 százalékos és a nőknél 13 százalékos csökkenést mutat. Az atherosclerosis okozta halálozások száma a két nemre egyformán mintegy 20 százalékkal esett vissza.

A 2005. évi adatok előre becslésével a **légzőrendszeri betegség** következtében meghaltak számának 6 százalékos csökkenésére lehetett számítani. Ezzel szemben az átalakított módszertan szerint az e halálói főcsoportba kódoltak száma 6502 volt. A növekedés aránya mindkét nemben közel azonos (25%). A különböző légzőrendszeri betegségek okozta halálozások számának 2005. évi alakulásában azonban jelentős különbségek adódtak. Az idült alsó légúti betegségek száma mintegy harmadával növekedett, férfiaknál némileg kevésbé, mint a nőknél. Az alsó légúti betegségek különböző formái közül az idült hörghurut miatti halálesetek számának változása kiemelkedő mértékben meghaladta az átlagos növekedést, hiszen 2003–2004 átlagához képest megduplázódott. A tüdőtágulat esetszámai a férfiaknál 14, a nőknél 18 százalékkal növekedtek, az egyéb alsó légúti betegségek számának emelkedése 10, illetve 24 százalék volt.

Az automatizált feldolgozásra való átállás a légzőrendszeri betegségek összességében és az idült alsó légúti betegségeknek bekövetkezett növekedésnek kevesebb mint felét igazolja, vagyis a gépi kódolás bevezetése mellett a módszertani változás más tényezői is szerepet játszottak. Az idült hörghurut esetében is az esetszámok nagyfokú emelkedésében jelentős szerepe van a módszertani változásnak.

2005-ben az **emésztőrendszeri betegség** következtében meghaltak száma az előző évek tendenciája alapján becsült enyhe növekedéssel szembeni csökkenés eredményeként 8504 volt. A visszaesés a férfiaknál 8, a nőknél 10 százalék 2003–2004 átlagához hasonlítva. A különböző emésztőszervi betegségekből eredő halálozások alakulása között nagy különbségek vannak. A legszembetűnőbb változás az alkoholos és egyéb májbetegségek körében tapasztalható. Míg az alkoholos eredetű májbetegségek száma jelentősen, mintegy 40 százalékkal csökkent, az egyéb májbetegségeké viszont jelentősen növekedett (férfiaknál 128, nőknél 61%). Az emésztőrendszeri halálói adatok változásának döntő részét a módszertani változások közül a gépi kódolásra való áttérés okozta.

A csecsemőhalálozásokban nagy szerepet játszó **perinatális szakban keletkező állapotoknál** 2005-ben a főcsoporton belül arányteltolódások mutatkoznak a korábbi évek statisztikáihoz képest. A nemzetközileg elfogadott kódolási szabályok a minél specifikusabb állapotokat részesítik előnyben. Ennek következetesebb alkalmazásával 2005-ben az alacsony születési súly miatt bekövetkezett halálozások aránya jelentősen csökkent más, specifikusabb perinatális állapotok javára.

2005-ben a **morbidity és mortalitás külső okai** (balesetek, öngyilkosság, emberölés és egyéb nem meghatározható szándékú külső okok) következtében 7990 fő halt meg, 8 százalékkal kevesebb férfi és 20 százalékkal kevesebb nő, mint 2004-ben. A korábbi évek mortalitási trendje alapján ilyen jelentős csökkenés nem volt várható. A változás oka, ami a balesetszerű esések csoportjában eléri a 30 százalékot, egyértelműen a halottvizsgálati bizonyítványok 2005-től indult orvosszakmai felülvizsgálata. 2005 előtt ugyanis gyakori volt a természetes halálokok és a sérülések kevert jelentése, a természetes és a baleseti jelleg elkülönítésének hiánya, ahol a hagyományos feldolgozás inkább a baleseti jelleg javára döntött. A bizonyítványok validálása jelentős minőségjavulást hozott ezen a területen, csökkentve ezzel a balesetszerű esések indokolatlanul magas számát.

Forrás: a Demográfiai évkönyv, 2007 CD-melléklete, a részletes leírást lásd ott.

Betegségek, megbetegedések

A morbiditás felhasznált adatforrásai

A lakosság egészségi problémáinak jellegéről a morbiditási gyakoriságok közölnek információt. Ezek sok tekintetben eltérő képet adnak, mint a haláloki mutatók, hiszen számos betegség nem, vagy csak nagyon ritkán vezet elhalálozáshoz, annak ellenére, hogy hosszú éveken keresztül különféle módon nehezíti a beteg életét, és korlátozza több-kevesebb tevékenység elvégzésében.

A 2009-es európai lakossági egészségfelmérés (ELEF2009) szerint a 15 éves és idősebb lakosság mintegy 60 százaléka tudja úgy, hogy krónikus betegségben szenved, a nőknek közel kétharmada, a férfiaknak több mint fele.

Tekintve, hogy a KSH háziorvosi adatgyűjtése életkor szerint lefedi az egész népességet, továbbá, hogy az adatokat nyilvántartás alapján szolgáltatják, azaz teljesebb, mint a lakossági adatgyűjtések eredményei. Ezért a következőkben a morbiditási elemzés ezen az adatforráson alapul. A háziorvosi morbiditási statisztikában a megfigyelt legtöbb kórformára, betegségi csoportra vonatkozóan a korábbi lassú emelkedés után 2005-től – de különösen 2005 és 2007 között – hirtelen megnőtt a nyilvántartott gondozottak száma, és ez korcsoportonként is tapasztalható. Figyelembe véve azonban a javuló életkilátásokat, valamint azt, hogy az egészségfelmérések a 2000-es évekre nem mutatnak lényeges változásokat a betegségi prevalenciákat tekintve, feltételezhető, hogy az adatok változása nem a betegek számának tényleges növekedését mutatják, hanem sokkal inkább a háziorvosok 2003. évi feladatbővülésének¹⁶⁾ illetve a 2007. évi vizitdíj¹⁷⁾ bevezetésének következménye. Mindezek maga után vonták, hogy a háziorvos napjainkban a korábbiakhoz képest több és pontosabb információval rendelkezik a praxisához tartozó lakosság egészségi

állapotáról. A 2003-as és a 2009-es egészségfelmérések adatai alapján¹⁸⁾ megállapított növekvő egészségtudatosság is feltételezhetően hozzájárul a regisztrált morbiditás növekedéséhez, mert a fiatalabbak közül is többen fordulnak panaszokkal vagy anélkül is orvoshoz, így a lakosság nagyobb részéről derül ki egészségi probléma. Figyelembe véve az ELEF és a háziorvosi adatgyűjtés eltérő jellegét is, azon betegségek esetén, amelyeknek a gyakoriságai összehasonlíthatók, a két adatforrás jó egyezést mutat.

A felnőttek betegségei

A háziorvosok nyilvántartásai és a lakossági felmérés szerint is a felnőtt¹⁹⁾ népesség körében a leggyakoribb egészségi probléma a magasvérnyomás-betegség, az embereknek mintegy harmadát érinti, a nőket kissé gyakrabban, mint a férfiakat. A betegség előfordulásának kockázata az életkor növekedésével emelkedik, a 35–44 évesek 15 százaléka szenved ettől a betegségtől, de a 75 éves és idősebb populációban már minden öt személy közül négy.

A magas vérnyomás határozott társadalmi különbségeket mutat, az alacsony iskolai végzettségűeknek és a rossz anyagi helyzetben lévőknek nagyobb az esélye arra, hogy náluk a betegség kialakul. Nyugat-Dunántúlon a lakosságot kevésbé veszélyezteti a magas vérnyomás, mint az Alföldön élők.

A betegség nemzetközi összehasonlítására adnak lehetőséget az európai lakossági egészségfelmérést már lebonyolított országok²⁰⁾ eredményei. Ebben a körben a magasvérnyomás-betegséget tekintve a 75–84 éves korcsoportig a magyarországi előfordulás gyakorisága az első vagy második legmagasabb.

A keringési rendszer betegségei közül fontos kiemelni az ischaemiás szívbetegségeket – részben a betegek viszonylag nagy száma miatt, részben pedig azért, mert gyakran vezet halálhoz, a meghaltak mintegy negyedénél ez a halál oka. A betegség a

¹⁶⁾ 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről 4.§ (d) pontja a 40/2003. (VII. 16.) ESzCsM rendelet 4. §-ával megállapított szöveg. E szerint életkorhoz kötött szűrővizsgálatokat végeznek, és közreműködnek az egyes népegészségügyi célú, célzott szűrővizsgálatokban.

¹⁷⁾ A vizitdíj megfizetése alól ugyanis mentesült az, aki jogszabályban meghatározott krónikus betegségével kereste fel orvosát.

¹⁸⁾ Európai lakossági egészségfelmérés, 2009. Összefoglaló eredmények. KSH, Budapest, 2011.

¹⁹⁾ 19 évesek és ennél idősebbek.

²⁰⁾ Bulgária, Csehország, Észtország, Görögország, Franciaország, Ciprus, Lettország, Magyarország, Málta, Ausztria, Lengyelország, Románia, Szlovénia, Szlovákia.

45–54 éves korcsoportban jelenik meg először nagyobb számban, az ilyen korúak közel tizedét sújtja. Az idősebb korcsoportokban meredeken emelkedik a prevalencia, és a férfiaké kissé magasabb, mint a nőké. A 75 évesek vagy annál idősebbek között már átlagosan minden második ember átesett a betegségen.

Az ELEF adatai azt mutatják, hogy azok számára, akik nagyon jónak vagy nagyon rossznak értékelik saját jövedelmi helyzetüket, önmagában ez a tény a többiekhez viszonyítva mintegy kétszerezére emeli az esélyüket arra, hogy ez a betegség kialakuljon náluk, vagyis egyéb vonatkozásban azonos összetételt feltételezve, a szubjektíve leggazdagabbak és a legszegényebbek a betegség szempontjából közel azonos kockázatnak vannak kitéve. Nyugat-Dunántúlon viszont a lakóhely védőfaktort jelent a lakosság számára, mert minden más régióval összehasonlítva kisebb az esélyük az ischaemiás szívbetegségekre.

Az agyérbetegségekkel szintén magas gyakoriságuk és halálozási kockázatuk miatt indokolt külön foglalkozni. Ez a betegségcsoport népbetegségnek számít, a középkorúak és az idősebbek körében válik az életkor emelkedésével egyre gyakoribbá, a 45–54 évesek között még csak a lakosság 3 százalékát érinti, de az arány a 75 évesek és idősebbeket tekintve már közel tízszeresére szökik. Százezer főre vetítve összességében mintegy 25

százalékkal több nő szerepel agyérbetegség miatt a házi orvosok nyilvántartásában, mint férfi, 55 éves kor felett azonban mégis a férfiakra vonatkozó arányok a magasabbak.

Az európai lakossági egészségfelmérés megerősíti azt a közismert tényt, hogy a betegség nagyon elterjedt, és a lakossági adatgyűjtés módszerével mérhető ismérvek közül lényegében csak a nem és az életkor befolyásolja a stroke bekövetkeztének esélyét, a társadalmi differenciák bizonytalanok.

A házi orvosok 2009-ben 260 ezer főt tartottak nyilván, akiknek valaha rosszindulatú daganatos betegségük volt. A 35–44 évesek korcsoportjában már minden századik ember érintett, ezt követően meredeken emelkedik a prevalencia értéke. A középkorú női lakosság körében a tumoros betegséggel regisztráltak aránya mintegy 50 százalékkal magasabb, mint a hasonló korú férfinepességben, a 65 éves korukat már betöltötték között azonban a férfiak érintettsége átlagosan 20 százalékkal haladja meg a nőkéét. A 75 éves és idősebb férfiak 12, a nőknek 8 százaléka szerepel ezzel a betegségtípussal a házi orvosi regiszterben (4. tábla).

Az ELEF adatai szerint a rosszindulatú daganatos betegség esélyét az életkoron kívül a vélt jövedelmi helyzet befolyásolja. A nagyon rossz jövedelmi helyzetűeknek 4–8-szor nagyobb az esélye arra, hogy tumoros betegsége legyen, mint azoknak, akik úgy gondolják, hogy anyagi helyzetük megfelelő vagy jó.

4. tábla. A házi orvosok által nyilvántartott betegségek gyakorisága százezer főre korcsoportonként, 19 éves és idősebbek, 2009

Betegségek	19–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	75–	Együtt
	éves							
Magasvérnyomás-betegségek (I10-I15)	2 763	5 639	14 970	34 052	55 893	70 845	79 764	34 076
Csigolyabetegségek (M45-M49)	1 945	4 412	9 138	16 677	23 100	24 424	25 469	14 281
Ischaemiás szívbetegségek (I20-I25)	205	538	2 264	8 921	20 138	33 285	48 265	13 463
Lipoprotein-anyagcsere rendellenességei és egyéb lipidaemiák (E78)	549	1 623	5 319	13 502	23 398	27 702	22 374	12 550
Cukorbetegség (E10-E14)	555	1 034	3 048	8 766	16 921	23 513	22 706	9 747
Agyérbetegségek (I60-I69)	68	166	725	3 144	8 104	15 282	25 419	6 059
Roszcindulatú daganatok (C00-C97)	163	366	959	2 619	5 083	7 399	9 325	3 209
A máj betegségei (K70-K77)	152	342	1 126	2 823	4 064	3 641	2 401	2 043
Alkohol okozta mentális és viselkedészavarok (F10)	35	139	569	1 381	1 538	1 107	572	789
Alkoholos májbetegség (K70)	14	60	363	1 108	1 543	1 304	732	728

Forrás: Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2009.

A háziorvosi betegségi statisztikából ki kell emelni a csigolyabetegségeket, miután a magas vérnyomást követően ez a betegség sújtja a legtöbb embert, gyakran okoz munkaképtelenséget, és sokszor vezet mozgáskorlátozottsághoz. 2009-ben több mint egymillióan voltak ezzel az egészségügyi problémával nyilvántartva. Már a fiatalabb korcsoportokban is 5–10 százalékos gyakorisággal fordul elő, és a nőket minden életkorban nagyobb arányban veszélyezteti. Az 55–64 éves korcsoportban éri el a nemi különbség a maximumot (20%). A 75 éves és idősebb lakoságnak már a negyede szenved csigolyabetegségben. Jelentősek a területi különbségek: a csigolyabetegségek Dél-Dunántúlon és Dél-Alföldön sújtják a lakosságot a legnagyobb mértékben, míg Észak-Magyarországon és Közép-Dunántúlon a legkevésbé.

A lakossági felmérések megerősítik azt a feltételezést, hogy sokan nem fordulnak gerincbetegségükkel orvoshoz, hanem otthon próbálják kikúrálni vagy szakember segítsége nélkül elviselni, hiszen a lakosság 30 százalékot meghaladó része panaszkozik gerincproblémára, derékfájásra, és közel 18 százalék nyaki gerincbetegségre. Azoknak, akik nagyon rossz szubjektív jóvedelmi helyzetben élnek 2–3-szor nagyobb az esélyük arra, hogy csigolyabetegségük legyen, mint a legalább megfelelőnek ítélt anyagi körülmények között.

A háziorvosi nyilvántartási adatok alapján minden tizedik hazai felnőtt lakos cukorbetegségben szenved. A fiatalabb nők között némileg több a beteg, mint a hasonló korú férfiak soraiban, de ez a 35–44 évesek korcsoportjában megfordul, és a 45–54 évesek között már a férfiak 37 százalékkal nagyobb mértékben érintettek, mint a nők. Az ennél idősebbek körében az életkor emelkedésével csökken a férfiak fokozottabb érintettsége, de még a legidősebb vizsgált korcsoportban is 13 százalék marad. Figyelemre méltó, máshol nem tapasztalt jelenség, hogy a 65–74 évesek, valamint a 75 évesek és idősebbek prevalenciája a cukorbetegség esetében gyakorlatilag egybeesik.

Az európai lakossági egészségfelmérésből származó adatokat összehasonlítva itt is az ál-

lapítható meg, hogy a fiatalabb korcsoportokban Magyarországon mutatkozik a legmagasabb prevalencia, a 65 éves kor alatti kategóriákban az első vagy a második legnagyobb értéket a hazai lakosság körében mérték, a 85 éves és idősebbek között viszont a 15 adatot közlő ország sorában a negyedik legalacsonyabbat. Ez megerősíti a háziorvosok által jelentett morbiditási adatokat, és annak következménye, hogy a hazai cukorbetegség lényegesen fiatalabban halnak meg, mint az unió többi országában. Ötéves korcsoportonként vizsgálva 40 és 70 éves kor között a cukorbetegség okozta magyarországi halandóság az első vagy második legmagasabb, míg 70–85 éves korban már csak a negyedik.

A cukorbetegség kialakulásának esélyét az alacsony iskolázottság 30–40, a nagyon jó vagy a nagyon rossz vélt jóvedelmi helyzet 60–100 százalékkal emeli.

A lipoprotein-anyagcsere rendellenességei és egyéb lipidaemiák²¹⁾ a cukorbetegséghez hasonlóan az anyagcsere-betegségek közé tartoznak. A betegség-csoport prevalenciája igen magas, a felnőtt populáció 12–13 százalékát érinti, férfiakat, nőket korcsoportonként lényegében azonos mértékben. Már a 25–34 évesek 1,5 százalékánál diagnosztizálják a rendellenességet, amely a 65–74 évesek körében éri el gyakorisági maximumát (28 százalék).

A májbetegségek gyakoriságával kapcsolatban érdemes megemlíteni, hogy nem mutatják a 2005 után általánosan jellemző növekedést, sőt a 35–54 évesek korcsoportjában jelentős visszaesés figyelhető meg. A májbetegség mintegy harmadának a betegsége a szeszes italok túlzott fogyasztására vezethető vissza. Ez a kórforma az 55–64 éves férfiak között a leggyakoribb: ezer fő közül 25-öt sújt. A nők körében csak harmadannyi a beteg, mint a férfiak esetében. Az alkoholabúzusra visszavezethető mentális és viselkedészavarok nem és korcsoport szerinti prevalenciája szinte megegyezik az alkoholos májbetegékével. A rendelkezésre álló adatok nem teszik lehetővé annak megállapítását, hogy a szélsőségesen nagymértékű szeszesital-fogyasztással összefüggő kétfajta betegség a népesség mekkora hányadát érinti egyszerre.

²¹⁾ Lásd Fogalmak.

A májbetegségek kialakulásának esélyét mintegy négyszeresére emeli a legfeljebb 8 osztályos végzettség, számottevő területi különbségek viszont nincsenek. Ugyanakkor az alkoholos májbetegség és az alkohol okozta mentális és viselkedészavarok előfordulásának regionális differenciái – összehasonlítva a házi orvosok által jelentett többi betegségével – nagyok. Az alkoholos májbetegség gyakorisága Észak-Alföldön, Észak-Magyarországon és Dél-Dunántúlon a legmagasabb (23–24 ezrelék), a Dél-Alföldön a legalacsonyabb (18 ezrelék). A szeszes ital mértéktelen fogyasztásával összefüggő pszichés egészségi problémák hasonló területi szóródást mutatnak: Észak-Magyarország mellett Nyugat-Dunántúl lakossága körében jelennek meg leggyakrabban (1%), Közép-Magyarországon a legritkábban (0,6%).

Az utóbbi évtizedek kutatásai rámutattak arra, hogy a túlélés kulcsa a „küzdési képesség”, a jó mentális egészség.²²⁾ Az európai lakossági egészségfelmérés keretében a depressziós panaszokat egész életre vonatkozóan vizsgáló kérdésekre adott válaszok szerint azok közül az országok közül, ahol már lebonyolították a felmérést, a 15–24 évesek magyarországi prevalenciája az első három legmagasabb között van, illetve 45–64 éves korú honfitársaink a többi ország hasonló korú lakóival összehasonlítva a legnagyobb arányban tapasztalták már meg a krónikus melankóliát.

Magyarországon a 15 éves és idősebb lakosság 6 százaléka volt már élete során depressziós, és minden tízedik ember már átélt depresszióról vagy szorongásról számol be. Köztük négyből háromnak orvos is megállapította a betegségét, amely az adatgyűjtést megelőző évben is okozott panaszokat. A férfiak lényegesen ritkábban számolnak be ilyen fajta egészségproblémákról (4%), mint a nők (11%). Idősebb életkorúak között magasabb az érintettek aránya, a 65 évesek vagy idősebbek között eléri a 7, illetve a 15 százalékot.

A 2009-es lakossági egészségfelmérés adatai azt mutatják, hogy az életkor mellett a hátrányos

társadalmi helyzet növeli a legtöbb krónikus betegség kockázatát. Különösen a nők körében fokozza annak esélyét, hogy általában krónikus betegségről számolnak be, ha jövedelmi helyzetüket rossznak vélik, és az alacsony iskolázottság esetükben hozzájárul a magas vérnyomás gyakoribb említéséhez. A Nyugat-Dunántúlon élők számára lakóhelyük regionális elhelyezkedése védő faktort jelent, leginkább az alföldi és az észak-magyarországi településekhez viszonyítva. Kivételt képez a depresszió és a szorongás, amelyek kialakulását elősegíti az alacsonyabb urbanizáltság, ezért nem meglepő, hogy a Közép-Magyarországon élők kevésbé vannak kitéve ilyen panaszoknak.

A fiatalok betegségei

A házi orvosok 2009. évi nyilvántartásában a leggyakrabban előforduló betegségek, betegségcsoportok száz fiatalok közül egyenként 2–5-öt érintenek. Közel minden huszadik fiatal szenved asztmától, minden huszonkettedik endokrin, táplálkozási és anyagcsere-betegségetől, és alig ritkábbak a vér és vérképző szervek betegségei, valamint az immunrendszert érintő bizonyos rendellenességek betegségcsoport előfordulása. Ez utóbbin belül a vashiányos vérszegénység súlya meghatározó (71%). A 0–18 évesek több mint negyedénél állapították meg atópiás dermatitist.²³⁾ Száz fiatalok közül 2–3-nál fordul elő a szemizmok, a binokuláris szemmozgás, az alkalmazkodás és a fénytörés betegségei,²⁴⁾ a deformáló hátgerinc-elváltozások, a kalóriatöbblet miatti elhízás, valamint a mentális és viselkedészavarok.

A fiatalok betegségprevalenciái tendenciájukat tekintve zömmel emelkedtek az 1999–2009-es periódusban, de csak kevés kórforma esetén mutatkozik a 2005 és 2007 között a felnőtteknél tapasztalt kiugró növekedés. A vizsgált tízéves időszak végén a házi orvosok és házi gyermekorvosok regisztereiben egy-egy betegségkategóriához kapcsolódóan átlagosan 83 százalékkal több gondozott

²²⁾ Mária S. Kopp, Árpád Skrabski, András Székely, Adrienne Stauder, Redford Williams: Chronic Stress and Social Changes, Socioeconomic Determination of Chronic Stress, Annals of the New York Academy of Sciences, 2007.

²³⁾ Lásd Fogalmak. Atópiás dermatitis: allergiás eredetű bőrgyulladás.

²⁴⁾ Lásd Fogalmak. Idetartozik a kancsalság, egyéb fénytörési problémák és a két szem összehangolt működését akadályozó betegségek.

volt nyilvántartva, mint a periódus elején. A már felsorolt leggyakoribb betegségek prevalenciája az átlagot meghaladó mértékben növekedett, és ezek között is kiemelkedő az atópiás dermatitis, amelynek előfordulási aránya megháromszorozódott, valamint az asztma, amelyé a korábbi 2,5-szeresére emelkedett. Ezek a növekedési arányok akkor is számottevők, ha beszámítjuk a nyilvántartási rendszernek erre az időszakra eső, a házi orvosoknak a jelen fejezet elején említett feladatbővülését.

A fent említett leggyakoribb gyermekbetegségek közül a vér és vérképző szervek betegségei és az immunrendszert érintő bizonyos rendellenességek, beleértve a vashiányos vérszegénységet is, illetve az endokrin, táplálkozási és anyagcsere-betegségek és a kalóriatöbblet miatti elhízás a dél-alföldi fiatalokat sújtja legnagyobb mértékben. Észak-Magyarországban küzdenek a legtöbben mentális vagy viselkedészavarral, valamint deformáló hátgerinc-elváltozásokkal. Nyugat-Dunántúlon okoz leggyakrabban problémát az atópiás dermatitis és a szemizmok, a binokuláris szemmozgás, az alkalmazkodás és a fénytörés betegségcsoportja. Az asztma a nyugat- és dél-dunántúli ifjak között fordul elő legtöbbször.

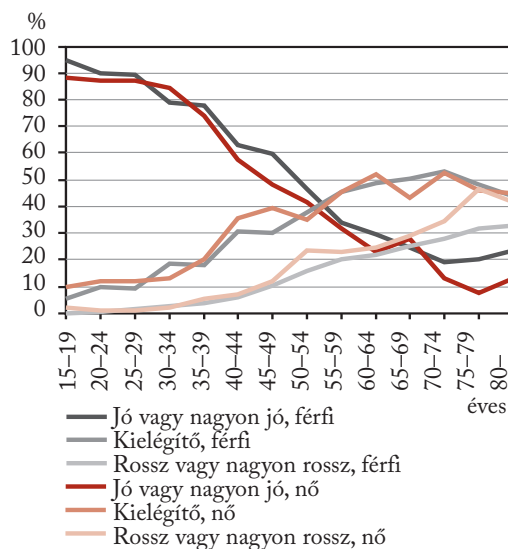
Az egészségi állapot önértékelése, korlátozottság, egészségesen várható élettartam

Szubjektív egészségi állapot

A WHO definíciója²⁵⁾ szerint az egészség nem csak az élet hosszával, illetve a betegség nélküli állapottal jellemezhető, hanem az egyén általános jóllétével. Ez egyúttal azt is jelenti, hogy az egészség kiterjed az élet minden színterére a környezeti kölcsönhatásokat is beleértve, ezért egy-egy szegmens mérő mutatóval csak nagyon hiányosan írható le. Tudományos eredmények igazolják, hogy az egészség globális önértékelése nemcsak egy egyszerű, a lakosságtól könnyen beszerezhető statisztikai

mutató, hanem oly mértékben is tükrözi az egészségi állapotot, hogy ennek alapján az elhalálozási esélyek nagyobb biztonsággal becsülhetők, mintha orvosi vizsgálatok eredményeire támaszkodunk.²⁶⁾ Statisztikai alkalmazási lehetőségeit azonban korlátozza, hogy erősen kultúrafüggő, ezért nemzetközi vagy regionális összehasonlításra csak nagy körültekintéssel használható.

2. ábra. Vélt egészség nemek és korcsoport szerint, 2009



Forrás: ELEF2009.

Az ELEF²⁷⁾ szerint a 15 éves és idősebb lakosság 85 százaléka úgy ítéli meg, hogy legalább kielégítő az egészsége. Közismert, hogy a nők gyakrabban nyilatkoznak úgy, hogy rossz vagy nagyon rossz az egészségük (17%), mint a férfiak (12%) – annak ellenére, hogy a férfiak általában hamarabb halnak meg, mint a nők. A 30–34 és a 65–69 évesek kivételével a férfiak minden korcsoportban gyakrabban ítélik úgy, hogy egészségük jó vagy nagyon jó, mint a nők, bár a nemek szerinti eltérés a 15–19 évesek, valamint a 75 évesek és idősebbek kivételével egyetlen korcsoportban sem szignifikáns (2. ábra). Minél idősebb élet-

²⁵⁾ Az egészség a teljes fizikális, mentális és szociális jóllét állapota, nem csupán a betegség vagy fogyatékoság hiánya. <https://apps.who.int/aboutwho/en/definition.html>

²⁶⁾ Ellen L. Idler and Yael Benyamini: Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 38, No. 1 (Mar., 1997), pp. 21-37, American Sociological Association

²⁷⁾ Európai lakossági egészségfelmérés, 2009. Összefoglaló adatok, KSH, 2011.

kori kategóriához tartozik valaki, annál kisebb a valószínűsége, hogy legalább jónak érzi az egészségét. Azok együttes aránya, akik jónak vagy nagyon jónak vélik egészségüket, a 30 éven aluli lakosság körében megközelíti, és 50 éves kor alatt is minden életkorban meghaladja az 50 százalékot. Az ennél idősebbeké azonban már az életkor emelkedésével egyre rosszabb; a középkorúak közel ötöde, a 65 éves korukat betöltötteknek viszont már több mint harmada vélekedik úgy, hogy az egészsége rossz vagy nagyon rossz. Érdeemes megjegyezni, hogy 80 éves kor felett nagyobb gyakorisággal ítélik úgy, hogy egészségi állapotuk legalább jó, mint a 70–79 évesek között.

A vélt egészség értelemszerűen szorosan összefügg azzal, hogy van-e az egyénnek krónikus betegsége, illetve, hogy milyen fajta idült egészségi problémája van. A krónikus betegek egy számottevő része is jónak, sőt nagyon jónak értékeli az egészségét, ugyanakkor az csak elvétve fordul elő, hogy az, akinek nincs tartós betegsége, rossznak érezze az egészségét (5. tábla). A magasvérnyomás-, illetve a gerincbetegségben szenvedők ötödére, az előző évben agyvérzésen átesettek nyolcadára, a cukorbeteg, sőt a közelmúltban rosszindulatú daganatos betegségen átesettek tizedére is igaz ez. A nők nemcsak gyakrabban panaszkodnak krónikus betegségekre, mint a férfiak (65, illetve 56%), hanem akár van krónikus betegségük, akár nincs, hajlamosabbak arra, hogy kedvezőtlenebbül ítéljék meg általános egészségi állapotukat.

Az ELEF-adatok szerint bár a nők gyakrabban panaszkodnak konkrét egészségi problémákra, mint a férfiak, a két nem vélt egészsége között mutatkozó különbség elsősorban eltérő társadalmi-gazdasági helyzetükre vezethető vissza²⁸⁾ (6. tábla).

A statisztika eszközeivel mérhető változók közül az egészséget legerőteljesebben az életkor határozza meg. A szubjektív egészséget meghatározó tényezők között jelentőségük alapján az életkort az iskolázottság, a jövedelmi helyzet és a gazdasági aktivitás követi.²⁹⁾ A legidősebbek körében a nem kielégítő egészség esélye több tízszerese a legfiatalabbakéhoz képest. Az már szinte közhelynek számít, hogy a felsőfokú végzettségnek egészségvédő hatása van. Az ELEF adatai is azt mutatják, hogy a diplomások körében a nem kielégítő egészség becsült esélye harmada a legfeljebb 8 általános osztályt végzettekének, ha kiszűrjük a magasabb iskolai végzettséggel együtt járó egyéb kedvező körülményeket. A munkanélküliség önmagában közel háromszorosára növeli a nem kielégítő egészség esélyét az alkalmazottakéhoz képest. Az adatokból arra azonban nem kapunk választ, hogy a rossz egészségi állapot milyen arányban járul ahhoz, hogy valaki kiszorul a munkaerőpiacról, illetve hogy mennyiben oka a megromlott egészségnek a munkanélküliség. A szubjektív jövedelmi helyzet szoros korrelációt mutat az egészségi állapottal: minél jobbnak ítéli valaki az anyagi körülményeit, annál kisebb a valószínűsége annak, hogy egészsége rossz vagy nagyon rossz, a két szélső pólus között

5. tábla. Vélt egészség krónikus betegség megléte és nemek szerint

Vélt egészség	Krónikus betegsége						Összesen
	van			nincs			
	férfi	nő	együtt	férfi	nő	együtt	
Nagyon jó	6,9	5,5	6,1	35,9	31,0	33,5	16,8
Jó	30,0	26,3	27,9	51,3	53,3	52,3	37,4
Kielégítő	43,0	42,2	42,5	11,9	15,0	13,4	31,1
Roszs	14,8	19,5	17,5	0,6	0,7	0,7	10,9
Nagyon rossz	5,3	6,5	6,0	0,3	0,0	0,2	3,7
Együtt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Forrás: ELEF2009.

²⁸⁾ Vokó Zoltán: Az egészségi állapot demográfiai és társadalmi-gazdasági meghatározó tényezői. In: ELEF2009. Tanulmányok I. A lakosság egészségi állapota. KSH, 2011.

²⁹⁾ Az egymás közötti sorrend a vizsgálat szempontjai, és a választott elemzési eszközöktől függően változik.

ötszörös különbség mutatkozik, és ez megmarad akkor is, ha az eltérő jövedelmi csoportokon belüli megoszlást egyéb vonatkozásokban azonosnak feltételezzük. A rokkantsági nyugdíjasok 57, az öregségi nyugdíjasok 29, a munkanélküliek 14 százaléka érzi úgy, hogy egészsége nem kielégítő. A szubjektív egészséget befolyásolja az is, hogy milyen összetételű háztartásban él az ember. 40–64 év között minden

6. tábla. Rossz vagy nagyon rossz vélt egészségűek aránya társadalmi-gazdasági ismérvek szerint, 2009

Ismérv	Változat	Arány, %
Nem	férfi	12,1
	nő	17,7
Korcsoport	18–34 éves	1,5
	35–64 éves	14,7
	65–	34,5
Iskolai végzettség	legfeljebb 8 általános	31,3
	középfokú érettségi nélkül	13,4
	érettségi	9,1
	felsőfokú végzettség	4,3
Gazdasági aktivitás	alkalmazott	3,6
	vállalkozó	2,8
	gyermekellátásban részesül	1,6
	nyugdíjas, járadékos	35,2
	munkanélküli	14,0
Jövedelmi ötöd	egyéb	7,9
	1	17,3
	2	14,2
	3	17,7
	4	16,7
Vélt jövedelmi helyzet	5	9,5
	nagyon jó + jó	5,3
	megfelelő	10,6
Régió	rossz+nagyon rossz	26,4
	Észak-Magyarország	21,5
	Észak-Alföld	16,9
	Dél-Alföld	17,0
	Dél-Dunántúl	15,6
	Közép-Dunántúl	13,0
	Közép-Magyarország	12,8
Nyugat-Dunántúl	10,3	

Forrás: ELEF2009.

³⁰⁾ OLEF2000, OLEF2003, ELEF2009.

³¹⁾ EU Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC Survey).

ötéves korintervallumban azok körében a legmagasabb a nem kielégítő egészségűek aránya, akik párkapcsolatban élnek, de nincs eltartott gyermekük, míg az eltartott gyermekkel élő párok képezik a másik pólust, vagyis a legegészségesebbeket. A vélt egészség szempontjából Észak-Magyarország lakosságának helyzete kiemelkedően rossz, Nyugat-Dunántúl kimagaslóan jó, és ez így van akkor is, ha kiszűrjük az egyéb, eltérő összetételt okozó tényezők hatását. A többi régió becsült esélyei nem térnek el lényegesen a Közép-Magyarországon mérttől.

Az adatok értékelése során figyelembe kell venni, hogy a társadalmi-gazdasági helyzet és az egészségi állapot közötti kapcsolat nem egyirányú, hanem közöttük kölcsönhatás áll fenn, tekintve, hogy nem csak a kedvezőtlenebb körülmények között élők betegesebbek, illetve az egészségük megítélésében is negatívabbak, hanem a rosszabb egészségi állapotnak változó mértékű költségigénye van, továbbá hátrányt jelenthet a munkavállalásban és a társas, illetve a párkapcsolatok alakításában is. Így az itt megállapított összefüggések csak utalnak a lehetséges oki kapcsolatokra, és egyértelmű kimutatásukhoz longitudinális vizsgálatsorozatra lenne szükség.

A 2000-es évek lakossági egészségfelméréseiből³⁰⁾ származó adatok a 18 évesekre és idősebbekre vonatkozóan összehasonlíthatók. Az összevetés azt mutatja, hogy 2009-ben többen gondolták azt, hogy nagyon jó vagy jó az egészségük, mint az előző felmérések idején – a vizsgált kilenc év alatt arányuk 42-ről 53 százalékra emelkedett. Ezen belül az önértékelés alapján nagyon jó egészségnek örvendőké több mint duplájára nőtt, ez a különbség $p < 0,05$ szinten szignifikáns.

A SILC-VÉKA³¹⁾-felvétel lehetőséget ad arra, hogy standardizált kérdések segítségével az Európai Unión belül teljes körűen összevessük a tagországok lakosságának ún. vélt egészségét. Az egészségi állapot önértékelését a tényleges jólléten kívül sok egyéb tényező befolyásolja, mint például az értékpreferenciák, vagy hogy a rossz egészségi állapot mennyire megbélyegző, illetve jelent-e hátrányt a társadalmi életben, ezért a nemzetközi sorrend nem az országok lakosságának az egészségi állapot sze-

rinti valós különbségeit mutatja, az összehasonlítás tehát óvatosságot igényel. Az EU-27 országai átlagban a 18 éves és idősebb lakoságnak mindössze alig több mint 9 százaléka tartja rossznak vagy nagyon rossznak az egészségét, a legalacsonyabb érték 2,7 százalék (Írországban), a legmagasabb 19,4 százalék (Portugália). Magyarország a közel 18 százalékos arányával az utolsó előtti helyen áll.³²⁾ Megjegyzendő, hogy az átlag feletti 12 ország között mindössze három olyan van, amelyik 2004 előtt csatlakozott a közösséghez, azok közül viszont, akik utóbb lettek az unió tagjai csupán Románia mutatója nem éri el az átlagot.

Korlátozottság

A vélt egészség és a fizikai, értelmi vagy társadalmi funkció csökkenését összegző ún. korlátozottság erősen korrelált,³³⁾ a nem kielégítőnek tartott egészségi állapot gyakran korlátozottsággal jár együtt (93%), viszont a jó vagy nagyon jó egészségnek örvendő körében ez csak ritkán fordul elő (19%). Noha a szubjektív egészség szempontjából a nők helyzete mutatkozik rosszabbnak, a férfiak és a nők között lényegében egyforma azok aránya, akik úgy érzik, hogy súlyosan korlátozottak (8–9%) – bár ha azonosnak tekintjük a két nem társadalmi-gazdasági helyzetét, funkciócsökkenés szempontjából a férfiak bizonyulnak veszélyeztetettebbnek.

A 15–19 évesek között minden tizedik személy korlátozott, ez a gyakoriság a 80 évesek és idősebbek soraiban már a nyolcszorosára szökik. A súlyosan korlátozottak aránya az életkor gradiensén felfele haladva az 55–59 évesek korcsoportjáig nő, és megközelíti a 15 százalékot, aztán a 65–69 évesekéig csökken, majd újra nő a legidősebbekig, akik között már minden 2–3. ember saját megítélése szerint súlyosan korlátozott. A leginkább érintett rokkantsági nyugdíjasok és öregségi nyugdíjasok 42, illetve 18 százaléka szenved súlyos korlátozottságtól. A 2000

óta elvégzett egészségfelmérések mindegyike egyértelmű kapcsolatot mutatott ki az anyagi helyzet és a korlátozottság között.³⁴⁾ Ezt az összefüggést az ELEF adatai is bizonyítják. A nagyon rossznak ítélt jövedelmi helyzetben élők esélye arra, hogy súlyosan korlátozottak legyenek, kilencszer nagyobb, mint a nagyon jó anyagi helyzetben élőké.

A 15 éves és idősebb népességben a leggyakoribb funkcióbeli zavar a szemüveggel korrigálható vagy javítható látáscsökkenés (7. tábla). A szemüvegviselés ma már olyan elterjedt, hogy az így javítható funkciócsökkenést általában nem is érzik korlátozó körülménynek. Ezt jelzi, hogy általában minden második ember visel szemüveget vagy kontaktlencsét, a súlyosan korlátozottak között tizből nyolc. A mozgásszervi panaszok azonban nagyon megnehezítik az életet, az ilyen problémák fennállása esetén az emberek gyakran súlyosan korlátozottan érzik magukat. A hely- és helyzetváltoztatás nehézségei fordulnak elő közöttük a leggyakrabban: 4–7-szer nagyobb arányban, mint a népesség másik részében. Az önellátás egyes nehézségei a népesség 9–10 százalékát érintik, de a súlyosan korlátozottak között elérik az 50 százalékot. Azt, hogy a tisztálkodásban, az öltözködésben való akadályozottságot a mozgásbeliekhez viszonyítva nehezebben viselik azok, akik ezekkel kénytelenek együtt élni, jelzi, hogy a súlyosan korlátozottak között 8–12-szer gyakrabban fordulnak elő, mint a nem vagy enyhén korlátozottak körében. A hallásban jelentkező nehézségeket a fentieknél ritkábban, míg a vakságot minden esetben súlyosan korlátozó tényezőnek tekintik.

A súlyosan korlátozottak kétharmadának van segítsége vagy használ valamilyen segédeszközt, de közülük minden tizediknek még továbbiakra lenne szüksége. Azoknak a súlyosan korlátozottaknak a negyede, akik nem használnak segédeszközt vagy nincs támogatójuk, bizonyos tevékenységek elvégzéséhez valamelyiket igénybe vennék.

³²⁾ A 2009-es SILC-VÉKA felmérés 17,5 százalékaival szemben az ELEF-ből mindössze 14,6 százalék adódik. A két felmérés közötti különbség azoknak az országoknak a többségében tapasztalható, ahol mindkét vizsgálatot már lebonyolították. Feltehetően az indokolja az eltérést, hogy a két adatgyűjtés különböző környezetet biztosítanak ugyanakkor a kérdésnek a megválaszolásához. Talán annak tudatában, hogy a jövedelmi helyzet részletezésére vonatkozik a kérdőív nagy része, pesszimistábbá teszi a válaszadót az egészsége megítélésében is, mint egy teljes egészében az egészsége iránt érdeklődő témaköröket tartalmazó adatfelvétel. Erre egyelőre pontos, részletes és megbízható magyarázat nem létezik. Az eredmények értelmezésére, az összehasonlíthatóság javítására nemzetközi szakértői munka folyik (pl. berlini EHIS workshop, vagy ez év októberében indult European Health and Life Expectancy Information System EHLEIS Joint Action).

³³⁾ Az ELEF adatai alapján a Pearson-korreláció = 0,559, $p < 0,01$.

³⁴⁾ Boros J., Németh R., Vitrai J. (szerk.). Országos lakossági egészségfelmérés. Kutatási jelentés. Budapest, Országos Epidemiológiai Központ, 2002. http://193.225.50.35/dokumentum/OLEF_2000/kutatasi_jelentes.pdf

7. tábla. Korlátozottság egyes tevékenységekben a korlátozottság mértéke alapján, 2009

A korlátozottság jellege	Nem vagy enyhén	Súlyosan	Együtt
	korlátozott		
Szemüveget vagy kontaktlencsét visel	51,4	79,7	53,8
Nehézséggel vagy egyáltalán nem tud lehajolni vagy térdelni segítség nélkül	13,5	71,6	18,5
Nehézséggel vagy egyáltalán nem tud le- vagy felmenni egy emeletet lépcsőn segítség nélkül	10,7	70,5	15,8
Nehézséggel vagy egyáltalán nem tud a kezében vinni egy 5 kilós bevásárlókosarat legalább 10 méteren keresztül segítség nélkül	10,1	67,9	15,1
Nehézséggel vagy egyáltalán nem tud beleharapni és meg tud-e rágni keményebb ételeket	19,8	65,5	23,7
Nehézséggel vagy egyáltalán nem tud 500 métert gyalogolni sík területen segítség nélkül	9,1	64,6	13,8
Nehézséggel vagy egyáltalán nem látja-e a nyomtatott szöveget az újságban	12,9	57,3	16,7
Nehézséget okoz a fürdés, zuhanyzás	4,7	55,5	9,0
Nehézséget okoz az ágyba lefekvés/felkelés	6,4	53,1	10,4
Nehézséget okoz székre leülni vagy felállni	5,7	53,0	9,8
Nehézséget okoz öltözés, vetkőzés	4,6	49,2	8,5
Nehézséggel vagy egyáltalán nem látja mások arcát kb. 4 méteres távolságból	6,9	44,0	10,0
Nehézséget okoz a WC-használat	3,0	37,9	6,0
Nehézséggel vagy egyáltalán nem hallja, amit mások mondanak, ha több emberrel beszélget	6,4	36,0	8,9
Nehézséggel vagy egyáltalán nem tud megfogni vagy az ujjaival használni kis tárgyakat segédeszköz nélkül	2,9	33,9	5,6
Nehézséget okoz a táplálkozás	3,1	25,9	5,1
Hallókészüléket használ	1,9	7,2	2,4
Nem lát	0,0	1,6	0,1
Teljesen siket	0,0	0,9	0,1
Összesen	4 608	434	5 042

Forrás: Eurostat.

Egészségesen várható élettartam

Az életkilátások alakulásából tudjuk, hogy egyre tovább élünk. Kérdés azonban, hogy a megnövekedett számú évvel több egészséget is nyertünk-e, vagy csak a betegségben, korlátozott funkcionálitással eltöltendő idő hosszabbodott meg. A halálózási és az egészségi állapot önértékelésére³⁵⁾ vonatkozó adatok együttes alkalmazásával meg lehet becsülni az egészségesen várható élettartam számát, feltéve, hogy az életkilátások és az egészség önértékelésének megoszlása népességi szinten változatlanok maradnak.³⁶⁾ Az indikátor azt méri, hogy még hány súlyos vagy közepes korlátozottságtól mentes életév várható. Ezek alapján egy

2005-ben született fiú Magyarországon arra számíthat, hogy élete háromnegyedét korlátozásmentesen éli le, egy leány pedig héttizedét. 65 évesen mindkét nembeliek átlagosan még mintegy öt egészséges évet várhattak. Az értékek lassú növekedése után a 2010-ben világra jött fiúk már életük négyötödében, a leányok háromnegyedében korlátozásmentességet remélhettek, az öregkor küszöbén pedig mind a férfiak, mind a nők hatesztendőnyit. A nőknek a férfiakénál hosszabb születéskor várható élettartama hosszabb egészséges és ugyanakkor hosszabb betegségben eltöltött élettartamból áll össze. A 2010-es adatok szerint születéskor a nők egészséges élettartama 4, a betegen töltött 39 százalékkal haladja meg a fér-

³⁵⁾ Az EU-SILC adatainak felhasználása során azt tekintik betegnek, akik egészségi állapotuk következtében legalább 6 hónapja valamely tevékenységükben korlátozottak. A módszertan 2004-től érvényes, de az adatok 2005-től hasonlíthatók össze.

³⁶⁾ Faragó Miklós: Egészségesen várható élettartamok Magyarországon, 2005. KSH, Budapest, 2007. <http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/ele-tart05.pdf>

fiakét, és még 65 éves korban is 9 és 42 százalék a különbség a nők javára.

Az uniós országokhoz hasonlóan a magyar lakosság egészségesen várható életéveit megállapítható, hogy születéskor a férfiak az EU-27 átlagának 92 százalékára, a nők 94 százalékára számíthatnak, 65 éves korban 70, illetve 68 százalékára. Az országok sorában mind a négy mutató szerint Magyarország az utolsó 4–5 között van. A férfiak esetében Portugália, Lettország és Szlovákia követi, a nők esetében a születéskori kilátásokat tekintve Németország, Portugália, Lettország és Szlovákia, mindkét nem esetén a 65 éves kori szerint Portugália, Észtország, Szlovákia, amit a férfiak vonatkozásában Lettország egészíti ki.

Egészség-magatartás

Az egészség-magatartás jelentősége

Lalonde említett jelentésében egy kanadai kutatás eredményeire alapozva négy elemként azonosította az egészséget befolyásoló tényezőket: az ember biológiája, a környezet, az életmód és az egészségügyi ellátás. A Lalonde-modell a genetikai-biológiai adottságok súlyát 27, az életmódot 43, a környezeti tényezőket 19 és az egészségi ellátást pedig 11 százalékra becsülte. Bár ezeknek az arányoknak az érvényessége Magyarországra a 2000-es évek első évtizedében minden bizonnyal vitatható, ezek az arányok felhívják a figyelmet arra, hogy az egészséges életmód kialakításával, elősegítésével sokat tehetünk a saját, illetve az egész társadalom egészségének javítása érdekében. Ez egyúttal rámutat az egyén, a szűkebb-tágabb közösségek és az egészségügyi kormányzat felelősségére.

Földrészünkön az egészségtelen táplálkozás és az elégtelen fizikai tevékenység az elkerülhető betegségek és a korai halálozások fő oka. Az elhízottság

egész Európában egyre általánosabbá vált, és ez közegészségügyi szempontból aggodalmakra ad okot.³⁷⁾ Egy svéd elemzés szerint az EU-ban az egészségkárosodás nélkül leélt életévek közel egytizede vész el a nem megfelelő táplálkozás és az elhízottság, valamint a testmozgás hiánya következtében.³⁸⁾

A 2009-es adatfelvétel szerint a 15 éves és idősebb népesség mintegy háromnegyede úgy gondolja, hogy sokat vagy nagyon sokat tehet az egészségéért, a férfiak – mint általában az egészséget érintő kérdésekben – némileg optimistábbak, mint a nők. Ez annak ellenére így van, hogy az elmúlt hat évben a nők sokat változtak pozitív irányban e téren, 2003-ban csak kétharmaduk volt optimista állásponton.

Táplálkozás

Európában az egészséges táplálkozás egyik jelenlegi kulcskérdése a megfelelő mennyiségű zöldség- és gyümölcsfogyasztás. A WHO ajánlásának³⁹⁾ megfelelő napi ötszöri zöldség- és gyümölcsfogyasztás a már nem gyermekkorú magyar lakoságnak legfeljebb egytizedére jellemző, és a más szakirodalmi forrásokban⁴⁰⁾ megjelenő napi legalább háromszori ajánlásnak is nem több mint 20 százalék tesz eleget. Minden nap legalább egyszer fogyaszt gyümölcsöt a 15 éves és idősebb lakosság héttizede, zöldséget pedig 50 százalékot alig meghaladó része. Ezekkel a gyakoriságokkal azok között az EU-s országok között, ahol már lezajlott az európai lakossági egészségfelmérés⁴¹⁾ Magyarországra sok gyümölcs és kevés zöldség fogyasztása a jellemző. Feleannyian esznek naponta többször is zöldséget, mint ahányan gyümölcsöt (16, illetve 31%).

A nők és az idősebbek gyakrabban fogyasztanak gyümölcsöt is és zöldséget is, mint a férfiak, illetve a fiatalabbak (3. ábra). A nők hetente közel 11-szer⁴²⁾ esznek gyümölcsöt és 8-szor zöldséget,

37) Zöld Könyv „Az egészséges táplálkozás és a fizikai tevékenység promóciója: a túlsúly, az elhízottság és a krónikus betegségek megelőzésének európai dimenziója”. AZ Európai Közösségek Bizottsága. Brüsszel. 2005.

38) Determinants of the burden of disease in the European Union. Stockholm, National Institute of Public Health, 1997; quoted from: Food and health in Europe: a new basis for action. WHO Regional Publications European Series, No. 96 <http://www.euro.who.int/document/E82161.pdf>

39) WHO (2003). Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases: Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation, Geneva, 28 January - 1 February 2002, WHO technical report series: 916, World Health Organization, Geneva.

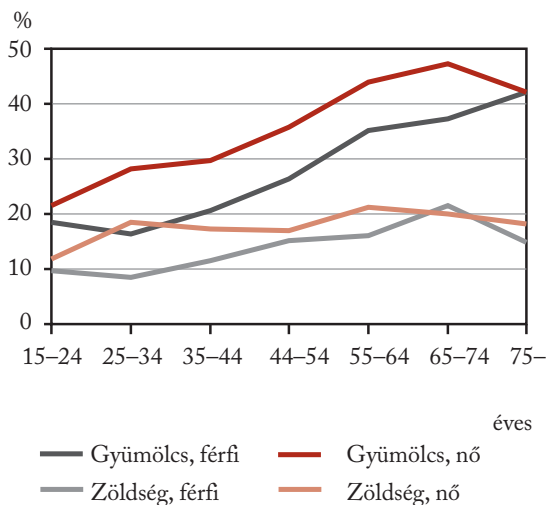
40) Dr. Zajkás Gábor: Magyarország nemzeti táplálkozáspolitikája. ÁNTSZ, Budapest, 2004.

41) Bulgária, Csehország, Észtország, Görögország, Franciaország, Ciprus, Lettország, Magyarország, Málta, Románia, Szlovénia, Szlovákia.

42) A heti gyakoriság becslése a következő átszámítás eredménye: naponta több alkalommal = 21,0; naponta egyszer = 7; legalább hetente négyszer = 5,0; legalább hetente egyszer = 2; ritkábban, mint hetente egyszer = 0,36.

míg a férfiak csak 9-szer, illetve 7-szer. A fiatal felnőttek fogyasztanak legritkábban gyümölcsöt, átlagosan alig többször, mint hetente 8-szor, az idősek viszont már 12-szer. A 65 évesek és idősebbek átlagosan naponta legalább egyszer esznek zöldséget. A férfiakat és a nőket összehasonlítva a zöldség-, illetve a gyümölcsfogyasztási gyakoriság szerint az életkor előrehaladtával egyre kisebb a különbség.

3. ábra. Zöldséget és gyümölcsöt naponta többször fogyasztók aránya nem és korcsoport szerint, 2009



Forrás: ELEF2009

A gyümölcsfogyasztás szempontjából a nem és az életkor mellett a legfontosabb befolyásoló tényező a jövedelemszint önértékelése és a gazdasági aktivitás. A zöldségfogyasztást viszont a leginkább a lakóhely regionális elhelyezkedése befolyásolja, és az életkoron és a nemén kívül a szubjektív jövedelmi szint és az iskolai végzettség gyakorol rá hatást.

A kedvezőbb szociális, kulturális körülmények között élők gyakrabban esznek zöldséget is, gyümölcsöt is, mint a hátrányosabb helyzetűek. A legalább érettségizettek között a heti gyümölcsfogyasztási gyakoriság 10–11, az ennél kevésbé iskolázottak soraiban 10 alatti, míg a zöldségé a gyümölcsfogyasztásénál általában 2–3 alkalommal

kevesebb. Akik saját megítélésük szerint a jövedelmi helyzetüket nagyon rossznak vélik, hetente csak alig több mint 8-szor esznek gyümölcsöt és 7-szer zöldséget, míg a szubjektíve nagyon jó feltételek között élők közel 11-szer gyümölcsöt és 9-nél több alkalommal zöldséget.

Gazdasági aktivitás szerint a gyermekellátásban részesülők és a nyugdíjasok fogyasztanak leg-többször zöldséget is gyümölcsöt is, az előbbi hetente 8–9-szer, az utóbbit 11–12-szer. A nyugdíjasok magas gyakoriságát azonban az idősek és a nők többlete magyarázza, míg a gyermekneveléssel ténylegesen együtt járnak egészségesebb táplálkozási szokások is. Érdemes megemlíteni, hogy önmagában a munkanélküliség – azaz kiszűrve egyéb befolyásoló tényezők⁴³⁾ hatását – nem csökkenti a naponta többszöri gyümölcsfogyasztás esélyét.

A 2000. évi OLEF- és az ELEF-adatok összehasonlítva megállapíthatjuk, hogy kilenc év alatt 10 százalékkal nőtt a nyers zöldség és gyümölcs fogyasztásának gyakorisága, és 28 százalékkal emelkedett azok aránya, akik naponta többször is esznek ebből az élelmiszercsoportból. A két felvétel eredményei közötti különbség $p < 0,05$ szinten szignifikáns.

Testmozgás

A megfelelő mennyiségű és intenzitású testmozgás⁴⁴⁾ az életkorral és az életmóddal összhangban álló étrend mellett csökkenti bizonyos keringési, mozgásszervi és daganatos betegségek, valamint a cukorbetegség kialakulásának kockázatát, sőt a mentális egészség fenntartásában is nagy szerepet játszik. A testmozgás hiánya hozzájárulhat a túlsúlyossághoz is.

Megfelelő mennyiségű testmozgást végez a 15 éves és idősebb lakosság négyötöde, a férfiak kicsivel gyakrabban, mint a nők. A testmozgás gyakoriságát elsősorban az életkor befolyásolja. Előrehaladtával mindkét nem esetében csökken a testmozgás mennyisége: míg a fiatalok között gyakorlatilag nincs olyan, aki legalább mérsékelt

⁴³⁾ Nem, korcsoport, iskolai végzettség, vélt jövedelmi szint, egy főre jutó jövedelmi ötöd, háztartástípus, régió.

⁴⁴⁾ A WHO definíciója alapján megfelelő fizikai aktivitást végez az a személy, akinek esetében a szabadidős sporttevékenység során kifejtett és a munkavégzéssel járó intenzív testmozgásra fordított heti időtartam kétszerese, valamint a gyaloglásra és a mérsékelt testmozgásra fordított heti időtartam összege legalább 150 perc; mérsékelt testmozgást végez az, akinél az említett időtartam ennél kevesebb; egyáltalán nem mozog az, akinél az időtartam egyenlő nullával.

testmozgást ne végezne, addig a 65 év felettek esetében már a férfiak ötöde és a nők negyede egyáltalán nem mozog folyamatosan napi 10 percen keresztül sem (8. tábla). Bár a férfiak körében valamivel magasabb a megfelelően aktívak aránya, a két nem közötti különbség az eltérő társadalmi-gazdasági összetétellel magyarázható.

8. tábla. A fizikai aktivitás mennyisége nem és korcsoport szerint, 2009

Korcsoport, éves	Megfelelő		Mérsékelt		Egyáltalán nem mozog	
	fizikai aktivitást végez					
	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő
15–17	93,2	89,9	6,8	8,9	0,0	1,3
18–34	89,3	87,0	6,3	7,5	4,4	5,6
35–64	84,1	83,3	7,4	10,0	8,5	6,8
65–	70,4	62,2	9,8	11,0	19,8	26,7

Forrás: ELEF2009.

A WHO szerinti módszernek megfelelően a fizikai aktivitás számításánál figyelembe kell venni a munkavégzéssel járó tevékenységeket is, ezért nem meglepő, hogy a szakiskolai vagy szakközépiskolai végzettség a minden más iskolázottsági kategóriához képest a legnagyobb mértékben, az érettségizettekhez képest 38 százalékkal növeli a megfelelő fizikai aktivitás esélyét. A felsőfokú végzettség is hasonlóan aktív életmódra készíti az embereket, de ennek oka feltehetően sokkal inkább a tájékozottságban, az egészséges életmódra törekvésben keresendő, semmint a munkával járó fizikai igénybevételben.

A szubjektív jövedelmi helyzet szerinti rossz vagy nagyon rossz körülmények visszafogják az embereket attól, hogy életükbe beiktassák a megfelelő mennyiségű fizikai aktivitást, és ez akkor is igaz, ha eltekintünk attól, hogy az eltérő szubjektív jövedelmi helyzetben élők megoszlása demográfiai, társadalmi és egyéb gazdasági szempontból különböző. A jónak ítélt jövedelmi helyzet a legkedvezőbb a fizikai aktivitás szempontjából, ettől némileg elmarad a nagyon jónak tartott jöve-

delmi helyzet esélynövelő hatása. Minden bizonynyal azok között, akik a legmagasabb kategóriába sorolják magukat jövedelmi helyzetük alapján, olyan munkakört látnak el, ami kevésbé teszi lehetővé a fizikailag aktív életmódot.

A 2003. évi egészségfelmérés adataival összevetve jelentősen emelkedett a testmozgást egyáltalán nem végzők aránya (7-ről 10 százalékra).

Túlsúly

Az egészségtelen táplálkozás, a túlzott kalóriabevitel és a mozgásszegény élet együttesen túlsúlyhoz vezet, ami számos betegség kialakulásához hozzájárul. A világon évente közel 3 millió ember hal meg olyan betegségek következtében, amelyek kialakulását a kóros súlytöbblet okozza. Annak ellenére, hogy a sajtó évtizedek óta a sovány, karcsú testalkatot helyezi előtérbe, az elhízottak aránya a világ népességében 1980 óta megduplázódott.⁴⁵⁾ A jelenség az iparilag fejlett világban jelenti a legnagyobb problémát, a legtöbb túlsúllyal küzdő az amerikai kontinensen él – tíz fő közül hatan. Az önbevallás alapján megállapított testtömegből és testmagasságból számított testtömegindex⁴⁶⁾ értékelése szerint a 15 év feletti magyar lakosság több mint egyharmada túlsúlyos, egyötöde elhízott.⁴⁷⁾ A férfiak között mind a túlsúlyosok, mind az elhízottak aránya meghaladja a nőket,⁴⁸⁾ és minden korcsoportban a férfiak nagyobb arányban túltápláltak, mint a nők.

Azoknak az országoknak a sorában, ahol már lebonyolították az európai egészségfelvételt, 50 (Románia) és 72 százalék (Málta) között mozog a túlsúlyosok, valamint az elhízottak együttes aránya. Magyarország az 58 százalékos gyakoriságával a középmezőnyben helyezkedik el. Általában jellemző, hogy a férfiak között több a túlsúlyosok, de kevesebb az elhízottak aránya, mint a nők körében.

Kor szerint vizsgálva a magyar népesség tápláltságát megállapítható, hogy minél idősebb az ember, annál nagyobb esélye van arra, hogy test-súlya az ideálisnál több legyen, bár 75 éves kor felett

⁴⁵⁾ Fókuszban a túlsúly, elhízás, http://portal.ksh.hu/portal/page?_pageid=37,870181&_dad=portal&_schema=PORTAL

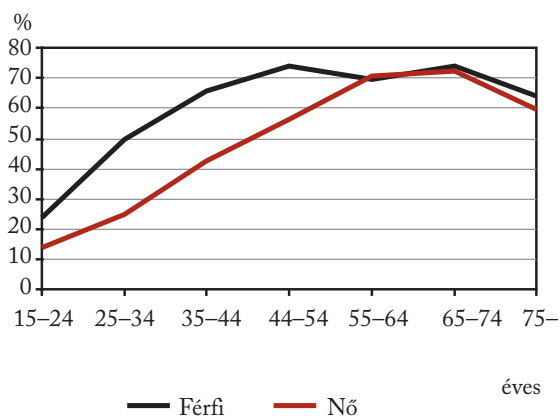
⁴⁶⁾ Lásd Fogalmak

⁴⁷⁾ ELEF Összefoglaló kötet. KSH, Budapest, 2011.

⁴⁸⁾ Meg kell azonban jegyezni, hogy a nők testképe lényegesen kedvezőbb, mint a férfiaké, vagyis sokan karcsúbbnak gondolják magukat, mint amilyen valójában. A mért értékek alapján a túlsúlyosok és elhízottak együttes aránya nemek szerint már alig különbözik.

jelentősen visszaesik a veszélyeztetettség. Az 55–64 évesek kivételével minden korcsoportban nagyobb a túlsúlyos férfiak aránya, mint a nőké. A férfiak egészsége szempontjából szembeötlő hátrány, hogy már a 25–34 évesek közel felének testtömege meghaladja az ideális mértéket. Ebben a korcsoportban a túlsúlyos vagy elhízott férfiak gyakorisága megközelíti a nők dupláját (4. ábra).

4. ábra. A túlsúlyosak és az elhízottak együttes aránya nemek és korcsoport szerint



Forrás: ELEF2009

A túlsúly kialakulását határozottan befolyásolja a társadalmi-gazdasági helyzet. Bár az érettségit nem adó középfokú végzettséggel rendelkezők bizonyulnak fizikailag a legaktívabbaknak, mégis körükben a legnagyobb a túlsúlyosak és elhízottak együttes aránya (62%). A legfeljebb nyolc általánost végzetteknek és az érettségizetteknek egymáshoz hasonlóan nagyobbik része legalábbis túlsúlyos, míg a felsőfokú végzettségűek körében csak 45 százalék. Ha kiszűrjük a túltápláltak arányait befolyásoló egyéb tényezők hatását, a sorrendet megtartva a mezőny széthúzódik, és a szakmunkás-iskolai vagy szakiskolai végzettség 85 százalékkal jobban növeli a túlsúlyossá vagy elhízottá válás esélyét az egyetemi, főiskolai végzettséghez képest.

A munkanélküliek testtömege mintegy 20 százalékkal ritkábban haladja meg az ideális határát, összehasonlítva az alkalmazottakkal, és ez a viszony

akkor sem változik, ha kiszűrjük az egyéb tényezők okozta eltérő összetétel hatását. Vagyis a munkanélküli lét semmiképpen nem kedvez az elhízásnak.

A 2000-es években végzett lakossági egészségfelmérések azt mutatják, hogy nőtt a túlsúlyosak és elhízottak aránya a felnőtt populációban, a változás a férfiak esetében (56-ról 61 százalékra) és a 65 évesek és idősebbek között (60-ról 67 százalékra) statisztikailag szignifikáns.

A fentiek rámutatnak arra, hogy a túlsúly kialakulása egy igen összetett, demográfiailag, társadalmilag, gazdaságilag meghatározott egészségkockázat, éppen ezért az ellene való harc és a megelőzés sok támadáspontú feladat.

Dohányzás

Az elkerülhető halálozásoknak és megbetegedéseknek a legjelentősebb oka a dohányzás. A 2000-es évek közepén az akkori EU-tagországokban évente mintegy 650 ezerre becsülték a dohányzás következtében évente meghaltak számát.⁴⁹⁾ A világon csaknem minden tizedik halálesetért a dohányzás okolható,⁵⁰⁾ de becslések szerint hazánkban ez az arány megközelíti ennek kétszeresét, vagyis évente 25–26 ezer ember élhetne tovább, ha nem lenne ez a káros szenvedélye. A 70 évesnél fiatalabbakat sújtó halandóságnak a férfiak esetén a harmada, a nők esetén 14 százaléka a dohányzásnak tulajdonítható. A 35 éves dohányzó férfiak még várható élettartama 7,6 évvel, a nőké 6,3 évvel rövidebb az azonos korú, nem dohányzó társaikénál.⁵¹⁾ A dohányzás nemcsak a továbbélés szempontjából jelent nagy kockázatot, emellett számottevően növeli az egyénekre, illetve szűkebb és tágabb környezetükre nehezedő betegségterheket is, hiszen számos krónikus betegség kialakulásával bizonyítottan oksági kapcsolatban áll.⁵²⁾

WHO⁵³⁾-adatok alapján országunk a napi dohányosok arányát tekintve az elsők között van. A magyar férfiakat csak a balti államokban élők, illetve a lengyelek, a magyar nőket pedig a hollandok, az írek és a lengyelek előzik meg.

49) Health in the European Union. Trends and analysis. WHO, 2009.

50) WHO Report on the global tobacco epidemic: the MPOWER package. World Health Organization, Geneva, 2008

51) Józán Péter: A dohányzás hatása a halandóságra Magyarországon, 1970–1999. KSH, Budapest, 2002

52) 2004 Surgeon General's Report—The Health Consequences of Smoking http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2004/index.htm

53) WHO Health for All Database <http://data.euro.who.int/hfad/>

Az európai lakossági egészségfelmérésből rendelkezésre álló tizenkét ország⁵⁴⁾ adatai szerint⁵⁵⁾ az összlakosságon belüli rendszeres dohányosok arányát tekintve Magyarország előtt csupán Görögország, Bulgária és Lettország áll. Az adatok egyúttal felhívják a figyelmet a dohányzó magyar nők kiemelkedően magas arányára, amit csak a görögországi halad meg.

Az ELEF2009 szerint a 15 éves és idősebb lakosság fele dohányzik, vagy valamikor dohányzott. Az érintettek nagyobb hányada aktív dohányos, csaknem ötöde már leszokott. A nők közel hattizede sosem hódolt ennek a szenvedélynek, a férfiaknak viszont csak négytizede. A férfiak felülreprezentáltsága már ifjú korban tetten érhető: a 15–17 éves fiúk közel negyede, a lányoknak viszont csak tizede dohányzik naponta. A 18–64 éves férfiak több mint harmada, a nők több mint negyede dohányzik minden nap. A 65 évesek és idősebbek között azonban már sokkal kevesebben gyújtanak rá naponta (14, illetve 7%), és ez utóbbi arányok mögött többféle magyarázat húzódik meg. Egyrészt tradicionálisan kevesebb nő dohányzik, mint férfi, és ez az idősebb korosztályra fokozottan érvényes, másrészt a dohányzókat nagyobb mértékben sújtotta a halál, harmadrészt ebben a korosztályban a férfiak között igen magas a leszokottak aránya (40%) (9. tábla).

Minél idősebb egy valaha dohányos személy, annál nagyobb a valószínűsége annak, hogy leszokott káros szenvedélyéről, és ez mind a férfiakra, mind a nőkre igaz. Az előbbieket ez egy egyenletes változás, az utóbbiak közül azonban a 25–34 évesek között hirtelen kétszer annyi azok aránya, akik felhagytak a dohányzással, mint amennyi várható lenne a kor szerinti többi adat alapján. Ez éppen az az életkor, amikor nők gyermeket szülnek vagy arra készülnek, és nagy valószínűséggel feltehető, hogy a kettő összefügg. A következő női korcsoportban azonban kissé megemelkedik újra a dohányzók gyakorisága, ami – bár gyanítható, hogy az egymást követő kohorszok viselkedése a dohányzás szempontjából nem azonos – azt sugallja, hogy a korábban dohányzó nők egy része szülés után visszatér a

régi szenvedélyéhez. 45 éves kortól a férfiak nagyobb arányban szoknak le, mint a nők. Bár a dohányzás abbaahagyását több társadalmi tényező is befolyásolja, az életkor, illetve a dohányzással töltött idő jelentősége messze túlszárnyalja bármelyiket.

9. tábla. Dohányzási szokások nem és korcsoport szerint, 2009

Korcsoport, éves	Dohányzik	Leszokott	Soha nem dohányzott	Együtt	(%)
Férfi					
15–24	42,1	5,8	52,1	100,0	
25–34	43,4	14,9	41,6	100,0	
35–44	40,0	18,2	41,8	100,0	
45–54	40,1	28,7	31,2	100,0	
55–64	37,4	29,7	33,0	100,0	
65–74	21,8	36,5	41,7	100,0	
75–	7,7	45,8	46,5	100,0	
Együtt	36,8	23,0	40,3	100,0	
Nő					
15–24	31,9	5,4	62,8	100,0	
25–34	33,1	17,7	49,2	100,0	
35–44	32,2	15,7	52,2	100,0	
45–54	37,4	16,3	46,3	100,0	
55–64	28,1	17,5	54,4	100,0	
65–74	12,9	13,2	74,0	100,0	
75–	3,3	9,2	87,5	100,0	
Együtt	26,7	14,1	59,2	100,0	
Összesen					
15–24	37,2	5,6	57,3	100,0	
25–34	38,3	16,3	45,4	100,0	
35–44	36,2	16,8	47,0	100,0	
45–54	38,7	22,5	38,7	100,0	
55–64	32,3	23,0	44,7	100,0	
65–74	16,5	22,6	60,9	100,0	
75–	4,8	21,5	73,7	100,0	
Együtt	31,4	18,2	50,3	100,0	

Forrás: ELEF2009.

A 2000-es évek egészségfelméréseit összehasonlítva megállapítható, hogy a felnőttek között összességében szignifikánsan ($p < 0,05$), 30-ról 27 százalékra csökkent a rendszeresen dohányzók aránya. A változásban főleg annak van szerepe, hogy a fiatal férfiak körében visszaszorul e káros szenvedély népszerűsége (10. tábla).

⁵⁴⁾ Health in the European Union. Trends and analysis. WHO, 2009.

⁵⁵⁾ WHO Report on the global tobacco epidemic: the MPOWER package. World Health Organization, Geneva, 2008

**10. tábla. A rendszeresen dohányzók aránya
nem és korcsoport szerint, 2009**

(%)

Év	Férfi				Nő			
	18–34	35–64	65–	összesen	18–34	35–64	65–	összesen
	éves				éves			
2000 ^{a)}	44,4	41,0	13,7	38,2	29,0	28,2	3,4	23,0
2003 ^{b)}	43,1	39,0	15,9	37,1	32,5	28,5	5,3	24,6
2009 ^{c)}	36,3	36,4	14,1	32,7	25,6	28,8	7,0	22,6
Szignifikancia 2000–2009 p<0,05	x			x			x	

a) Országos lakossági egészségfelmérés, 2000.
b) Országos lakossági egészségfelmérés, 2003.
c) ELEF2009.

A dohányzási szokásokat erőteljesen meghatározzák a társadalmi-gazdasági jellemzők. A leginkább közöttük a legmagasabb azok gyakorisága, akik soha nem dohányoztak (63%), míg a szakmunkás vagy szakiskolai végzettségűek között a legalacsonyabb, mindössze 40 százalék.

A gazdasági aktivitás szerint a valaha dohányzók aránya a vállalkozók között 20 százalékkal magasabb, mint az alkalmazottak között, és a különbség még tovább nő, ha kiszűrjük az egyéb módosító tényezők hatását. A gyermeknevelési ellátásban részesülők – amint arra korábban többször rámutattunk – számos szempontból egészségesebb életmódot folytatnak, mint mások. Itt azonban ennek az ellenkezője tapasztalható, a munkanélküliek után körükben vannak a legtöbben, akik életükben valaha dohányoztak (51%).

A szubjektíve jó vagy nagyon jó jövedelmi helyzetben élők soraiban a legtöbb azok aránya, akik életükben soha nem dohányoztak, 60–70 százalékkal magasabb, mint a nagyon rossz jövedelmi helyzetben lévők között.

Nemcsak a dohányzók népességbeli aránya változott az utóbbi években, hanem az elszívott cigaretták száma is. 1994-ben a 15–64 éves dohányzók több mint fele 20 vagy annál is több szál cigarettát szívott el minden nap, a dohányzó férfiak kétharmada, a nők 43 százaléka volt erős dohányos. Az ELEF2009 szerint ebben a korcsoportban a fér-

fiaknál 46, a nőknél 24 százalékra csökkent ez az arány. A halandóság javuló tendenciája és az egészség-magatartás terén tapasztalható egyéb pozitív változások mellett a dohányzók csökkenő arányát is figyelembe véve az adatok megerősítik annak a feltevézésünknek a jogosságát, hogy a dohányzás szempontjából egy kedvező változás indult el.

Fel kell hívni a figyelmet arra, hogy noha már 2009-ben is egyre több közintézményben, közterületen nem volt szabad dohányozni, a nemdohányzók harmada mégis naponta kénytelen volt elviselni mások füstjét.

Szeszesital-fogyasztás

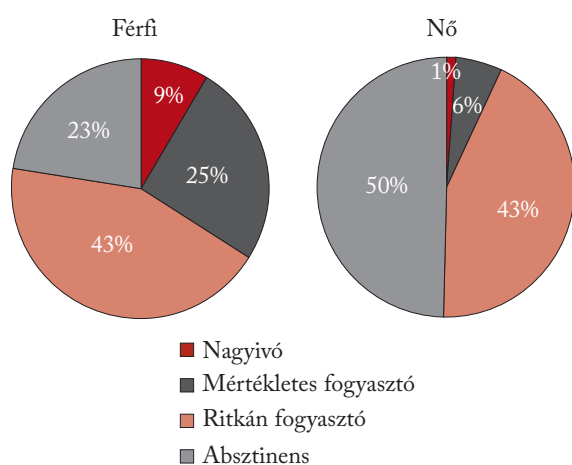
A mértékletes szeszesital-fogyasztás a gasztronómiai kultúra része, csökkenti a szív- és érrendszeri betegségek kialakulásának kockázatát, míg a túlzott alkoholfogyasztás egyebek között májcirrózishoz, keringési rendszeri betegségekhez és bizonyos rákfajták kialakulásához vezethet. Ezért a mértéktelen szeszesital-fogyasztás a dohányzás mellett a legveszélyesebb egészséget romboló magatartási forma.

A mortalitási adatok elemzése szerint Magyarországon 1999-ben az összhálozás 13 százalékáért, az idő előtti halálozás 21 százalékáért és a 35–64 év közötti férfiak halálozásának 27 százalékáért a túlzott alkoholfogyasztás volt okolható.⁵⁶⁾

⁵⁶⁾ Józán Péter: Az alkohol hatása a halandóságra Magyarországon, 1970–1999. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2003.

Az ELEF2009 adatai szerint a 15 éves és idősebb férfiak egyharmada hetente legalább két napon fogyaszt szeszes italt, és minden tizedik férfi napi rendszerességgel iszik. A nőknél a heti többszöri italozás nagyon ritka, a naponta fogyasztók aránya mindössze 1,4 százalék. A szeszesital-fogyasztási szokások kategorizálása a kikérdezést megelőző héten megivott mennyiség szerint történt, ami alapján négy csoportot alakítottunk ki: nagyívó, mértékletes alkoholfogyasztó, alkoholt ritkán fogyasztó és alkoholt nem fogyasztó.⁵⁷⁾ Ennek a kategorizálásnak megfelelően a 15 éves és idősebb lakosság 43 százaléka nemtől függetlenül úgy nyilatkozik, hogy ritkán fogyaszt szeszes italt. A két nem bevallott szeszesital-fogyasztási szokásai jelentősen eltérnek egymástól. Ennek egyik legmarkánsabb jellemzője, hogy a férfiak 8,6 és a nők 1,1 százaléka tekinthető nagyívónak (5. ábra). Feltételezhető, hogy minden statisztikai szakmai körültekintés ellenére is az adatfelvétel során a problémás ivók egy része letagadja egészségkárosító szokását, vagy legalábbis a valóságosnál kedvezőbb színben tünteti fel, de még így is a begyűjtött adatokból számított gyakorisági becslések alapján hazánkban csaknem négyszázezer embert érint a problémás ivás.

5. ábra. Szeszesital-fogyasztási szokások nemek szerint



A fiatalokúak bevallott szeszesital-fogyasztása alapján a fiúk többsége ritkán iszik alkoholtartalmú italokat, a lányok nagyobbik része pedig absztinens. A mintába került 15–18 évesek közül senki nem számolt be problémás italozásról, és a mértékletes fogyasztók aránya sem éri el a 3 százalékot. 18–24 évesen azonban már a férfiak 5,3, a nők 2,9 százaléka nagyívó, a 25–34 évesek között viszont a túlzott italozó magatartás lényegesen ritkábban fordul elő (11. tábla). Ez a mindkét nemre jellemző jelenség akár arra is utalhat, hogy a 25 éves kor alatti felnőttek szabadosabb életet élnek, mint a 25–34 évesek, de óvatosságra int, hogy a korcsoportok közötti különbségek sem a férfiak, sem a nők esetén nem szignifikáns. A nagyívás gyakorisága a 35–54 éves férfiak között 10 százalék körüli, és a következő tízéves korcsoportban már a 14 százalékot is meghaladja, ezt követően csökken a problémás ivók gyakorisága, a 75 éves vagy idősebb férfiaknak már „csak” 9,0 százaléka nagyívó. Az összes szélsőségesen italozó fele 35–64 éves férfi. A felnőtt nők között a problémás italozás gyakorisága életkortól független.

Az absztinensek – nem meglepő módon – a 65 éves és idősebb nők körében fordulnak elő leggyakrabban, kétharmaduk nyilatkozott úgy, hogy sose iszik alkohol tartalmú italt. A felnőtt férfiak mintegy ötöde vallotta magát absztinensnek, és ezt az arányt az életkor nem befolyásolja. A 18 éves kor alatti fiúk 42 százaléka nem iszik szeszesitalt.

11. tábla. A nagyívók és az absztinensek aránya nem és korcsoport szerint

Korcsoport, éves	Nagyívó			Absztinens		
	férfi	nő	együtt	férfi	nő	együtt
18–24	5,3	2,9	4,2	27,8	40,2	33,8
25–34	3,2	0,2	1,7	23,8	43,0	33,4
35–44	10,3	0,5	5,4	21,2	41,3	31,2
45–54	9,8	1,0	5,3	17,4	44,7	31,3
55–64	14,4	1,6	7,4	19,0	48,4	35,1
65–74	12,0	1,6	5,8	21,5	59,6	44,3
75–	9,0	0,6	3,4	29,6	71,9	57,8
Együtt	9,0	1,1	4,8	22,2	49,0	36,5

⁵⁷⁾ Nagyívónak neveztük azokat a nőket, akik a kérdezést megelőző héten összesen több mint 7, illetve azokat a férfiakat, akik több mint 14 egységnyi alkoholt fogyasztottak (a nők esetében az eltérő fiziológiai sajátosságok miatt kell kisebb határértékeket figyelembe venni). Egy ital/alkoholegység egy korsó sörnek, 2 dl bornak vagy 0,5 dl röviditalnak felel meg, azaz 1 dl sör 0,2 itálnak, 1 dl bor 0,5 itálnak és 0,1 dl rövidital 0,2 itálnak számít. A szakirodalomban „binge drinking”-nek nevezett jelenség (egy alkalommal nagy mennyiségű alkohol fogyasztása) kiemelkedő jelentősége miatt nagyívónak neveztük azokat is, akik egy alkalommal 6 vagy több italt fogyasztanak. Mértékletes alkoholfogyasztóknak tekintettük azokat, akik legalább heti gyakorisággal fogyasztottak alkoholt, de nem minősültek nagyívónak. Alkoholt ritkán fogyasztóknak neveztük azokat, akik szoktak szeszes italt fogyasztani, de hetinél ritkább gyakorisággal. Alkoholt nem fogyasztóknak neveztük azokat, akik saját bevallásuk szerint egyáltalán nem szoktak alkoholtartalmú italokat inni.

A férfiak fentiek szerint definiált nagyívását⁵⁸⁾ az ELEF2009-ben számba vett társadalmi-gazdasági ismérvek nemigen befolyásolják, tendenciák ugyan látszanak, de a különbségek kevés kivétellel nem szignifikánsak. A 35 évesek és idősebbek 2-3-szor nagyobb eséllyel válnak nagyívóvá, mint a 18-34 évesek, és ez statisztikailag igazolható eltérés a korcsoportok között. Az ELEF2009-adatok a korábbi kutatásokhoz képest újszerű eredményt mutatnak, mert a problémás szeszesital-fogyasztás szempontjából az idősebb korosztályok veszélyeztetettségére hívja fel a figyelmet.⁵⁹⁾ A fiatalok saját bevallásuk szerint ritkán isznak, és viszonylag keveset is.

A férfiak között a magasabb iskolázottság a nagyívás kisebb, a munkanélküliség annak nagyobb esélyével jár együtt. Az egyedülállók, illetve azok, akik párkapcsolatban, de gyerek nélkül élnek, a többiekénél jobban ki vannak téve annak, hogy szeszesital-fogyasztásuk problémás. A háztartás egy főre jutó jövedelmének emelkedését az első négy jövedelmi ötödben a nagyívás esélyének a fokozódása kíséri, viszont a kiemelkedően magas jövedelemmel rendelkezők esélye arra, hogy nagyívók legyenek a legalacsonyabb.

A saját egészség szubjektív értékelését tekintve a mértéktelen italozás esélye azok között tetőzik, akik úgy vélik egészségi állapotuk megfelelő. A rossz egészségi állapotúak talán azért nem váltak iszákossá vagy szoktak le, mert életmódjuk betegségükkel, orvosi kezelésükkel nem fért össze, a jó egészségnek örvendőik azonban bizonyára azért voltak e téren sikeresek, mert nem váltak nagyívóvá vagy időben felhagytak vele.

Azonos adatforrásra alapozva a nagyívókkal kapcsolatban többnyire hasonló eredményekre jutott a szakterület ismert képviselője is, bár az általa használt definíció komplexebb, a problémás fogyasztókra több szempontot vett figyelembe.⁶⁰⁾

A mértéktelen szeszesital-fogyasztás nemcsak az egyén egészségét veszélyezteti, hanem tönkre teheti a családot, rombolja a szűkebb és tágabb közösséget is. Az azonban gyakran előfordul, hogy

egy-egy pohár ital, esetleg csak néhány korty ételtanilag kedvező hatása javítja a közérzetet (pl. egy kiadós vasárnapi ebéd után), vagy egy koccintás közelebb hoz másokhoz, segít szorosabbra kötni ismeretségeket, barátságokat. A mértékletes szeszesital-fogyasztást a társadalom nem bélyegzi meg. Bizonyos mértékben tehát az absztinencia is egy szélsőséges magatartási forma, ezért érdemes megvizsgálni, hogy kik milyen demográfiai, gazdasági és szociális jellemzőkkel rendelkezők tartózkodnak önkéntesen az alkoholtól.

A férfiak és nők alkoholhoz való viszonyulása nemcsak az eltérő fogyasztási gyakoriságokban különbözik, hanem az azt befolyásoló tényezők is eltérnek egymástól. Ennek egyik feltűnő megnyilvánulása, hogy míg a férfiak esetében az életkor emelkedése csökkenti az absztinencia esélyét, addig a nőknél ez éppen fordítva igaz. A 15-17 éves fiúk között pusztán életkoruk miatt közel háromszor gyakrabban fordulhat elő az alkoholtól való tartózkodás, mint a 65 éves vagy idősebb férfiak között. A nők esetében ugyanez az arány alig több mint 60 százalék.

Az iskolai végzettség növekedésével csökken az absztinencia esélye. A legfeljebb általános iskolát jártak és a felsőfokú végzettségük között a férfiak esetében 1,7-szeres, nők között több mint kétszeres a különbség. Ehhez hasonló szabályszerűséget tapasztalhatunk a háztartás egy főre jutó jövedelmének a hatását vizsgálva, a legkisebb jövedelmi ötödbe tartozók esélye 2,6-szer, illetve 1,6-szer nagyobb. Míg tehát a nők absztinenciáját az iskolai végzettség, addig a férfiakét az anyagi helyzet befolyásolja nagyobb mértékben.

A férfiak gazdasági aktivitása szignifikánsan nem befolyásolja az absztinencia gyakoriságát, de a nők között a szeszes italtól tartózkodók reprezentációját a vállalkozói gazdasági aktivitás statisztikailag igazolható módon csökkenti.

A egészség kedvezőtlen szubjektív megítélése növeli az absztinencia esélyét mind a férfiak, mind pedig a nők között, bár a két nem esetén a rossz

58) A nőket a nagyon alacsony előfordulás miatt nem érdemes vizsgálni.

59) Elekes Zsuzsanna: Alkoholfogyasztás Magyarországon az ELEF2009 adatai alapján. In: ELEF 2009 Tanulmányok II. Az egészség társadalmi-gazdasági összefüggései. KSH, Budapest, 2012.

60) uaz.

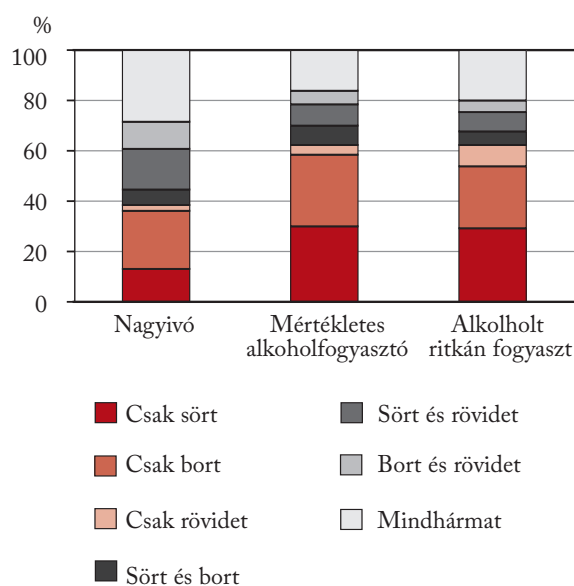
egészségi állapotnak nem azonos a hatása, a férfiak között a nagyon rossz egészség önmagában több mint háromszorosára növeli az esélyt a nagyon jó egészségűekhez képest, míg a nők között alig 40 százalékkal.

Azok, akik mértéktelenül isznak, sokkal gyakrabban és többet dohányoznak, mint a többiek, a másik oldalról pedig azt lehet mondani, hogy az egyik abúzus magatartástól való tartózkodás hasonló valószínűsít a másikkal összefüggésben is. Ezt jelzi, hogy a szeszesital-fogyasztás és dohányzás között a korreláció szignifikáns (Gamma= 0,191), férfiakra és nőkre közel azonos (12. tábla).

A 15 éves és idősebb lakosság 62 százaléka iszik sört, 57 százaléka bort, és 41 százaléka röviditalt. A nők inkább bort isznak, a férfiak jobban kedvelik a sört. A különböző szeszesital-fogyasztási szokások is eltérő fogyasztási szerkezettel járnak együtt. A három típus között a mértéktelenen és a ritkán fogyasztók az italajták szerint közel hasonló megoszlást mutatnak bár abban a csoportban, ahol ritkán isznak szeszes italt, gyakoribb a rövidital fogyasztása akár magában, akár más italajtával együtt. A kizárólag röviditalt kedvelők itt több mint kétszer nagyobb arányban fordulnak elő, mint a másik kate-

góriában. A nagyivók italszerkezete azonban jelentősen eltér a másik két típustól. A mértéktelen italozók a legritkábban érik be egyfajta itallal, mintegy fele akkora arányban isznak kizárólag sört, mint a másik két típus, viszont a rövidital fogyasztása borral vagy sörrel társítva sokkal gyakoribb (6. ábra).

6. ábra. Szeszesital-fogyasztási szerkezet fogyasztási szokások szerint



12. tábla. Dohányzási szokások szeszesital-fogyasztás szerint

Dohányzási szokás		Szeszesital-fogyasztás				Együtt
		nagyivó	mértéktelen alkoholfogyasztó	alkoholt		
				ritkán	nem	
Férfi						
Naponta rendszeresen	legalább egy dobozzal	33,8	16,5	13,5	12,7	15,8
	kevesebb mint egy dobozzal	20,0	16,2	18,0	13,1	16,6
Alkalomszerűen		3,1	5,0	4,9	3,3	4,4
Leszokott		20,5	29,1	21,4	20,5	23,0
Soha nem dohányzott		22,6	33,2	42,2	50,4	40,1
Együtt		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nő						
Naponta rendszeresen	legalább egy dobozzal	29,6	6,8	6,2	5,7	6,3
	kevesebb mint egy dobozzal	3,7	18,9	18,3	13,9	16,0
Alkalomszerűen		3,1	11,1	6,1	6,0	2,7
Leszokott		20,5	14,8	18,9	15,8	12,2
Soha nem dohányzott		22,6	29,6	6,8	6,2	5,7
Együtt		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

A kereskedelmi adatok felhasználásával készült OECD-statisztika⁶¹⁾ szerint a tiszta alkoholban kifejezett egy főre jutó alkoholfogyasztás alapján Magyarország a legtöbb alkoholt fogyasztó európai országok közé tartozik, mert minden 14 évesnél idősebb lakosra évente 13,2 liter tiszta alkohol jut. Ennél többet csak Írországból és Luxemburgban iszik a lakosság, így valószínűsíthető, hogy az ELEF2009-ből származó, önbevallásra alapozott adatok alulbecslik a valós helyzetet, és többen fogyasztanak a beismertnél nagyobb mennyiségű szeszes italt, és az alkoholprobléma is a lakosságnak a fent bemutatottnál nagyobb hányadát érinti.⁶²⁾

Az egészség-magatartás regionális különbségei

Az egészség-magatartás szempontjából a regionális különbségek jórészt az adott terület társadalmi-gazdasági különbségeit tükrözik vissza, ezért nem meglepő, hogy a halandóság és az egészségi állapot vizsgálata során is tapasztalt, az ország keleti részének és a Dél-Dunántúlnak a nyugati régiókhöz viszonyított helyzete hátrányos. Közép-Magyarország helyzete ingadozó.

Közép- és Nyugat-Dunántúlon esznek a leggyakrabban gyümölcsöt, zöldséget, előbbit hetente átlagosan kevés híján 11-szer, utóbbit 8-szor. A legtöbben Közép-Dunántúlon végeznek megfelelő mértékű testmozgást, és ez különösen a nőkre igaz, mert esetükben az arány 87 százalék. Közép- és Nyugat-Dunántúlon a legkevesebb az aktív dohányosok aránya is, 28–29 százalék. Ezzel szemben Észak-Magyarországon és Dél-Dunántúlon esznek a legritkábban gyümölcsöt, hetente átlagosan 9,5-szer, és Észak-Alföldön szerepel az étrendben zöldség a legkisebb gyakorisággal, mindössze közel 7-szer. Észak-Magyarországon végeznek a legkevesebben megfelelő mértékű testmozgást, különösen a nők között számottevő a lemaradás, mindössze 68 százalékuk végez elegendő testmozgást. Az alföldi régiókban a legmagasabb azok aránya, akik soha nem dohányoztak (53–54%), és Dél-Dunántúlon a legalacsonyabb (44%). Ez utóbbiban

él a legtöbb aktív dohányzó is, eléri a 15 éves és idősebb lakosság 38 százalékát.

A túlsúlyosak és elhízottak együttes aránya regionális szinten 50 és 57 százalék között mozog. A legalacsonyabb értéket Közép-Magyarországon, a legmagasabbat Dél-Alföldön regisztrálták, de a legtöbb kifejezetten elhízott Észak-Magyarországon él, szinte minden negyedik ember ebbe a kategóriába sorolható.

A Nyugat-Dunántúlon és a Dél-Dunántúlon élő férfiaknak van legkisebb esélye arra, hogy absztinensek legyenek: mintegy fele a közép-magyarországinak. A nők absztinenciáját kevésbé befolyásolja a lakóhely régiója, de Észak-Magyarországon kiemelkedően, az ország középső régiójánál 60 százalékkal nagyobb az esélyük arra, hogy alkoholmentes életet éljenek.

Az egészségügyi ellátás intézményi háttere

Orvosellátottság

Az egészségügyi ellátás három alappillérré épül: a háziorvosi hálózatra, a járóbeteg-ellátásra és a kórházi ellátásra.

2010-ben Magyarországon mintegy 30–35⁶³⁾ ezer orvos dolgozott, ebből a szempontból a hazai orvosellátottság jól megfelel az EU-átlagnak (3,2/1000 fő). Ez a szint – ha némi ingadozással is – az 1990-es évektől állandósult, de mindig is jelentős területi különbségeket mutatott. A megyék nagy részében ezer lakosra 2,0–2,8 orvos jut, ennél lényegesen magasabb érték mérhető azokon a területeken, ahol hagyományosan orvosképzés folyik, klinikák működnek: Budapesten (6,7), Csongrád megyében (5,1), Baranya megyében (4,8), Hajdú-Bihar megyében (4,0).

A dolgozó orvosok 38 ezer állást töltenek be. Összehasonlítva az egészségügyi intézmények működéséhez 2010-ben szükséges állások számát a betöltöttekkel megállapítható, hogy összesen mintegy másfélezer orvos hiányzott. A legnagyobb problémával a kórházaknak kell szembenéznük.

⁶¹⁾ Health in Glace 2009 – OECD Indicators.

⁶²⁾ Európai lakossági egészségfelmérés, 2009. Összefoglaló adatok. Ksh, Budapest, 2011.

⁶³⁾ Az orvosnyilvántartás jogi szabályozása és gazdája a tekintett időszakban többször is változott, a publikált adatok nem minden forrásban azonosak.

Szám szerint a legtöbb betöltetlen állás az aktív fekvőbeteg-ellátásban keletkezett, 793, ami az igény közel 7 százaléka. A járó betegek gyógyító ellátásában is 345 üres állás van, a működéshez szükséges 4 százaléka. Arányaiban viszont a klinikai szakfeladatok közül a mentés küzd a legnagyobb hiánnyal, 26 százalékkal, és a fekvő betegek krónikus ellátása 14 százalékkal (13. tábla).

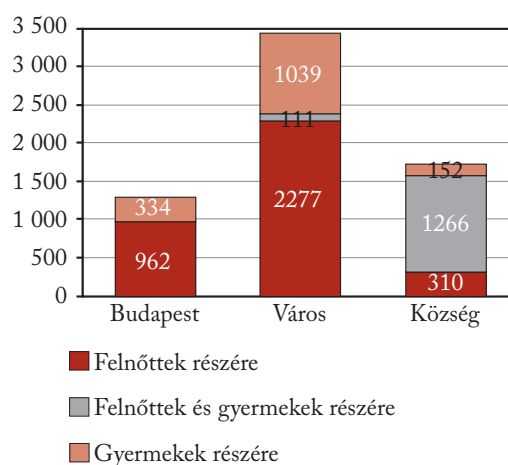
Figyelembe véve, hogy évente 900–1000 orvost képeznek a hazai egyetemeken, azaz kevesebbet, mint ahány állás már most sincs betöltve, valamint, hogy a dolgozó orvosok több mint fele elmúlt 50 éves, az orvoshiány várhatóan évről évre nőni fog.

Háziorvosi ellátás

2010-ben Magyarországon mintegy 6400 háziorvos dolgozott, és közülük 1500 volt a házi gyermekorvosok száma. Egy háziorvos, illetve házi gyermekorvos a praxisában átlagosan 1600 lakosért felelős, bár a praxisok nagysága igen nagy variációs terjedelmet mutat a néhány személyestől a több mint 4000 fősig. Öröndetes tény, hogy ma már a községekben is dolgoznak házi gyermekorvosok, de ezt beárnyékolja, hogy míg 2000-ben még 240-en

voltak, 2010-re már csak 152 maradt, holott éppen a falvakban – ahol gyérebb az egyéb egészségügyi szolgáltatással való ellátottság – lenne hangsúlyosan szükség arra, hogy a családok számára elérhető távolságban legyen gyermekorvos. A jobbára alacsony lélekszámú településeken működő vegyes praxisokban a lakosság egészségét mérő mutatók zöme kedvezőtlenebb, mint a felnőtt vagy gyermek praxisokban (7. ábra).

7. ábra. Háziorvosi praxisok típus és a település jogállása szerint, 2010



Forrás: Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2010.

13. tábla. A működéshez szükséges és betöltött orvosi állások száma szakfeladat szerint, 2010

Szakfeladat	Működéshez szükséges	Betöltött	Nem betöltött, %
	állások száma		
Fekvő betegek aktív ellátása	11 585	10 792	6,8
Járó betegek gyógyító szakellátása	8 247	7 902	4,2
Háziorvosi alapellátás	7 049	7 035	0,2
Fogorvosi alapellátás	3 705	3 687	0,5
Felsőfokú oktatás	1 648	1 636	0,7
Fogorvosi szakellátás	1 317	1 296	1,6
Foglalkozás-egészségügyi alapellátás	845	825	2,4
Háziorvosi ügyeleti ellátás	626	625	0,2
Fekvő betegek krónikus ellátása	589	507	14,0
Bentlakásos egészségügyi rehabilitációs ellátás	552	494	10,5
Egyéb, máshová nem sorolt járóbeteg-ellátás	479	477	0,5
Egyéb, máshová nem sorolt kiegészítő egészségügyi szolgáltatás	448	442	1,4
Járó betegek gyógyító gondozása	415	373	10,1
Képalkotó diagnosztikai szolgáltatások	384	359	6,4
Mentés	286	212	25,8
Egyéb	1 782	1 663	6,7
Együtt	39959	38325	4,1
Nem lát	0,0	1,6	0,1

Forrás: Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2010.

Egy 2011-ben elvégzett ÁSZ-vizsgálat szerint a hazai háziorvosi rendszer mai működését finanszírozási nehézségek, az orvosok előregedése és a rendszerbe belépő új orvosok alacsony száma jellemzi, aminek következtében emelkedik a betöltetlen praxisok száma. Az orvosok több mint harmada 50–59 év közötti, és további harmada 60 év feletti. A háziorvosi szolgáltatás földrajzi elérhetősége heterogén, több mint 1300 településen nincs háziorvosi rendelő vagy a háziorvos székhelye nem ott található. Szoros összefüggés mutatkozik egy térség lakosságának egészségi állapota és betöltetlen praxisok aránya között. A háziorvosi praxisok körzeteinek kijelölése ma egyáltalán nem a szükséglet alapú tervezésre támaszkodik, nagyságuk, földrajzi elhelyezkedésük, szolgáltatási csomagjuk független attól.

Az ellátás színvonalát tekintve az uniós átlaghoz való felzárkózás helyett az elért eredmények fenntarthatóságának kockázata merül fel.⁶⁴⁾

Kórházi ellátás

A kórházi ellátás 2010-ben 71 216 ágyon történt, az aktív ellátást biztosító kórházi ágyak száma pedig 44 388 volt, és így a hazai ellátottság mindkét vonatkozásban meghaladja az EU átlagát (5,6 és 3,5/ezer fő). Mint a legtöbb iparilag fejlett országban Magyarországon is az egy főre jutó kórházi ágyak száma a vizsgált időszakban visszaesett. Nálunk a visszaesés mértéke összességében 15 százalék volt, és míg 2004–2006-ban Németország után Magyarország kórházi ágyellátottsága volt a legmagasabb, 2008-ra a hatodik helyre kerültünk, de egy évvel később már megint csak két ország, Németország és Ausztria ellátottsága volt jobb a magyarnál. Az ágyszám csökkenése jelentős részben a 2006. évi egészségügyi reform intézkedéseinek következménye, amelyek nyomán 2007-re egyetlen év alatt minden tizedik kórházi ágyat megszüntettek. Ezzel együtt összességében nálunk 20 százalékkal kevesebb lakost lát el egy kórházi ágy, mint az unióban. Fel kell azonban hívni a figyelmet arra az anomáliára, hogy Magyarországon a pszichiátriai ágyak egyenként több mint kétszer annyi ember számára kell, hogy rendel-

kezésre álljanak, mint az európai közösség tagjainak többségében, és csak Cipruson és Olaszországban rosszabb a pszichiátriai ágyakkal való ellátottság.

Az ágyszámcsökkenés Európa-szerte egybeesett a kórházi kezelések átlagos tartamának csökkenésével és az egynapos vagy ambuláns ellátásban végzett sebészeti beavatkozások számának növekedésével. Az elmúlt évtizedben Magyarországgal együtt a legtöbb fejlett országban gyorsan javult az új diagnosztikai technológiák – mint a komputertomográfia szkennel és a mágneses rezonancia vizsgálat – elérhetősége, hazánkban azonban az egymillió lakosra jutó CT- és MRI-vizsgálatok száma 2009-ben 7,2 és 2,8 volt, ami jóval az OECD átlaga (22,1 és 12,0) alatt marad. Az ágyak fajlagos számának csökkenése mellett a 2000–2010-es időszakban Magyarországon az aktív ágyakon a kezelések átlagos tartama 6,7 napról 5,3-re esett vissza, és az időszak végén az ágykihasználási százalék a tíz évvel korábbi érték volt.

A megyék többségében a százezer lakosra jutó működő kórházi ágyak száma 70 körül mozog, de a fővároshoz közel eső régiókban ennél alacsonyabb, Pest megyében nem éri el a 30-at, és Bács-Kiskun, Fejér és Komárom-Esztergom megyében is 65 alatt marad.

2000-től 2010-ig jelentősen átstrukturálódott a kórházi ágyak szakma szerinti összetétele. 2001-ben mintegy 1000-rel több engedélyezett ágy volt a krónikus osztályokon, mint egy évvel korábban (26 700), különösen az utókezelők, illetve a rehabilitációs és tartós ápolási osztályok ágyszámát emelték meg, és a következő években a növekedés még tovább tartott. Ugyanakkor az aktív osztályok ágyszáma csökkent, az ezredfordulót követő évben 13 ezerrel, és 2002-től évente 44 400 ágyat engedélyeznek. Az általános csökkenés mellett az onkológiai és az intenzív osztályok ágyszáma nőtt. Az aktív ellátást nyújtó kórházi ágyak között hagyományosan belgyógyászati osztályhoz tartozik a legtöbb: 20, valamint a sebészethez 10 százalék. Fel kell azonban hívni a figyelmet arra, hogy míg 2000-ben az összes kórházi osztály ágyszám szerinti sorrendjét tekintve ezek voltak az első és a harmadik helyen, és az el-

⁶⁴⁾ Jelentés a háziorvosi ellátás működésének és pénzügyi feltételrendszerének ellenőrzéséről. Állami Számvevőszék, 2011. november.

megyógyászat a másodikon, addig 2010-re a legtöbb ágy a rehabilitációs egységekben található, és a belgyógyászat, valamint az elmegyógyászat közé belépett az utókezelő (14. tábla).

között mozog. Magyarországon, mint az OECD országainak többségében, 2000 és 2009 között nőtt az egészségügyi kiadások reálértéke, és a hazai növekedés átlagosan évente 2,8 százalék volt, de ez

14. tábla. Az engedélyezett kórházi ágyak száma osztályok szerint

Osztály	2000	2010	Osztály	2000	2010
Fogászat és szájszészet	247	144	Sebészeti típusú mátrix	–	2 373
Betegfelvétel	30	403	Belgyógyászati típusú mátrix	–	2 456
Bőr- és nemibeteg-gyógyászat	879	443	Ideggyógyászat	3 643	2 495
Mátrixintézet	–	512	Baleseti sebészet	3 961	2 516
Ortopédia	1 157	799	Tartós ápolás	1 418	2 606
Fertőzőbeteg-ellátó	1 395	905	Szülészet és nőgyógyászat	6 266	2 667
Szemészet	1 811	910	Aktív elmegyógyászat	–	2 991
Reumatológia	1 662	979	Csecsemő- és gyermekgyógyászat	5 947	3 407
Fül-orr-gégészet	2 184	995	Sebészet	8 129	4 327
Urológia	1 749	1 031	Elmegyógyászat	10 065	5 655
Intenzív betegellátó	1 195	1 308	Utókezelő	4 531	7 491
Tüdőgyógyászat	4 395	1 391	Belgyógyászat	15 604	8 775
Onkológia, onkoradiológia	1 773	1 884	Rehabilitáció	6 236	10 006
Aktív tüdőgyógyászat	–	2 068	Összesen	84 277	71 537

Forrás: Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2010.

Egészségügyi kiadások

Magyarországon 2009-ben az egészségügyre fordított kiadások aránya a GDP-hez viszonyítva 7,4 százalék volt, és az egy főre vásárlóerő-paritáson számított értéke 1511 dollár. Az előbbi OECD-országok átlagának 78 százaléka, az utóbbi azonban mindössze 47 százalék. Mindkét mutató szempontjából Magyarország az OECD-országok között a legrosszabbul finanszírozottak közé tartozik, de az EU-27 közösséget tekintve a bruttó nemzeti termékben belüli arányával hazánk a középmezőnyben helyezkedik el, az egy főre jutó összeg azonban már ebben az összehasonlításban is a legalacsonyabbak között található. Az ország tehetségéhez mérten Hollandia, Franciaország és Németország fordít a legtöbbet az egészségügyre, a bruttó hazai termék 11 százalékot meghaladó részét. Az unió országaiban az egy főre jutó összes egészségügyi kiadás 3534 (Hollandia) és 1002 euró (Észtország)

szintén az OECD-átlag alatt maradt (4,4%).⁶⁵⁾ Ráadásul az utóbbi esztendőben forráskivonás történt az ágazatból, amit jelez, hogy az egészségügyi közkiadások részesedése a GDP 2003-as 5,8 százalékáról 2008-ra 5 százalék alá esett.⁶⁶⁾

Gyógyszerekre, gyógyászati segédeszközökre az OECD-országok közül Magyarországon költenek arányaiban a legtöbbet, 2009-ben az egészségügyi kiadások közel harmadát fordították ilyen célra, ami az OECD-országok átlagának duplája. Figyelembe véve ugyanakkor, hogy az egy főre jutó 454 dolláros gyógyszerkiadás hazánkat az európai OECD-országok sorában a középmezőnybe sorolja, ez összecseng azzal a ténnyel, hogy nálunk összességében fele annyit sem fordítanak egészségügyi ellátásra, mint az OECD-országok átlaga, viszont a gyógyszerekhez minden ország hasonló árszínvonalon jut. Meg kell említeni, hogy a megelőzésre, közegészségügyre fordított összeg GDP-n belüli aránya nemzetközi szinten általában meglehetősen

⁶⁵⁾ OECD Health Data 2011 <http://www.oecd.org/dataoecd/43/20/40904982.pdf>

⁶⁶⁾ Eurostat database. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database

alacsony, az unió viszonylatában Hollandiában és Finnországban a legmagasabb, ahol 0,45 százalék. Magyarország (0,3 százalék) ebből a szempontból viszonylag kedvező pozíciót foglal el.

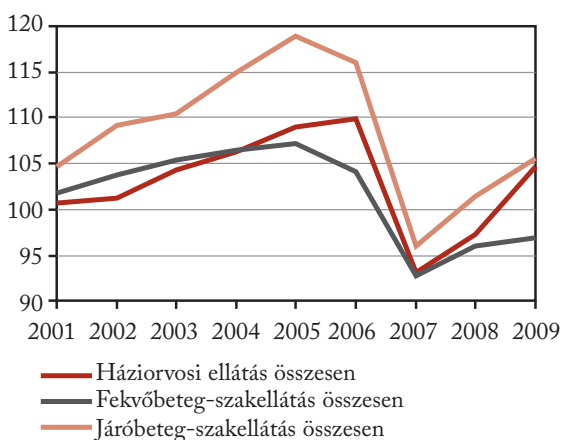
Az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele, elégedettség

Orvos-beteg találkozások

A 2006-os egészségügyi reform bevezette a járulékfizetés nyilvántartásának és ellenőrzésének rendszerét, valamint az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele mérséklése érdekében a biztosítottak pénzbeli hozzájárulási kötelezettségét. Ennek következtében 2006-ban lelassult az addig növekvő orvos-beteg találkozások száma, és 2007-ben jelentősen visszaesett valamennyi ellátási szinten.

Az ezredfordulón a házi gyermekorvosok forgalmával együtt 66 millió házi orvos-beteg találkozót regisztráltak, ami 2006-ra már meghaladta a 72 milliót, majd a következő évre 61 millióra esett vissza, azóta újra emelkedik a házi orvosi betegforgalom, és 2009-ben elérte a 69 milliót. A járóbetegszakellátásban évente 70–80 millió orvos-beteg találkozót regisztráltak, és az éves esetszámok görbéje követi a házi orvost (8. ábra).

8. ábra. Az orvos-beteg találkozások száma a 2000. évi százalékában



Forrás: Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet.

A kórházból elbocsátott esetek száma 2,4–2,8 millió között változott a vizsgált időszakban, és 2005-ben volt a legmagasabb, majd 2007-ben a legalacsonyabb, azóta megint lassan növekszik. A kórházi ápolás átlagos tartama csökkenő tendenciát mutat, a vizsgált időszak alatt 2001-ben regisztrált legmagasabb 7,0-ről az időszak végére 5,3-re esett vissza.

Igénybevétel elmulasztása, elégedettség

Egy lakos évente átlagosan hétszer megy szakorvoshoz, és ezer fő közül 2–3 kerül kórházba. Az ELEF2009 eredményei alapján a 15 éves és idősebb lakosság 4 százalékával egy év alatt legalább egyszer előfordul, hogy orvosi javaslat ellenére nem megy kórházba, 13 százalékával pedig, hogy szakorvoshoz kellene fordulnia, mégsem keresi fel. Ez a magatartás jobban jellemzi a nőket, mint a férfiakat, és annál nagyobb valószínűséggel fordul elő, minél kevésbé elégedettek az ellátórendszerrel. A kórházi kezeléstől való távolmaradás az életkor emelkedésével növekvő tendenciájú, míg a szakorvosi ellátást inkább a középkorúak kerülik el. Habár a jövedelmi helyzet nem tartozik a legfontosabb differenciáló tényezők közé, de a rossz körülmények között élők körében ez a jelenség az átlagnál valamelyest gyakoribb, különösen azok között, akik úgy ítélik meg, hogy háztartásuk jövedelmi helyzete nagyon rossz (kórház: 14%, szakorvosi ellátás: 26%).

A kórházi kezelést a munkanélküliek és a nyugdíjasok utasítják el legnagyobb gyakorisággal (5–6%), míg a szakorvoshoz fordulást a vállalkozók, és mellettük még átlagon felüli a munkanélküliek és a nyugdíjasok aránya (18, 15, 14%).

Az igénybevétel elmulasztásának a legtöbbször említett okai az időhiány (25, illetve 35%) és a műtéttől való félelem (20%), illetve a remény, hogy a panasz magától is elmúlik (26%). A vállalkozók háromnegyede, a gyermekellátásban részesülők kétharmada azért nem tudja alávetni magát a szükséges kórházi kezelésnek, mert nincs rá ideje, és ugyanerre hivatkozik a szakorvosi ellátást elmulaszt-

tó alkalmazottak és vállalkozók több mint fele, valamint a gyermekellátásban részesülők harmada is.

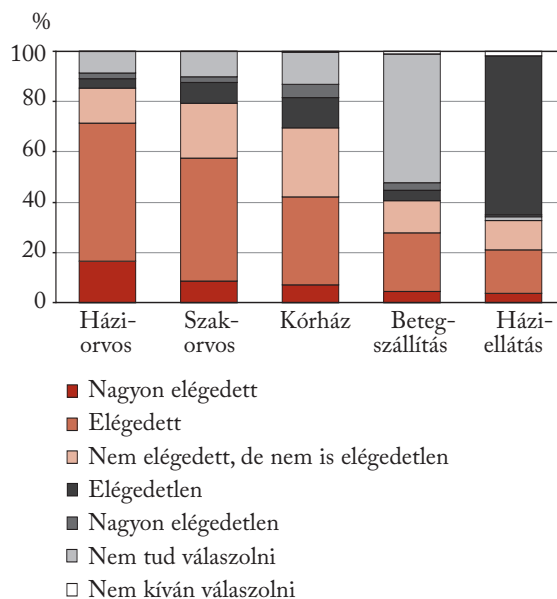
A kórházi kezelés igénybevétele jórészt kényszerűség, és kevésbé halogatható, mint a szakorvoshoz fordulás. Ezt erősíti meg az ELEF adatai is. Azokkal, akik elégedetlenek a szakorvosi ellátással kétszer olyan gyakran fordul elő egy év alatt, hogy elmulasztja a szükséges konzultációt vagy kezelést (21%), mint azokkal, akik elégedettek (11%). A kórházi kezelés halogatását nem befolyásolja az elégedetlenség, a 15 éves és idősebb lakosság 4–5 százalékával fordul elő, hogy kellene, de mégsem veszi igénybe. A 2009-es SILC-adatok alapján Magyarországon 14 százalék azon egészségügyi igények aránya, amivel nem kerültek be az ellátórendszerbe. Az unió országai között Szlovéniában és a Benelux-államokban fordul ilyen elő a legritkábban, kevesebb mint 3 százalék, és a magyarnál magasabb arányt csak Romániában, Lengyelországban, Lettországon és Bulgáriában (30%) mértek, és az időhiányra való hivatkozás, valamint a bizakodás abban, hogy a probléma magától megoldódik, nálunk a négy leggyakoribb uniós érték között van (az ellátatlan igények 15 és 38 százaléka).

Egy 2008-as uniós közvélemény-kutatás⁶⁷⁾ során megvizsgálták, hogyan értékeli a közösség állampolgárai országuk egészségügyi ellátórendszerét egy négyfokozatú skálán. A magyar válaszolók 73 százaléka meglehetősen rossznak vagy nagyon rossznak minősítette hasonlóan a portugálokhoz. Ennél nagyobb arányban csak a lengyelek, a románok, a görögök és a bolgárok értékelték úgy, hogy ellátórendszerük rossz.

Az ELEF részleteiben vizsgálta a lakosság elégedettségét az egyes ellátásfajtákkal, és az eredmények

messze nem ennyire kedvezőtlenek. Az emberek különösen a házi orvosukkal elégedettek, mindössze 6 százalék mondta ennek az ellenkezőjét (9. ábra).

9. ábra. Az egyes ellátástípusokban ellátottak elégedettség szerinti megoszlása, 2009



Forrás: ELEF2009.

A szakorvosi ellátással elégedetlenek aránya megközelíti a 11 százalékot. A kórházi szolgáltatások tekintetében a legmagasabb ez az arány, 17 százalék fölött van, de akiket kórházban fekvőként kezeltek az adatfelvételt megelőző 12 hónapban, ennél kedvezőbb véleményt adtak. Arra a kérdésre a rendelkezésre álló adatok nem adnak választ, hogy azok veszik-e szívesebben igénybe az egészségügyi ellátást, akik amúgy is jobb véleménnyel vannak róla, illetve a frissebb személyes benyomások kedvezőbbek-e, mint a régebbiek, vagy azok, amiket a sajtó közvetít.

67) http://ec.europa.eu/public_opinion

FELHASZNÁLT IRODALOM

- 2004 Surgeon General's Report—The Health Consequences of Smoking http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2004/index.htm
- A halálozások haláloki jellemzői, elvesztett életévek. Statisztikai Tükör. 2008/176. <http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xftp/stattukor/halalozasok07.pdf>
- About WHO. <https://apps.who.int/aboutwho/en/definition.html>
- Boros J., Németh R., Vitrai J. (szerk.). Országos Lakossági Egészségfelmérés. Kutatási jelentés. Budapest, Országos Epidemiológiai Központ, 2002.
http://193.225.50.35/dokumentum/OLEF_2000/kutatasi_jelentes.pdf
- Demográfiai évkönyv, 2009. KSH, 2010
- Demography Report 2010.
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/documents/Tab/report.pdf>
- Determinants of the burden of disease in the European Union. Stockholm, National Institute of Public Health, 1997; quoted from: Food and health in Europe: a new basis for action. WHO Regional Publications European Series, No. 96 <http://www.euro.who.int/document/E82161.pdf>
- Dr. Zajkás Gábor: Magyarország nemzeti táplálkozáspolitikája, ÁNTSZ, 2004. Budapest
- Elekes Zsuzsanna: Alkoholfogyasztás Magyarországon az ELEF 2009 adatai alapján In: ELEF2009. Tanulmányok II. Az egészség társadalmi, gazdasági összefüggései. KSH, Budapest, 2012
- Ellen L. Idler and Yael Benyamini: Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. Journal of Health and Social Behavior, Vol. 38, No. 1 (Mar., 1997), pp. 21-37, American Sociological Association
- Ellen Nolte, C. Martin McKee: Measuring the health of nations: Updating an earlier analysis. Health Affairs, 27, no. 1 (2008): 58–71
- Ellen Nolte, C. Martin McKee: Measuring the health of nations: Updating an earlier analysis. Health Affairs, 27, no. 1 (2008): 58–71
- Európai lakossági egészségfelmérés, 2009. Összefoglaló adatok. KSH, 2011
- Eurostat database
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database
- Expert Consultation, Geneva, 28 January–1 February 2002, WHO technical report series: 916, World Health Organization, Geneva.
- Faragó Miklós: Egészségesen várható élettartamok Magyarországon, 2005. KSH, Budapest, 2007. <http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/elettart05.pdf>
- Fókuszban a túlsúly, elhízás. KSH, http://portal.ksh.hu/portal/page?_pageid=37,870181&_dad=portal&_schema=PORTAL
- Havasi Éva – Horváth Gergely: A betegség anyja a szegénység. In: ELEF2009. Tanulmányok I. A lakosság egészségi állapota. KSH, Budapest, 2011
- Health in the European Union. Trends and analysis. WHO 2009.
- Health in Grace 2009 – OECD Indicators
http://ec.europa.eu/public_opinion/
http://fogalomtar.eski.hu/index.php/Eg_százalékC3_százalékA9szs_százalékC3_százalékA9gmodell
- Jelentés a háziiorvosi ellátás működésének és pénzügyi feltételrendszerének ellenőrzéséről. Állami Számvevőszék, 2011. november
- Józan Péter: A dohányzás hatása a halandóságra Magyarországon, 1970–1999. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2002

- Józan Péter: Az alkohol hatása a halandóságra Magyarországon, 1970–1999, Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2002
- Józan Péter: Halálozási viszonyok és életkilátások a 21. század kezdetén a világ, Európa és Magyarország népességében. Magyar Tudomány, 2009. október
- Juan G. Gay, Valérie Paris, Marion Devaux, Michael de Looper: Mortality Amenable to Health Care in 31 OECD Countries. Estimates and methodological issues. OECD Health Working Papers No. 55.
- Kovács Katalin: Társadalmi rétegződés és egészség: a legutóbbi évtized során tapasztalt változások. ELEF2009. Tanulmányok I. KSH, 2011
- Lalonde M.: A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974. http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf
- Mária S. Kopp, Árpád Skrabski, András Székely, Adrienne Stauder, Redford Williams: Chronic Stress and Social Changes, Socioeconomic Determination of Chronic Stress, Annals of the New York Academy of Sciences, 2007.
- Mental Health. Part 1. Report. Special Eurobarometer 345 http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_345_en.pdf
- OECD Health Data 2011 <http://www.oecd.org/dataoecd/43/20/40904982.pdf>
- The Adelaide Statement on Health in All Policies. WHO, Genf, 2010
- Vokó Zoltán: Az egészségi állapot demográfiai és társadalmi-gazdasági meghatározó tényezői. In: ELEF2009. Tanulmányok I. A lakosság egészségi állapota. KSH, Budapest, 2011
- WHO (2003). Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases: Report of a Joint WHO/FAO
- WHO Health for All Database <http://data.euro.who.int/hfad/>
- WHO Report on the global tobacco epidemic: the MPOWER package. World Health Organization, Geneva, 2008
- Zöld Könyv „Az egészséges táplálkozás és a fizikai tevékenység promóciója: a túlsúly, az elhízottság és a krónikus betegségek megelőzésének európai dimenziója”. Az Európai Közösségek Bizottsága, Brüsszel, 2005.

FOGALMAK

Várható átlagos élettartam: egy adott év halandósági viszonyainak általánosan használt összefoglaló mutatója. Azt mutatja meg, hogy az adott év halálozási viszonyainak tartós fennállása esetén egy újszülött átlagosan hány évre számíthat.

Standardizált halálozási arányszám: azt fejezi ki, hogy egy adott populáció nyers halálozási arányszáma mennyi lenne, ha a populáció kor szerinti megoszlása azonos lenne az európai standard populáció kor-megoszlásával.

Ischaemia: valamely mechanikus hiba (pl. artéria elzáródás, -szűkület) okozta vérellátási hiány egy adott területen.

Lipoprotein-anyagcsere rendellenességei és egyéb lipidaemiák. Idetartozó betegségek: a vér emelkedett koleszterinszintje, a vérzsírok felszaporodása, a vér emelkedett triglicerid szintje, lipoprotein anyagcsere rendellenessége. A lipoproteinek speciális fehérjék, amelyek a vérben lévő és a vízben nem oldódó zsírokat szállítják. A lipidek: létfontosságú szerves vegyületek, melyek glicerinből és zsírsavakból álló víztaszító és zsírolószerekben oldódó makromolekulák.

Atópiás dermatitis: allergiás eredetű bőrgyulladás

Binoculáris szemmozgás, az alkalmazkodás és a fénytörés betegségcsoportja: idetartozik a kancsalság, egyéb fénytörési problémák és a két szem összehangolt működését akadályozó betegségek.

Testtömegindex (TTI, Body Mass Index, BMI) =
$$\frac{\text{testtömeg (kg)}}{\text{testmagasság}^2 \text{ (m}^2\text{)}}$$

Túlzottan sovány: <18,50; normál testsúlyú: 18,50–24,99; túlsúlyos: 25,00–29,99; elhízott: ≥30,00.

Elérhetőségek

Készítette: **Gárdos Éva**,
a KSH statisztikai főtanácsadója

E-mail: Eva.Gardos@ksh.hu

Telefon: (+36 1) 345 4439