

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT

BOROS JULIANNA – GÁRDOS ÉVA – KOVÁCS KATALIN

FŐBB MEGÁLLAPÍTÁSOK

- » A magyar lakosság egészségi állapota a krónikus betegségek előfordulásának magas aránya alapján kedvezőtlen, annak ellenére, hogy az egészségi állapot értékelése az utóbbi évtizedben kismértékben javult, főként a középkorúak és az idősek körében.
- » Az egészségben várható életevek száma az elmúlt évtizedben közel négy évvel emelkedett. A társadalmi különbségek azonban jelentősek. A legalacsonyabb iskolázottságú nők 11, a férfiak 12 évvel rövidebb korlátozott-ságtól mentes életre számíthatnak, mint a diplomával rendelkezők.
- » A 15 éves és annál idősebb magyarországi lakosság csaknem felének van krónikus betegsége, egészségi problémája. A nők, az idősebbek és az alacsony iskolázottságúak között nagyobb a krónikus betegek aránya.
- » A leggyakoribb egészségproblémák a mozgásszervi betegségek és a magasvérnyomás-betegség, mindkét betegségtípus külön-külön a felnőtt lakosság csaknem harmadát érinti. Minden 7–8. felnőtt szenved allergiától, magas a koleszterinszintje vagy szívbeteg. A cukorbeteg aránya 9%.
- » A rosszindulatú daganatos betegségek előfordulása az utóbbi években a becslések szerint nőtt: a 2014-es adatokhoz képest 2019-re 1,0 százalékpontos bővülés tapasztalható. A nők között intenzívebb volt a növekedés (1,2%), mint a férfiaknál (0,8%).
- » A betegségek kialakulásához hozzájárulnak az életmódbeli kockázati tényezők. A 15 éves és annál idősebb lakosság negyede rendszeresen dohányzik, és miközben a férfiak körében csökken, a nők körében emelkedik az arányuk. Az alkoholfogyasztás volumene az utóbbi egy évtizedben szinte változatlan: a férfiak 10, a nők 1%-a tekinthető az önbevallott fogyasztott alkoholmennyiség alapján nagyivónak.
- » A preventív ellátások nagy része nem éri el a szükséges mértékben a lakosságot. A csak ajánlott influenzaoltást a felnőtteknek csak kis hányada vette igénybe. A szervezett szűrővizsgálatokon (méhnyak-, emlőrák) a részvétel közel megfelelő, de az ajánlott gyakoriságú részvétel minden társadalmi csoportban csökken. A csökkenés nagyobb arányú a kedvezőtlen helyzetű csoportokban.

» Az egészségügyi kiadások mértéke az elmúlt évtizedben valamennyi jövedelmi csoportban emelkedett. A kiadások között az egészségügyi kiadások aránya is emelkedett a háztartások szegényebb felében.

Az legalsó jövedelmi ötödben a fiatal férfiak, a fiatal nők és a középkorú nők egyaránt 9–10% százaléka számolt be arról, hogy szüksége lett volna orvosi ellátásra, de azt nem, vagy csak késéssel tudta igénybe venni.

Az egészségi állapot az életkilátások alakítója és az életminőség egyik legfontosabb dimenziója. Az egészség, a krónikus betegségek megléte vagy hiánya különös jelentőségre tett szert a Covid19-járvány idején. Ebben a fejezetben elsősorban azokat az egészségi állapotról vonatkozó adatokat mutatjuk be, amelyeknek a járvány lefolyása és menedzselése szempontjából kiemelt jelentősége lehet. Ennek megfelelően különös figyelmet fordítunk majd a krónikus betegségek, a prevenció, ezen belül pedig a védőoltások témaköreire.

AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT ÁLTALÁNOS JELLEMZÉSE

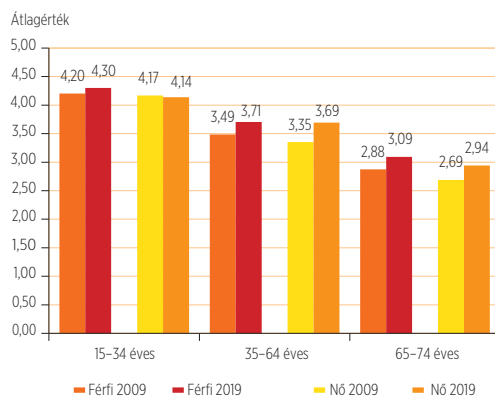
Az egészségi állapot mérésére használt mutatók közös jellemzője, hogy – ellentétben a halandóság mérésénél használt mortalitási mutatókkal – nemzetközileg nehezen összehasonlíthatók. Mind az egészségi állapot önértékelésen alapuló mérőszámát (a továbbiakban „egészségi állapot”), mind azt, hogy valaki egészségi okokból korlátozott-e mindennapi feladatainak ellátásában, és azt is, hogy krónikus betegnek tekinti-e magát, számos tényező jelentősen befolyásolja. Ezek közül kiemelendő a társadalmi környezet, az adott kérdésre vonatkozó társadalmi kontextus jellege, ezen belül az egészségtudatosság, a különféle egészségpanaszokra való érzékenység, vagy akár egy-egy képzet („betegség”, „egészség”) nyelvi megformálása.

Ugyanakkor, ha egy-egy változó mérésében az egymást követő évek során nem következik be változás, az országokon belül jól elemezhetők az egyes társadalmi csoportok közötti különbségek, illetve a változások trendjei (Berger et al., 2015).

A Magyarországon ötévente elvégzett egészségfelmérések (Európai lakossági egészségfelmérés, ELEF) közül a 2009-es és 2019-es felvételek adatait összevetve az látható, hogy önértékelés szerint az egészségi állapot tíz év alatt kismértékben javult.

Az 1. ábrán látható, hogy a „Hogyan ítéli meg egészségi állapotát egy ötfokú skálán (nagyon rossz=1, kiváló=5)?” kérdésre adott osztályzatokból számolt átlagértékek növekedtek a középkorúak és az idősek között, ugyanakkor lényegében nem változtak a fiataloknál (15–34 évesek).

1. ábra. Az egészségi állapot átlagos értékelése ötfokú skálán nem és korcsoportok szerint



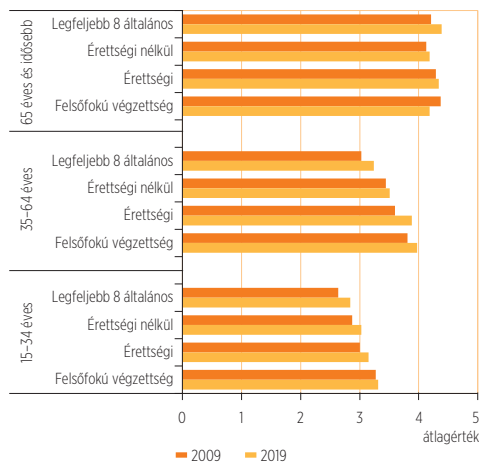
Forrás: ELEF2009 és ELEF2019.

Az egészségi állapot megítélése azonban a középkorúak és az idősek között sem minden társadalmi csoportban javult. Az egészségindikátorok esetében általában nagy különbségek jelentkeznek a különböző iskolai végzettségű csoportok között, amely mind a 2009-es, mind a 2019-es állapotra jellemző. Ami a változásokat illeti, az egészségi állapot javuló értékelése elsősorban az érettségizettek körében volt jellemző, míg a diplomásoknál kicsi, illetve a diplomás idős férfiak esetében nem is érzékelhető, a diplomás idős nők körében pedig ellenkezőleg, kismértékű romlás volt érzékelhető (2. ábra).

A középkorúakon belül a felsőfokú végzettséggel rendelkező férfiak 2009-ben átlagosan 0,78 ponttal, 2019-ben pedig 0,74 ponttal magasabban értékelték egészségi állapotukat, mint a legfeljebb alapfokon iskolázottak. A középkorú felsőfokú végzettségű nők körében ezek a különbségek 0,92 és

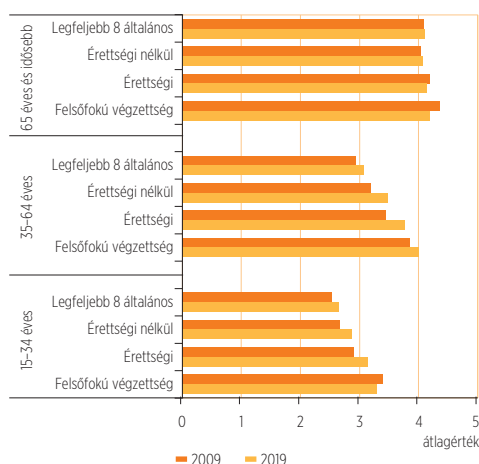
0,93, az idős férfiak között 0,63, illetve 0,47, az idős nők között pedig 0,85, illetve 0,65 pontot tettek ki, az iskolai végzettség szerinti különbségek tehát a középkorúak között hasonlóan alakultak 2009-ben és 2019-ben, az idősök között azonban csökkentek.

2. ábra. Az egészségi állapot átlagos értékelése a férfiaknál ötfokú skálán iskolai végzettség szerint, korcsoportonként



Forrás: ELEF2009 és ELEF2019.

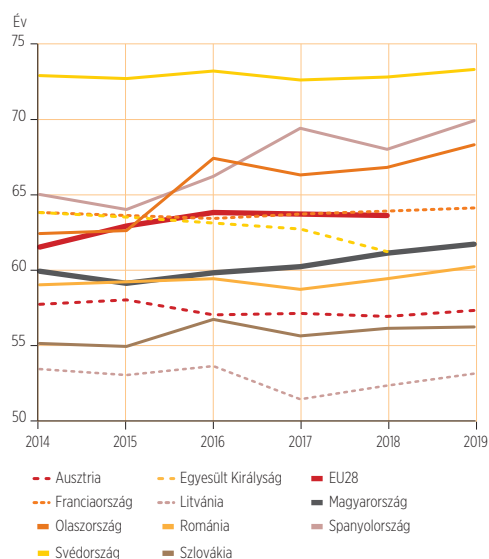
3. ábra. Az egészségi állapot átlagos értékelése a nőknél ötfokú skálán iskolai végzettség szerint, korcsoportonként



Forrás: ELEF2009 és ELEF2019.

Az egészségi állapot mellett az egészség jellemzésére az egyik leggyakrabban használt indikátor a korlátozottság mutatója, amely az arra a kérdésre adott válaszon alapul, hogy korlátozza-e a válaszadót tartósan mindennapi életvitelében egészségével összefüggő probléma. A korlátozottság mutatóját a várható élet-tartammal kombinálva kapjuk az *egészséges életévek*^F mutatóját. Ez a mérőszám sem alkalmas az országok közötti közvetlen összehasonlításra, a trendek azonban elemezhetők. A 4. ábrán bemutatott országok jól reprezentálják az Európai Unió országait. Az unión belül az egészséges életévek száma 53 és 73 év között szóródik. Az országok többségében az egészséges életévek száma lassan emelkedik, néhány országban azonban (ábránkon Nagy-Britannia, Ausztria és Lettország) kismértékű csökkenés volt tapasztalható. Az egészséges életévek száma Magyarországon is lassan nő.

4. ábra. Az egészséges életévek alakulása az Európai Unió néhány országában

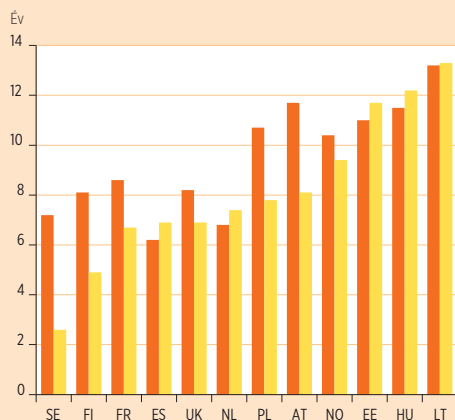


Forrás: Eurostat.

A nemzeti különbségek figyelembevételével bonyolultabb és pontosabb elemzések is készíthetők, mint például a Nusselder és munkatársai (2020) által készített tanulmány, amelyben iskolai végzettség szerint számították ki a 35 és 80 év közötti egészséges életévek számát néhány európai országra. Bár ez az elemzés a 2010 körüli évek állapotait hasonlítja össze, a különbségek nagyságrendje feltehetően azóta nem sokat változott. Magyarországon a legfeljebb szakmunkás végzettségűek (beleértve az alafokú vagy annál is alacsonyabb végzettségűeket is) közel 12 évvel kevesebb egészségesen várható életévre számíthatnak, mint a felsőfokú végzettségűek. A különbségek Kelet- és Közép-Európában általában nagyok, Dél-Európában és Skandináviában viszont mérsékeltébbek (K1. ábra).

A 35 és 80 év közötti életszakaszra számított korlátozottsággal terhelt élettartamban iskolai végzettség szerint mutató különbségeket egy modellszámítás (Valverde et al., 2021) szerint férfiak esetében a Magyarországon látható, 11 évet meghaladó különbség legnagyobb része az alacsony jövedelemből (2,4 év), illetve a dohányzásból (2,4 év) eredeztethető. 0,5 évvel járultak hozzá az alacsony zöldség- és gyümölcsfogyasztással jellemzett táplálkozásban, valamint 0,2 évvel a fizikai aktivitásban mutató különbségek, és további 0,7 évet magyarázott az átlagosan kedvezőtlenebb társadalmi helyzet (amelyet az apa fizikai foglalkozása jelzett). Mind az öröklött családi hátrányok,

K1. ábra. Az egészségesen várható élettartam különbségei 35 és 80 év között a magas és alacsony végzettségűek között



Forrás: Nusselder et al (2020) után a szerzők számításai

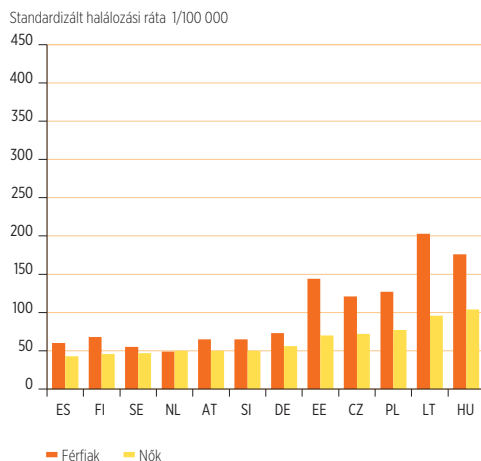
mind az anyagi helyzet, mind pedig a dohányzás nagyobb arányban játszott szerepet a magyar férfiak esetében, mint Európában általában.

A nők 12 évet elérő egészséges élettartamban mutató különbségében 2,8 évre becsülik az anyagi helyzet szerepét. Az apa foglalkozása, azaz a kedvezőtlenebb társadalmi helyzet hatását a modell 1,1 évre teszi, a dohányzásét és az elhízottságét pedig egyaránt 1,3 évre. A táplálkozásban mutató különbségek számlájára írható további 0,9 év, míg a fizikai aktivitás különbségeinek csupán 0,1 év tudható be. A magyar nők esetében az európai átlagnál nagyobb volt a jövedelem és a dohányzás szerepe (Valverde et al., 2021).

A magyar népesség egészségi állapotát más országokéval mindeddig csak közvetett módon tudtuk összehasonlítani. Az egészségi állapotot értékelhetjük azonban két mortalitási indikátor segítségével is, amelyek egyike az egészségkárosító szokások, a másik pedig az egészségügyi

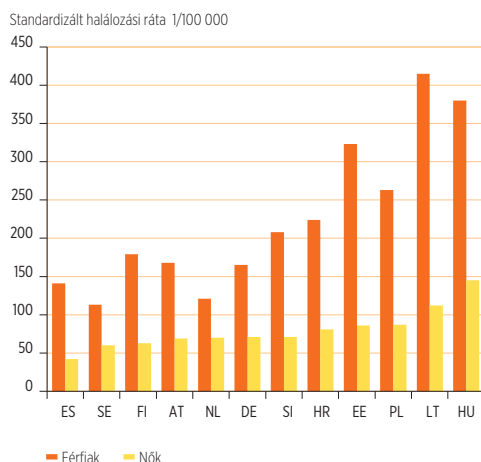
ellátórendszer hatásáról informál. Az úgynevezett *elkerülhető halálozás* e két komponense, a *megelőzhető^F*, illetve a kezelhető *okok miatt^F* halálozás értéke 2017-re vonatkozóan 12 európai országra nézve áll rendelkezésre.

5. ábra. Megelőzhető halálozás néhány európai országban, 2017



Forrás: OECD.

6. ábra. Kezelhető halálozás néhány európai országban, 2017



Forrás: OECD.

A kezelhető okok miatti halálozás rátája erősen csökkenő tendenciát mutat a legtöbb európai országban, de a 2010-es évek elején még mindenhol dinamikusan csökkent. 2014 és 2017 között számos nyugati országban és Magyarországon is stagnálás közeli állapot következett be. Ez a stagnálás nem látható viszont más olyan, többségében kelet-európai országokban, ahol

az elkerülhető halálozás szintje korábban jóval az európai átlag felett volt (Weber-Clerc, 2017).

A legfrissebb, a megelőzhető (5. ábra), illetve a kezelhető (6. ábra) halálozásra vonatkozó, 2017-es adatok szerint a különösen magasnak bizonyuló magyar értékek ugyanakkor arra utalnak, hogy az életmód kedvezőbb irányba fordulására és az egészségügyi ellátás javulására egyaránt szükség lenne az egészségi állapot és az életkilátások fejlődéséhez.

KRÓNIKUS BETEGEK, KRÓNIKUS BETEGSÉGEK

A világon a krónikus betegségek az összes haláleset hattizedének okozói, és hatalmas terhet jelentenek a betegek és hozzátartozók mindennapi életére, valamint a társadalom egészére nézve is. A következő évtizedben – többek között az európai népesség idősödése miatt – várhatóan nőni fog a krónikus megbetegedések száma.

A nem fertőző betegségek a munkaképzetelenségnek, a munkaerőpiac idő előtti elhagyásának és a korai elhalálozásnak fontos kiváltó tényezői, és jelentős társadalmi és gazdasági kárt okoznak. A Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (Organisation for Economic Co-operation and Development, a továbbiakban: OECD) szerint az EU-ban minden évben kb. 550 ezer munkaképes korú személy hal meg valamilyen nem fertőző betegség következtében. Az egészségügyi kiadások jelentős része – éves szinten összesen az uniós országok GDP-jének 0,8%-a – ezekkel a betegségekkel összefüggésben merül fel (OECD, 2020).

Mindezek mellett napjainkban különös jelentősége van bizonyos krónikus betegségeknek, amelyek fokozott kockázatot jelentenek a Covid19 okozta fertőzöttség esetén. Kutatások szerint az asztmások, a magasvérnyomás-betegek, a szívbeteg,

a daganatos betegek, autoimmun betegséggel, vesebetegséggel sújtottak, a cukorbetegség és a demensek – ha megfertőződnek – a többiekhez képest nagyobb eséllyel kerülnek kórházba, és nagyobb a halálozás esélye is (Williamson et al., 2020; Apicella et al., 2020).

Az ELEF19-felmérésben a 15 éves és annál idősebb magyarországi lakosság közel fele (48%) nyilatkozott úgy, hogy van hosszan tartó betegsége, egészségi problémája¹, azaz *krónikus beteg*^f. 2014 és 2019 között némileg emelkedett a magukat tartós betegnek tekintő férfiak aránya, és nem változott a nőké.

Életkor szerint egyenletesen nő az idült betegséggel sújtottak aránya, a 15–34 évesek mintegy ötöde (22%), a 35–64 éveseknek közel fele (48%), és a 65 éves vagy annál idősebbek több mint háromnegyede (77%) számolt be krónikus betegségről. A középső korcsoportban a férfiak és a nők között a krónikus betegek aránya azonos, de a két szélső kategóriában érvényesül a nők fokozott érintettsége, a különbség azonban mindössze 5–6 százalékpont. Feltételezhető, hogy a nemek közötti korcsoportonként változó különbségeket a maskulin és feminin értékrendek eltérései is okozhatják.

Az ELEF adataira vonatkozóan a későbbiekben csak a 25 évesek és annál idősebbek korcsoportjára mutatunk be adatokat iskolai végzettség szerinti bontásban. A legalább 25 éveseket tekintve a legfeljebb alapfokú végzettségűek kétharmadának van tartós egészségi problémája. Az iskolázottság emelkedésével monotonon csökken az érintettek aránya, és a felsőfokú végzettségűek között már 21 százalékponttal kevesebben vannak.

A nemzetközi összehasonlításra alkalmas legfrissebb háztartási költségvetési és életkörülmény felvétel (a továbbiak-

ban: HKÉF/SILC) adatai azt mutatják, hogy Európában a 16 éves és annál idősebb népességben az országok között nagyok a krónikus betegek aránya szerinti különbségek: 16 és 50% között mozog ez az arány. Az egyes országokban mért különböző értékekből – mint általában a hasonló típusú adatokból – nem vonható le pontos következtetés arra vonatkozóan, hogy a népeség egészségi állapot szerint hogyan követik egymást.

A tendenciákat azonban érdemes elemeznünk. 2011 és 2019 között az EU-tagállamok több mint kétharmadában – zömében 10–20%-kal – nőtt a magukat krónikus betegnek tekintők hányada, aminek hátterében feltehetően a népesség öregedése, a diagnosztikus eljárások fejlődése és a lakosság javuló egészségtudatossága áll.

A kérdést megelőző 12 hónapban átéltek alapján a magyarországi 15 éves és annál idősebb lakosság hattizedének van legalább egy hosszan tartó egészségi problémája. Attól, hogy valakinek tartós betegsége, panasza van, még nem feltétlenül érzi magát betegnek, a krónikus betegségről beszámoló 29%-a nem is vélekedett így. Ez fordított irányban is tapasztalható, vagyis azok 8%-a, akiknek saját bevallásuk szerint nincs orvos által megállapított betegségük, krónikus betegnek tekinti magát.

A 15 éves és annál idősebb emberek 22%-ának van egy, 13%-ának két, 8%-ának három és 18%-ának négy vagy annál több krónikus betegsége. A konkrét egészségproblémát megjelölők összesen átlagosan közel három betegségről nyilatkoztak, a férfiak kevesebbéről, mint a nők. Az idősebb korcsoportokban magasabb a krónikus betegségek átlagos száma, és nagyobb a férfiak és nők közötti különbség is. 65 éves és annál idősebb korban a nőknek megközelítőleg eggyel több hosszan tartó egészségproblémája van, mint a férfiaknak.

¹ Hosszan tartónak tekintünk egy betegséget, egészségi problémát, ha legalább 6 hónapja tart, vagy várhatóan legalább 6 hónapig fog tartani. A továbbiakban a hosszan tartó betegség, egészségi probléma és a krónikus betegség kifejezéseket azonos értelemben használjuk.

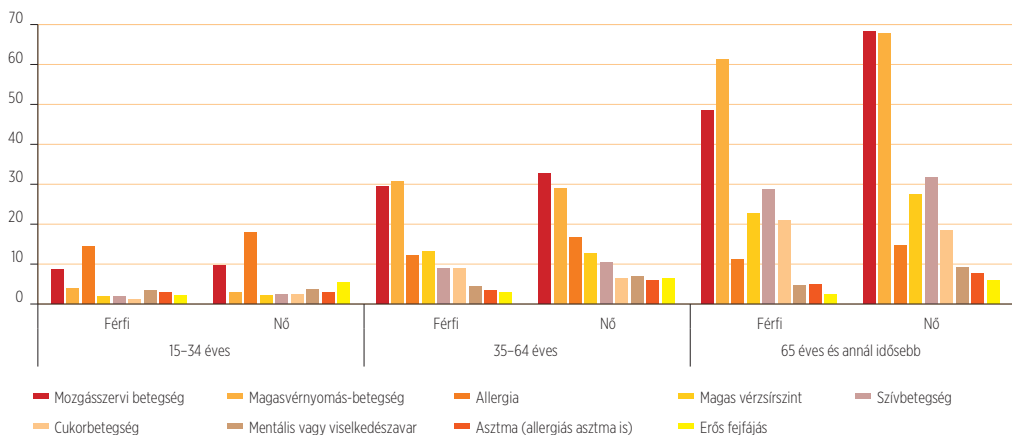
A 15 éves és annál idősebb népesség leggyakoribb egészségi problémái a mozgásszervi betegségek és a magasvérnyomás-betegség, mindkét betegségtípus egyenként az embereknek mintegy harmadát érinti. 12–15% szenved allergiától, illetve magas a vérzsírszintje, vagy szívbeteg. A cukorbeteg aránya 9%, és 4–5%-nál állapított meg orvos mentális vagy viselkedészavart, asztmát (allergiás asztma is), illetve gyakori erős fejfájást.

A rosszindulatú daganatos betegségeket a magas letalitása, továbbá az ilyen betegségben szenvedőknek, a családjainak, az egészségügyi rendszernek és a társadalomnak okozott jelentős egészségteher miatt, és mint Covid19-kockázati tényezőt sem hagyhatjuk ki a vizsgálódásból. Az ELEF eszközeivel azonban – összehasonlítva a háziorsvosi morbiditási statisztika adataival (Központi Statisztikai Hivatal, a továbbiakban: KSH, Tájékoztatói adatbázis) – az érintettek felét sem sikerült megtalálni, a 65 évesek és annál idősebbek között a harmadát sem. A háziorsvosi adatok alapján a 19 éves és annál idősebbek között a rosszindulatú daganatok prevalenciája 5%.

A 15–34 évesek között az allergia a leggyakoribb (16%) panasz, de már az ő esetükben is sokakat érintenek a mozgásszervi betegségek (9%). A középső korcsoportban a betegségek megoszlása jó egyezést mutat a teljes népességre jellemzővel, míg a legidősebbek között a mozgásszervi betegségek, a magasvérnyomás-betegség, a magas vérzsírszint, a szívbetegség és a cukorbetegség az átlagoshoz képest kétszer gyakrabban fordul elő. Az erős fejfájás megjelenése alig mutat korcsoportos különbségeket. A nők között általában 2–4 százalékponttal nagyobb egy-egy betegség(csoport) előfordulási gyakorisága, mint a férfiaknál. A két leggyakoribb egészségi probléma – különösen a mozgásszervi betegségek – viszont a legidősebb nőket jóval gyakrabban sújtja, mint a férfiakat (7. ábra).

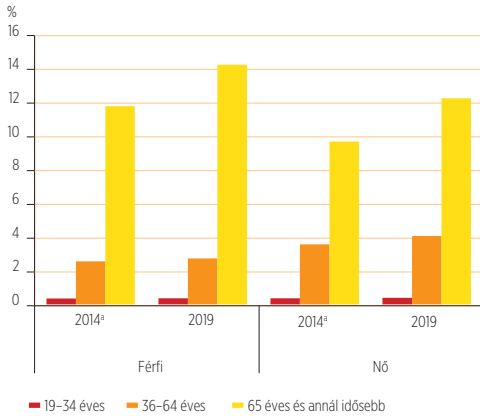
A háziorsvosi adattár szerint nőtt a rosszindulatú daganatos betegségek előfordulása. 2009 és 2019 között egyenletes bővülést tapasztaltunk mindkét nemre és mindhárom korcsoportban. A tíz évvel korábbi adattal összehasonlítva 2019-re összesen 1,8 százalékpontos – a nők között intenzívebb, mint a férfiaknál (2,1 és 1,5 százalékpont) – növekedés tapasztalható (8. ábra).

7. ábra. A leggyakoribb betegségek aránya 15 éves és annál idősebb népességben nem és korcsoport szerint, 2019



Forrás: ELEF2019.

8. ábra. A rosszindulatú daganatos betegek aránya a 19 éves és annál idősebb népességben nem és korcsoport szerint



^a A 2013. és a 2015. évi adatok alapján becslített érték.

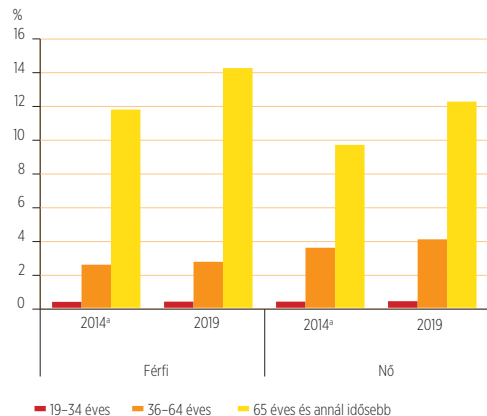
Forrás: KSH, háziiorvosi morbiditás.

Az ELEF mindhárom hullámában rákérdeztek az átélte, illetve fennálló krónikus egészségproblémákra. A kérdezés módja azonban 2009-ben más volt, mint a későbbi adatgyűjtésekben, továbbá a betegségi lista elemei, a betegségek sorrendje és az egyes betegségcsoportok megnevezése sem volt azonos a három ciklusban.² Ezek a körülmények némi óvatosságra intenek az adatok összehasonlítása során.

A gyakoriságot tekintve tíz év alatt a vizsgált idült egészségi problémák közül a magasvérnyomás-betegség a legstabilabb, mindhárom felvétel alapján a becslített érték 31%. Határozott csökkenés tapasztalható viszont azok arányában, akik úgy nyilatkoztak, hogy mozgásszervi betegségük, szívbetegségük, asztmájuk, illetve erős fejfájásuk van. 2019-ben alig több mint feleannyian panaszkodtak erős fejfájásra, közel

negyedével kevesebben szívbetegségre és nyolcadával ritkábban asztmára, mint 2009-ben. A mozgásszervi betegségek esetében a változás ennél is kisebb. Ezzel szemben a cukorbetegségtől szenvedők gyakorisága a 2-3. hullámban meghaladta az előző időszak értéket. 2009 és 2019 között összesen több mint tizedével nőtt az arányuk, és a növekedés döntő része a periódus második felére esett. Ez az egyetlen a vizsgált egészségproblémák közül, amelynél mindkét időszakban emelkedett a gyakoriság. Az allergia és a magas vérzsírszint prevalenciája összességében szintén nőtt, de ez a vizsgált időszak második felében mutatózó határozottabb növekedés eredménye, amit kismértékű csökkenés előzött meg. Az együttes változás mértéke 18, illetve ve 13% (9. ábra).

9. ábra. A leggyakoribb és összehasonlítható, orvos által megállapított betegségek /betegségcsoportok prevalenciája a 15 éves és annál idősebb lakosság körében



^a Ízületi gyulladás nélkül.

Forrás: ELEF2009, ELEF2014, ELEF2019.

² Az adatfelvételek kérdőíveit lásd:

2009: https://www.ksh.hu/elef/archiv/2009/pdf/elef_kerdoiv_alap.pdf

2014: https://www.ksh.hu/elef/archiv/2014/pdfs/elef2014_kerdoiv.pdf

2019: https://www.ksh.hu/elef/elef2019_kerdoiv.pdf

EGÉSZSÉGMAGATARTÁS

A Magyarország lakosságára jellemző rendkívül kedvezőtlen megbetegedési adatok mögött ott húzódnak azok az egészségmagatartási, életmódbeli kockázati tényezők, amelyek jelentős mértékben hozzájárulnak a legnagyobb terhet jelentő krónikus, szív- és érrendszeri, daganatos, illetve emésztőrendszeri betegségek kialakulásához és a korai halálozáshoz.

Dohányzás

A kockázati magatartásformák közül a dohányzás okozza a legnagyobb egészségkárokat. Az elmúlt harminc évben világszerte több mint 200 millióan haltak meg a dohányzással összefüggő betegség miatt (Global Burden of Disease, a továbbiakban: GDB, 2020). 2019-ben becslések szerint 1,14 milliárdan dohányoztak a Földön, ez azt jelenti, hogy globálisan a 15 éves és annál idősebb férfiak csaknem harmada (32,7%), míg a nők 6,6%-a volt dohányos, de legalább 20%-os volt a dohányzó férfiak aránya a világ 151 országában, a nőké pedig 42 országban (GDB, 2021).

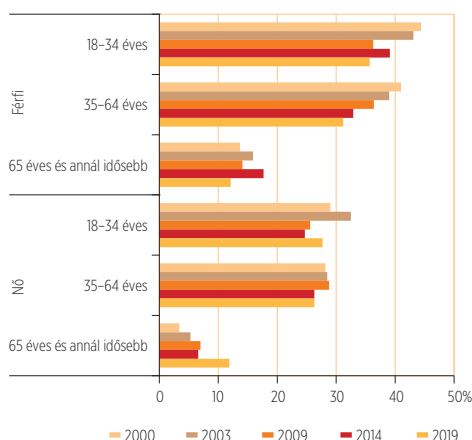
Az ELEF2019 adatai szerint a felnőtt (15 éves és annál idősebb) lakosság negyede dohányzik napi rendszerességgel.

A dohányzási adatok, bár még mindig magasnak tekinthetők, lassú javulást mutatnak az elmúlt két évtizedben. A csökkenés inkább a férfiakra jellemző, főleg a fiatalokra és középkorúakra. Az idősebbeknél a 2000 óta eltelt időszakban nem ennyire egyértelmű az egyenletes csökkenés, de a 2019-es adatok valamivel alacsonyabbak a korábban mértéknél. A nőknél a fiatal korosztályban megtorpanni látszik az elmúlt években kezdődött visszaesés, 2019-ben 3 százalékponttal több 18–34 éves nő dohányzott, mint öt évvel korábban. A legidősebb korosztályban pedig határozott növekedés figyelhető meg, a két nem kö-

zötti különbség a 65 éves és annál idősebb korosztályban lényegében eltűnt (10. ábra). Az idős nők és férfiak közötti különbség csökkenésének számos oka lehet. Lopez és munkatársai (1994) dohányzásepidémia elmélete szerint a nők dohányzási szokásai néhány évtizedes lemaradással követik a férfiakét, ezért amikor a férfiak esetében már csökken a dohányzási gyakoriság, a nőknél épp ellenkezőleg, tovább nő a prevalencia még egy ideig, így a nemek közti különbség csökken. Az iskolázottság szerepét sem hagyhatjuk figyelmen kívül: míg a globális dohányzásepidémia kezdeti szakaszában a magasabb iskolázottság emelte a dohányzás esélyét, egy idő után ez a kapcsolat inverzzé vált, azaz az alacsonyabb iskolázottságúak kezdtek nagyobb eséllyel dohányozni, azonban itt is érvényes a nők megkésettsége, tehát náluk a magasabb iskolai végzettség kisebb protektív szerepet tölt be, mint a férfiaknál.

A dohányzás valamivel nagyobb arányban érinti a férfiakat, mint a nőket, a rendszeres dohányosok arányában 6 százalékpont a különbség a két nem között. Életkori csoportok szerint szintén nagymértékű eltéréseket találunk: míg a 65 évesnél fiatalabb férfiak több mint egyharmada, a nőknek pedig több mint egynegyede dohányzik naponta, a nyugdíjaskorúak esetében mindkét nemnél csak alig több mint tizede. Az iskolai végzettség ugyancsak összefüggésben áll a dohányzással: a legfeljebb 8 osztályt végzett férfiak között négyszeres (48% vs. 12%), a nőknél csaknem háromszoros (31% vs. 11%) volt a rendszeres dohányosok aránya a felsőfokú végzettségűekhez viszonyítva. Jövedelmi viszony szerint azt láthatjuk, hogy a legrosszabb anyagi helyzetben lévők között kétszer akkora a naponta rágyújtók aránya, mint a legmagasabb jövedelmi ötödbe tartozóknál (38% vs. 20%). Az alkalmi dohányosok viszont inkább az iskolázottabbak, illetve a magasabb jövedelműek közül kerülnek ki, igaz, arányuk a rendszeres dohányosokhoz képest elenyésző.

10. ábra. A rendszeres dohányosok aránya nem és korcsoport szerint



Forrás: ELEF2019.

Az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása (Health Behaviour in School-aged Children, a továbbiakban: HBSC) elnevezésű, négyévenként elvégzett nemzetközi kutatás 2018-as magyar adatai szerint a dohányzás a kamaszok körében is népszerű, de enyhén csökkenő tendenciát mutat. A 13 éves lányok 6, a fiúk 5%-a, a 15 éves lányoknak pedig 25, a fiúknak 21%-a dohányzott a kérdezést megelőző 30 napban, úgy, hogy 2014-ben még ez utóbbi korosztály tagjai közül a lányok 32, a fiúk 28%-a gyújtott rá.

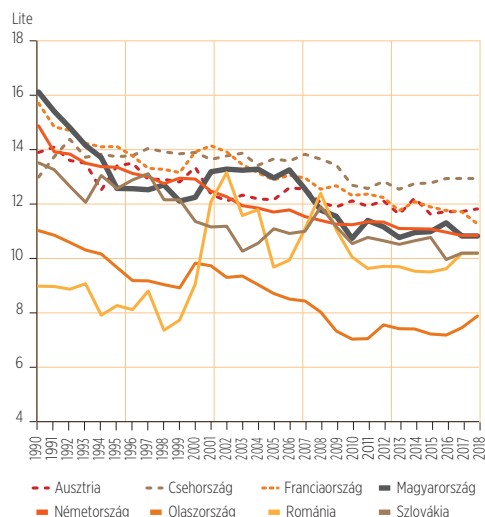
Alkoholfogyasztás

Az alkoholfogyasztás ugyancsak az életmódbeli kockázati tényezők közé tartozik. A fogyasztási adatok alapján Magyarország az EU-átlagot minimálisan meghaladó értékkel (2018-ban 10,8 liter/fő, tiszta alkoholban számítva) még mindig a viszonylag magas fogyasztású országok közé tartozik, ugyanakkor vannak még több alkoholt fogyasztó országok is, mint például Franciaország, Írország, Csehország vagy a Baltikum államai. Magyarországon a 80-as években volt a legmagasabb a tiszta

alkoholban számított egy főre jutó alkoholfogyasztás (1980-ban 16,88 liter), majd a rendszerváltást követően megkezdődött a csökkenés. Az utóbbi tíz évben az alkoholfogyasztás volumene lényegében stagnál (11. ábra).

Az ELEF2019 önbevallásra épülő adatai szerint (amelyeket erősen alulbecsültnek lehet tekinteni) a naponta alkoholt fogyasztók aránya 6% a felnőtt lakosság körében. A magyar felnőttek ötöde legalább hetente (de a napinál ritkábban) iszik alkoholt, míg csaknem harmada egyáltalán nem fogyaszt szeszes italt. Ha az elfogyasztott mennyiségeket is figyelembe vesszük, azt láthatjuk, hogy a férfiak közül minden tizedik, a nők közül viszont alig több mint minden századik tartozik a nagyivók körébe, azaz fogyaszt hetente legalább 14 (férfiak) vagy 7 (nők) egység alkoholt^f. Az elmúlt években nem figyelhető meg változás a nagyivás előfordulásában, az eredmények nem térnek el a 2014-es és a 2009-es felmérés adataitól sem.

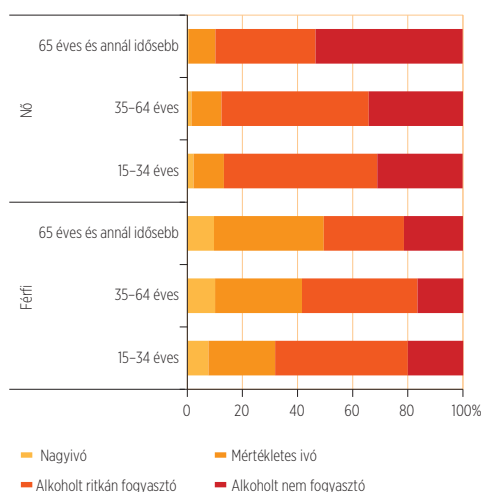
11. ábra. Az egy főre jutó alkoholfogyasztás tiszta alkoholban számolva a 15 éves és annál idősebb népességre vonatkozóan



Forrás: World Health Organization Health for All adatbázis.

Korosztályok szerint különböznek a két nem alkoholfogyasztási szokásai: a férfiaknál a nagyivók arányában nincs lényeges különbség a korcsoportok között, ugyanakkor az idősebb férfiak között nagyobb arányban vannak a naponta, de mértéktelen mennyiségben fogyasztók, és kevesebben az alkoholt csak alkalmanként fogyasztók. A nőknél a legidősebb korosztály tagjai között kiemelkedő az absztinencia gyakorisága: a 65 éves és annál idősebb nők több mint fele egyáltalán nem iszik alkoholos italt saját bevallása szerint (12. ábra).

12. ábra. Alkoholfogyasztási kategóriák nem és korcsoport szerint, 2019



Forrás: ELEF2019.

Az alkoholfogyasztást illetően is megfigyelhetők iskolázottság, illetve anyagi helyzet szerinti különbségek. Mindkét nem esetében az alacsonyabb iskolai végzettség növeli annak az esélyét, hogy valaki egyáltalán ne igyon alkoholt (a legfeljebb 8 általánost végzett nők 59, a felsőfokú végzettségűek 23%-a absztinens, ugyanezek az arányok a férfiaknál: 32% vs. 9%), illetve csökkenti a mérsékelt alkoholfogyasztás gyakoriságát is, a férfiaknál a felére, a nőknél a negyed-

re. A legrosszabb jövedelmi ötödbe tartozók szintén nagyobb arányban tartózkodnak az alkoholfogyasztástól, mint a legjobb anyagi körülmények között élők. Az iskolázottságnak azonban nemcsak az absztinencia, hanem az ellenkező végtel, azaz a nagyivás esetében is komoly jelentősége van. Ez különösen a középkorú (35–64 éves) férfiak esetében jelentős, náluk ugyanis a legfeljebb alapfokú végzettségűek körében kétszer akkora arányban (16%) fordulnak elő az alkoholt mértéktelenül fogyasztók, mint az érettségizettek vagy a felsőfokú végzettségűek között (8%). Úgy tűnik tehát, hogy a mértéktelen alkoholfogyasztás, amelynek egyes források egészségvédő szerepet is tulajdonítanak (a szív-és érrendszeri betegségek megelőzésében játszott szerepe miatt), inkább a magasabb iskolai végzettségűekre jellemző, míg a kevésbé iskolázottabbak hajlamosabbak a két szélső kategóriába kerülni: vagy egyáltalán nem fogyasztanak alkoholt, vagy nagyon sokat isznak.

A nőknél a nagyivás szempontjából a férfiakéval ellentétes tendenciát látunk: a felsőfokú végzettségűek jelentősen nagyobb arányban tartoznak a nagyivók közé, mint a legfeljebb 8 osztályt végzettek, igaz, esetükben eleve jóval alacsonyabb gyakoriságról beszélhetünk: 3% vs. 1%.

A HBSC adatai szerint a 15 évesek fele (51%) fogyasztott alkoholt a kérdezést megelőző 30 napon belül, a lányok 20, a fiúk 24%-a pedig legalább egyszer be is rúgott ezen időtartam alatt. A két évvel fiatalabb fiúk 23, a lányok 17%-a fogyasztott alkoholt egy hónapon belül, és minden huszadik legalább egyszer berúgott mind a fiúk, mind a lányok esetében.

Táplálkozási szokások

Az egészséget közvetlenül befolyásoló életmódbeli tényezők közé tartozik a táplálkozás is. Világszerte problémát okoz az energiadús, zsírban (főleg telített zsírsavak-

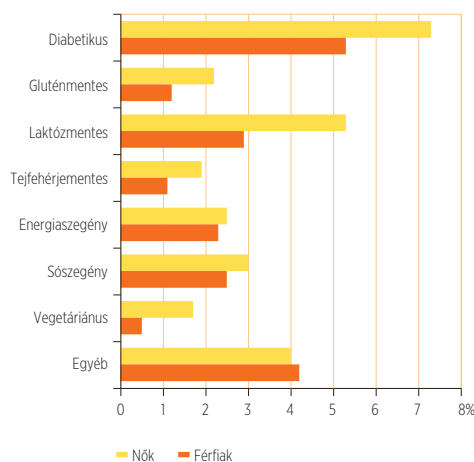
ban) gazdag, és komplex szénhidrátokban szegény táplálkozás, ami a fizikai tevékenységek háttérbe szorulásával alacsonyabb energiafelhasználással párosul. Mindezek következtében jelentősen emelkedik a túlsúlyosság, a cukorbetegség, a szív- és érrendszeri betegségek, a magas vérnyomás, a stroke, a daganatos betegségek, a csontritkulás, a szájüregi és fogászati megbetegedések aránya, ami hozzájárul a korai halálozás, illetve az egészségproblémákból fakadó akadályozottság növekvő terheéhez.

Az ELEF2019 adatai szerint a felnőtt magyar lakosság 81%-a nem követ semmilyen speciális étrendet, 4%-a viszont legalább kétfélet. A nők valamivel magasabb arányban diétáznak, mint a férfiak. Az egyes étrendek gyakoriságát a 13. ábra mutatja. A különleges diétát követők közül legtöbben a diabetikus étrend szerint táplálkoznak, ezen kívül még a laktózmentes diéta éri el (legalábbis a nők körében) az 5%-os gyakoriságot.

A táplálkozási ajánlások változnak, de hosszú ideje konszenzus alakult ki abban, hogy a zöldség- és gyümölcsfogyasztás rendkívül fontos az egészség szempontjából. A rendszeres napi zöldség-, illetve gyü-

mölcsfogyasztás szignifikánsan csökkenti a halálozások kockázatát, főleg a szív- és érrendszeri betegségek esetében.

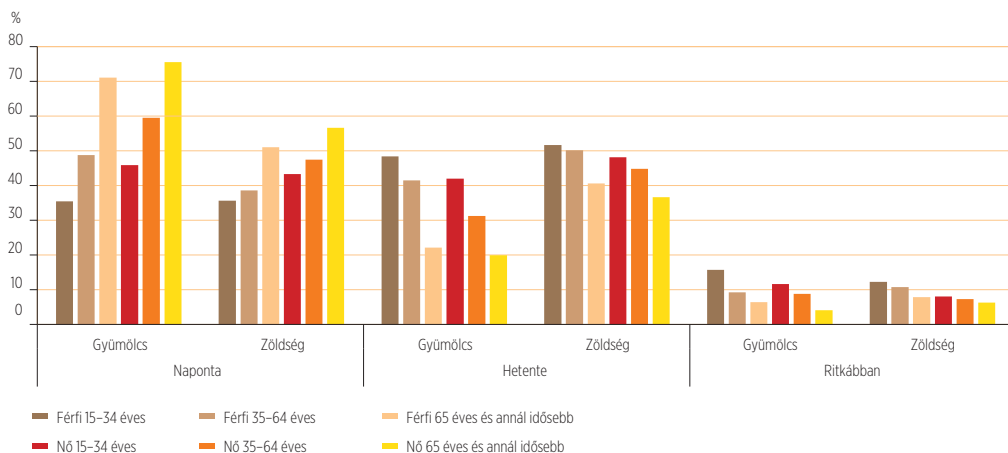
13. ábra. Különböző étrendet követők aránya nemek szerint, 2019



Forrás: ELEF2019.

A felnőtt lakosság több mint fele (a nők 61, a férfiak 49%-a) naponta legalább egyszer evett gyümölcsöt. A fogyasztási gyakoriság a legidősebb korosztályban volt a legmagasabb: a 65 éves és annál idősebbek

14. ábra. Gyümölcs- és zöldségfogyasztás gyakorisága nem és korcsoport szerint, 2019

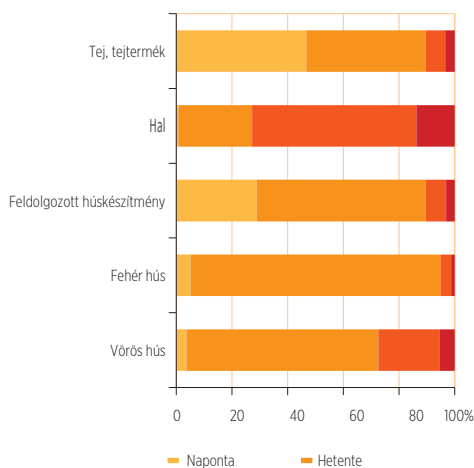


Forrás: ELEF2019.

háromnegyede iktatta be napi étrendjébe a gyümölcsöt. A fiatal férfiaknak viszont csak a harmada, a fiatal nőknek is kevesebb mint a fele tartozott a rendszeres gyümölcsfogyasztók közé (14. ábra). A zöldségek fogyasztása valamivel népszerűtlenebb volt a gyümölcsöknél, a férfiaknak csak 43, a nőknek pedig 49%-a fogyasztja napi rendszerességgel.

A húsok, húskészítmények fogyasztása rendkívül elterjedt, bár az egészségre gyakorolt hatása vitatott. Az egészségesebbnek tartott fehér húsokat a népesség 95%-a fogyasztja legalább hetente. Vörös húsokból valamivel kevesebb fogy, de még így is csaknem a felnőttek háromnegyede fogyasztja heti gyakorisággal. Az egészség szempontjából nem túl előnyös feldolgozott húskészítmények is sokaknál a mindennapi étkezések részei (29%). A halak fogyasztása ezzel szemben nem túl gyakori. A tej, tejtermék fogyasztása viszont hozzátartozik sokak mindennapjaihoz (15. ábra). Iskolai végzettség szerinti különbségek csak a halfélék és a tejtermékek esetében figyelhetők meg, mindkét élelmiszercsoportot gyakrabban fogyasztják a magasabb végzettségűek. A húsfélék fogyasztását ugyanakkor nem befolyásolja az iskolázottság szintje.

15. ábra. Egyes élelmiszerfajták fogyasztásának gyakorisága, 2019



Forrás: ELEF2019.

Testmozgás

A kellő mértékű testmozgás célja ugyan nemcsak a túlsúlyosság elkerülése, de egyértelmű, hogy a fizikai inaktivitás a nem megfelelő táplálkozással együtt gyakran vezet az egészségesnél magasabb testtömeghez. Az önbevallott értékek alapján számított testtömegindex szerint a felnőtt magyar férfiaknak 67, a nőknek 53%-a túlsúlyos vagy elhízott. Az ELEF adataiból ugyanakkor tudható, hogy a 15 éves és annál idősebb népesség kevesebb mint negyede végez az egészségügyi ajánlásoknak megfelelően legalább heti 150 perc szabadidős testmozgást. Ez az arány valamivel magasabb a férfiak esetében (27% vs. 21%). Az életkor előrehaladtával jelentősen csökken a sportolási gyakoriság: a fiatal férfiak 42%-a végez megfelelő testmozgást, míg a középkorúaknak már csak a 22%-a, az időseknek pedig a 17%-a. A nőknél már a 15–34 éves korosztályban is csak 30% a sportolók aránya, ez csökken le a 35–64 éveseknél 22, a 65 évesek és annál idősebbek csoportjában pedig 11%-ra. A jobb anyagi helyzet egyértelműen növeli annak az esélyét, hogy valaki megfelelő testmozgást végezzen, miképpen az iskolázottság is. Ez utóbbi esetében az érettségi jelent választóvonalat: a legfeljebb 8 osztályt és a szakmunkásképzőt végzettek egyaránt kevesebbet mozognak szabadidejükben, mint az érettségizettek és a diplomások.

PREVENCIÓ ÉS PREVENCIÓS SZEMLÉLETMÓD

A korai felderítéssel, illetve megelőzéssel igen sok betegség elkerülhető, vagy gyógyítható még a korai szakaszban. Magyarország e tekintetben jelentős tartalékokkal rendelkezik, hiszen az elvileg hozzáférhető preventív ellátások kihasználtsága jóval az európai átlag alatt van, és ennek a hatása egyértelműen tükröződik a magas halá-

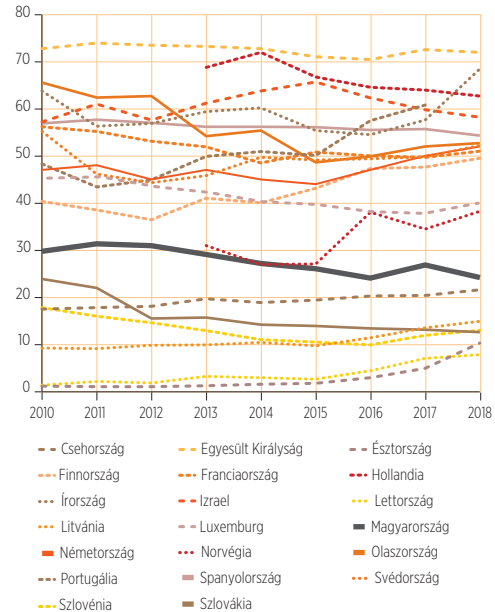
lozásban, a túlélési esélyek utóbbi időben tapasztalható stagnálásában. Az oltásokkal kapcsolatos általános attitűdök pedig a koronavírus elleni vakcináció sikerét is befolyásolhatják.

Magyarországon a nemzetközi összehasonlításokban szereplő kötelező gyermekkori oltásokkal kapcsolatos adatok igen kedvezőek. A hepatitis elleni oltást kivéve, amelynek gyakorlata csak lassan terjed, más oltásokat a gyermekek közel 100%-a meghatározott oltási rend szerint megkapja, amely nemzetközileg igen jó eredménynek számít. A felnőttek számára rendelkezésre álló védőoltások közül az influenzaoltás 65 éven felüliek és bizonyos krónikus betegségekben szenvedők számára ingyenesen hozzáférhető. Ennek ellenére, és amellett, hogy az influenza halálos áldozatainak száma bizonyos években az 5000 körüli számot is megközelíti (Pakot-Kovács, 2020), az influenza elleni oltottság szintje tartósan alacsony Magyarországon.

A 65 éves és annál idősebb népesség oltási arányára vonatkozó nemzetközi adatközlési kötelezettség ellenére összehasonlítható adatok az influenzaoltásról csak 2010-től kezdve állnak rendelkezésre. Az influenzaoltást kapók aránya nem mutat nagy ingadozásokat. Bár a 16. ábrán, amely európai országok, illetve Izrael oltási arányait tünteti fel, láthatóak enyhén csökkenő oltási arányt mutató országok (például Szlovénia, Olaszország, illetve sajnálatosan Magyarország) és növekvő arányszámokat mutatók is (mint Észtország vagy Finnország), az „alacsony”, illetve „magas” oltási arányú országok csoportjai keveset változtak az elmúlt tíz évben.

A legfrissebb hozzáférhető adatok 2018-ra nézve (16. ábra) azt mutatják, hogy az influenzaoltásokra elsősorban a poszt szocialista országokban irányul kevés figyelem. Magyarországon 2018-ban 24%-ot ért el az oltási arány a 65 évesek és annál idősebbek korcsoportjában, en-

16. ábra. Az influenzaoltást kapó 65 évesek és annál idősebbek aránya néhány európai országban

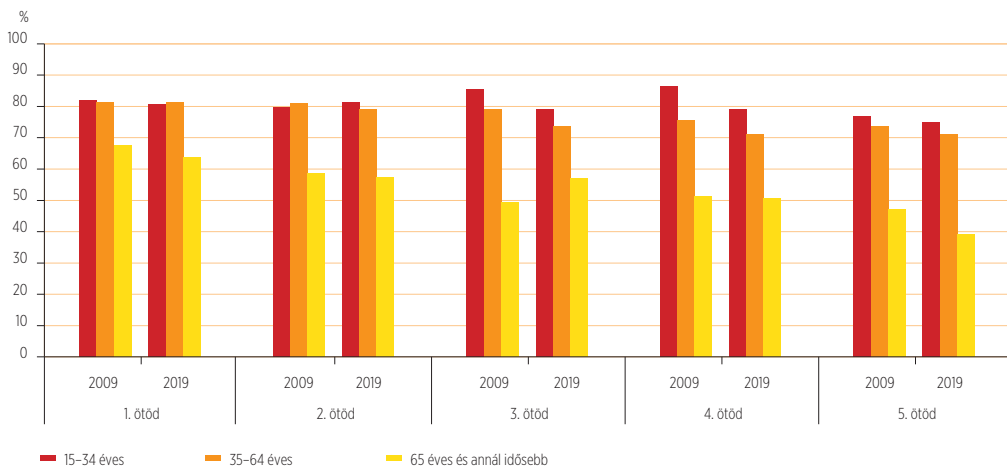


Forrás: OECD.

nél alacsonyabb csak Lettországon, Észtországban, Szlovákiában, Litvániában és Csehországban volt. Ezt a képet némiképp árnyalja, hogy az oltási arány viszonylag alacsony Németországban is (35%), illetve az ábránkon nem szereplő, legutóbb csak 2014-re adatot szolgáltató Ausztriában is (20%). Összességében tehát úgy tűnik, hogy mind Kelet- mind pedig Közép-Európában viszonylag kevés figyelem irányult az oltásokra, míg Nyugat- és Dél-Európa nagymértékben él az influenzaoltás kínálta lehetőségekkel.

A koronavírus elleni oltási kampány valószínű nehézségeit jelezheti, hogy összességében a magyar lakosság túlnyomó többségének semmiféle tapasztalata nincs az influenzaoltásról, hiszen az ELEF2019 adatai alapján 72%-uk nyilatkozott úgy, hogy influenza ellen még soha nem oltották be. A következőkben ezt a jelenséget vesszük részletesen szemügyre.

17. ábra. Azok aránya, akik soha nem kaptak még influenzaoztást korcsoport, nem és jövedelmi ötödök szerint



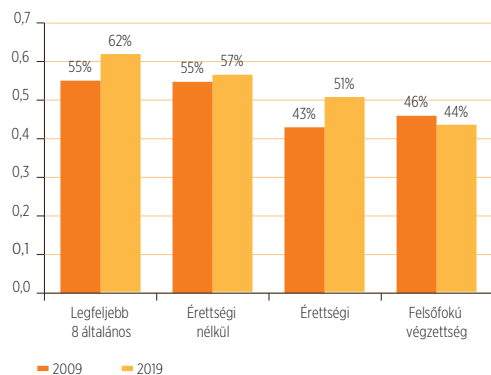
Forrás: ELEF2009, ELEF2019.

Magyarországon ingyenes influenzaoztás a 65 éven felülieknek, valamint bizonyos krónikus betegségekben szenvedőknek jár, és az elmúlt évek nem különösebben nagy visszhangot kiváltó kampányai is ezekre a csoportokra fókuszáltak. Ezért talán azt feltételezhetnénk, hogy az oztást soha nem kapók a lakosság fiatalabb korosztályaiból kerülnek ki. A 2019-es egészségfelmérés adatai (nagyon hasonlóan a 2009-es adatokhoz) nem teljes mértékben támasztják alá ezt a képet. Soha nem kapott még oztást a 65 évesek és annál idősebbek 54%-a. Ez az arány 75% a középkorúak, és 79% a fiatal felnőttek között. 2009 és 2019 között az oztási hajlandóság csak a középkorúak csoportjában nőtt kismértékben, az idősek körében viszont néhány százalékkal csökkent (17. ábra).

Az influenzaoztást feltehetően nagyon kevesen veszik térítés ellenében igénybe, ennek ellenére az oztást még soha igénybe nem vevők aránya magasabb a szegényebbek között. A gradiens kevésbé meredek a fiatalabb korcsoportokban, bár itt is 10%-os különbség van a legszegényebb és a leggazdagabb jövedelmi ötödbe tartozók között. Az idősek között azonban a különbség

geek igen nagyok: a leggazdagabbak között 38%, míg a legszegényebbek között 64% a még soha nem oztottak aránya. Minthogy az influenzaoztás esetében direkt költségek ez utóbbi esetben nem merülnek fel, az igénybevétele feltehetően az információhiány, illetve a rossz infrastruktúra hátráltatja.

18. ábra. Azon 65 évesek és annál idősebbek aránya, akik soha nem kaptak még influenzaoztást, iskolai végzettség szerint



Forrás: ELEF2009, ELEF2014, ELEF2019.

2009 és 2019 között azonban átalakult az influenzaoztásban még soha nem részesültek iskolai végzettség szerinti mintázata

(18. ábra). Míg 2009-ben inkább az érettségi jelentett választóvonalat, addig 2019-re szabályos iskolai végzettség szerinti grádiens alakult ki. Mindezt a 65 éven felüliek oltottsági arányszámain szemlélítetve: 2009-ben 55%-osra tehetjük az érettségi nélküli végzettséggel rendelkezők között azok arányát, akiket még soha nem oltottak be, és 45% körülire ugyanezt az arányt az érettségizettek között. 2019-re a legfeljebb 8 általánost végzettek között 62%-ra nőtt a soha nem oltottak aránya, míg a szakközépiskolai és szakiskolai végzettségűek között 57, az érettségizettek között 51, a felsőfokú végzettségűek között pedig 44%-os oltatlansági arányt tapasztaltunk

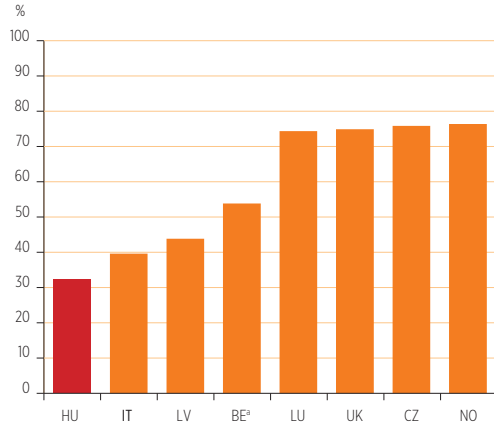
Az oltásokon kívül a legnagyobb hatású prevenció eszközök a szűrések. Ezek többsége a tumoros megbetegedések korai detektálására, és ebből következően eredményesebb gyógyítására irányul. A mortalitásról szóló fejezet ebben a kötetben bemutatja, hogy a daganatos halálozás minden formája – ezen belül a jól szűrhető daganatokhoz kötődők is – különösen magas Magyarországon. A halálozás csökkentéséhez az egészségmagatartási szokások változása mellett a szűrések hatékonyságának növelése érdemben hozzájárulhatna.

Magyarországon az állami egészségügy keretein belül a nők számára a mellrákkal és a méhnyakrákkal kapcsolatos lakossági szűrővizsgálatokat szerveznek.

Az adatok szerint Magyarországon a méhnyakrák szűrés helyzete ambivalens. A vonatkozó nemzetközi adatszolgáltatási kötelezettség a 20–69 éves nők korcsoportjának szűrési rátáit gyűjti, de ebben a formában nem mindenhol érhetőek el az adatok. A szervezett szűrésekről szabályok szerint adatot szolgáltató országok közül az szűrési arányszám Magyarországon a legalacsonyabb. A közegészségügy keretein belül a 20–69 éves nők csupán 32%-a vett részt méhnyakrákszűrésen a 2018-at megelőző három évben. Az adatszolgáltatás körébe eső országok felében a megfelelő

arány meghaladja a magyarországi dupláját (19. ábra).

19. ábra. Méhnyakrákszűrés Európa adatot szolgáltató országaiban: a „szervezett” szűrésen részt vett 20–69 éves nők aránya 2018-ban



* Magyarországon az állami egészségügyi rendszeren belül.

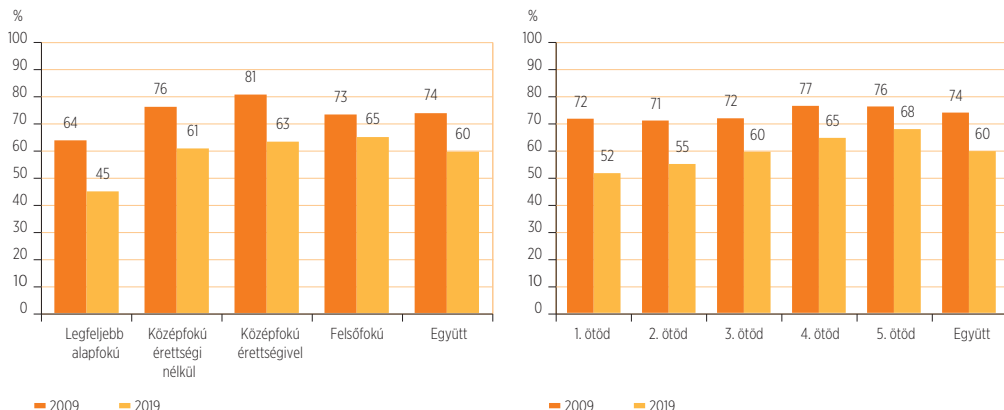
^a 2017

Forrás: OECD Health data Health care utilisation.

Az egészségfelmérés adatai alapján viszont a rendszeresen méhnyakrákszűrésre járók aránya hasonló a jobb nyugat-európai arányszámokhoz, de a magyarországi szűréseknek bő harmada (39%) nem a „szervezett szűrés” keretében, hanem magánellátásban történik. A legszegényebbek között a szűrések 24, a leggazdagabbak között pedig az 51%-a történt magánszolgáltatóknál. 2009 és 2019 között összességében mintegy 5%-kal csökkent a szűrésen a megkívánt időközönként résztvevők aránya. A legnagyobb visszaesés a legszegényebb nők körében következett be, ahol a részvételi arány 11 százalékponttal csökkent (20. ábra).

A másik kiemelt és tradíciókkal rendelkező program a szervezett emlőszűrés viszont minden tekintetben jelentős lemaradásban van Magyarországon. Míg a szűrésre a legtöbb európai országban javasolt 50 és 69 év közötti korosztályban akár 80% feletti arányban is megjelennek kétfévente a szűréseken, addig Magyarországon ez az arány

20–21. ábra. Az utóbbi 3 évben (állami és magánszolgáltatónál együtt) méhnyakrákszűrést igénybe vett 20–69 éves magyar nők aránya jövedelmi ötödök, illetve iskolai végzettség szerint



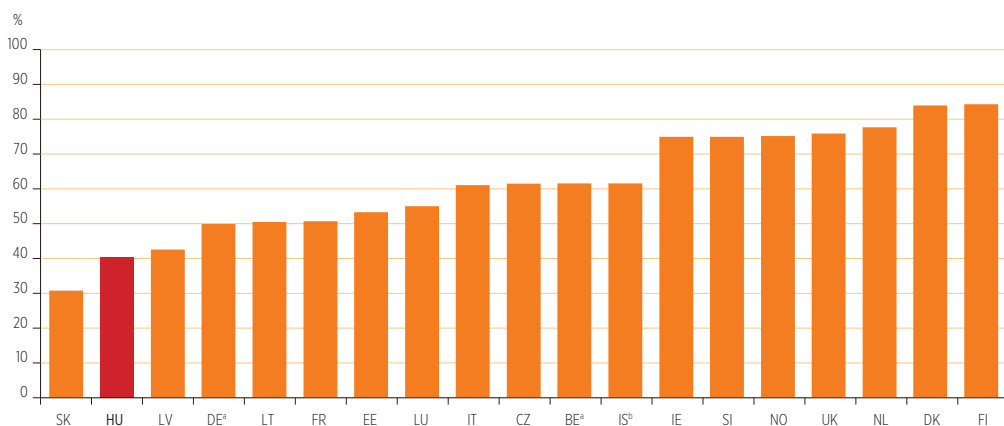
Forrás: ELEF2009, ELEF2019.

2018-ban mindössze 40% volt (22. ábra). Ugyanakkor a szűrésre javasolt korosztály Magyarországon szélesebb.

Az ELEF2019 adatai szerint az 50–69 évesekre vonatkozóan a 2 éven belül mellrákszűrésen résztvevők aránya ennél magasabb, 60%, viszont azoknak az aránya, akik úgy nyilatkoztak, hogy még soha nem

vettek részt szűrésen, 8% volt. A „szabályszerűen”, azaz a kérdezést megelőző 1–2 év során szűrésen résztvevők aránya az iskolai végzettséggel párhuzamosan emelkedik (23. ábra), a legfeljebb alapkötő végzettségűek körében viszont jelentős a leszakadás. 2009-ben a szűrésen szabályszerűen (1–2 éves időközönként) résztvevők aránya még

22. ábra. Az 50–69 éves nők szervezett emlőrákszűrő programokban való részvétele néhány európai országban az elmúlt két év során a megfelelő korú nők százalékában, 2018

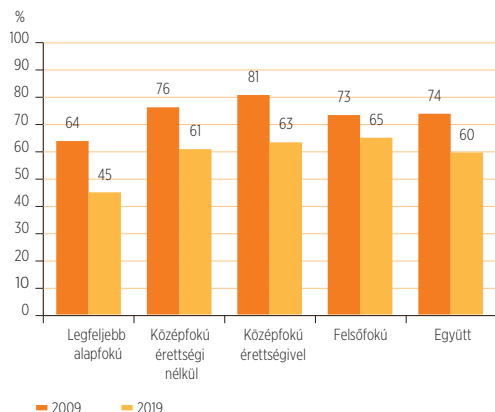


^a 2017,

^b 2019

Forrás: OECD, Health Data, Health Care Utilization.

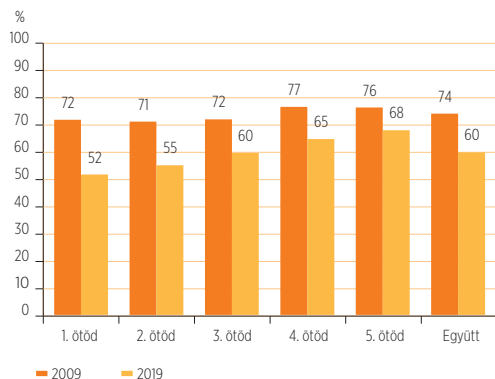
23. ábra. Emlőrákszűrésen 1-2 éven belül részt vett 50-69 éves nők aránya



Forrás: ELEF2009, ELEF2019.

74% volt, amely 60%-ra csökkent. A részvételi arányok leginkább a legkevésbé képzettek, illetve a legrosszabb anyagi helyzetben lévők között csökkentek (24. ábra).

24. ábra. Az emlőrákszűrésen a kérdezést megelőző 1-2 évben részt vett 50-69 éves nők aránya jövedelmi ötödök szerint



Forrás: ELEF2009, ELEF2019.

A 2019-es adatok szerint a legutóbbi emlőrákszűrések mindössze 3%-a zajlott magánszolgáltatónál: a legfeljebb alapfokú iskolai végzettséggel rendelkezők körében 0, a felsőfokú végzettséggel rendelkezők között 5%-os arányban mentek magánszolgáltatóhoz.

A legjobb anyagi helyzetben lévő nők 68%-a, míg a legszegényebb ötödbe tartozó nők 52%-a tudott „szabályszerűen” részt venni az emlőrákszűrésben (24. ábra). A még soha részt nem vettek aránya 2019-ben a jövedelemmel fordított arányban növekedve 6 és 11% között változott.

A kolorektális rák szűrését szolgáló székletvér vizsgálaton a 40 éves vagy annál idősebbek 6,2%-a vett részt a 2009-es kérdezést megelőző három évben, azaz ez a szűrési forma az érintettek töredékét érte csak el. 2014-re ez a szűrési forma az érintettek 16%-ára terjedt ki, 2019-re pedig 17%-ára. A kolorektális rákszűrések ugyanakkor ennél valamivel nagyobb kört értek el, minthogy kolonoszkópiás vizsgálattal is megvalósíthatók, noha a részvétel még így is messze elmarad a kívánatostól.

Jóval sikeresebbnek tűnik a prevenció szempontból szintén kiemelkedő fontosságú vércukorszintmérés. 2009-ben ennek a megtörténtéről – az adatfelvételt megelőző öt évben – a kérdezettek 70%-a számolt be, 2014-ben 84%-a, 2019-ben pedig már a 87%-a. 2009-ben vércukorszintmérésre tehát 30% esetében nem került sor, ez az arány 2014-re 16%-ra, 2019-re 13%-ra csökkent. 2009-ben az alacsony végzettségűek 36, míg a felsőfokú végzettségűek 20%-a esetében nem került sor a vércukorszint meghatározására a kérdezést megelőző öt évben: 2014-ben ezek az arányok 24, illetve 11%, 2019-ben pedig 18, illetve 11%. A vércukorszintmérés gyakorlata tehát terjedőben van, a 2009-ben fennálló társadalmi egyenlőtlenségek kismértékben csökkentek.

Az általános preventív vizsgálatok közül csupán a vérnyomásmérés gyakorlata vált teljesen elterjedté. Az egészségfelmérés arról tudósít, hogy egészségügyi dolgozó mikor mérte utoljára a válaszadó vérnyomását. Ez a kérdezést megelőző öt hónapban 71 és 73 % között ingadozott, iskolai végzettségtől függetlenül, tehát feltehetően mindenkire kiterjedt, aki egyáltalán egészségügyi dolgozóval találkozott a megelőző évben.

Össességében tehát néhány preventív szolgáltatás, gyakorlat terjedőben van, mások azonban, elsősorban a tumoros betegségek szűrését szolgálók, még mindig nagyon mérsékelt kiterjedésűek, vagy ugyan viszonylag kiterjedtek voltak, de az utóbbi tíz év során szűkültek, mint például az emlőrákszűrés. Az általános gyakorlatnak tekinthető prevenciós szolgáltatásokat kivéve a hátrányosabb társadalmi helyzetűeket a szolgáltatások kevésbé érik el, az egyenlőtlenségek mértéke nem csökken jelentősen.

Az egészségfelmérés 2019-es adatai szerint nemcsak a szűrések, hanem más egészségügyi szolgáltatások igénybevétele is gyakran meghiúsul. Jelzésekppen, a nem fogorvosi egészségügyi szolgáltatásokat a

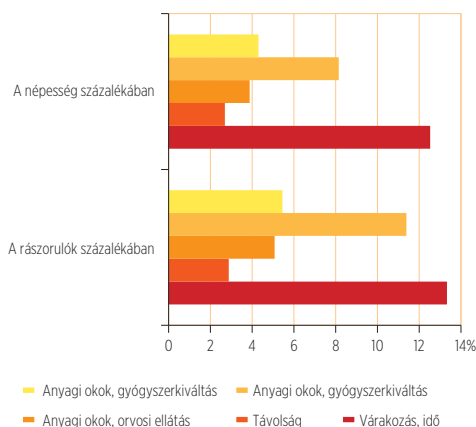
rászorulóknak 13,3%-a a várakozás hossza, illetve idő hiányában nem tudta igénybe venni, ez a népesség 12,5%-át érintette 2019-ben. A rászorulóknak csupán 5%-a említett anyagi okokat általában véve az orvosi ellátásokkal kapcsolatban, míg a fogorvosi ellátások esetében ez az arány 11% volt. A gyógyszereket a rászorulóknak 5%-a esetenként nem tudta kiváltani, míg a korábban oly gyakori közlekedési nehézségek, földrajzi távolság csupán a rászorulóknak 3%-át akadályozták (25. ábra).

Az anyagi okok miatt későbbi vagy elmaradó igénybevétel leggyakrabban a legszegényebb jövedelmi ötöd fiatal és középkorú tagjai között fordultak elő 2019-ben. Az alsó jövedelmi ötödben a fiatal férfiak, a fiatal nők és a középkorú nők egyaránt 9–10%-a számolt be arról, hogy szükségük lett volna orvosi ellátásra, de azt nem, vagy csak késséssel tudták igénybe venni.

Az egészségügyi költségek a háztartás-statisztikai adatok szerint az öt alsó jövedelmi tizedhez tartozó népesség számára növekvő terhet jelentettek az elmúlt évtized során. Az egészségügyi kiadások 2010-ben a legszegényebbek összes elköltött jövedelmének 3,2%-át tették ki, ez az arány 2019-re 3,6%-ra emelkedett. Az alsó öt jövedelmi tized, illetve a leggazdagabbak esetében az egészségügyi kiadások aránya emelkedett az összes kiadások között (1. táblázat).

A fenti adatokat összevontan kezelve az látható, hogy a legszegényebb jövedelmi ötödbe tartozó háztartásokhoz képest a leggazdagabb ötödbe eső háztartások – a háztartás összes kiadását tekintve – egy

25. ábra. Szolgáltatások, amelyeket a válaszadók nem tudtak igénybe venni, az igénybevételt megghiúsító ok miatt



Forrás: ELEF2019.

1. táblázat. Egészségügyi költségek az összes elköltött jövedelem százalékában a háztartásokban jövedelmi tizedek szerint

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2010	3,2%	3,3%	3,9%	4,8%	5,2%	5,7%	5,6%	5,7%	5,3%	4,4%
2019	3,6%	3,4%	4,2%	5,0%	5,7%	5,7%	5,1%	5,8%	5,1%	5,0%

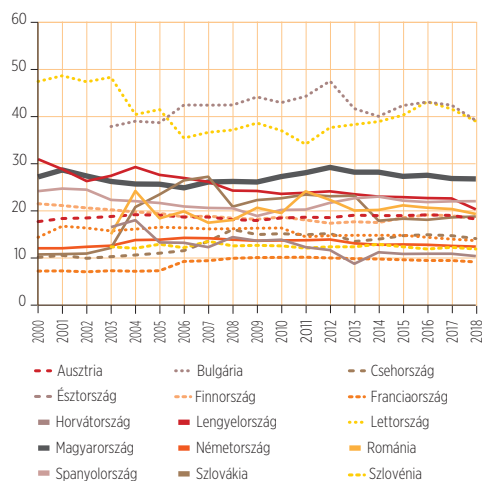
Forrás: KSH, STADAT.

főre nézve nominálisan 3,6-szer többet költöttek. Az egészségügyi költségek esetében ugyanakkor ezek az egyenlőtlenségek nagyobbak: a nominális értékek 5,3-szer magasabbak a leggazdagabbak között a legszegényebbekhez viszonyítva. A leggazdagabbak 4,2-szer annyit költenek gyógyszerre, 6,6-szer annyit gyógyászati segédeszközökre (például szemüvegre), és 9,1-szer annyit fogorvosi ellátásra, mint a legszegényebbek.

Az egyenlőtlenségek mellett a háztartások egészségügyi kiadásainak magas szintje általában véve is problematikusnak tűnik. Azok az egészségügyi költségek, amelyeket nemzetközileg monitoroznak, magukba foglalják az egészségügyi szolgáltatásokra (orvosi vizsgálatokra, beavatkozásokra), a gyógyszerekre, illetve a gyógyászati segédeszközökre költött összegeket. Részletesebb bontások az alap- és kórházi ellátás, valamint a fogászati ellátás költségeit is bemutatják. Ezeket a költségeket fizetheti általános vagy valamilyen közösségi, non-profit alapon szervezett biztosítás, az állam, valamely önkormányzat vagy jótékonyági szervezet. Ezeket hívjuk közösségi kiadásoknak. A fennmaradó összegeket (magánbiztosítások, illetve az ellátásért, gyógyszerért közvetlenül fizetett összegek) a háztartások fizetik, és magánkiadásoknak nevezik.

Bár vannak olyan országok, amelyekben az egészségügyi költségek nagyobb arányát fizeti közvetlenül a lakosság, az európai országok többségében ez az arány jóval alacsonyabb, mint Magyarországon (26. ábra). Az egészségkárosító szokások elterjedtsége és a preventív orvoslás töredékessége mellett a háztartásokra háruló növekvő és magas költségek is akadályozzák az egészségi állapot javulását Magyarországon.

26. ábra. Az egészségügyi kiadások háztartások által fizetett aránya Magyarországon és néhány európai országban



Forrás: OECD.

FOGALMAK

Egészséges életévek: korlátozottság-mentes élettartam, a korlátozottság „GALI”-indikátor segítségével való mérésére alapozva. Forrása: Healthy life years indicator, Eurostat.

Krónikusnak vagy hosszan tartónak tekintünk egy betegséget, egészségi problémát, ha legalább 6 hónapja tart, vagy várhatóan legalább 6 hónapig fog tartani. Az ELEF2019-ben 30 féle tartós egészségproblémára kérdeztek rá (lásd: http://www.ksh.hu/elef/elef2019_kerdoiv.pdf).

Egységnyi fogyasztott alkohol: egy ital/alkoholegység egy korsó sörnek, 2 dl bornak vagy 0,5 dl röviditalnak felel meg, azaz 1 dl sör 0,2 italnak, 1 dl bor 0,5 italnak és 0,1 dl rövidital 0,2 italnak számít.

Megelőzhető halálozás: Olyan halálokok miatt bekövetkező halálozás, amelyeket effektív prevenció intézkedésekkel el lehetett volna kerülni. A mérőszámot évtizedek óta használják a népegészségügyi rendszerek hatékonyságának összehasonlítására, ugyanakkor a különféle szerzők, intézmények által figyelembe vett halálokok listája kismértékben eltérő lehet, és általános, hogy csak az „idő előtti”, azaz 75 évnél korábban bekövetkezett

halálokat vesznek figyelembe. Ebben az elemzésben az OECD listáján alapuló számokat ismertettük. Az OECD megfelelő mutatójában a tüdőrák, az ischaemiás szívbetegségek, az alkoholfogyasztáshoz és a közlekedési balesetekhez köthető okok teszik ki a megelőzhetőnek tekintett halálozások több mint felét. Forrás: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf>

Kezelhető halálozás: Olyan halálokok miatt bekövetkező halálozások, amelyek az egészségügyi rendszer effektív működése esetén nem következhetek volna be. Példa lehet erre a stroke, a mellrák, illetve a kolorektális rák. Hasonlóan a megelőzhető halálozás indikátorához, ebben az esetben is nagyrészt az „idő előtti”, azaz a 75 év előtt bekövetkezett haláleseteket vesszük figyelembe. Hasonlóan a megelőzhető halálozás indikátorához, a figyelembe vett halálokok listája különböző lehet. Ebben a tanulmányban az OECD megfelelő listáján alapuló adatokat használtuk, amelyek részletesen az alábbi hivatkozáson tekinthetők meg.

<https://www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf>

HIVATKOZOTT IRODALOM

- Apicella, M. et al. (2020). COVID-19 in people with diabetes: understanding the reasons for worse outcomes. *The Lancet Diabetes Endocrinol*, 8, 782–9.
- Berger, N., Van Oyen, H., Cambois, E. et al. (2015). Assessing the validity of the Global Activity Limitation Indicator in fourteen European countries. *BMC Med Res Methodol*, 15, 1. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-15-1>
- GBD 2019 Risk Factors Collaborators. (2020). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*, 2020, 396, 1223–49.
- GBD 2019 Tobacco Collaborators (2021). Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*, May 27, 2021. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01169-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01169-7)
- Health at a glance: Europe 2020 <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe/>
- Inchley, J., Currie, D., Budisavljevic, S. et al. (ed). (2020). Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. *International report*. World Health Organization
- Központi Statisztikai Hivatal. *Tájékoztatási adatbázis*. <http://statinfo.ksh.hu/Statinfo/themeSelector.jsp?lang=hu>
- Lopez, A., Collishaw, N., Piha, T. (1994). A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob. Control*, 1994(3), 242–247.
- Mackenbach, J.P. et al. (2018): Trends in health inequalities in 27 European countries, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(25), 6440–6445; doi: 10.1073/pnas.1800028115
- Nusselder, W. J., Valverde, J. R., Bopp, M. et al. (2020). Determinants of inequalities in years with disability: an international-comparative study, *European Journal of Public Health*, 2020, 31 (3): 527–533 <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa194>
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2021). *Health care utilisation*, OECD Health Statistics (database), <https://doi.org/10.1787/data-00542-en> (accessed on 18 February 2021).
- <https://data.oecd.org/healthcare/influenza-vaccination-rates.htm>
- https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC
- Williamson, E. J., Walker, A. J., Bhaskaran, K. et al. (2020). Factors associated with COVID-19-related death using OpenSAFELY. *Nature*, 584, 430–436.
- Weber, A., Clerc, M. (2017). Deaths amenable to health care: Converging trends in the EU?, *Health Policy*, 121(6), 644–652.

