

# EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT

BOROS JULIANNA – KOVÁCS KATALIN

## FŐBB MEGÁLLAPÍTÁSOK

- » Ismeretes, hogy a férfiak halandósági mutatói kedvezőtlenebbek a nőkénel, a nők körében viszont gyakoribbak a megbetegedések. Magyarországon 2015-ben a férfiak átlagosan 59,6, a nők pedig 60,2 egészséges életévre számíthattak, melyet a férfiak esetében átlagosan 12,8, a nők esetében pedig 19 nem egészséges életév követett.
- » 2001 és 2016 között mindkét nem körében, a nők között azonban különösen csökkent a nem kielégítő egészségben lévők aránya. Az iskolázottság és a jövedelem szerinti egyenlőtlenségek azonban növekedtek.
- » Az egészségben korlátozottak aránya csökkent 2009 és 2014 között, ugyanakkor ez a csökkenés csak az enyhén korlátozottak körére vonatkozik. A súlyosan korlátozottak aránya nem mutatott érdemi változást. A legfeljebb 8 általános iskolai osztályt végzettek körében az egészségben korlátozottak aránya háromszor olyan magas volt, mint a diplomával rendelkezők között, a férfiak és a nők körében egyaránt.
- » Az egészséget különösen veszélyeztető tényezők közül a dohányzást, az alkoholfogyasztást és a táplálkozást szemügyre véve megállapíthatjuk, hogy a dohányzás 2000 és 2014 között enyhén mérséklődött a fiatalabb korosztályokban, ugyanakkor enyhén emelkedett a 65 év felettek között. 2009 és 2014 között a fiatal férfiak körében is növekedés vette kezdetét. Az alkoholfogyasztás 2010-ig csökkent, azóta stagnál.
- » A nem megfelelő táplálkozás egyik mutatója az elhízottak és a túlsúlyosak aránya. A 15 évnél idősebbek között a nők legalább 48%-a és a férfiak legalább 61%-a túlsúlyos vagy elhízott – a saját maga által megadott testsúly- és testmárgasság-adatok szerint – Magyarországon. Az elhízás már gyermekkorban is komoly problémát jelent, hiszen az iskolaorvosi vizsgálatok minden 9. gyermeket elhízottnak találtak.
- » A preventív beavatkozások szintje általában véve alacsony. Példaképpen, a 64 évesnél idősebbek körében 2000 és 2014 között az influenzaoltásban részesültek aránya megfelelő volt, és ma jóval alacsonyabb, mint a legtöbb európai országban.
- » A nőket érintő prevenciók beavatkozások közül az emlőrákszűrés gyakorisága,

bár alacsonynak tekinthető, európai összehasonlításban nem mutat jelentős lemaradást más országokhoz képest. A méhnyakrákszűrés gyakorisága viszont,

amelyen a részvétel 2009 és 2014 között megduplázódott, az utóbbi évre nézve lényegesen alacsonyabb más európai országokhoz viszonyítva.

## BEVEZETÉS

Köztudott, hogy a nők jellemzően hosszabb élettartamra számíthatnak, egészségi állapotuk ugyanakkor általában kedvezőtlenebb a férfiakéhoz képest. Kevésbé közismert, hogy a nők halandósági előnyei történeti léptékben viszonylag rövid ideje állnak fenn: a fejlett országokban a 20. században alakultak ki, a legfejlettebb országokban pedig az életkilátásokban megjelenő különbségek ma már zsugorodnak. Magyarországon azonban mind az életkilátásokban, mind pedig az egészségi állapotban nagyok a két nem közötti különbségek. Más országok tapasztalatait összegezve sem a különbségek okait, sem pedig a különbségek következményeit nem érdemes leegyszerűsíteni. Az okok között a biológiai tényezők széles, és kontextustól függő spektruma mellett a (gyorsan változó) társadalmi-gazdasági tényezők és a hosszan formálódott habitusokhoz társuló viselkedési módok sokaságát mind érdemes figyelembe venni. Ilyenek lehetnek például a különféle gyermekkori betegségekkel szemben tanúsított eltérő ellenálló képesség, a társadalmi tényezőket tekintve a férfiak és nők eltérő munkaerőpiaci helyzete, képzettsége vagy társadalmi befolyása, amely közvetlenül vezethet különbségekhez például az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférésben, vagy esetleg a két nem eltérő rizikóvállalási hajlandósága, mely testet ölthet a sebességkorlátozást figyelembe nem vevő vezetés vagy az alkoholfogyasztás eltérő mintáiban. A döntő faktort illetően nincs tudományos konszenzus (Gjonça et al. 1999). A következmények között pedig a társadalmi méltányosság szintén számos dimenzióját lehet felsorolni, mint például a nők hosszabb, de esetleg alacsonyabb javadalmazással megélt nyugdíjas éveit, illetve az általuk az élet során végzett nem fizetett munka mennyiségét, és számos más olyan tényezőt, amelyek befolyása az emberi élet teljességére ma még feltáratlan

(Tsuchiya – Williams 2005). Mindezekkel összefüggésben jelen fejezet célja a nők és a férfiak egészségét leíró főbb mutatók és az azt befolyásoló különösen ismert tényezők átfogó bemutatása.

## AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT MÉRÉSE ÉS AZ EGÉSZSÉGBEN VÁRHATÓ ÉLETTARTAM MAGYARORSZÁGON NEMZETKÖZI ÖSSZEHASONLÍTÁSBAN

Az egészség fogalma komplex, és különböző jelentése lehet az egyes emberek számára. E sokszínűség ellenére az egészségi állapot részletes orvosi kivizsgálás nélkül is viszonylag egyszerűen jellemezhető. Az egészségi állapot önértékelése, vagyis a szubjektív egészségi állapot (a továbbiakban csak egészségi állapot) ugyanis az egészség egy olyan mutatója, amelyet felmérhetünk kérdőíves vizsgálattal, és amelynek értéke az adott közösségen belül erős kapcsolatban áll a későbbi halálozási esélyekkel (Idler – Benyamini 1997). Az emberek tehát megbízható módon képesek saját egészségi állapotuk komplex értékelésére. Ezt, az adott nyelvi és kulturális közösségen belül való érvényességet az sem befolyásolja, hogy az egyes társadalmi és demográfiai csoportok (iskolázottabbak vagy kevésbé iskolázottak, fiatalok vagy idősebbek) egészségértékelésében vannak árnyalatnyi különbségek. A szubjektív egészségi állapotot leggyakrabban úgy mérik fel, hogy a megkérdezettek arra kérik, értékeljék egészségi állapotukat egy ötfokú skálán, ahol az 1-es érték a nagyon rossz, az 5-ös érték pedig a nagyon jó egészségi állapotot jelenti.

Az azonos nyelven beszélő közösségekben az egészségi állapot értékelése és annak különbségei megbízható adatokat szolgáltatnak, és alkalmasak az időbeli változások, illetve a társadalmi különbségek bemutatására. A különböző közösségek értékeléseinek összevetése azonban kétségeket

vet fel, amelyek többsége a kérdésfeltevés megfogalmazásának nyelvi különbségeiből adódik, s amelyet jól illusztrálnak a következő adatokon nyugvó eredmények is.

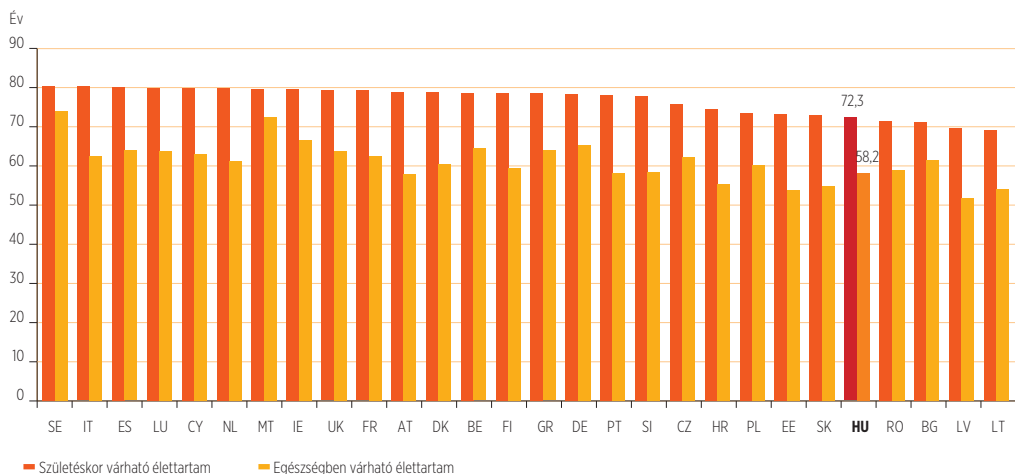
Az Európában mért legfrissebb, megbízható adatok a 2014-es European Social Survey (ESS) felmérésből származnak. A 25 és 75 év közötti válaszadók országonként igen különböző mértékben deklarálták, hogy egészségük nagyon jó vagy jó (azaz az 5-ös, illetve 4-es értéket jelölték meg az ötfokozatú skálán), illetve ennél rosszabb. A kedvezőtlen válaszok legnagyobb arányban Portugáliában fordultak elő (53%), amelyet Észtország, Litvánia és Szlovénia követett 50, 46, illetve 45%-kal. Hátról számítva a következő Magyar-ország 44%-kal, míg a skála másik végén Svédországot, Svájcot és Írországot találjuk (21, 17, illetve 16%-kal). Az egészségi állapotukat minden országban a magasabb iskolai végzettségűek és a jobb jövedelmi helyzetűek találták nagyobb arányban jónak (Balaj et al. 2017).

Az egészségi állapot önértékelését a várható élettartammal kombinálva számítják ki az *egészségben várható élettartamokat*<sup>F</sup>.

Ilyen kalkuláció nemzetközi összehasonlításban is rendelkezésre áll a 2015-ös évre vonatkozóan, amelyet – a várható élettartammal együtt – az 1. és 2. ábrán mutatunk be.

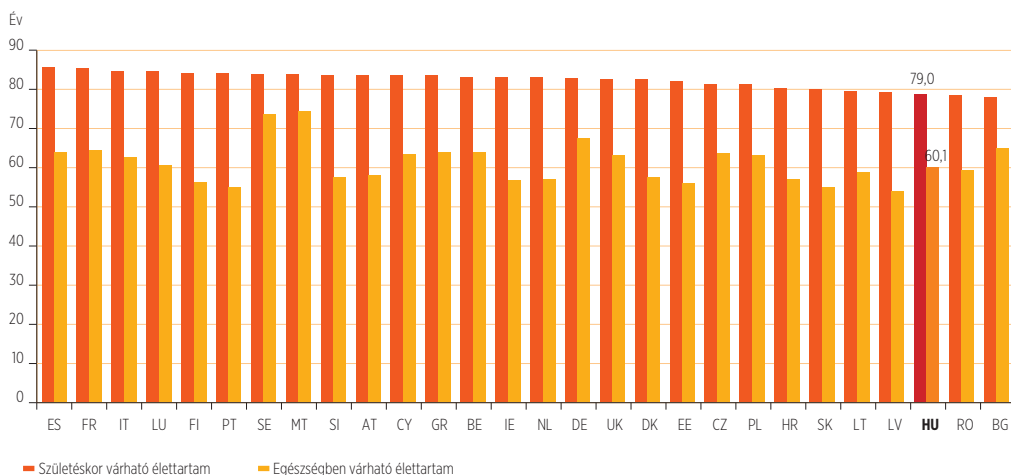
A férfiak egészségben várható élettartamát Lettországban találták a legalacsonyabbnak (51,8 év), amely különösen alacsonynak minősíthető a teljes eloszlás jellegzetességeinek fényében. Szintén szélsőségesek az egészségben várható férfi élettartam értékek Izlandon, Norvégiában, Máltán és Svédországban (71,5 és 74 év között). A többi országban a férfiakra számított értékek 54 és 66 év között szóródnak, Magyarországon 58,2 évet mutat 2015-ben. A magyar férfiak tehát saját minősítésük alapján átlagosan életük 80%-át élik meg egészségesen, egyötödét pedig nem egészségesen. Ezt az értéket is érdemes óvatossággal kezelni: az esetleges kulturális, nyelvi különbségeken túl nehéz lenne megmagyarázni például, hogy miért alacsonyabb az egészségben várható élettartam hossza Magyarországhoz képest Ausztriában, valamint miért magasabb Romániában és Bulgáriában.

1. ábra. A férfiak születéskor várható élettartama és egészségben várható élettartama az EU országaiban, 2015



Forrás: KSH, Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2016.

2. ábra. A nők születéskor várható élettartama és egészségben várható élettartama az EU országaiban, 2015



Forrás: KSH, Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2016.

A nőkre vonatkozó legalacsonyabb érték 54,1 év (Lettország), a legmagasabb pedig 74,6 év (Málta). Svédország és Málta kimagasló értékeit leszámítva ugyanakkor az állapítható meg, hogy a nők körében az 54–55 éves értékek is ritkán fordulnak elő, és alacsonyabb értéknek inkább az 57–58 évet tekinthetjük. Ilyen értékeket mutat Románia és Litvánia, de meglepő módon Hollandia, Dánia, Svájc és Ausztria is. A magasabb, de nem extrém magas értéket mutató országok körében 63 és 68 év között szóródik az egészségben várható női élettartam. Ide tartozik Spanyolország és Norvégia mellett Csehország és Bulgária is. A magyar nők egészségben várható élettartama 2015-ben 60,1 év volt.

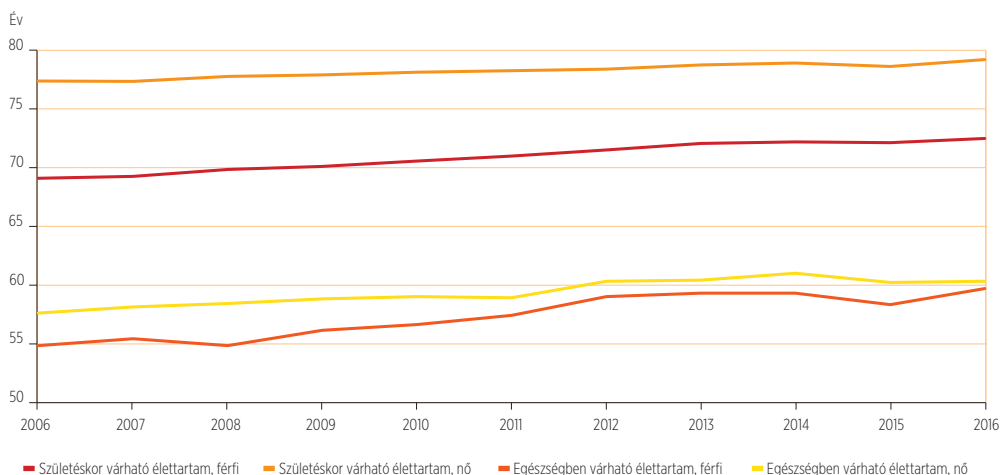
Az elmúlt tíz év távlatában Magyarországon emelkedett a születéskor egészségben várható élettartam. Ugyanakkor meg kell említenünk, hogy a várható teljes élettartamban a két nem között megfigyelhető különbség ebben az esetben már elenyésző, azaz a hosszabb teljes élettartam a nők számára azt jelenti, hogy arányaiban rövidebb egészséges időszakra számíthatnak, mint a férfiak, akik ugyan átlagosan rövidebb ideig élnek, viszont életük rövidebb szakaszát ár-

nyékolják be a betegségek. Számokban kifejezve: a 2015-ben született nők átlagosan 60,2 egészséges és 19 év nem egészségben töltött életévre számíthatnak, a férfiak viszont 59,6 év egészséges év mellett várhatóan már csak 12,8 betegségekkel terhelt évet élnek majd, ami a teljes élettartamuknak kevesebb mint ötöde.

2008 és 2012 között a férfiak egészségben várható élettartama növekedett, ezt követően pedig stagnált. 2012 és 2016 között a nők és a férfiak között kevés különbség mutatkozik egészségi állapotbeli helyzetük – következésképpen egészségben várható élettartamuk – megítélésében, miközben a halandóságban – azaz a várható élettartamban – mutatkozó 8 éves különbség 7 évre csökkent (3. ábra).

A területi különbségek az egészségben várható élettartamra vonatkozóan különösen markánsak: míg a teljes várható élettartamnál összességében 2–3% az eltérés a legmagasabb és a legalacsonyabb értéket felmutató régiók között, ebben az esetben már 13%, azaz a nőknél 7,4 év, a férfiaknál pedig 7,2 év. Ez azt jelenti, hogy míg a legerősebb helyzetben lévő nyugatmagyarországi nők egészségben várható

3. ábra. A születéskor várható teljes és egészségben várható élettartam Magyarországon, 2006–2016



Forrás: KSH, A társadalmi haladás mutatószámrendszere.

élettartama megegyezik az EU-átlaggal,<sup>1</sup> a férfiaknál pedig a közép-magyarországiakra vonatkozó érték megközelíti azt, addig a legalacsonyabb értéket mutató észak-alföldiek (nők és férfiak egyaránt) lemaradása behozhatatlannak látszik: az észak-alföldi nők egyébként is rövidebb életének 28%-a, a férfiak életének pedig 23%-a betegségekkel terhelt, míg a nyugat-dunántúli nőknek „csak” 19,5%-a, a közép-magyarországi férfiaknak pedig csupán 15%-a.

## AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT ALAKULÁSA MAGYARORSZÁGON: TÁRSADALMI KÜLÖNBBSÉGEK

Az egészségi állapot változását Magyarországra vonatkozóan az Életünk fordulópontjai kérdőíves vizsgálat 1., 3., illetve 5. hullámában felvett adatok segítségével követjük nyomon, így a 2001, 2008 és 2016 közötti változásokat figyelhetjük meg. Az adatfelvétel jellegzetességeiből

adódóan csak a középkorú népesség egészségének alakulását tudtuk vizsgálni.

Az egészségi állapot mérése ebben az esetben nem a szokásos 5, hanem 11 fokozatú skálán történt, amelyen 0 jelentette a legrosszabb és 10 a legjobb egészségi állapotot. A továbbiakban jó egészségi állapotúnak tekintettük azokat, akik ezen a skálán 6-osnál magasabb értékelést adtak, és nem megfelelő egészségi állapotban lévőknek azokat, akik 6-os vagy annál alacsonyabb értékelést adtak.

A szubjektív egészségi állapot mutatóját, mint ahogyan korábban is említettük, leginkább az egy adott társadalmon belüli különbségek bemutatására használhatjuk. A most következő elemzésben standardizált százalékokat<sup>2</sup> használtunk a rossz egészségi állapotban lévők arányának megállapítására, így küszöböltük ki az egyes iskolai végzettségű vagy anyagi helyzetű társadalmi csoportok kormegoszlásában mutatkozó esetleges különbségből adódó torzításokat.

<sup>1</sup> Az EU-ra vonatkozóan a legfrissebb elérhető adat 2015-ös, ezért az összehasonlításhoz a 2015-ös magyar adatokat használtuk.

<sup>2</sup> A standardizáláshoz a 2016-os mikrocenzus kormegoszlását használtuk.

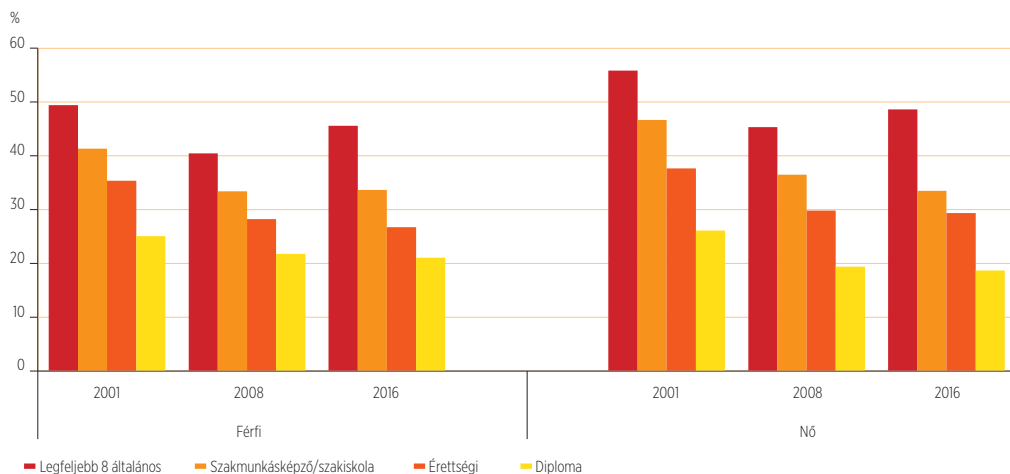
Iskolai végzettség szerint 2001-ben a 8 általánost vagy annál kevesebb osztályt végzett férfiak hozzávetőleg kétszer olyan gyakran számoltak be kedvezőtlen egészségi állapotról, mint a felsőfokú végzettségűek. A szakmunkás végzettségűek és az érettségizettek köztes arányban minősítették kedvezőtlennek az egészségüket. 2001 és 2008 között mindegyik iskolai végzettség szerinti csoport egészségi állapota kedvezőbbé vált: a kedvezőtlen egészségben lévők aránya minden iskolai végzettség szerinti csoportban csökkent, és bár a mintázat lényegi sajátosságai nem változtak, az egyenlőtlenségek kismértékben csökkentek, azaz az egyes társadalmi csoportokban tapasztalt arányszámok közelebb kerültek egymáshoz. 2008 és 2016 között a kedvezőtlen egészségben lévők aránya nagyon kis mértékben csökkent a két magasabb iskolai végzettségű csoportban, és növekedett a legalacsonyabb iskolai végzettségűek között, azaz az egyenlőtlenségek növekedtek.

A nők körében 2001-ben a kedvezőtlen egészségi állapotban lévők aránya – a felsőfokú végzettségűeket kivéve – maga-

sabb, mint a hasonló végzettségű férfiak között. 2001-ben a nők körében tapasztalható egészségügyenlőtlenségek (a legrosszabb és legjobb helyzetű csoportok arányainak hányadosát tekintve) kismértékben meghaladták a férfiak között tapasztalhatót, miközben az egyenlőtlenségek mintázata nagyon hasonló volt. 2001 és 2008 között – hasonlóan a férfiakhoz – a nők körében is minden iskolai végzettség szerinti csoportban mérséklődött a kedvezőtlen egészségi állapotúak aránya. Az egyenlőtlenségek kismértékben csökkentek. 2008 és 2016 között csak a szakmunkás végzettségű nők körében látható a rossz egészségben élők arányának növekedése. Az érettségizett és felsőfokú végzettségű nők körében lényegében nem változott a kedvezőtlen egészségi állapotban lévők aránya, míg a legalacsonyabb iskolai végzettségű csoportban az arány kismértékben növekedett. Az egyes iskolai végzettség szerinti csoportok közötti egyenlőtlenség ebben az időszakban ezért növekedett.

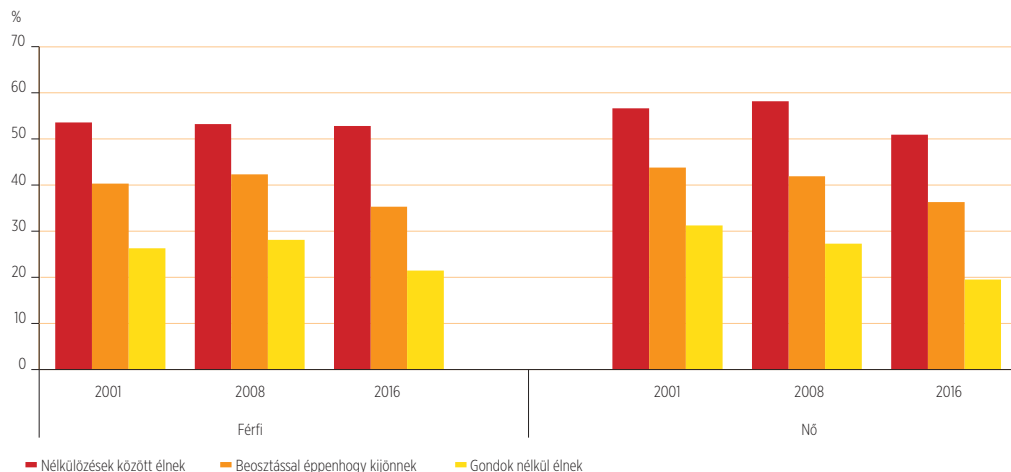
2001 és 2016 között összességében lényegesen csökkent a nem megfelelő egészségben lévők aránya – jelentősebb mértékben a nők körében.

4. ábra. A nem megfelelő egészségi állapotban lévők aránya (kor szerint standardizált százalék) a 30–64 évesek között iskolai végzettség és nem szerint, 2001, 2008, 2016



Forrás: KSH NKI Életünk fordulópontjai adatfelvétel, 1., 3. és 5. hullám; saját számítás.

5. ábra. A nem megfelelő egészségben lévők aránya (kor szerint standardizált százalék) a 30–64 évesek között az anyagi helyzet szubjektív megítélése és nem szerint, 2001, 2008, 2016



Forrás: KSH NKI Életünk fordulópontjai adatfelvétel, 1., 3. és 5. hullám; saját számítás.

Az egészségi állapot javulása (azaz a nem megfelelő egészségben lévők arányának csökkenése) nemcsak az egyes iskolai végzettségű csoportok között ment végbe egyenlőtlenül, hanem jövedelem szerint is. A következőkben azt mutatjuk be, hogy a család anyagi helyzetének függvényében hogyan változott a kedvezőtlen egészségi állapotban lévők aránya.

A legszegényebb csoportba tartozó férfiak egészségi állapota lényegében nem változott a most figyelembe vett másfél évtized alatt, ugyanakkor a közepes anyagi helyzetűek („beosztással éppen hogy kijönnek jövedelmükből”) egészségi állapota javult (azaz a nem megfelelő egészségben lévők aránya csökkent) – elsősorban a 2008 és 2016 közötti időszakban. A leggazdagabb („gondok nélkül élnek”) csoport helyzete is kedvezőbbé vált ugyanebben az időszakban. Az egyenlőtlenségek viszont 2001 és 2016 között általában, de különösképpen 2008 és 2016 között (a két szélső csoport arányait összevetve), növekedtek.

A nők esetében a legszegényebbek körében 2001 és 2008 között lényegében ugyanakkora volt a kedvezőtlen egészségi állapo-

túak aránya, 2008 és 2016 között azonban csökkent. Kismértékű csökkenés a másik két jövedelmi csoportban is megfigyelhető 2001 és 2008 között, amely sokkal erőteljesebbé vált a 2008 és 2016 közötti időszakban. Összességében nézve az egyenlőtlenségeket megállapíthatjuk, hogy – a szélső csoportok arányainak hányadosában mérve – az egyenlőtlenségek 2001 és 2016 között (ezen belül pedig 2008 és 2016 között különösen) emelkedtek a nők körében, és a 2001-ben a férfiakhoz képest még mérsékeltebb egyenlőtlenségek 2016-ra a nők körében is elérték a férfiak körében tapasztalható szintet.

## BETEGSÉGEK, PANASZOK

Az egészségi állapot általános megítélését a konkrét betegségek jelenléte, illetve hiánya befolyásolja a legerősebben.

A krónikus nem fertőző betegségek előfordulása kiemelkedően magas a felnőtt magyar lakosság körében. Önbevallásra épülő adatok alapján (amelyek azonban a szakirodalom szerint megbízható becsléseket adnak), 2014-ben az Európai lakossági



egészségfelmérés (ELEF) adatai alapján a 15 éves és idősebb lakosok 45%-ának volt valamilyen legalább hat hónapja tartó betegsége, a 65 évesek és idősebbek körében pedig ez az arány már 80% volt. A nők minden korcsoportban valamivel magasabb arányban tartoztak a krónikus betegek közé.

Magyarországon a magasvérnyomás-betegség, a szív- és érrendszeri betegségek, illetve a mozgásszervi betegségek a leggyakoribbak, de az emésztő- és légzőrendszeri betegségek is sok ember életét nehezítik meg. Magas vérnyomással a felnőtt lakosság harmada küzdött a kérdezést megelőző egy évben, s míg a fiatalabb korosztályokban ez a betegség inkább a férfiakra volt jellemző, a középkorúaknál a két nem közötti különbség kiegyenlített, idős korban pedig a nőknél dominált. A magas vérnyomás, amellett, hogy önálló betegség, a szív- és érrendszeri betegségek kialakulásának jelentős kockázati tényezője. Emiatt fontos mutató, hogy a lakosság csaknem háromnegyedének mérte egy éven belül a vérnyomását egészségügyi dolgozó, a magasvérnyomás-betegeknél pedig ez az arány kilenctized. A betegségük tudatában lévőek 95%-a gyógyszert is szed vérnyomása csökkentéséért.

A szív- és érrendszeri betegségekkel élők aránya összességében 13% az ELEF eredményei szerint. Bár a köztudatban az él (valószínűleg a mortalitási adatokra támaszkodva), hogy ez a probléma inkább a férfiakat érinti, az adatok azt mutatják, hogy a nők között nagyobb arányú a szívbetegség előfordulása. A keringési betegségek közül a szívritmuszavar a leggyakoribb: ez a lakosság 9%-ára jellemző – jelentős nemi különbséggel: a férfiak 6, a nők 12%-a számolt be erről a problémáról. A szívbetegék döntő többsége gyógyszert is szed tünete

enyhítésére, 85–95% közötti a különböző (felismert) keringési betegségekre jellemző gyógyszereszedési gyakoriság.

A mozgásszervi betegségek közül a derék- és hátfájás érinti a legtöbb embert. A 15 éves és idősebbek csaknem harmada panaszkodott ilyen típusú fájdalmakra, kétharmaduk esetében orvos is diagnosztizálta a betegséget. A nők, különösen idős korban, jóval nagyobb arányban szenvednek ilyen panaszoktól: a legidősebb (65 éves és idősebb) korosztályban már a nők 45, a férfiaknak pedig „csak” 35%-a szenved ettől a betegségtől. A gerinctájéki fájdalmakat tovább tetézi a nyaki fájdalom jelenléte: ez a felnőtt lakosság 11%-ának nehezíti meg a mindennapjait. Említést érdemel még a csontritkulás, amely főleg az idősebbeket érinti, s az utóbbin belül is nagyjából a nőket (a 75 éves és idősebb nők harmadát), bár meg kell említenünk, hogy az ugyanezen korcsoportba tartozó férfiak 7%-ánál is megjelenik a csontritkulás.

Van azonban olyan betegség is, amelynek kor szerinti mintája eltér az általánostól, és nem kizárólag az időseket, hanem nagyobb arányban a fiatalabb korosztályokat is érinti: az allergia gyakorisága a 35 év alattiaknál 15%, míg az ennél idősebbeknél csak 10%.

Számottevően gyakori betegség még a diabétesz, amelynek előfordulása a felnőtt lakosság körében 8%, ugyanakkor az idősek (65 éves és idősebbek) közül már minden ötödiknek szükséges odafigyelnie a szénhidrátbevitelre.

Egy átfogó nemzetközi tanulmány szerint (Vos et al. 2016) Magyarországon a tíz legfontosabb korlátozottsághoz vezető betegség többsége a társadalmi-gazdasági fejlettség alapján<sup>3</sup> várható gyakoriságnál magasabb arányban járul hozzá a korlátozottságban megélt élethez: a baleset-szerű esések 2,69-szoros, az ischaemiás

<sup>3</sup> Az elemzéshez használt szociodemográfiai index az egy főre eső jövedelmet, az iskolai végzettséget és a teljes termékenységi rátát veszi figyelembe az országok osztályozásánál.

stroke 1,98-szoros, a derékfájdalom 1,5-szeres, a halláskárosodás és az ízületi gyulladás 1,49-szoros, a cukorbetegség 1,21-szoros, a migrén 1,08-szoros mértékben vezet korlátozottságban töltött életevekhez. A depresszió (0,97), a nyaki fájdalom (0,95) és a szorongás (0,81) ugyanakkor hasonló, illetve mérsékeltebb következményekkel jár a korlátozottság tekintetében Magyarországon más országokhoz viszonyítva.

## EGÉSZSÉGI OKOK MIATTI KORLÁTOZOTTSÁG MAGYARORSZÁGON

A korlátozottság mutatójának nemzetközi összehasonlítása problematikus, így az erre vonatkozó adatok bemutatásától eltekintünk. Ugyanakkor Magyarországon belül értékes információkkal szolgál a korlátozottság terheinek társadalmi eloszlása, még akkor is, ha a kérdőíves felmérésekben hasonlóan megfogalmazott kérdés<sup>4</sup> értelmezése idővel némiképp változott.

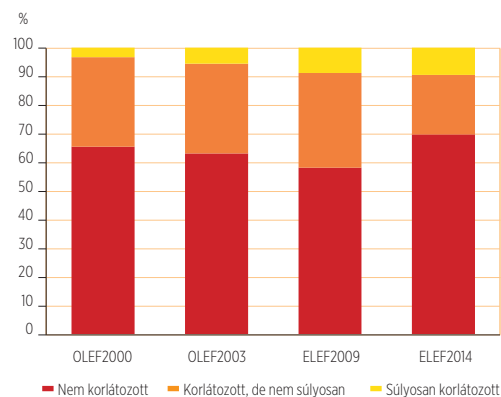
A 2011-es népszámlálás és a 2016. évi mikrocenzus a korlátozottsággal élők számának jelentős csökkenését mutatta.

Az egymást követő lakossági egészségfelmérések korlátozottságra vonatkozó adatainak elemzése ugyanakkor arra enged következtetni, hogy a korlátozottak arányának csökkenése mögött bonyolultabb folyamatok mentek végbe. A 2000-ben és a 2003-ban végzett Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF), illetve a 2009-ben és 2014-ben végzett Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) becslései szerint a vizsgált mintegy másfél évtizedben a 18 éves és idősebb lakosságon belül összességében ugyan csökkent a korlátozottak aránya, ez a csökkenés (31,3%-ról 20,8%-ra) azonban kizárólag az „enyhén korlátozottak” körében észlelhető, míg a

súlyosan korlátozottak aránya jelentősen emelkedett (3,3%-ról 9,5%-ra). Ezek az adatok azt sugallják, hogy az egészségi állapotban általában javulás ment végbe, ugyanakkor a különösen rossz egészségi állapotban lévők aránya emelkedett (7. ábra).

A 2014-ben az egészségfelmérések által megcélzott népet, azaz a 15 éves és idősebb, nem intézményben élő lakosságot tekintve, a becslések szerint csaknem 800 ezren élnek súlyos, 1,8 millióan pedig nem súlyos korlátozottsággal. Figyelembe véve, hogy a népszámlálások tanúsága szerint az intézményekben élők között jóval magasabb az egészségi ok miatt korlátozottak aránya, összességében a felnőtt magyar lakosság mintegy harmada küzdhet kisebb-nagyobb mértékű korlátozottsággal.

6. ábra. A különböző fokban korlátozottak aránya Magyarországon, 2000-2014

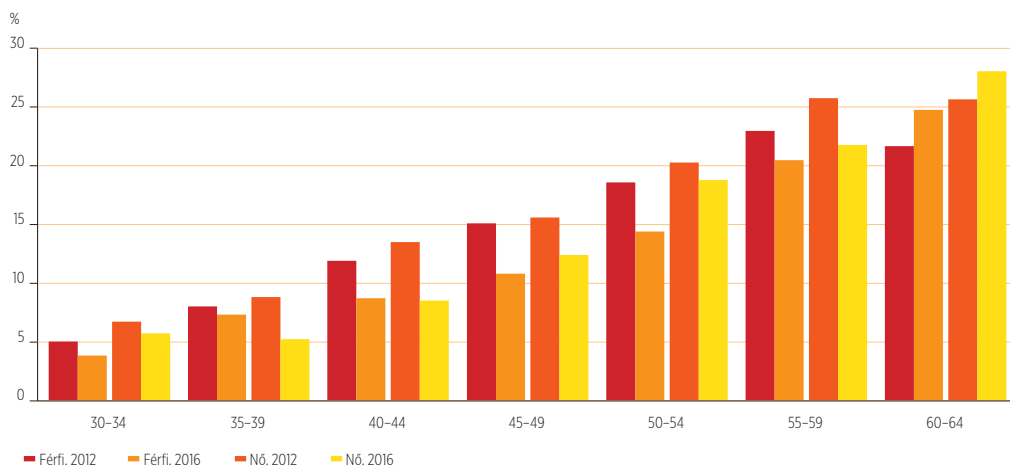


Forrás: OLEF 2000; OLEF 2003; ELEF 2009; ELEF 2014.

Az egészségi állapot változásának más szempontból való bemutatására ismét az Életünk fordulópontjai panel felvétel adatait használjuk. Ebben az esetben a 2012 és 2016 közötti változásokat tudjuk bemutatni, mivel ezekből az évekből származó adatok hasonlíthatók össze.

<sup>4</sup> „Gátolja-e Önt mindennapi tevékenységeiben valamilyen – egészségi állapotával összefüggő – fizikai vagy pszichikus (mentális) probléma?”

7. ábra. Az egészségi okokból korlátozottak nem és korcsoport szerint, 2012, 2016



Forrás: KSH NKI Életünk fordulópontjai adatfelvétel, 4. és 5. hullám; saját számítás.

Amint a 7. ábrán is látható, a korlátozottakban szenvedők aránya, a 60–64 éves nők csoportjának kivételével minden korcsoportban, de elsősorban a 35–59 évesek között visszaesett Magyarországon. Ez az eredmény egybecseng a 2011-es népszámlálás és a 2016. évi mikrocenzus, illetve az egészségfelmérések eredményeivel, amelyekben a korlátozottak aránya hasonlóképpen jelentősen csökkent.

E csökkenés okát valószínűleg csak részben találhatjuk meg az egészségi állapot javulásában. A korlátozottságra vonatkozó kérdésekben – bár pontos megfogalmazásuk némiképp eltérhet a különböző kérdőíves adatfelvételekben – minden esetben szerepel az „aktivitás” szó (főképp a mindennapi tevékenységek vonatkozásában), amelyet a válaszadók feltehetőleg nagymértékben kapcsolnak a gazdasági aktivitásukhoz. A korlátozottság említése a kérdőíves megkérdezések során valószínűleg nem kizárólagosan, de mégis erősen kapcsolódott a rokkantnyugdíjas státuszhoz. 2011-től a rokkantnyugdíjas státusz megszűnt, és helyette „csökkent munkaképességű”-ként kaptak támogatást azok, akik a kötelező

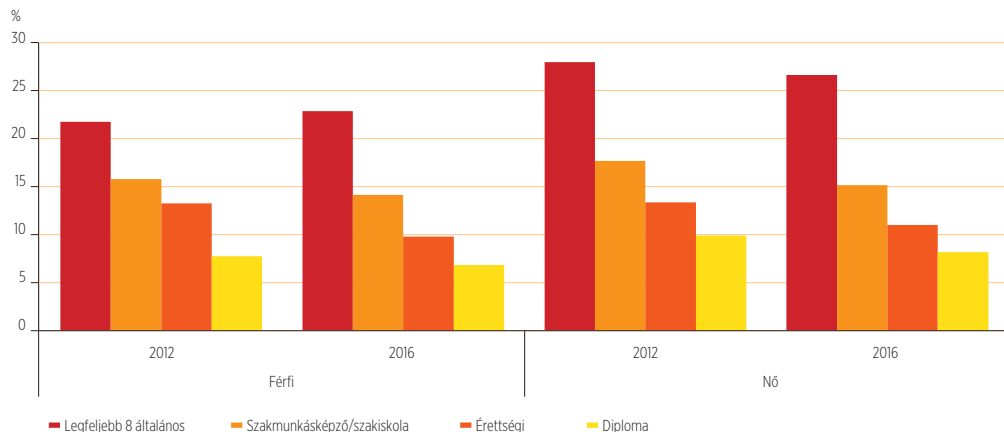
– és éveken át folyó – orvosi felülvizsgálaton megfeleltek a kritériumoknak. Az ilyen státuszban lévők száma fokozatosan, de összességében jelentősen csökkent (1. táblázat). A folyamatos felülvizsgálatok során 2017-re mintegy 120 000 fő, 2011-ben még a rokkantnyugdíj különféle formáira jogosult és 2012-re „csökkent munkaképességűvé” minősített ember, az érintettek negyede tűnt el a rendszerből.

1. táblázat. A különböző, egészségkárosodáshoz köthető juttatásokban részesülő személyek száma az adott év január 1-jén

Csökkent munkaképességűek	
2012	473 365
2013	444 014
2014	418 617
2015	404 880
2016	375 979
2017	355 188

Forrás: KSH, Szociális statisztikai évkönyv, 2016.

8. ábra. Az egészségi okokból korlátozottsággal küzdők aránya (kor szerint standardizált százalék) a 30–64 évesek között nem és iskolai végzettség szerint, 2012, 2016



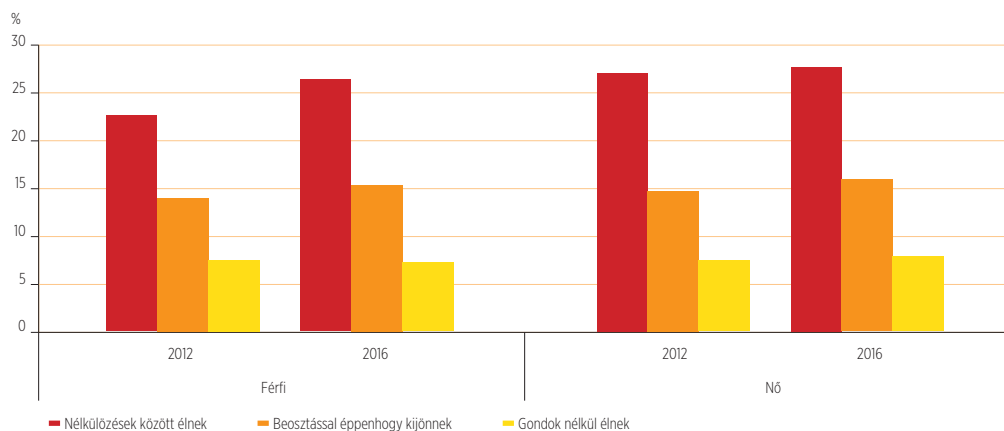
Forrás: KSH NKI Életünk fordulópontjai adatfelvétel, 4. és 5. hullám; saját számítás.

A korlátozottság esetében a társadalmi különbségek hasonlóan nagyok, mint amelyeket korábban az egészségi állapottal kapcsolatban láthattunk (8. ábra).

A férfiak körében a korlátozottságról beszámoló aránya a 8 általános vagy alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők között mintegy háromszor olyan magas, mint a felsőfokú végzettségűek között. 2012

és 2016 között a korlátozottsági arányok elsősorban a szakmunkás végzettséggel rendelkezők és az érettségizettek között csökkentek. A nők körében hasonlóan nagyok voltak az iskolai végzettség mentén mérhető különbségek, mint a férfiak körében, s ezek 2012 és 2016 között kismértékben növekedtek is. A korlátozottsági arány csökkenése elsősorban a legalább

9. ábra. Az egészségi okokból korlátozottsággal küzdők aránya (kor szerint standardizált százalék) az anyagi helyzet szubjektív megítélése és nem szerint, 2012, 2016



Forrás: KSH NKI Életünk fordulópontjai adatfelvétel, 4. és 5. hullám; saját számítás.

szakmunkásképzőt végzett csoportokban következett be.

Az iskolai végzettséghez hasonlóan nagy egyenlőtlenségek mutatkoznak az anyagi helyzet mentén is (9. ábra). 2001-ben a „gondok nélkül élők” között tapasztalt arányok háromszorosa látható a „nélkülözések között élő” férfiak között, és még ennél is nagyobb különbségek a nők megfelelő csoportjai között. 2012 és 2016 között a mintázatok alig változtak, ugyanakkor a „nélkülözések között élő” férfiak körében a korlátozottsági arány kismértékben növekedett. Ezt a változást feltehetően elsősorban a korlátozottsággal élők egy részének időközben romló anyagi helyzete, a rosszabb anyagi helyzetű csoportokba való sodródása magyarázhatja.

## EGÉSZSÉG-MAGATARTÁS

Az egészségi állapotot nagy mértékben befolyásolja az egészség-magatartás, amely magában foglalja mind az egészségre szándékoltn irányuló magatartásformákat (például a szűréseken való részvétel szándékát), mind az egészségre nagy befolyást gyakorló életmódbeli tényezőket (például a dohányzást).

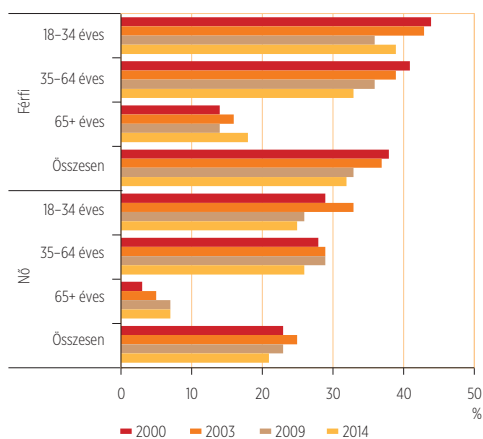
A következőkben a 2014-es Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF), illetve az előzménynek tekinthető korábbi egészségfelmérések adatai alapján mutatunk be néhány életmódbeli tényezőt a felnőtt (15 éves és idősebb) magyar lakosságra vonatkozóan.

A dohányzás az egyik legjelentősebb egészségkárosító tényező, amely világszerte nagyságrendileg 6 millió halálesetért felelős évente (WHO 2015), de Magyarországon is több mint 370 ezer ember halálához járult hozzá 2000 és 2014 között, mivel általánososságban minden ötödik elhunyt a dohányzás miatt vesztette életét (Wéber 2016) – a do-

hányás ugyanis számos daganatos, szív- és érrendszeri, illetve légzőrendszeri betegség kialakulásában játszhat szerepet.

Az ELEF eredményei szerint a felnőtt lakosság 27,5%-a dohányzott 2014-ben, többségük (25,8%) napi rendszerességgel. A nemek közötti eltérés jelentősnek mondható: a férfiak harmada és a nők valamivel több mint ötöde tartozik a dohányzók<sup>5</sup> közé. Emellett még az összes jelenleg nem dohányzó férfi harmada, míg az összes nem dohányzó nő ötöde korábban rendszeresen dohányzott. Az ezredforduló óta mérsékelt csökkenésről beszélhetünk, a férfiaknál 2000-hez viszonyítva 2014-ben 6 százalékponttal, a nőknél pedig 2 százalékponttal kevesebben voltak a napi rendszerességgel dohányzók. A felmérés közvetlen előzményének számító 2009-es felmérés adataihoz képest azonban a csökkenés csak mérsékelt, sőt, a fiatal férfiak esetében még némi növekedés is megfigyelhető.

10. ábra. A rendszeres dohányzók aránya nem és korcsoport szerint, 2000–2014



Forrás: OLEF 2000; OLEF 2003; ELEF 2009; ELEF 2014.

Természetesen – mint az a 10. ábrából is kiderül – a különbségek életkori csoportok szerint is számottevőek. A férfiak és a nők

<sup>5</sup> Rendszeres dohányzóknak a naponta rágyújtókat tekintjük, dohányzóknak pedig a rendszeres és az alkalmi dohányzók összességét.

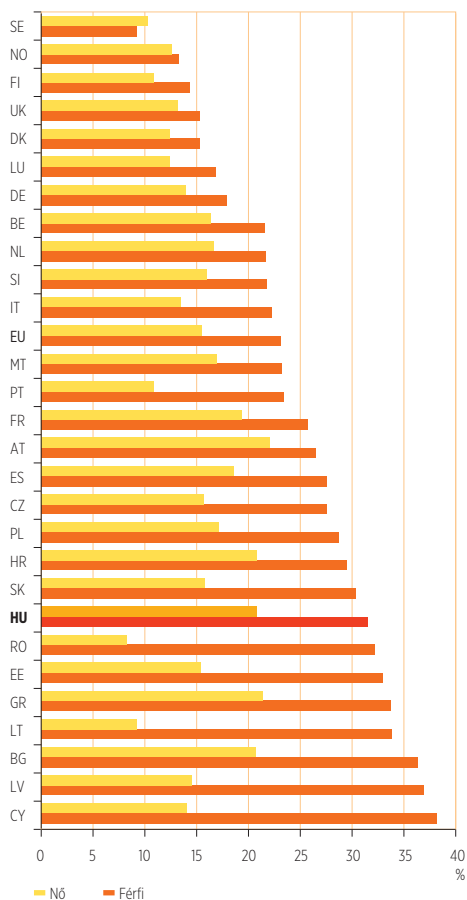
körében is a fiatalok és a középkorúak esetében a legmagasabb a dohányzók aránya. A 65 évesek és idősebbek ebből a szempontból alacsonyabb arányokat mutatnak, amelyben szerepet játszhat az, hogy magasabb közöttük a leszokottak aránya. És bár ez egy keresztmetszeti vizsgálatból nem derül ki egyértelműen, valószínűsíthető, hogy azok, akik a hosszú éveken tartó dohányzás következtében kialakuló betegségeik miatt haláloztak el, természetesen nem szerepelhettek a vizsgálat mintájába került idősök között sem.

A férfiaknál a 18–34 évesek több mint 40%-a, az ugyanilyen korcsoportú nőknek a 28,5%-a dohányzik. A középkorú nők csaknem ugyanannyian dohányoznak, mint a fiatalok (sőt, a napi rendszerességgel dohányzók aránya a középkorúak esetében kismértékben magasabb is).

Iskolai végzettség szerint is megfigyelhetőek különbségek. Mindkét nem esetében a felsőfokú végzettségűek dohányoznak a legkisebb arányban (16,8% a férfiaknál és 13,2% a nőknél), ugyanakkor, míg a férfiaknál lineáris a csökkenés iskolai végzettség szerint, a nőknél a szakmunkás végzettségűek közül dohányoznak a legtöbben, a legfeljebb 8 általános iskolai osztályt végzettenélük alacsonyabb arányban. A férfiaknál a legalacsonyabb és a legmagasabb végzettségűek közötti különbség 2,5-szeres, a nőknél ennél egy kicsit kevesebb, 2,3-szeres.

Az aktív dohányzás mellett meg kell említenünk a passzív dohányzás egészségkárosító hatását is. Annak ellenére, hogy 2011-ben életbe lépett a nemdohányzók védelméről szóló jogszabály, az ELEF 2014 eredményei szerint a felnőtt lakosság 8,3%-a minden nap, további 3%-uk pedig hetente többször kénytelen elviselni otthonában mások dohányzását. A munkahelyi passzív dohányzás ennél is magasabb gyakoriságú: a férfiak csaknem ötöde (a 18–34 évesek 26,5%-a), a nőknek pedig tizede számolt be arról, hogy olyan helyiségben kellett tartózkodnia, ahol mások dohányoztak.

11. ábra. A rendszeres dohányosok aránya a 15 évesek és idősebbek között nem szerint a 2014 körüli években



Forrás: Eurostat; European Health Interview Survey (EHIS) 2014.

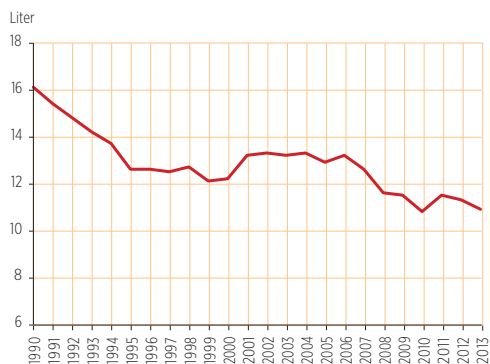
Nemzetközi összehasonlításban azt látjuk, hogy a többi EU-tagállamban is végrehajtott Európai lakossági egészségfelmérés szerint Magyarország egyértelműen a „dohányzó” országok közé tartozik. Különösen a nők esetében figyelemreméltó az „eredmény”, hiszen (Horvátországgal holtversenyben) a harmadik helyet sikerült megszerezni a rendszeres dohányosok rangsorában: a magyar nőket ezen a téren csak Ausztria és Görögország előzi meg. A férfiak esetében Ciprus a listavezető, ahol a férfiak 38,2%-a naponta dohányzik, Ma-

gyarországnál csak a Baltikum és a Balkán országaiban magasabb a naponta dohányzó férfiak aránya. Érdekeség, hogy az egyébként alacsony dohányzási prevalenciát felmutató Svédország az egyetlen ország, ahol a nők – kismértékben – magasabb arányban dohányoznak, mint a férfiak.

A dohányzás mellett egy másik különösen jelentős kockázati tényező az egészség szempontjából a mértéktelen alkoholfogyasztás, amely a daganatos és szívérrendszeri betegségek, a májcirrhózis, illetve számos egyéb betegség kialakulásában szerepet játszva világszerte mintegy 3,3 millió halálesetért tehető felelőssé évente (WHO 2016). A 2015-ös adatok szerint Magyarországon az alkoholfogyasztással összefüggő standardizált halálozási ráta 100 ezer főre vetítve a nőknél 41, a férfiaknál pedig 139, de ezek még mindig jelentősen meghaladják az EU-átlagot: 1,5-szer nagyobb a nőknél és 1,7-szer a férfiaknál (WHO Health for All Database), ugyanakkor a halálozási adatok hosszabb távon csökkenésre utalnak. Az alkoholfogyasztás visszaszorulását igazolják a fogyasztási adatok is. A 15 éves és idősebb lakosságra tiszta alkoholban számított, egy főre jutó fogyasztás értéke 2013-ban 10,9 liter volt, míg 1990-ben 16,1 liter. A rendszerváltást követő gyors csökkenést a 2000-es évek elején némi emelkedés akasztotta meg, de a trend egyértelmű. A legutóbbi évekre nézve azonban nem rendelkezünk adatokkal.

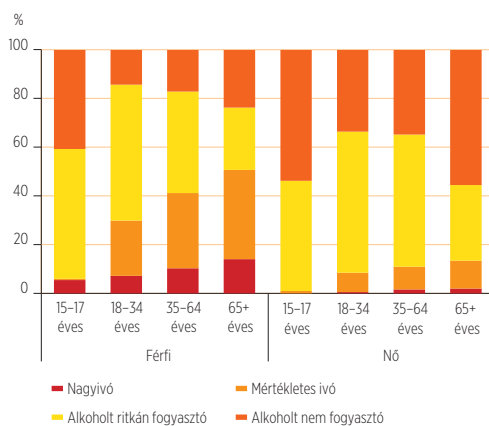
Az alkoholfogyasztásra vonatkozóan az ELEF is tartalmaz információkat, az önbevallásra alapozott adatokat azonban mindenképpen alulbecslésnek kell tekintenünk. Az eredmények szerint a felnőtt lakosság 5,4%-a, a nők 1,4 és a férfiak 9,9%-a tartozik a nagyivók közé az önmaga által megadott alkoholmennyiségek alapján. A nagyivók legmagasabb arányban a 65 éves és idősebb férfiak körében fordulnak elő, náluk 14,1% az arány. Teljes absztinenciáról számolt be a nők 40, míg a férfiak 18,3%-a.

12. ábra. Az egy főre jutó alkoholfogyasztás tiszta alkoholban számolva a 15 éves és idősebb népességre vonatkozóan, 1990–2013



Forrás: WHO Health for All Database.

13. ábra. Alkoholfogyasztási kategóriák nem és korcsoport szerint, 2014



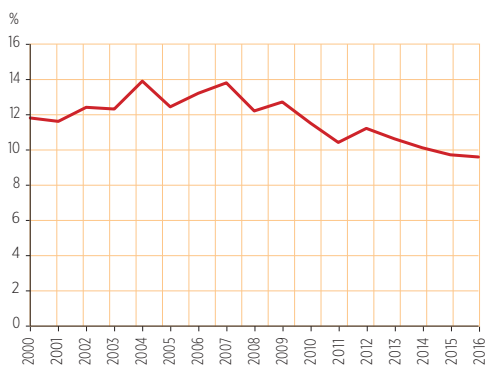
Forrás: ELEF 2014.

Az alkoholfogyasztás egyik veszélye a betegségek kialakulásában játszott szerepe mellett, hogy közvetett módon, ittas vezetés révén is hozzájárulhat a halálozáshoz, illetve az egészségkárosodáshoz. Az OECD becslései szerint világszerte a közúti balesetek 2–38%-áért, míg a halálos közúti balesetek 20–25%-áért az ittas vezetés tehető felelőssé (OECD/ITF 2017).

2016-ban Magyarországon összesen 1592 személyesérüléses közúti balesetben játszott

szerepet az alkohol, s ez az összes közúti baleset csaknem egytizedét jelentette. Ez a mutató kismértékű csökkenést mutat az ezredforduló óta.

14. ábra. Az ittasan okozott balesetek az összes baleset százalékában, 2000–2016



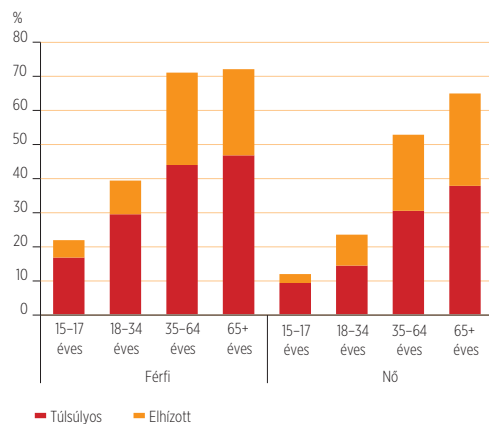
Forrás: KSH, Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2016.

Szintén negatív hatással bír az egészségi állapotra a nem megfelelő tápláltsági állapot. Bár a túlzott soványságnak is megvannak a maga egészségi következményei, a fejlett társadalmakat inkább a túlsúlyosság következményei veszélyeztetik. Az elhízás számos betegség mellett a szívkoszorúér-betegségek, az ischaemiás stroke és a cukorbetegség vagy egyes daganatos betegségek kialakulásának kockázatát növeli.

A tápláltsági állapot mérésének leginkább elterjedt mutatója a *testtömegindex*<sup>f</sup>, amelyhez a szükséges adatokat, azaz a testmagasságot és a testtömeget önbevallásos módon a legegyszerűbb megtudni a lakoságtól. Természetesen ez némi alulbecslést eredményez a túlsúlyosak táborát illetően, de a standardizált eszközös mérés kivitelezése – az ehhez szükséges anyagi terhek miatt – inkább csak kisebb almintákon szokásos a kutatások során, az eredmények értelmezésénél tehát be kell kalkulálni, hogy az önbevallott értékek alapján történő számítások alulbecslést tesznek lehetővé.

Az ELEF 2014 eredményei szerint a nők 48, illetve a férfiak 61%-a tartozik a túlsúlyosak vagy elhízottak közé. A korcsoportos bontásban jól látható, hogy míg a 18–34 év közötti nőknek kevesebb mint negyede tartozik ebbe a csoportba, az ugyanilyen idős férfiaknak már csaknem egytizede. Az igazán jelentős arányok viszont mindkét nem esetében inkább a náluk idősebbeket érintik: a 35 éves és idősebb férfiak csaknem háromnegyede súlyproblémákkal küzd, közülük is igen jelentős azok aránya, akik az elhízott kategóriába sorolhatók (az összes ebbe a korosztályba tartozó férfi negyede). A nőknél a középkorúak és az idősebbek jelentősen különböznek ebből a szempontból, vagyis a 35–64 év közöttiek „csak” felének, míg az ennél idősebbek háromnegyedének magasabb a testtömege az egészséges szintnél. Ugyanakkor figyelemre méltó, hogy az elhízottak, tehát a 30 feletti BMI-vel rendelkező nők aránya nagyjából megegyezik a hasonló korcsoportú férfiak körében tapasztaltakkal, tehát a két nem közötti nagyságrendi különbség abból fakad, hogy a nők között kisebb arányban vannak a túlsúlyosak (25–30 közötti BMI).

15. ábra. A túlsúlyosak és elhízottak aránya korcsoport és nem szerint, 2014

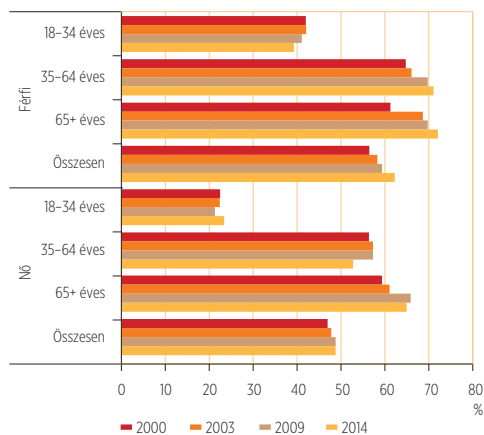


Forrás: ELEF 2014.



Időbeli összehasonlítást a 18 éves és idősebbek esetében tudunk végezni (a 2000-es és a 2003-as adatok erre a korosztályra érhetőek el). Összességében a férfiaknál emelkedett, a nőknél nagyjából változatlan a túlsúlyosak és elhízottak együttes aránya, s ez elsősorban a középkorúak körében tapasztalható arányok változásával magyarázható (az eredmények értelmezésénél figyelembe kell venni, hogy nem longitudinális, hanem keresztmetszeti vizsgálatok adatait használtuk fel). A 35–64 év közötti férfiak körében 2000 és 2014 között 6 százalékponttal nőtt, míg az ugyanilyen korú nők körében csaknem 4 százalékponttal csökkent a túlsúlyosak és elhízottak aránya. Az idősek esetében mindkét nemnél egyértelmű, jelentős növekedést tapasztalhattunk ezen időszak alatt.

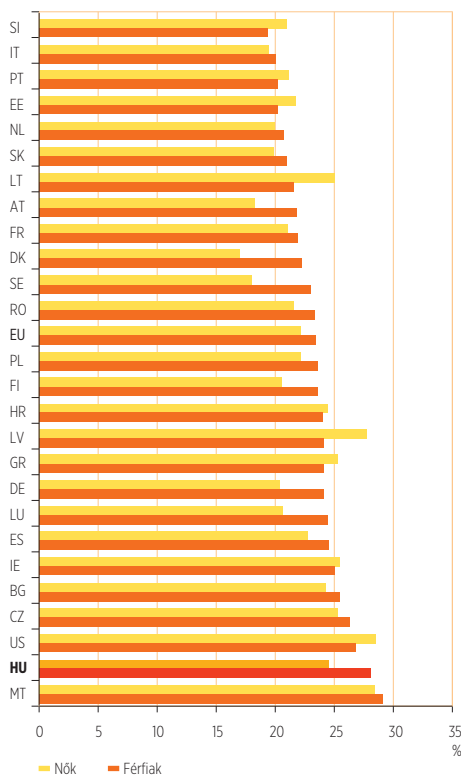
16. ábra. A túlsúlyosak és elhízottak arányának változása korcsoport és nem szerint, 2000–2014



Forrás: OLEF 2000; OLEF 2003; ELEF 2009; ELEF 2014.

Nemzetközi összehasonlításban Magyarország az élen található, a magyar férfiakat csak a máltaiak előzik meg, míg a magyar nők a nyolcadik helyet foglalják el az elhízottak arányának európai rangsorában az Egészségügyi Világszervezet becslései alapján.

17. ábra. Az elhízottak korra standardizált becslést aránya nemek szerint az EU országokban, 2016



Forrás: WHO European Health Information Gateway.

Az elhízás már a gyermekek körében is jelentős. Az iskolaorvosi vizsgálatok minden 9. gyermeket elhízottnak találtak 2011 és 2015 között. Az elhízás kismértékben gyakoribbá vált az iskolás évek alatt, különösen a fiúk körében. Kedvező változásra a 2000-es évek első éveiben nem került sor, talán csak a fiatalabb lányok között csökkent igen kis (5% körüli) mértékben az elhízás elterjedtsége.

Figyelemre méltó, hogy a WHO iskoláskorú gyermekek egészségmagatartását vizsgáló 2013–2014-ben készített nemzetközi felmérése (HBSC) szerint Magyarországon a 11 éves fiúk 21, a 13 éves fiúk 20 és a 15 éves fiúk 18%-a volt túlsúlyos vagy elhízott, ugyanakkor az önmagukról alkotott testkép alapján a 11 évesek 23, a 13 évesek 25 és a 15 évesek 19%-a gondolta magáról, hogy

2. táblázat. Az 1000 megvizsgált gyerekre jutó „elhízás” diagnózis aránya, 2011–2015

	Tanév	Évfolyam					
		2	4	6	8	10	12
Fiúk	2011/12	103,5	122,7	120,5	120,7	124,7	132,9
	2012/13	104,3	118,3	121,3	114,7	123,6	134,0
	2013/14	107,2	129,7	121,4	122,9	126,8	134,9
	2014/15	100,5	121,0	121,3	119,4	122,1	131,2
Lányok	2011/12	110,7	125,9	120,4	115,8	116,4	116,4
	2012/13	110,8	123,3	116,7	118,1	119,6	124,2
	2013/14	106,9	119,3	114,5	115,0	105,8	107,7
	2014/15	103,3	119,1	115,9	113,6	113,8	117,5

Forrás: KSH, Egészségügyi statisztikai évkönyvek.

kövére lenne. A lányoknál még nagyobb volt a különbség a tényleges testsúly és a testkép között: a 11 évesek 10, a 13 és a 15 évesek 12–12%-a volt ténylegesen túlsúlyos vagy elhízott, viszont a 11 évesek 30, a 13 évesek 42, illetve a 15 évesek 46%-a tartotta magát kövérenek (Németh – Költő 2016).

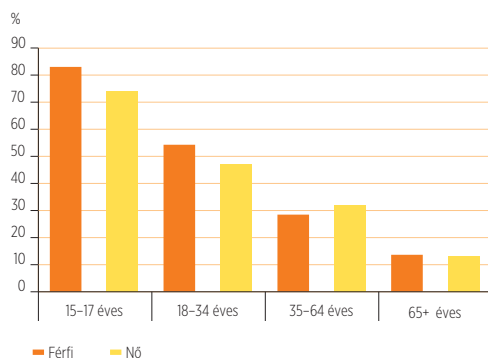
A testtömegindex egyik befolyásoló tényezője lehet a testmozgás. Az Egészségügyi Világszervezet ajánlása szerint hetente összesen legalább 150 perc fizikai aktivitásra van szükség ahhoz, hogy a mozgás előnyei érvényesüljenek. Az ELEF 2014-ben a sportolás mellett a gyaloglást és a kerékpározást is figyelembe vették. Ezek alapján mindössze a férfiak 15 és a nők 10%-a végezte az ajánlásoknak megfelelő mennyiségű testmozgást. Ha életkori bontásban vizsgáljuk, akkor a legfiatalabbak mozognak a legmagasabb arányban, de ez is messze elmarad a kívánattól: a 18–34 éves férfiak 25 és a nők 18%-a mozog legalább heti 150 percet. Ugyanez az arány a 65 évesek és idősebbek körében szinte már elenyésző, mindössze 3–4%.

Ha csak a sportolást vizsgáljuk, megállapíthatjuk, hogy nagyjából minden harmadik felnőtt végez legalább hetente egyszer valamilyen sporttevékenységet. A legfiatalabb, 15–17 éves korosztályban – valószínűleg, mert a többség még a közoktatás résztvevője, s így kötelező számára a mindennapos

testnevelés – a fiúk 83 és a lányok 74%-a állította, hogy rendszeresen sportol. A munka világába kilépve viszont ezek az arányok jelentősen csökkennek: már a 18–34 éves korcsoportban is csak a férfiak 54 és a nők 47%-a sportol, s az idősebb korosztályokban még ennél is alacsonyabbak az arányok.

A sportolási valószínűség nem független az iskolai végzettségtől és az anyagi helyzettől sem: a legfelső jövedelmi ötödbe tartozók több mint fele, míg a legalsó ötödbe tartozóknak csak ötöde sportol rendszeresen; ehhez hasonlóan a diplomások több mint fele sportol mindkét nem esetében, ugyanakkor a nőknél a legfeljebb 8 általános

18. ábra. A legalább heti rendszerességgel sportolók aránya korcsoport és nem szerint, 2014



Forrás: ELEF 2014.

iskolai osztályt végeztek, a férfiaknál pedig a szakmunkások ötöde sportol aktívan (Boros et al. 2018).

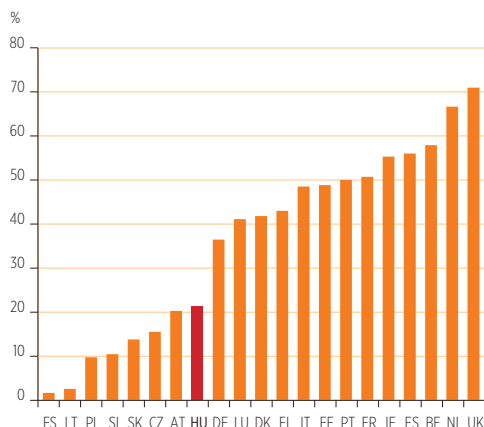
Az időbeli összehasonlítást megnehezíti, hogy az előző egészségfelmérésekhez képest 2014-ben jelentősen változott a testmozgásra vonatkozó kérdéssor, ugyanis korábban az otthoni vagy munkahelyi munkavégzés során kifejtett fizikai erőfeszítést is beleszámolták a testmozgásba, s az alapján úgy tűnt, hogy a lakosság döntő többsége megfelelő fizikai aktivitású. Az új kérdéssor által nyert 2014-es adatok valószínűleg jobban közelítik a tényleges helyzetet.

## BETEGSÉG-MEGELŐZÉS

A preventív eljárásoknak egyre nagyobb szerepük van az egészség fenntartásában. Ebben a részben néhány, felnőttkorban hasznot hozó szűrésre, illetve más megelőző eljárásokban való részvételre vonatkozó magyarországi adatot mutatunk be, a nemzetközi összehasonlítást helyezve az előtérbe.

Napjainkban ismét jelentős többlethalálalozással járnak azok az évek, amelyekben erős influenzajárvány alakul ki. A védőoltások kérdése így egyre jelentősebbé válik. Az Egészségügyi Világszervezet ajánlása szerint elsősorban az idősebbeket, valamint bizonyos krónikus betegségben szenvedőket lenne szükséges védőoltásban részesíteni. Ezen ajánlások szerint a 65 éven felüliek legalább háromnegyedének kellene megkapnia ezt az oltást ahhoz, hogy a teljes népesség szintjén növekedjen az ellenállóképesség. Amint a 19. ábrán látható, ezt a szintet kevés európai ország érte el 2015-ben. Ugyanakkor számos európai országban (Hollandia és az Egyesült Királyság emelhető ki) viszonylag magas az oltásban részesült idősök aránya – háromszor akkora, mint Magyarországon.

19. ábra. Az adott évben influenza elleni védőoltásban részesültek aránya a 65 éves és idősebb népességben néhány európai országban, 2015



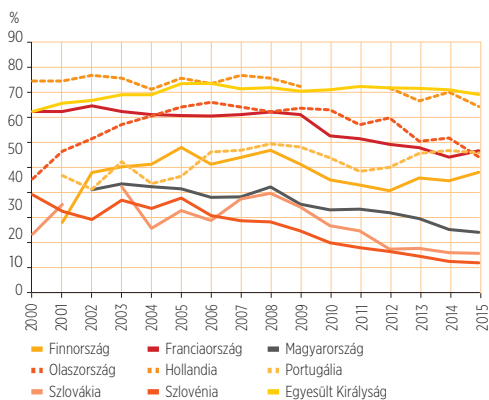
Forrás: OECD Health Care Utilisation.

Mint ahogyan a 20. ábrán látható, 2008–2009-et követően, amikor több, különböző típusú influenzajárvány söpört végig az európai országokon, az influenzaoltásokba vetett bizalom megrendült, és a vakcináció szintje több országban is csökkenni kezdett. Magyarországon a 2000-es évek elejétől kezdve az oltási arány majdnem a felére esett vissza. Ugyanakkor a nemzetközi összehasonlításból az is látható, hogy a visszaesés nem volt törvényszerű, és ha meg is történt, az oltási arányt néhány országban sikerült ismét emelkedővé tenni.

A nők egészsége szempontjából két szűrésnek van kiemelkedő szerepe: a mellrák- és a méhnyakrákszűrésnek.

A nemzetközi egészségfelmérések alapján Magyarországon a 2010-es évek közepén az emlőrákszűrésen való részvétel alacsonynak, de nem kirívóan alacsonynak minősíthető (21. ábra). A megkérdezettek közel 65%-a jelezte, hogy a kérdezést megelőző két évben részt vett emlőrákszűrésen, és a felmérésben résztvevő országok közül ötben ennél is alacsonyabb értékeket találtak. Ugyanakkor a résztvevő országok többségében ez az arány 72 és 91% közé esett.

20. ábra. Az influenza elleni védőoltásban részesültek aránya a 65 éves és idősebb népességben néhány európai országban, 2000–2015



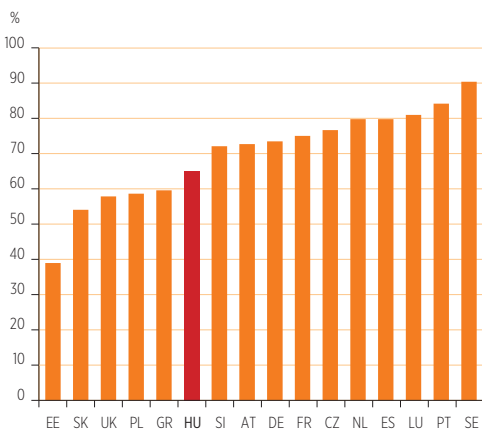
Forrás: OECD Health Care Utilisation.

Az Országos Szűrési Nyilvántartó (az Országos Egészségbiztosítási Pénztártól származó) adataira alapozott elemzés ugyanakkor ennél valamivel alacsonyabb részvételi szintet, 51%-ot számított, igaz, egy tágabb, a 45–65 éves korosztályra és a 2013–2014-es „szűrési ciklusra” nézve. A részvétel egyenlőtlenségeit elsősorban megyék között tudták bemutatni. Csongrád, Borsod-Abaúj-Zemplén és Szabolcs-Szatmár-Bereg megye tudta elérni a legmagasabb, 57% feletti részvételt, míg egyes megyékben (Somogy, Zala, Vas és Nógrád megyékben) ugyanez az arány különösen alacsonyan (34 és 45% között) alakult.

A nemzetközi ajánlások szerint a részvételnek az emlőrákszűrés esetében is meg kellene haladnia a 70%-ot ahhoz, hogy az emlőrákos halálozást érdemben mérsékelje. Az alacsony és nem növekvő részvétel okaként elsősorban a szűrések szervezethez kell megemlíteni, amelyek színvonala a szűrések szervezésében komoly szerepet játszó, ún. megyei koordinátorok szerepének a közegészségügy átszervezésével együtt járó csökkenése hatására esett vissza. Komoly nehézséget okoznak a finanszírozási problémák is, amelyek az egészségügyi intézményeket nem teszik érdekeltté abban, hogy

maximalizálják az általuk elvégezhető szűrések számát (Egészségügyi Rendszer Teljesítményértékelési Munkacsoportja 2016).

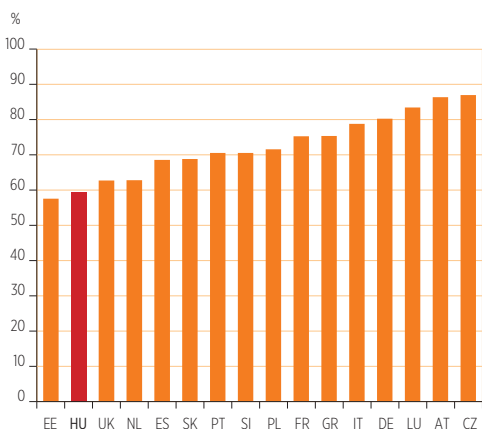
21. ábra. Az emlőrákszűrésen részt vettek aránya az 50–69 éves nők körében néhány európai országban, 2014



Forrás: OECD Health Care Utilisation.

A méhnyakrákszűrés esetében a magyarországi részvételi arányok különösen alacsonynak tűnnek. A 60% körüli aránynál magasabbat találtak a legtöbb, adatot szolgáltató országban.

22. ábra. A méhnyakrákszűrésen részt vettek aránya a 20–69 éves nők körében néhány európai országban, 2014



Forrás: OECD Health Care Utilisation.

## AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSHOZ VALÓ HOZZÁFÉRÉS

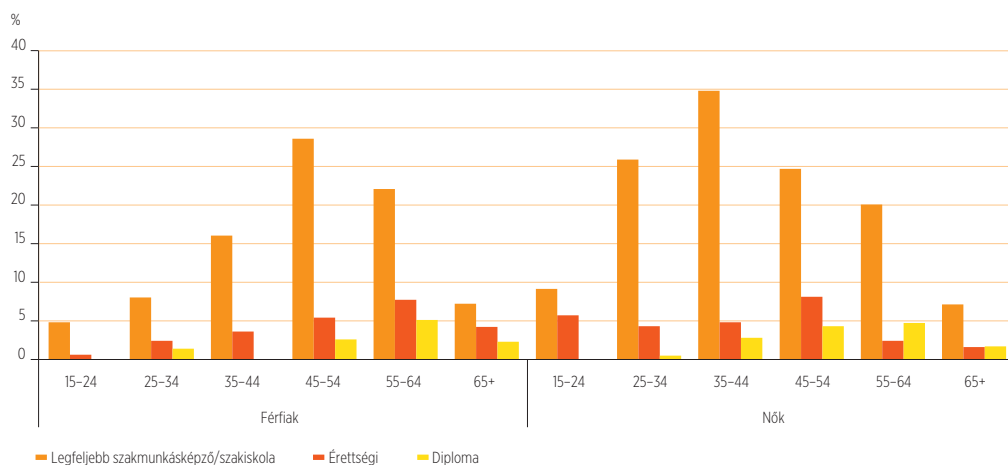
Azokat az igényeket, amelyeket a megkérdezett megítélése szerint ki kellett volna szolgálnia az egészségügyi rendszernek, de erre különféle okok miatt nem került sor, több felmérés is monitorozza. Az európai SILC (Statistics on Income and Living Condition) felmérés adatai szerint az anyagi okok miatt ellátatlan igények mindössze a lakosság 4-5%-át érintik, és Magyarországot a 2012-es csúcs után erősen csökkenő trend jellemzi. A SILC felmérés azonban feltehetően az ilyen igényeknek csak kisebb részét veszi figyelembe. A 2014 környékén (országoként 1-2 év eltéréssel, Magyarországon 2014-ben) készült egészségfelmérések ugyanezt az arányt 13,8%-nak találták (12,5%-nak a férfiak, 14,9%-nak a nők körében).

Magyarországon, mint ahogyan a legtöbb európai országban is, a legnagyobb arányban a fogorvosi ellátások igénybevétele előtt állnak anyagi természetű akadályok. A második helyen az orvos által felírt gyógyszerek kiváltása áll: ez a lakosság 5,9%-ának (a férfiak 5, a nők 6,6%-ának) okozott problémát. Minden problématípus

előfordulását elemezve jelentős társadalmi különbségeket látunk. Példaképpen a nők és a férfiak között leginkább eltérő módon jelentkező probléma, az orvos által felírt gyógyszerek kiváltásában mutatkozó anyagi nehézségek előfordulására vonatkozó adatokat mutatjuk be részletesen. A gyógyszerek lakosság általi finanszírozásának magas arányát az OECD legfrissebb országjelentése is a magyar egészségügyi rendszer egyik legnagyobb problémájaként értékeli (OECD 2017).

Az orvos által felírt gyógyszerek kiváltása nem a legtöbb gyógyszert fogyasztó idősök körében okozza a legnagyobb problémát. Úgy tűnik, hogy a gyógyszertámogatási rendszer viszonylag kielégítően működik a 65 évesnél idősebbek esetében, bár az alacsony iskolai végzettségűek körében (akik közé sorolják ebben a bontásban az érettségivel nem rendelkező szakmunkás végzettségűeket is) e korcsoportban is 6-7%-nak gondot okoz a receptek kiváltása. A középkorúak körében viszont a korrallal arányosan minden iskolai végzettség szerint növekvő problémát okoz a gyógyszerek kiváltása – a legidősebb, 55-64 éves korcsoportban még a felsőfokú végzettségűek

23. ábra. Anyagi nehézségek a gyógyszervásárlás során Magyarországon nem és korcsoport szerint, 2014



Forrás: Eurostat.

3. táblázat. Az anyagi okok miatt nem elért egészségügyi ellátások a 2014-es egészségfelmérések adatai alapján (az ilyen igénnyel rendelkezők a lakosság százalékában)

	Együtt					Férfiak					Nők				
	együtt	orvosi ellátás	fogorvosi ellátás	mentális ellátás	felírt gyógyszerek	együtt	orvosi ellátás	fogorvosi ellátás	mentális ellátás	felírt gyógyszerek	együtt	orvosi ellátás	fogorvosi ellátás	mentális ellátás	felírt gyógyszerek
Írország	35,9	23,0	31,9	51,0	19,4	33,9	23,5	30,7	50,1	21,1	37,7	22,5	33,0	51,9	17,9
Lettország	34,2	22,6	29,8	6,3	17,3	29,4	17,7	27,4	5,1	13,0	37,7	25,9	31,5	7,2	20,2
Észtország	30,8	10,1	31,0	3,7	6,6	27,6	8,7	28,1	3,0	5,9	33,3	11,1	33,3	4,1	7,2
Portugália	28,1	12,3	32,4	31,1	10,0	23,5	9,2	28,2	21,6	7,6	31,8	14,6	35,7	34,9	11,8
Görögország	25,3	18,8	20,1	9,7	14,9	20,5	14,9	16,5	7,6	13,5	29,3	21,8	23,1	11,4	16,0
Törökország	21,3	14,7	17,2	6,2	11,5	19,2	12,6	15,8	4,6	9,6	23,2	16,7	18,4	7,6	13,1
Izland	20,7	8,1	19,4	33,1	9,5	16,9	6,4	17,2	25,0	7,6	24,2	9,6	21,6	38,4	11,1
Finnország	20,1	11,8	15,1	7,4	10,6	20,6	12,6	15,5	5,7	12,8	19,7	11,1	14,8	8,8	8,9
Dánia	19,7	2,3	15,5	13,3	4,4	17,6	2,7	14,5	8,4	4,7	21,7	1,9	16,5	17,6	4,2
Olaszország	17,2	12,5	15,1	3,6	7,2	15,3	10,6	14,0	2,8	6,5	18,7	14,0	16,0	4,3	7,8
Spanyolország	17,2	3,2	16,8	1,6	3,2	15,3	2,7	14,9	1,2	2,5	18,9	3,7	18,5	1,9	3,8
Bulgária	17,0	10,7	12,6	2,3	9,6	15,4	9,8	11,3	1,6	8,0	18,2	11,4	13,7	2,9	10,7
Lengyelország	17,0	8,5	13,0	4,1	9,4	14,7	7,1	11,8	3,0	8,4	18,8	9,5	13,9	4,9	10,2
Luxemburg	16,5	5,9	12,3	4,7	6,9	16,7	6,0	12,3	3,8	7,9	16,4	5,8	12,4	5,5	6,0
Szlovénia	15,3	4,5	12,6	2,5	5,8	14,2	4,2	12,4	1,6	5,0	16,2	4,7	12,7	3,2	6,6
Európai Unió	14,8	5,9	12,3	2,7	4,6	13,0	4,9	11,1	2,1	4,0	16,3	6,7	13,3	3,1	5,1
Románia	14,8	7,6	10,6	1,8	6,7	13,7	6,9	10,1	1,3	6,1	15,8	8,1	11,1	2,2	7,2
Svédország	14,5	3,1	10,7	3,2	4,5	13,7	3,0	10,4	2,4	4,2	15,4	3,1	10,9	4,0	4,8
<b>Magyarország</b>	<b>13,8</b>	<b>4,9</b>	<b>11,9</b>	<b>1,4</b>	<b>5,9</b>	<b>12,5</b>	<b>4,3</b>	<b>11,0</b>	<b>0,7</b>	<b>5,0</b>	<b>14,9</b>	<b>5,5</b>	<b>12,7</b>	<b>1,9</b>	<b>6,6</b>
Németország	13,4	4,1	10,5	3,6	3,7	12,2	3,5	9,9	3,3	3,3	14,5	4,7	11,1	3,9	4,1
Horvátország	10,8	7,8	5,6	1,7	5,7	9,4	7,1	4,7	2,0	4,6	11,9	8,4	6,2	1,5	6,6
Ausztria	9,8	3,4	7,5	6,5	2,2	7,0	2,2	5,6	4,4	1,7	12,3	4,6	9,3	8,3	2,8
Litvánia	8,5	2,7	11,1	4,7	3,8	7,4	2,3	10,7	5,0	3,2	9,3	2,9	11,4	4,6	4,3
Szlovákia	7,2	1,9	6,1	1,6	4,3	6,0	2,0	4,9	2,0	4,1	8,1	1,9	7,1	1,3	4,6
Málta	7,1	5,0	4,6	2,1	3,4	6,4	5,3	4,0	1,2	2,9	7,7	4,8	5,2	2,9	3,8
Egyesült Királyság	6,6	1,5	5,1	0,7	1,3	5,8	1,3	4,7	0,4	0,9	7,3	1,8	5,4	1,0	1,6
Norvégia	6,3	1,1	3,3	0,7	3,2	5,6	1,0	3,3	0,4	2,5	7,0	1,1	3,3	1,0	3,9
Csehország	6,0	4,3	1,4	1,1	3,2	4,5	2,9	1,1	0,9	2,5	7,3	5,5	1,7	1,2	3,8
Hollandia	5,7	3,3	4,2	2,1	1,9	5,3	2,9	4,3	1,4	1,8	6,1	3,6	4,0	2,8	2,0
Ciprus	4,9	4,2	4,5	7,9	2,0	4,0	3,7	4,5	9,3	1,8	5,5	4,5	4,5	7,1	2,2

Forrás: Eurostat.

nek is 5%-a számolt be ilyen problémákról. Az alacsony iskolai végzettségű – és feltehetően alacsonyabb keresetű – csoportban azonban már a fiatalabb korcsoportokban is nagy arányban okoz gondot a gyógyszerek ára: a fiatalabbak, a 25–44 évesek között a nők 25–35%-ának, az idősebb középkorúak között pedig nagyobb arányban a férfiak számára (22–28%-uknak).

## ÖSSZEZÉS

A magyar férfiak és nők egészségi állapotának összehasonlításakor a nemzetközi szakirodalomból is ismerős megállapításokra juthatunk: a nők általában nagyobb

arányban számolnak be rossz egészségi állapotról és korlátozottságról, mint a férfiak. Magyarországon speciális jelenség, hogy a nők körében a férfiakhoz viszonyítva határozottabban növekedtek a különböző társadalmi csoportok közötti egészségügyenlétlenségek.

A nők egészség-magatartása minden elem vonatkozásában jóval kedvezőbb a férfiakénál. A tendenciákat tekintve egyedül a fiatal nők dohányzási szokásainak alakulása adhat okot aggodalomra.

A nők kismértékű hátrányát tapasztaltuk az egészségügyi ellátás igénybevételét illetően: nagyobb körökben a gyógyszereket megvásárolni nem tudók aránya, és a szűrések elterjedtsége is alacsony szintű.

## FOGALMAK

*Egészségben várható élettartam:* A várható élettartam kiszámításához használt halandósági tábla (l. Halandóság c. fejezet) alapján számítják ki úgy, hogy a halandósági rátát a nem egészségben élők rátájával helyettesítik be minden korcsoport esetén. Az egészségi állapot mérése önértékelés alapján, ötfokú skálán történik (1=nagyon rossz, 5=nagyon jó) kérdőíves felmérés segítségével.

*Testtömegindex:* A testtömegindex ([Body Mass Index], BMI) a kilogrammban mért testsúly és a méterben mért testmagasság négyzetének hányadosa. Az Egészségügyi Világszervezet meghatározása szerint 25 kg/m<sup>2</sup> feletti BMI-értéknél túlsúlyról, 30 kg/m<sup>2</sup> BMI felett elhízásról beszélünk.

## HIVATKOZOTT IRODALOM

- Balaj, M. – McNamara, C. L. – Eikemo, T. A. – Bambra, C. (2017): The social determinants of inequalities in self-reported health in Europe: findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health. *European Journal of Public Health*, 27(suppl. 1): 107-114.
- Boros J. – Györke J. – Pásztorné Stokker E. – Szabó Zs. (2018): *A 2014-ben végrehajtott Európai lakossági egészségfelmérés eredményei – Összefoglaló adatok*. KSH, Budapest.
- Egészségügyi Rendszer Teljesítményértékelési Munkacsoportja (2016): *A magyar egészségügyi rendszer teljesítményértékelése 2013-15*. Állami Egészségügyi Ellátó Központ, Budapest.
- Gjonca, A. – Tomassini, C. – Vaupel, J. W. (1999): *Male-female Differences in Mortality in the Developed World*. MPIDR WORKING PAPER WP 1999-009. Max Planck Institut für Demografische Forschung, Rostock. <https://www.demogr.mpg.de/papers/working/wp-1999-009.pdf>
- Idler, E. L. – Benyamini, Y. (1997): Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1): 21-37.
- Németh Á. – Költő A. (szerk.) (2016): *Egészség és egészségmagatartás serdülőkorban 2014*. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2014. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. NEFI.
- OECD Health Care Utilisation: [https://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=HEALTH\\_PROC&lang=en](https://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=HEALTH_PROC&lang=en)
- OECD/ITF (2017): *Alcohol-related road casualties in official crash statistics*. OECD. <https://www.itf-oecd.org/sites/default/files/docs/alcohol-related-road-casualties-official-crash-statistics.pdf>
- OECD (2018): *The State of Health in the EU: Hungary, Country Health Profile 2017*. OECD. [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/hungary-country-health-profile-2017\\_9789264283411-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/hungary-country-health-profile-2017_9789264283411-en)
- Tsuchiya, A. – Williams, A. (2005): A “fair innings” between the sexes: are men being treated inequitably? *Social Science & Medicine*, 60(2): 277-286.
- Vos et al. (2016): Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, 390(10100): 1211-1259.
- Wéber A. (2016): A dohányzás halandóságra gyakorolt hatása Magyarországon 2000 és 2014 között. *Statisztikai Szemle*, 94(6): 585-610.
- WHO (2015): *Global report on trends in tobacco smoking, 2015*. WHO. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922_eng.pdf?ua=1)
- WHO (2014): *Global status report on alcohol and health, 2014*. WHO. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf)
- WHO Health for All Database: <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>
- WHO European Health Information Gateway: <https://gateway.euro.who.int/en/>