

# EGÉSZSÉGJELENTÉS 2016

*Információk a népegészségügyi beavatkozások  
célterületeinek azonosításához a nem fertőző betegségek  
és az egészségmagatartási mutatók elemzése alapján*

*Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet  
Budapest, 2017. január*

# EGÉSZSÉGJELENTÉS 2016

Információk a népegészségügyi beavatkozások célterületeinek azonosításához a nem fertőző betegségek és az egészségmagatartási mutatók elemzése alapján

## **NEMZETI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI INTÉZET**

Budapest, 2017. január

Készült a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, az Országos Epidemiológiai Központ, az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet Főigazgatóság valamint a Központi Statisztikai Hivatal Népesedési és szociális védelmi statisztikai főosztály együttműködésében.

**Szerkesztők:**

Varsányi Péter (NEFI)  
Vitrai József (NEFI)

**Szerzők:**

Bakacs Márta (OGYÉI-OÉTI)  
Boros Julianna (KSH)  
Csohán Ágnes (OEK)  
Formanek-Balku Eszter (NEFI)  
Horváth Gergely (NEFI)  
Kimmel Zsófia (NEFI, EMMI)  
Tóth Gergely (NEFI)  
Varsányi Péter (NEFI)  
Vitrai József (NEFI)

**Véleményezők:**

Csák Róbert (NEFI)  
Csányi Péter (EMMI)  
Cserhádi Zoltán (NEFI)  
Fekete Krisztina (NEFI)  
Füzesi Zsuzsanna (PTE)  
Harcza István (KSH)  
Kiss Judit (NEFI)  
Klujber Valéria (NEFI)  
Kollányi Zsófia (ELTE)  
Nagymajtényi László (SZTE)  
Németh Ágnes (NEFI)  
Páldy Anna (OKK)  
Paulik Edit (SZTE)  
Román Nóra (NEFI)  
Rudnai Péter (OKK)  
Surján Orsolya (NEFI)  
Szigeti Szabolcs (WHO)  
Szűcs Erzsébet (NEFI)  
Tokaji Károlyné (KSH)  
Uzzoli Annamária (MTA-KRTK-RKI)  
Valek Andrea (NEFI)  
Várnai Dóra (NEFI)  
Vokó Zoltán (ELTE)

**Olvasószerkesztő:**

Fekete Krisztina (NEFI)

**Tördelőszerkesztő, kiadványterv:**

Ferencz Mihály (NEFI)



# TARTALOMJEGYZÉK

<b>1. BEVEZETŐ</b>	<b>6</b>
<b>2. VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ</b>	<b>7</b>
<b>3. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT</b>	<b>14</b>
3.1. Halálozás	14
3.1.1. Kiemelt megállapítások	14
3.1.2. Módszertani bevezető	15
3.1.3. Születéskor várható élettartam	16
3.1.4. Születéskor várható egészséges életévek	18
3.1.5. Csecsemőhalálozás	19
3.1.6. Összes halálozás	20
3.1.7. Korai halálozás	21
3.1.8. Halálokok szerinti összes halálozás	22
3.1.9. Halálok szerinti korai halálozás	28
3.1.10. Egészségügyi ellátással elkerülhető halálozás	32
3.1.11. Népegészségügyi beavatkozásokkal megelőzhető halálozás	33
3.1.12. Dohányzásnak tulajdonítható halálozás	35
3.1.13. Dohányzással összefüggő halálozás	35
3.1.14. Alkoholfogyasztással összefüggő halálozás	36
3.1.15. A halandóság földrajzi egyenlőtlenségei	38
3.2. Egészségi állapot egészségfelmérések alapján	41
3.2.1. Kiemelt megállapítások	41
3.2.2. Módszertani bevezető	42
3.2.3. Vélt egészség	43
3.2.4. Testtömeg-index	44
<b>4. EGÉSZSÉGVESZTESÉGEK</b>	<b>47</b>
4.1. Betegségek szerinti egészségveszteségek	47
4.1.1. Kiemelt megállapítások	47
4.1.2. Módszertani bevezető	48
4.1.3. Összes elvesztett egészséges életév	49
4.1.4. Elvesztett egészséges életévek betegségcsoportok szerint	52
4.2. Kockázatok szerinti egészségveszteségek	55
4.2.1. Kiemelt megállapítások	55
4.2.2. Módszertani bevezető	56
4.2.3. Elvesztett egészséges életévek kockázatok szerint	57
4.2.3.1. Viselkedési kockázatok	59
4.2.3.2. Élettani kockázatok	65
4.2.3.3. Környezeti kockázatok	66

<b>5. EGÉSZSÉGMAGATARTÁS</b>	<b>67</b>
5.1. Egészségmagatartás egészségfelmérések alapján	67
5.1.1. Kiemelt megállapítások	67
5.1.2. Módszertan	68
5.1.3. Fizikai aktivitás	68
5.1.4. Táplálkozás	70
5.1.5. Dohányzás	72
5.1.6. Alkoholfogyasztás	75
5.1.7. Egészségkockázatok iskolai végzettség szerinti egyenlőtlenségei	76
<b>6. ÖSSZEFOGLALÁS</b>	<b>77</b>
6.1. Egészségi állapot	77
6.1.1. Halálozás	77
6.1.2. Egészségi állapot egészségfelmérések alapján	78
6.2. Egészségveszteségek	78
6.2.1. Betegségek szerinti egészségveszteségek	78
6.2.2. Kockázatok szerinti egészségveszteségek	79
6.3. Egészségmagatartás	80
<b>7. RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE</b>	<b>81</b>
<b>8. FÜGGELÉK</b>	<b>83</b>

## 1. BEVEZETŐ

Az Európai Unió tagországok egészségügyi rendszereinek teljesítményét összehasonlító friss elemzés<sup>1</sup> szerint, a magyarok születéskor várható élettartama közel 4 évvel lenne hosszabb, az időben igénybevett, megfelelő egészségügyi ellátással elkerülhető halálesetek száma több mint 60%-kal lenne kisebb, ha a magyar egészségügy az EU legjobban teljesítő országai közé tartozna. Megfelelően végzett népegészségügyi beavatkozásokkal pedig minden 4. halálesetet meg lehetett volna előzni 2014-ben. Ezek az adatok megerősítik, hogy a hazai egészségügyi rendszer<sup>2</sup>, kiemelten a népegészségügy és az ellátó rendszer fejlesztése erőteljesen hozzájárulhatna a lakosság egészségi állapotának javulásához.

Magyarországon széleskörű szakmai egyetértés van abban, hogy „Az egészséginformáció a szakpolitika olyan erőforrása, mely elengedhetetlen az egészségtervezéshez, a megvalósításhoz és az értékeléshez.”<sup>3</sup> Az egészségügyi fejlesztéseket megalapozó változtatásokhoz szükséges információk azonban csak korlátozottan állnak a hazai döntéshozók rendelkezésére. Az egészségügyi szakpolitika információval történő támogatásának javítását célozza az a 2013-as EMMI rendelet<sup>4</sup>, amely az egészségügyi törvényben előírt teljesítményértékelés<sup>5</sup> végrehajtását és eljárásrendjét szabályozza. A rendelet alapján 2016. végére készül el a *Magyar Egészségügyi Rendszer Teljesítményértékelési Jelentése 2013-2015*, amely a magyar egészségügyi ellátórendszer eredményességére koncentrálna. Az *Egészségjelentés2016*, amely ugyancsak az informált döntéshozatal támogatására készült, a hazai népegészségügyi rendszert helyezi fókuszába a nem fertőző betegségek és az egészségmagatartási mutatók elemzésével.

Az *Egészségjelentés2016*, a 2015-ben megjelent elődjéhez<sup>6</sup> hasonlóan, a magyar lakosság egészségéről nyújt helyzetképet, kiemelve a legnagyobb terhet jelentő egészségproblémákat. Időbeli és nemzetközi összehasonlításban mutatja be az egészségi állapot illetve az egészségmagatartás legfontosabb indikátorainak érté-

<sup>1</sup> Medeiros J, Schwierz C: Efficiency estimates of health care systems in the EU. European Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs, 2015

<sup>2</sup> Az egészségügyi rendszer a WHO meghatározása szerint: „A health system consists of all organizations, people and actions whose primary interest is to promote, restore or maintain health.” [http://www.wpro.who.int/health\\_services/health\\_systems\\_framework/en/](http://www.wpro.who.int/health_services/health_systems_framework/en/) (Elérve: 2016.09.04.) Emlékeztetőül: a rendszer 6 fő eleme: irányítás, finanszírozás, HR, termékek+technológia, információ+kutatás, szolgáltatások

<sup>3</sup> European Health Information Initiative. World Health Organization Regional Office for Europe, 2015 [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/287275/EHII\\_Booklet\\_EN\\_rev1.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/287275/EHII_Booklet_EN_rev1.pdf?ua=1) (Elérve: 2016.09.04.)

<sup>4</sup> Az az egészségügyi rendszer teljesítményértékelésének eljárásrendjére vonatkozó szabályokról szóló 36/2013. (V. 24.) EMMI rendelet

<sup>5</sup> Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 247. § (2) bekezdés g) pont gi) alpontja

<sup>6</sup> [http://www.egeszseg.hu/szakmai\\_oldalak/assets/files/news/egeszsegjelentes-2015.pdf](http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldalak/assets/files/news/egeszsegjelentes-2015.pdf) (Elérve: 2016.12.01.)

keit. A feltárt problémák elemzése alapján levonható következtetésekből kiindulva a jelentés felvázolja azokat a fő beavatkozási irányokat is, amelyek – a nemzetközi tapasztalatok alapján – várhatóan sikerre vezetnek. Az eredmények értelmezéséhez segítséget nyújt az adatok forrásának feltüntetése, az adatgyűjtések és az elemzések módszertani bemutatása is.

A jelentés a szakpolitikai döntéshozóknak szánt *Vezetői összefoglalóval* indul, majd a magyar lakosság egészségét jellemző adatokat összefoglaló *Egészségi állapot* és az *Egészségveszteségek* fejezetekkel folytatódik. Az *Egészségmagatartás* fejezet e kiemelkedő egészségmeghatározóval kapcsolatos magyarországi információkat mutatja be. A dokumentumot az *Összefoglaló* zárja, amely a jelentés valamennyi kiemelt megállapítását tartalmazza.

## 2. VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

Az *Egészségjelentés2016*-ban elemzett legnagyobb hazai egészségveszteségre vonatkozó adatok áttekintése és a köztük fennálló összefüggések értelmezése segít feltárni azokat az oksági viszonyokat, amelyek alapján kijelölhetők a fejlett európai országokhoz viszonyítva alacsony hatékonyságú hazai egészségügyi rendszer fejlesztésének fő irányai. A jelentés adatai megerősítik, hogy indokolt folytatni az egészségügyi rendszer már megkezdett átalakítását, úgymint az erőforrások rendszer belüli elosztásának módosítását, a szakellátás átszervezését és a népegészségügy megerősítését. Az adatok elemzésének eredményei és a nemzetközi szakirodalom áttekintése alapján az alábbi, oksági láncolatba illeszkedő megállapítások tehetők, amelyek áttekintését segíti az 1. ábra.

- 1. A magyar lakosság egészsége a legtöbb egészségmutatóban elmarad az EU fejlettebb tagországaihoz képest. Egyes keringési és rosszindulatú daganatos betegségek halálozásában egyre nő a lemaradásunk. Igen jelentős a hátrányunk az egészségügyi ellátással elkerülhető és a népegészségügyi beavatkozásokkal megelőzhető halálozásban. A halálozás mellett a csökkent életminőséget is tükröző elvesztett egészséges életévek számában is jelentősen kedvezőtlenebbek a magyar értékek, mint az EU más tagállamaiban.**

A halálozás 100.000 főre vetített aránya Magyarországon – a korábbi évekhez hasonlóan – 2005 után is csökkenő tendenciát mutat, azonban még így is több mint másfélszer akkora, mint az EU15 országokban. A csecsemőhalálozás tekintetében is hasonlóan alakul a magyar helyzet. A munkaképes korú, 65 évesnél fiatalabb nők halálozási aránya közel kétszerese, a férfiaké több mint kétszerese az EU15 országokban tapasztaltnak. A daganatos betegségek közül a nőknél a tüdőrák, a férfiaknál a tüdőrák mellett még a szájüregi valamint a vastag- és végbélrák okozta halálozás aránya is többszöröse az EU15-ben mért értékeknek. A keringési betegségek közül az iszkémiás szívbetegség és az agyérbetegség okozta halálozás 3-4-szerese az EU15 országokban tapasztaltnak. A dohányzással összefüggő halálozás aránya az európai trendeknek megfelelően ugyan



csökkenő tendenciát mutat, de az EU15 országok értékének még így is több mint 2,5-szerese. Az alkoholfogyasztással összefüggő halálozás arányára is hasonló megállapítások tehetők. A magyar lakosság egészségében hosszabb ideje megfigyelhető javulást jelez a halálozás mellett a korlátozottságot is mérő elvesztett egészséges életévek mutató. Ugyanakkor az összes elvesztett egészséges életév Magyarországon 22%-kal haladta meg az EU-ban megfigyelhető értéket 2015-ben. A halandóság földrajzi egyenlőtlenségei országosan, valamennyi járásra vetítve mérsékeltnek mondhatók, bár a kiugróan magas és alacsony járási értékek között sokszoros különbségek mutathatók ki. A legnagyobb egyenlőtlenség a csecsemőhalandóságban tapasztalható, ahol a legjobb és a legrosszabb járás között mintegy 12-szeres a különbség. A fentiekkel összecsengő megállapításra jut tanulmányában Orosz és Kollányi is: „A várható élettartamnak a rendszerváltást követően is folytatódó csökkenése után az 1990-es évek közepétől javulnak a társadalom életkilátásai, ez a javulás azonban egyrészt átlagosan elmarad az EU15 országaitól és a többi visegrádi országtól, másrészt az egészségi állapot társadalmi egyenlőtlenségeinek növekedése mellett történik.”<sup>7</sup>

**2. A magyarországi egészségveszteségek döntően a viselkedéssel összefüggő kockázatokra vezethetők vissza, ahogyan ezt a magyar egészségmagatartási mutatóknak az EU-ban kirívóan rossz értékei alátámasztják. Jelentős javulást ezért csak a lakosság egészségmagatartásának megváltoztatásától lehet várni.**

Egészségveszteségnek a különböző okokból megromlott egészségnek vagy a halálozásnak az adott egyénre, a családjára és a társadalomra háruló következményeit nevezzük. Döntően az egészséges életmódot előmozdító népegészségügyi beavatkozásokkal az összes halálozás negyede, a korai halálozás több mint fele megelőzhető lenne Magyarországon. Az egészségkockázatok részletes elemzése alapján megállapítható, hogy a hazai egészségveszteségek ismert kockázati tényezőkkel magyarázható része 80%-ban viselkedéssel összefüggő kockázatokra vezethető vissza. A legnagyobb súlyt képviselő kockázatok, mint az étrendi kockázatok, a dohányzás, az alkohol- és kábítószer fogyasztás mellett a magas szisztolés vérnyomás, a testtömeg-index, az összkoleszterin és az éhomi vércukorszint kialakulásában is kiemelt szerepet játszik az egyén egészségmagatartása. Ezek is alátámasztják, miért elengedhetetlen – a WHO Egészség 2020<sup>(55.o.)</sup> dokumentumával összhangban – a népegészségügyi tervezés során az egészségmagatartás megváltoztatására irányuló beavatkozások előtérbe helyezése. Hasonló következtetéssel indít az OECD<sup>9</sup> Health at a Glance:

<sup>7</sup> Orosz É, Kollányi Zs. Egészségi állapot, egészség-egyenlőtlenségek nemzetközi összehasonlításban. In: Társadalmi Riport 2016. (szerk.) Kolosi T, Tóth I Gy. TÁRKI, Budapest, 2016.

<sup>8</sup> Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. World Health Organization 2013

<sup>9</sup> Organisation for Economic Co-operation and Development, azaz Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet

Europe 2016 Vezetői összefoglalója<sup>10</sup>: „Hatékonyabb megelőzésre és minőségi ellátásra van szükség ahhoz, hogy a lakosság egészsége tovább javulhasson, és csökkenhessenek e téren a tagállamok közötti egyenlőtlenségek.”

**3. Tudományosan megalapozott, hogy a viselkedést eredményesen változtató beavatkozások egyszerre bővítik az egészséges életmóddal kapcsolatos ismereteket és készségeket, motiválnak életmódváltásra és biztosítják a viselkedésváltoztatást támogató társas és fizikai környezetet is.**

A viselkedés megváltoztatására vonatkozó több száz elmélet áttekintésére és összegzésére a 2000-es évek elején az elméleti és az alkalmazott pszichológia neves szakembereinek egy csoportja vállalkozott. Munkájuk eredményeiből kiindulva született meg a viselkedés ún. COM-B<sup>11</sup> modellje, és az arra épülő, a viselkedést bizonyítottan módosító beavatkozásokat összefoglaló „viselkedésváltoztatás kereke” modell.<sup>12</sup> A pszichológiai modell szerint a viselkedést először is a képesség, azaz az ismeretek és a viselkedés megvalósításhoz szükséges testi és lelki készségek szabják meg. A viselkedésváltozáshoz elengedhetetlen még a motiváció, mely a cselekvést elindító tudatos döntések, szándékok és automatikusan adott válaszok, szokások kialakulását segíti elő. A cselekvéshez pedig elengedhetetlenek a viselkedést támogató körülmények, azaz a viselkedésváltozást elősegítő fizikai valamint a szociális, vagy összefoglalóan a kulturális környezet. Ez a szemlélet tükröződik az egészséges életmód előmozdítását és a nem fertőző betegségek visszaszorítását célzó 2011-es moszkvai WHO Globális Miniszteri Konferenciájának deklarációjában<sup>13(17.o.)</sup>, valamint az Egészség 2020 dokumentumban<sup>8 (55.o.)</sup> is.

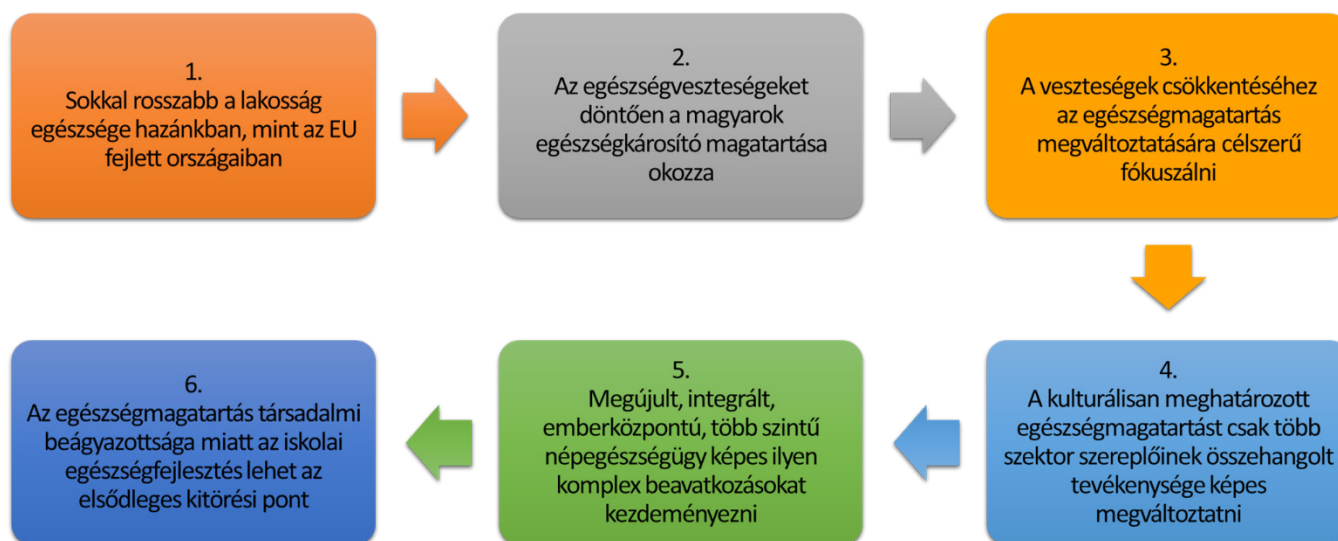
<sup>10</sup> Health at a Glance: Europe 2016. State of health in the EU cycle. [http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oced/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016/summary/hungarian\\_e00aaaa8-hu](http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oced/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016/summary/hungarian_e00aaaa8-hu) (Elérve: 2016.11.27.)

<sup>11</sup> A COM-B betűszó a Capability, a képesség, az Opportunity, a körülmények, a Motivation, motiváció valamint a Behavior viselkedés kifejezések kezdőbetűiből áll össze.

<sup>12</sup> Járomi É, Szűcs E, Vitrai J. Egészségstílusokhoz illesztett, viselkedésváltozást célzó beavatkozások tervezése. Egészségfejlesztés, 2016;57(2):34-50 <http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=47> (Elérve: 2016.11.06.)

<sup>13</sup> Moscow Declaration. First Global Ministerial Conference on Healthy Lifestyles and Noncommunicable Disease Control Moscow, 28-29 April 2011. [http://www.un.org/en/ga/president/65/issues/moscow\\_declaration\\_en.pdf](http://www.un.org/en/ga/president/65/issues/moscow_declaration_en.pdf) (Elérve: 2016.11.06.)

1. ábra: Az *Egészségjelentés2016* adataiból levonható főbb következtetések



Forrás: Saját szerkesztés

#### 4. Az egészségmagatartás megváltoztatásához több szektor kulcsszereplőinek összehangolt tevékenysége szükséges.

A lakosság egészségi állapotának pozitív megváltoztatásához, a széles körben elterjedt kockázati egészségmagatartás visszaszorításához az egészségkultúra befolyásolását célzó népegészségügyi beavatkozások szükségesek. A kultúra ebben az értelemben egy közösség tanult írott vagy íratlan szabályai, meggyőződések, értékek és viselkedések valamint a közösség által kialakított mesterséges környezet együttese.<sup>14</sup> Az egészségkultúra megváltoztatásához elengedhetetlen a lakosság és az egészséget befolyásoló társadalmi kulcsszereplők egészségközpontú szemléletének kialakítása. Nemzetközi tapasztalatok igazolják, hogy a lakosság egészségmagatartásának pozitív irányú megváltozása csakis valamennyi szektor szereplőinek egy irányba mutató, összehangolt viselkedése nyomán várható.<sup>8 (109.o.),15 (97.o.)</sup> Ahhoz, hogy például az oktatás, a szociális vagy a gazdasági szféra szervezetei képesek legyenek,

<sup>14</sup> Az egészségkultúra fogalma jóval tágabban értelmezett, mint az egészségműveltség vagy a health literacy másik fordításaként újabban elterjedőben lévő egészségértés fogalma, mivel az egészségműveltséget az információkeresés, -feldolgozás és -alkalmazás képességére illetve motivációjára értik csupán. Lásd még: Csizmadia P. Az egészségműveltség definíciói. *Egészségfejlesztés* 2016;57(3):41-44. <http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=68>. (Elérve: 2016.11.06.) és Koltai J, Kun E. A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban. *Egészségfejlesztés*, 2016; 57(3):3-20. <http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=62> (Elérve: 2016.11.06.)

<sup>15</sup> Balku E et al. *Egészségjelentés2015*. Varsányi P, Vitrai J (szerk). Nemzeti Egészségfejlesztés Intézet, Budapest, 2015. [http://www.egeszseg.hu/szakmai\\_oldal/oldalak/assets/files/news/egeszsegjelentes-2015.pdf](http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldal/oldalak/assets/files/news/egeszsegjelentes-2015.pdf) (Elérve: 2016.12.10.)

akarjanak és a működési környezetük lehetőséget nyújtson egészségbarát viselkedés megvalósítására, az egészséget támogató viselkedés normáját érvényre juttató kultúrára, beleértve az azt előmozdító intézményi, társadalmi és fizikai környezetre van szükség. Az egészséggel kapcsolatos értékek formálódásához a társadalom minden tagja hozzájárul, így az egyének, a közösségek, az intézmények, az önkormányzatok, a kormányzat és a magánszektor egyaránt. A felsoroltak közös felelőssége, hogy az egészséges választást természetessé tegyék, és az egészségbarát magatartás ösztönzésével másokat is hozzásegítsenek az egészséges élethez. Ehhez nélkülözhetetlen valamennyi területen az egészségközpontú szemlélet beemelése az oktatásba, ahogyan azt a WHO nem fertőző betegségek visszaszorítását célzó akcióterve is kiemeli.<sup>16</sup> (24.o.) A több szereplő integrált, egy irányba ható együttműködésének fontosságával és a közös munka során felmerülő problémák megoldási lehetőségeivel a WHO Egészség 2020 dokumentuma<sup>8</sup> (53., 83. o.) is kiemelten foglalkozik.

- 5. A társadalmi szereplők tevékenységének összehangolását országos, térségi és helyi szinten az egészségtervezés és annak megvalósítása biztosíthatja hatékonyan. Ennek feltétele a népegészségügy és az ellátó rendszer integrált, ember-központú átalakítása. Különösen fontos a népegészségügy közösségi szolgáltatásainak megerősítése, mert ez képes valamennyi szinten előmozdítani a társadalmi szereplőknek az egészségtervezésben és annak megvalósításában való támogató szerepvállalását. Ehhez – és a hazai egészségügyi rendszer hatékonyságának növeléséhez – a gyógyításról a megelőzésre szükséges nagyobb hangsúlyt helyezni, és ennek megfelelően a korábbinál több erőforrást biztosítani.**

Az egészségmagatartás megváltoztatása komplex feladatának<sup>17</sup> országos, térségi és helyi szinten való megvalósításához szükségszerűnek látszik, hogy a népegészségügy még inkább vezető szerepet vállaljon a lakosság egészségének javítását célzó interszektoriális együttműködésben. Ennek eléréséhez nemzetközi tapasztalatok szerint emberközpontú, integrált egészségügy kialakítása és működtetése szükséges.<sup>18</sup> Ehhez célszerűnek látszik az alacsony hatékonysággal működő hazai egészségügyi rendszer népegészségügyi szempontú áthangolása. Ennek egyik feltétele a meglévő népegészségügyi

<sup>16</sup> Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. World Health Organization 2013. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1) (Elérve: 2016.11.06.)

<sup>17</sup> Erről részletesebben lásd: Taller Á, Csizmadia P. Viselkedésértés - A magatartástudomány eredményeinek hasznosítása a szakpolitika alkotásban. Egészségfejlesztés. 2016;57(2):55-61. <http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=39> (Elérve: 2016.11.06.)

<sup>18</sup> ROADMAP: Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region. A Framework for Action towards Coordinated/Integrated Health Services Delivery (CIHSD). World Health Organization 2013.

rendszer olyan átfogó megújítása, melyben különálló intézményi struktúrában, párhuzamosan, de összehangoltan kell tevékenykedniük a hatóságként működő, valamint a modern kihívásoknak megfelelően kialakított, főként szolgáltató szerepet betöltő egészségfejlesztési szervezeteknek.<sup>15(9.o.)</sup> Ez utóbbiak eredményes működéséhez elengedhetetlen, hogy szolgáltatásaik mind az egyének, mind a közösségek számára a lakóhely közelében könnyen hozzáférhetővé váljanak.<sup>8(106.o.)</sup> Az intézményrendszer átalakításának következményeképpen a helyi szervezetek különböző szintekre kialakított közösségi népegészségügyi szolgáltatásokkal, hatásos egészségkommunikációval motiválják; képzéssel, tanácsadással támogatják az egyéneket, közösségeket a megvalósításban, és emellett képesek előmozdítani a társadalmi szereplők támogató szerepvállalását az egészségtervezésben és annak megvalósításában. A több szinten folyó tevékenységek hatékony összehangolását a szintenként megvalósuló egészségtervezés biztosíthatja, melynek kipróbálása már egy korábbi projektben megtörtént, pontosítására és a működéséhez szükséges infrastruktúra kiépítésére pedig a most kiírásra kerülő EU-s projektekben nyílhat lehetőség.

**6. Mivel az egészségmagatartás társadalmilag erősen beágyazott, és lassan, nehezen változtatható, ezért nagyobb hatékonyság várható a fejlődésben lévő gyermekekre fókuszáló egészségfejlesztési beavatkozásoktól.**

Köztudott, hogy a gyermekkorban kialakuló egészségmagatartás az egyén egész későbbi életére jelentős hatással bír.<sup>19(4.o.)</sup> A gyermekkori egészségtelen táplálkozás például számos jól ismert felnőttkori egészségprobléma (pl. magas vérnyomás, cukorbetegség, mozgásszervi panaszok, vashiányos-anémia) kialakulásában játszik szerepet, nem is beszélve ezek lelki egészséget befolyásoló negatív hatásáról. Az egészséges életmódra való nevelést tehát célszerű a legfiatalabb korosztályoknál kezdeni, melynek egyik legfontosabb színtere az óvoda és az iskola. A családon kívüli közösségbe lépéssel a gyermek szocializációs folyamatában is minőségi változás veszi kezdetét. A köznevelési intézményekben a pedagógusok nemcsak ismeretátadással, hanem lehetőségek biztosításával, motiváló tényezők alkalmazásával és saját magatartásukkal (mint követendő példa) is befolyással vannak a gyermekek egészségmagatartására, egészségkultúrájára. Igaz, a gyermekek életkorának előrehaladtával az önállóságra törekvés miatt a felnőttek tekintélye, direkt nevelő hatása csökken, és ezzel párhuzamosan a kortársak valós vagy vélt véleménye kerül előtérbe, az általuk képviselt szokások és normák válnak elfogadottá. Azonban ezt felismerve és tudatosan használva (pl. kortárs segítők bevonása, közösségfejlesztő programok szervezése) is lehetőség adódik a fiatalok egészségmagatartásának hatásos fejlesztésére. Mivel a gyermekkorban kialakított egészségmagatartás kulcsszerepet játszik a lakosság egészségének javításában, az köznevelési intézményekben történő teljes

<sup>19</sup> Draft Implementation Plan for the recommendations of the Commission on Ending Childhood Obesity. World Health Organization 2016.

körű egészségfejlesztési<sup>20</sup> beavatkozások kiemelt szerepet kell, hogy kapjanak a népegészségügyi beavatkozások sorában. Ezekben az intézményekben megvalósított beavatkozások hatékonysága a fentiekén túl várhatóan azért is különösen nagy más beavatkozásokhoz viszonyítva, mert a célcsoport szinte teljesen elérhető, és a beavatkozást megvalósító egészségfejlesztő és nevelési szakemberek köre a népességhez viszonyítva viszonylag szűk, képzésük során célzottan felkészíthetők erre a feladatra. Ezzel párhuzamosan ki kell alakítani a lakosság számára a hiteles, elérhető, naprakész tájékoztatásnak megfelelő modern eszközrendszert.

---

<sup>20</sup> Teljes Körű Iskolai Egészségfejlesztési Konceptió. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, 2015. <http://projektek.egeszseg.hu/documents/17618/2222750/Teljes+k%C3%B6r%C5%B1+Iskolai+Eg%C3%A9szs%C3%A9gfejleszt%C3%A9s+Konceptio%C3%B3.pdf/9bd631f4-b027-4802-8cec-3e343f29c5fe?version=1.0> (Elérve: 2016.12.10.)

# 3. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT

## 3.1. HALÁLOZÁS

### 3.1.1. KIEMELT MEGÁLLAPÍTÁSOK<sup>21</sup>

1. 2015-ben Magyarországon a nők születéskor várható élettartama 79, a férfiaké 72 év volt. A korábban megfigyelhető javulás 2015-ben megtört, mindkét nem értéke alacsonyabb volt az előző évinél.
6. A javuló tendencia ellenére a csecsemőhalálozás még mindig másfélszerese az EU15 tagországokban tapasztaltnak. A kis súlyú újszülöttek aránya – a nemzetközi trendekkel ellentétben – Magyarországon lassan emelkedik.
7. A halálozás 100.000 főre vetített aránya Magyarországon 2005 óta csökken, azonban még így is több mint másfélszer akkora, mint az EU15 országokban. Ez az arány férfiak esetében jóval nagyobb, mint a nőknél.
8. 2015-ben Magyarországon a nőknél minden 6., a férfiaknál minden 3. halálozás 65 éves életkor előtt következett be. A 65 évesnél fiatalabb nők halálozási aránya közel kétszerese, a férfiaké több mint kétszerese volt az EU15 országokban tapasztaltnak. A magyarok hátránya az elmúlt évtizedben alig csökkent.
9. Magyarországon a 65 éves kor előtt bekövetkező, ún. korai halálozás kétharmadáért a daganatos megbetegedések és a keringési rendszer betegségei voltak felelősek. E betegségek okozta halálozásban tapasztalt javulás ellenére Magyarország jelentősen elmaradt az EU15 és többnyire az EU13 országoktól is, sőt a lemaradás – néhány halálokot kivéve – tovább növekedett. A daganatos betegségek közül nőknél a tüdőrák, férfiaknál a tüdőrák mellett a szájüregi valamint a vastag- és végbélrák okozta halálozás mértéke is többszöröse volt az EU15 adataihoz képest. A keringési betegségek közül kiemelkedett az iszkémiás szívbetegség és az agyérbetegség okozta halálozás, amely 3-4 szerese volt az EU15 országokban tapasztalt értékeknek.
10. Az egészségügyi ellátással elkerülhető halálozás szempontjából Magyarország – a javuló tendencia ellenére is – az EU országai között az utolsók között áll. Az összes halálozás egyhatedét, a 65 éves kor előtt bekövetkezett halálozások egynegyedét, azaz 8600 halálesetet lehetett volna elkerülni a szükséges egészségügyi ellátás időben történő igénybevételével.

<sup>21</sup> A kiemelt megállapítások az elérhető, legfrissebb adatok elemzése alapján.



11. Az összes elhunyt negyedét, a 65 éves kor előtt elhunytak több mint felét, közel 18.000 életet lehetett volna hatásos népegészségügyi beavatkozásokkal megmenteni. A népegészségügyi beavatkozásokkal megelőzhető halálozások EU országainak rangsorában Magyarország a nőknél az utolsó, a férfiaknál hátulról a harmadik helyen áll.
12. A dohányzással összefüggő halálozás az elmúlt évtizedben az európai trendeknek megfelelően csökkenő tendenciát mutatott Magyarországon, azonban az EU15 országok értékének még így is több mint 2,5-szerese volt 2015-ben.
13. Az alkoholfogyasztással összefüggő halálozás az elmúlt évtizedben az európai trendekhez hasonlóan harmadával csökkent Magyarországon, ez azonban még így is az EU15 országok értékének közel 2-szerese volt 2015-ben.
14. A halandóság földrajzi egyenlőtlensége összességében mérsékeltnak mondható Magyarországon, bár a legmagasabb járási halálozás többszöröse lehet a legkisebb értéket mutató járásokénak. A csecsemőhalandóságban tapasztalható a legnagyobb egyenlőtlenség, ahol a járásonként számított legmagasabb és a legkisebb halálozás különbsége megközelíti a 12-szerest.

### 3.1.2. MÓDSZERTANI BEVEZETŐ

A halálozás az egyik legtöbbet használt, hagyományos indikátora a lakosság egészségi állapotának. A halálozási adatok ebben a fejezetben nemenként kerülnek bemutatásra, mert a halálozás mértéke és a halálokok sorrendje jelentős eltérést mutat a nők és a férfiak között.

A Magyarországra vonatkozó legfrissebb halálozási adatok forrása a Központi Statisztikai Hivatal Tájékoztatási adatbázisa.<sup>22</sup> A jelentés elkészítéséhez csak a 2016.10.30.-ig rendelkezésre álló adatok kerültek felhasználásra. Mivel a haláloki megállapítás módszerében 2005-ben változás történt – aminek következtében bizonyos halálokok idősorában törés keletkezett – ezért a jelentésben 2005-től 2015-ig terjedő időszak halálozási adatai szerepelnek. A magyar halandóság nemzetközi összehasonlítására a WHO European Health for All Database (HFA-DB)<sup>23</sup>, illetve a European Mortality Database (HFA-MDB)<sup>24</sup> – jelenleg elérhető legfrissebb – 2016 júliusában közzétett, 2013-ig közölt adatai (standardizált halálozási arány - SHA) szolgáltak. A nemzetközi gyakorlatban az SHA-t főként

<sup>22</sup> <http://statinfo.ksh.hu/Statinfo/themeSelector.jsp?page=2&szst=WNH> (Elérve: 2016.10.30.)

<sup>23</sup> <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db> (Elérve: 2016.12.16.)

<sup>24</sup> <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/mortality-indicator-database-mortality-indicators-by-67-causes-of-death,-age-and-sex-hfa-mdb> (Elérve: 2016.12.16.)



az eltérő korösszetételű országok összehasonlítása során alkalmazzák. Fontos azonban hangsúlyozni, hogy a mutatószám értéke, illetve azok egymáshoz viszonyított aránya is a standardul választott populáció függvényei, tehát nem abszolút értékek. A jelentésben szereplő értékek tehát kizárólag az adott standard populáció alkalmazása esetén helytállóak.<sup>25,26</sup> A várható élettartam hazai adatai a KSH STADAT táblájából származnak<sup>27</sup>, a nemzetközi összehasonlításához a EUROSTAT<sup>28</sup> legfrissebb, 2014-es adatai kerültek felhasználásra. Az adatok nemzetközi összehasonlításában használt EU15 jelölés a 2004 előtt csatlakozott országokat, az EU13 a 2004-től csatlakozott országokat, az EU28 pedig valamennyi EU tagországot jelöli. A hazai egészségügyi ellátással elkerülhető halálra vonatkozó adatok forrása a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet Halandósági adatbázisa, amely 2005-től 2014-ig tartalmaz nyers, és az Európai Standard Népeségre standardizált adatokat.<sup>29</sup> A fentiekben felsoroltaktól eltérő adatforrásokat az említés helyén egy hivatkozás adja meg.

### 3.1.3. SZÜLETÉSKOR VÁRHATÓ ÉLETTARTAM

2015-ben Magyarországon a nők születéskor várható élettartama 78,6 év, míg a férfiaké 72,1 év volt.

A 2. ábra alapján megállapítható, hogy a születéskor várható élettartam 2005 óta mind a nőknél, mind a férfiaknál növekedett, de ez a tendencia a nőknél 2015-ben váratlanul megtört, a férfiaknál pedig az utóbbi három évben stagnál. A vizsgált 11 év folyamán a férfiak egyre inkább felzárkóztak a nőkhez: míg 2005-ben a férfiak születéskor várható élettartama 8,4 évvel maradt el a nőkéthöz (89%), 2015-re ez már 6,5 évre csökkent (92%). Az EU28-ban a férfiak születéskor várható élettartama 5,5 évvel volt kisebb a nőkéhez (93%).

<sup>25</sup> <http://www.who.int/healthinfo/paper31.pdf?ua=1> (Elérve: 2016.10.29.)

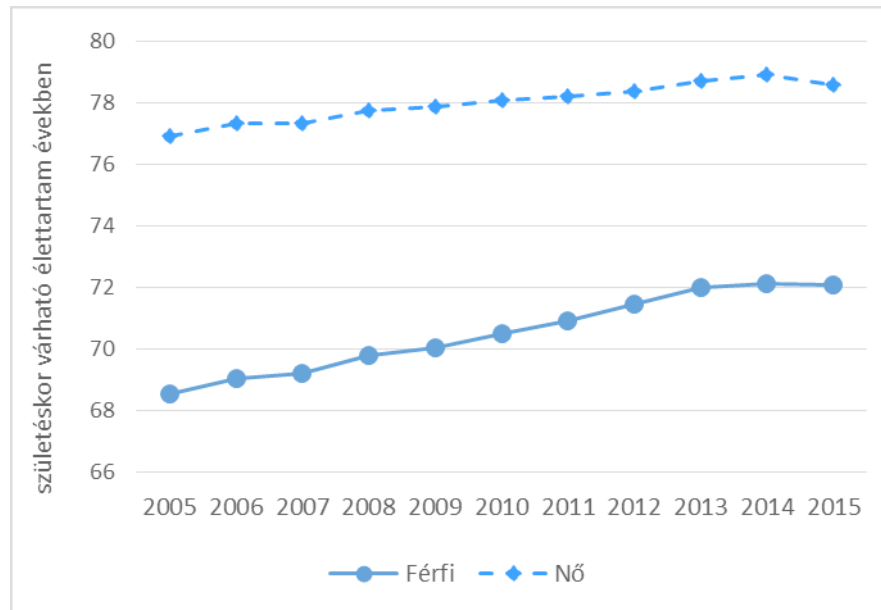
<sup>26</sup> <http://www.who.int/whosis/whostat2006AgeStandardizedDeathRates.pdf?ua=1> (Elérve: 2016.10.29.)

<sup>27</sup> [https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_hosszu/h\\_wdsd001b.html](https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_hosszu/h_wdsd001b.html) (Elérve: 2016.07.25.)

<sup>28</sup> <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (Elérve: 2016.10.29.)

<sup>29</sup> Revision of the European Standard Population. Report of Eurostat's task force. European Commission, 2013, Luxembourg <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926869/KS-RA-13-028-EN.PDF/e713fa79-1add-44e8-b23d-5e8fa09b3f8f> (Elérve: 2016.12.11.)

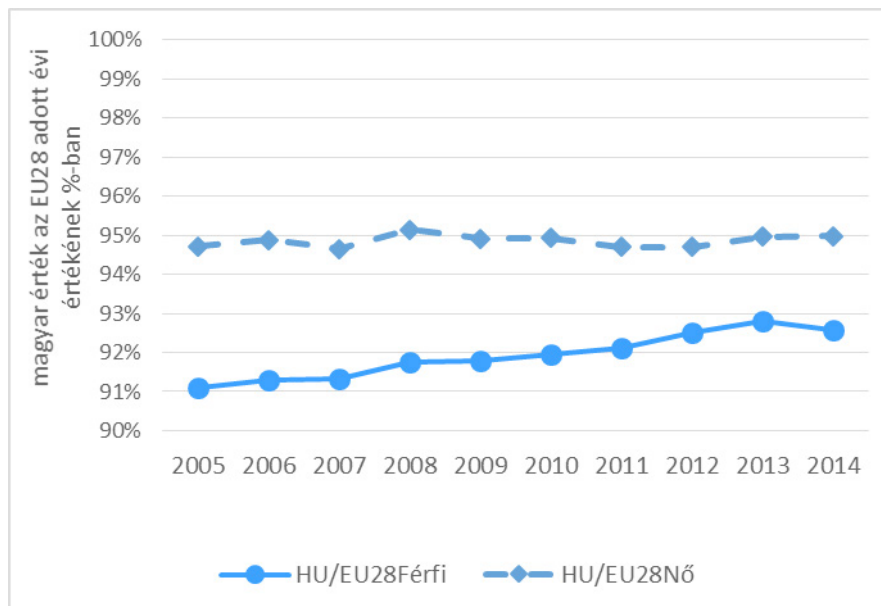
2. ábra: Születéskor várható élettartam Magyarországon, 2005-2015 [Függelék: 14. táblázat]



Forrás: KSH - Tájékoztatási adatbázisa

A születéskor várható élettartam magyar értékeit az EU országokéhoz viszonyítva megállapítható, hogy 2005 és 2014 között a nők lemaradása lényegében nem változott, míg a férfiaké mintegy 2%-kal csökkent. (3. ábra) 2014-ben a nőknél 4,2, a férfiaknál 5,8 évvel volt kevesebb a születéskor várható élettartam, mint az EU28 országokban.

3. ábra: A magyar születéskor várható élettartam az EU28 országaihoz viszonyítva, 2005-2014 [Függelék: 15. táblázat]

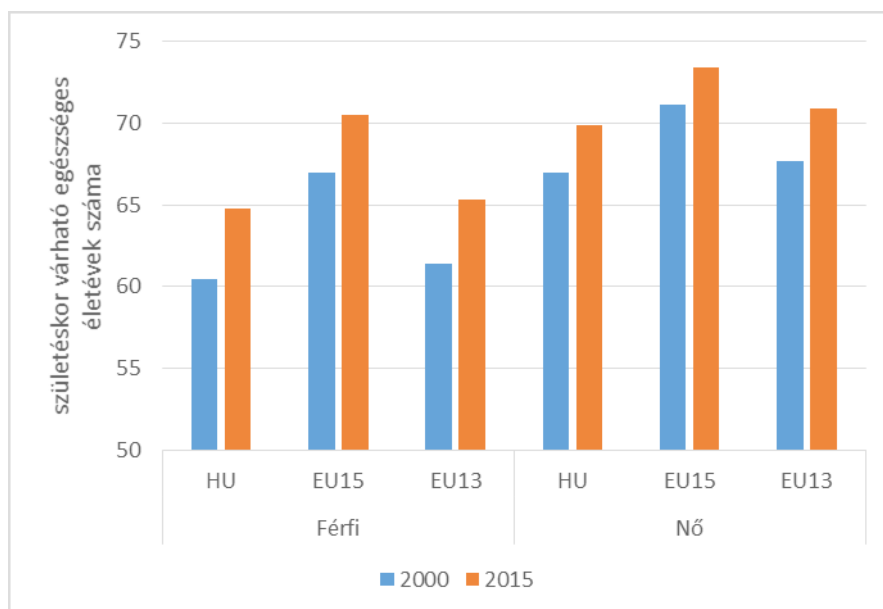


Forrás: EUROSTAT adatbázis

### 3.1.4. SZÜLETÉSKOR VÁRHATÓ EGÉSZSÉGES ÉLETÉVEK

A születéskor várható élettartam mellett az egyik legfontosabb egészségmutató a születéskor várható egészséges életévek száma, amelynek időbeli alakulását és EU-val való összehasonlítását a 4. ábra mutatja. 2000 óta a magyar nők esetében 3,0, férfiaknál 4,4 évvel emelkedett a születéskor várható egészséges életévek száma, így 2015-ben ez az érték nőknél 69,9, férfiaknál 64,8 év volt. A nőket tekintve Magyarország 2015-ben az EU15-höz viszonyítva 3,5, az EU13-hoz 1,0 évvel maradt el, férfiaknál közel 5,7 illetve 0,5 év volt a magyarok hátránya. 2000 és 2015 között a nőknél 4,2-ről 3,5 évre csökkent az EU15-tel szembeni hátrány, az EU13 országaihoz képest viszont 0,8-ról 1,1 évre nőtt a lemaradás. A férfiaknál az EU15 tagországaival összevetve 6,6-ról 5,5 évre, az EU13 tagországaival szemben pedig 1-ről 0,5 évre csökkent a lemaradás 2015-re.

4. ábra: Születéskor várható egészséges életévek száma Magyarországon, az EU15 és az EU13 országokban, 2000-2015 [Függelék: 16. táblázat]

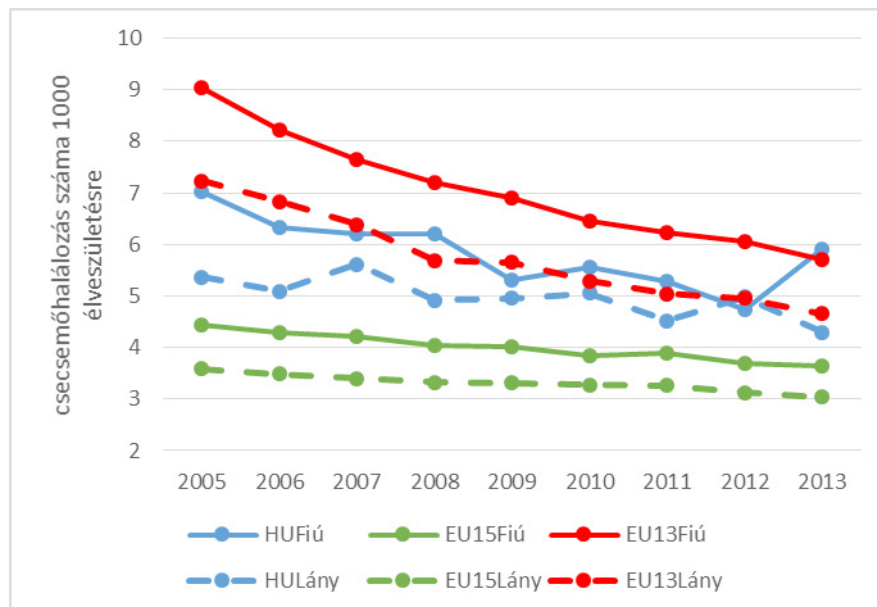


Forrás: WHO adatbázis

### 3.1.5. CSECSEMŐHALÁLOZÁS

Magyarországon – a korábbi tendenciák folytatásaként – 2005 és 2013 között tovább csökkent a csecsemőhalálozás<sup>30</sup>, a lányok esetében erőteljesebben, 20%-kal, a fiúknál 16%-kal. Megjegyzendő, hogy a rendelkezésre álló legfrissebb magyar adatok (2014, 2015) alapján a lányok esetében folytatódott a csökkenő tendencia, azonban a fiúk esetében ez a trend erőteljesen lelassult, szinte megállt. A javuló magyar adatok 2013-ban a lányoknál 41%-kal, a fiúknál 62%-kal még mindig meghaladták az EU15 értékeit. Az EU13-hoz képest a lányok esetében alacsonyabbnak (92%), a fiúknál azonban némileg magasabbnak (103%) bizonyultak a magyar adatok 2013-ban. (5. ábra) A csecsemőhalálozáshoz kapcsolódó, fontos egészségmutató a kis súlyú újszülöttek aránya is, amely az 1. Panelben<sup>31</sup> kerül bemutatásra.

5. ábra: Csecsemőhalálozás Magyarországon, az EU15 és EU13 országokban, 2005-2013 [Függelék: 17. táblázat]



Forrás: HFA-DB

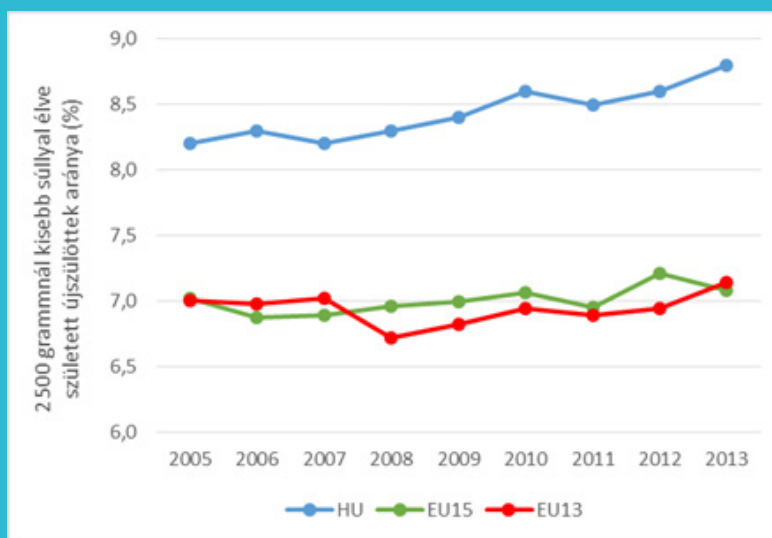
<sup>30</sup> Csecsemőhalálozás: az egy éves kor előtt bekövetkező halálesetek száma osztva az élve születések számával egy adott évben

<sup>31</sup> A jelentésben külön Panelként szerepelnek azok az adatok és elemzések, amelyek kiemelt népegészségügyi jelentéssel bírnak, de a jelentés elkészítéséhez használt fő adatforrásokban nem szerepelnek, vagy csak érintőlegesen kapcsolódnak a bemutatott témákhoz.

### 1. Panel: Kis születési súly aránya

A csecsemőhalálozás mellett fontos mutató a kis születési súllyal világra jött gyermekek aránya az összes élve született gyermekek számához viszonyítva. (6. ábra) Magyarországon a kis súlyú újszülöttek aránya 2005 óta enyhén növekvő tendenciát mutat. A vizsgált időszakban az EU15 és EU13 országokhoz viszonyított különbség növekedett, a magyar adat 2013-ban 24%-kal volt magasabb az EU15, és 23%-kal az EU13 országok értékénél.

6. ábra: Kis születési súly aránya Magyarországon valamint az EU15 és EU13 országokban, 2005-2013 [Függelék: 18. táblázat]

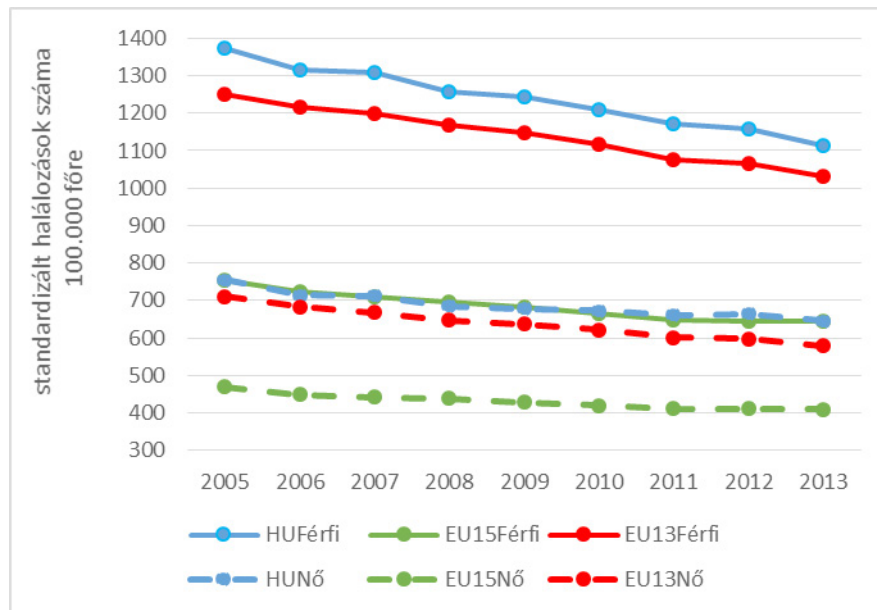


Forrás: HFA-DB

### 3.1.6. ÖSSZES HALÁLOZÁS

Akárcsak a születéskor várható élettartam alakulásában, a hazai összes halálozás tekintetében is csökkenő tendencia figyelhető meg 2005 óta. (7. ábra) Ennek ellenére 2013-ban, azaz az utolsó olyan évben, amikor a magyar adatok mind az EU15-tel, mind pedig az EU13-mal összehasonlíthatók voltak, a magyar halálozási arány messze magasabb (163%) volt, mint az EU15 országokban. A magyar nők esetében ez több mint másfélszerese (158%), a férfiaknál közel kétszerese (173%) volt az EU15 értékének. (A lemaradást ugyancsak jól jelzi, hogy bár egy adott populációban a nők halálozási értékei rendszerint jóval alacsonyabbak a férfiakénál, a magyar nők összes halálozása gyakorlatilag megegyezett az EU15 férfiak értékeivel a vizsgált időszakban!) Az EU13 országokkal összehasonlítva a magyar összes halálra vonatkozó adatok alig voltak magasabbak.

7. ábra: Az összes halálozás Magyarországon, az EU15 és EU13 országokban, 2005-2013 [Függelék: 19. táblázat]

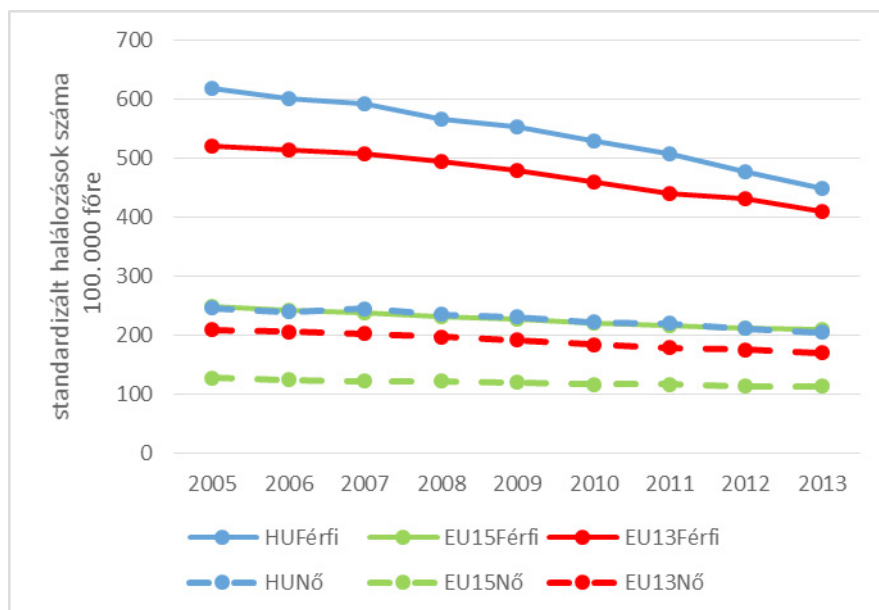


Forrás: HFA-MDB

### 3.1.7. KORAI HALÁLOZÁS

2015-ben minden negyedik halálozás 65 éves kor előtt következett be Magyarországon: a női halálesetek közül minden 6., a férfi halálesetek közül minden 3. ilyen volt. A 8. ábráról leolvasható, hogy a korai halálozás 2005 óta folyamatosan csökken mindkét nem esetében, a férfiak körében a javulás üteme nagyobb mértékű. 2013-ban a magyar nők körében közel kétszeres (181%), a férfiaknál több mint kétszeres (215%) volt az EU15 országokhoz viszonyítva ez a mutató. A magyaroknak az EU15-höz viszonyított lemaradása csupán kis mértékben változott: 2005-ben a nőknél 193%, a férfiaknál 250% volt. A magyarországi korai halálozást az EU13 országokkal összevetve megállapítható, hogy a magyar nők hátránya 120%, a magyar férfiaké közel 109% volt 2013-ban. 2005-ben ezek az értékek 118% illetve 119% voltak.

8. ábra: Korai halálozás Magyarországon, az EU15 és EU13 országokban, 2005-2013 [Függelék: 20. táblázat]



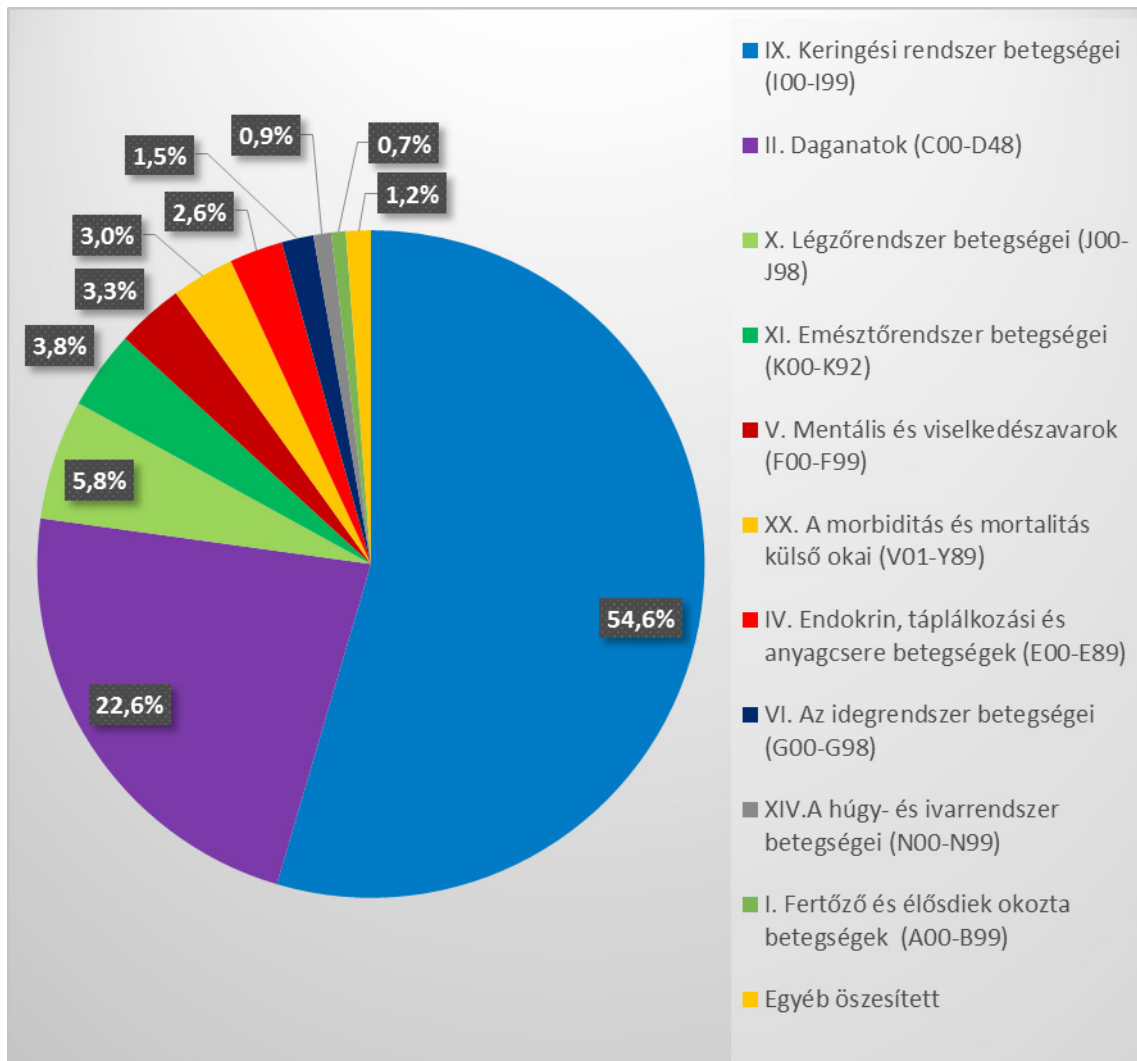
Forrás: HFA-MDB

### 3.1.8. HALÁLOKOK SZERINTI ÖSSZES HALÁLOZÁS

Mivel jelentős különbség figyelhető meg a halálokok nemenkénti előfordulásában, ezért ezek bemutatása a következőkben különválasztva történik.

2015-ben a nők összes halálozásának legnagyobb részét a keringési rendszer betegségei tették ki (55%), ezt követték a daganatok (23%), majd a légzőrendszer (6%) és az emésztőrendszer betegségei (4%). (9. ábra) A nők összes halálozásának 3-3%-áért voltak felelősek a morbiditás és mortalitás külső okai, a mentális és viselkedési zavarok valamint az endokrin, táplálkozási és anyagcsere betegségek.

9. ábra: A nők összes halálzásának ok szerinti megoszlása Magyarországon, 2015

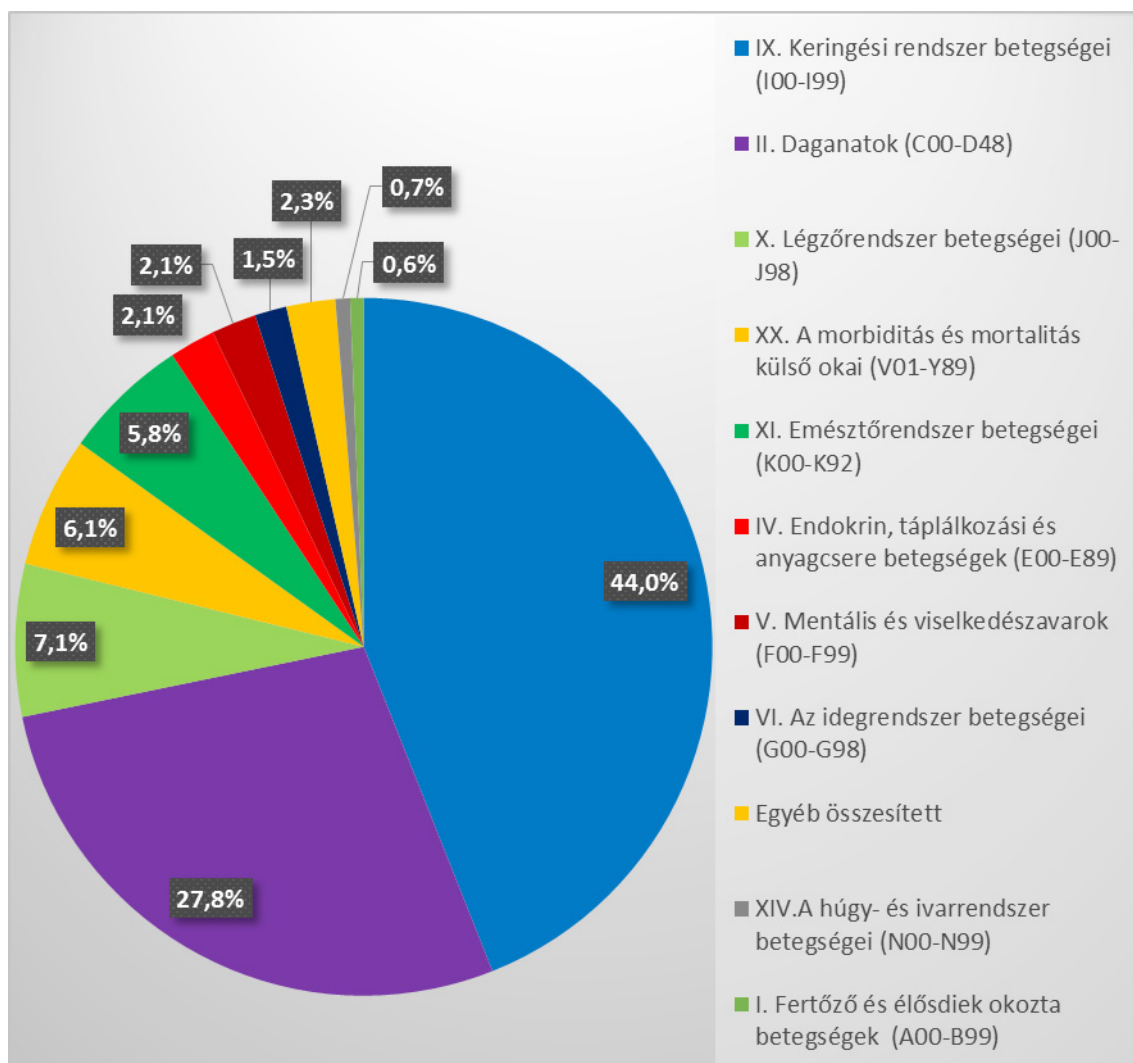


Forrás: KSH - Tájékoztató adatbázis

A férfiak esetében az első két leggyakoribb halál nem különbözött a nőknél megfigyelttől, azaz itt is a keringési rendszer betegségei (45%) és a daganatok (28%) képviselték a legnagyobb részarányt. (10. ábra) A harmadik leggyakoribb halál a légzőrendszer betegségei miatt bekövetkezett halálozás (7%) volt, majd ezt követte 6-6%-kal a morbiditás és mortalitás külső okai és az emésztőrendszer betegségei miatt bekövetkezett halálozás.



10. ábra: A férfiak összes halálózásának ok szerinti megoszlása Magyarországon, 2015



Forrás: KSH- Tájékoztató adatbázis

Mivel Magyarországon mind a nőknél, mind a férfiaknál a keringési rendszer betegségei és a daganatos megbetegedések okolhatók a halálózások legalább háromnegyedéért, ezért célszerű részletesebben megvizsgálni e betegségcsoportok halálózási adatainak időbeli változását az EU országok adataival összehasonlítva. A részletes összehasonlításhoz a nőknél és a férfiaknál a keringési rendszer 2 leggyakoribb, a daganatok esetén pedig nőknél az 5, férfiaknál a 4 leggyakoribb vagy kiemelt népegészségügyi szereppel bíró betegségek kerültek kiválasztásra.

Az 1. táblázat alapján megállapítható, hogy a magyar nők 2013-as halálózási arányai minden vizsgált betegség esetében magasabbak voltak az EU15 országok megfelelő értékeinél, és az EU13-hoz viszonyítva is csak az agyérbetegségek és a méhnyakrák okozta halálózás tekintetében volt kedvezőbb a helyzet Magyarországon. A keringési rendszer betegségei okozta halálózás gyakorisága a 2,5-szerese, a daganatok okozta

halálozás gyakorisága 1,5-szerese volt az EU15-ben tapasztalhatónak. Részletesebben vizsgálva az iszkémiás szívbetegek okozta halálozása több mint 4-szerese, a méhnyakrák okozta halálozása 3-szorosa, az agyérbetegek, a tüdődaganat és a vastag- és végbéldaganat okozta halálozása pedig 2-szerese volt az EU15 megfelelő értékeinek. Az EU13-hoz viszonyítva kevésbé voltak kedvezőtlenek az adatok, kivéve a tüdődaganat esetében, ahol szintén 2-szeresnek mutatkozott a magyar érték.

2005 és 2013 között a vizsgált halálokok közül a keringési rendszer betegségeinél jelentősebb javulás, az emlő- és méhnyakrák gyakorisága esetében kisebb javulás, míg a tüdőrák és hasnyálmirigyrák esetében komoly romlás volt megfigyelhető. Ezeket a változásokat az EU15 országokéval összehasonlítva látható, hogy a magyar adatok 2005 óta megfigyelhető javulása mellett is tovább nőtt a lemaradásunk. Az iszkémiás szívbetegek miatti halálozásnál 50%-kal, a tüdőrák esetében 25%-kal nőtt hazánk hátránya. Az EU13 országaival összehasonlítva is tovább növekedett Magyarország lemaradása a vizsgált halálokok többségében.

1. táblázat: Kiemelt betegségek okozta összes halálozás magyar értékeinek nemzetközi és időbeli összehasonlítása. (A táblázatban a viszonyszámok 5%-os vagy annál nagyobb és Magyarország szempontjából kedvezőtlenebb értékek piros színnel, míg az 5%-os vagy annál nagyobb és Magyarország szempontjából kedvezőbb értékek zöld színnel vannak jelölve. Az 5%-nál kisebb viszonyszámok szürke színűek.)<sup>32</sup>

	NYERS HALÁLOZÁS, 2015		STANDARDIZÁLT HALÁLOZÁS, 2013					
	esetek száma, 2015	az összes eset %-ban	esetek száma 100.000 főre	az EU15-höz viszonyítva	az EU13-hoz viszonyítva	változás 2005-ről	az EU15-höz viszonyított érték változása 2005-ről	az EU13-hoz viszonyított érték változása 2005-ről
<b>NŐK</b>								
<b>Összes halálozás</b>	<b>68 152</b>	<b>100%</b>	<b>645</b>	<b>158%</b>	<b>112%</b>	<b>-15%</b>	<b>-2%</b>	<b>5%</b>
<b>Keringési rendszer betegségei</b>	<b>37 180</b>	<b>55%</b>	<b>311</b>	<b>253%</b>	<b>105%</b>	<b>-23%</b>	<b>12%</b>	<b>5%</b>
Iszkémiás szívbetegek	18 407	27%	152	424%	154%	-24%	50%	7%
Agyérbetegek	7 052	10%	66	212%	86%	-28%	9%	7%
<b>Daganatok</b>	<b>15 426</b>	<b>23%</b>	<b>176</b>	<b>143%</b>	<b>126%</b>	<b>2%</b>	<b>11%</b>	<b>10%</b>
Tüdő	3 397	5%	41	198%	197%	30%	25%	26%
Emlő	2 220	3%	26	117%	118%	-6%	7%	2%
Vastag- és végbél	2 183	3%	24	184%	144%	-3%	18%	6%
Hasnyálmirigy	1 032	2%	11	136%	137%	19%	14%	15%
Méhnyak	476	1%	6	303%	82%	-7%	2%	4%
<b>FÉRFIAK</b>								
<b>Összes halálozás</b>	<b>63 545</b>	<b>100%</b>	<b>1115</b>	<b>173%</b>	<b>108%</b>	<b>-19%</b>	<b>-8%</b>	<b>-1%</b>
<b>Keringési rendszer betegségei</b>	<b>28 313</b>	<b>45%</b>	<b>494</b>	<b>264%</b>	<b>106%</b>	<b>-23%</b>	<b>8%</b>	<b>0%</b>
Iszkémiás szívbetegek	14 600	23%	262	332%	147%	-25%	19%	3%
Agyérbetegek	5 448	9%	96	261%	92%	-28%	11%	2%
<b>Daganatok</b>	<b>17 895</b>	<b>28%</b>	<b>316</b>	<b>157%</b>	<b>123%</b>	<b>-5%</b>	<b>10%</b>	<b>6%</b>
Tüdő	5 356	8%	95	185%	134%	-15%	5%	11%
Szájüreg	1 167	2%	21	351%	169%	-17%	-32%	-37%
Vastag- és végbél	2 825	4%	50	229%	153%	7%	37%	9%
Prosztata	1 258	2%	21	112%	99%	1%	19%	4%

Forrás: Nyers halálozási adatok - KSH Tájékoztatási adatbázis, Standardizált halálozási arányok - HFA-MDB

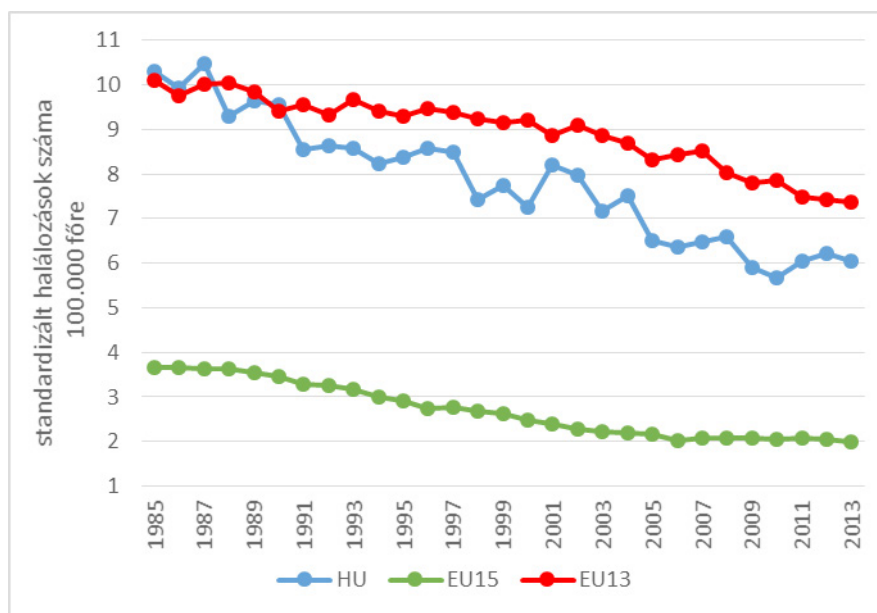
<sup>32</sup> Az 1. és 2. táblázatban a tüdődaganat kifejezés a légcső-, hörgő-, és tüdő daganatokat jelöli, a szájüregi daganat pedig az ajak-, szájüreg-, és garat daganatokat jelzi.

A férfiak halálzásának nemzetközi összehasonlítása még kedvezőtlenebb megállapításokhoz vezet. A 2013-as, magyar férfiakat érintő adatok minden esetben magasabbak voltak az EU15 országok adataihoz képest, és az EU13-hoz viszonyítva is csak az agyérbetegségek okozta halálzás tekintetében volt Magyarországon kedvezőbb a helyzet. A magyar férfiak körében több mint 2,5-szer volt nagyobb a keringési rendszer betegségei okozta halálzás gyakorisága, mint az EU15 tagországaiban, míg az EU13 országokéval közel azonos volt. Részletebben vizsgálva, az iszkémiás szívbetegség okozta halálzási arány Magyarországon 3,3-szor volt nagyobb, mint az EU15-ben és 1,5-szer, mint az EU13-ban. Agyérbetegség következtében arányaiban 2,6-szor több magyar férfi halt meg, mint az EU15-ben, viszont valamivel kevesebben, mint az EU13-ban. A daganatos megbetegedéseket vizsgálva a tüdőrák, a vastag- és végbélrák következtében 2-szer, míg szájüregi rák miatt több mint 3,5-szer gyakrabban haltak meg Magyarországon 2013-ban, mint az EU15 országaiban. Az EU13 országaival összevetve ezek az arányok kevésbé rosszak, de a lemaradás itt is számottevő.

2005 és 2013 között a férfiaknál a keringési rendszer betegségei miatti halálzásban jelentősebb csökkenés (23%) volt. A daganatok közül a szájüregi- és tüdődaganatok esetében volt megfigyelhető csökkenés (17% és 15%). A vizsgált magyar adatok időbeli változása a szájüregi rák kivételével elmaradt az EU15 országaiban az ugyanazon időszakban bekövetkezett változásoktól, ennek következtében lemaradásunk nőtt, a legnagyobb visszaesés a vastag- és végbél daganatok esetében figyelhető meg, közel 40%. Az EU13 országokhoz viszonyítva a magyar férfiak keringési rendszer betegségei okozta halálzása 2005 és 2013 között hasonlóan alakult, míg a daganatok miatti halálzásokat tekintve a szájüregi ráknál jelentősebb javulás, a tüdő, a vastag- és végbél daganatok esetében romlás volt megfigyelhető.

Magyarországon a méhnyakrák és az emlőrák megelőzése céljából szervezett szűrővizsgálatot végeznek és a vastag- és végbél daganatok esetében is rendszeres szűrés bevezetését tervezik. A 45-65 év közötti nők emlőszűrésére két évente, a 25-65 év közötti nők méhnyakszűrésére három évente, az 50-70 év közötti lakosság (tervezett) vastag- és végbél szűrésére pedig két évente kerülne sor. A szervezett szűrések fókuszában álló daganattípusok magyar és európai halálzási arányainak időbeli alakulását mutatja a 11. ábra, a 12. ábra és a 13. ábra.

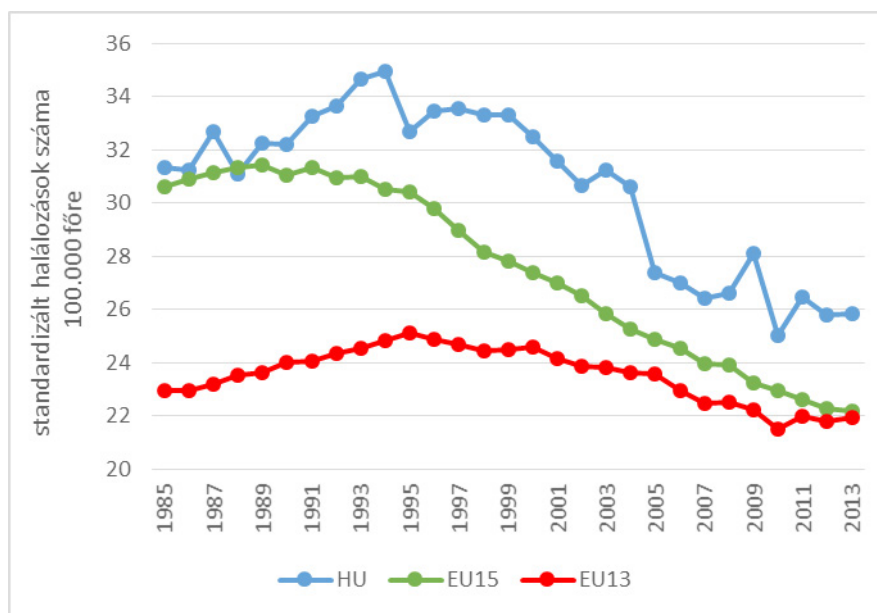
11. ábra: A méhnyakrák okozta halálozás alakulása Magyarországon, az EU15 és EU13 országokban, 1985-2013 [Függelék: 21. táblázat]



Forrás: HFA-MDB

Mint ahogyan a 11. ábraáról is kitűnik, a méhnyakrák okozta magyar halálozások aránya 1985 óta egyenletesen csökkenő tendenciát mutat, 2013-ban a magyar érték az EU13-ban tapasztaltnál kedvezőbb volt, azonban az EU15 értékének még így is 3-szorosa. A méhnyak szervezett szűrővizsgálata 2003-tól került bevezetésre.

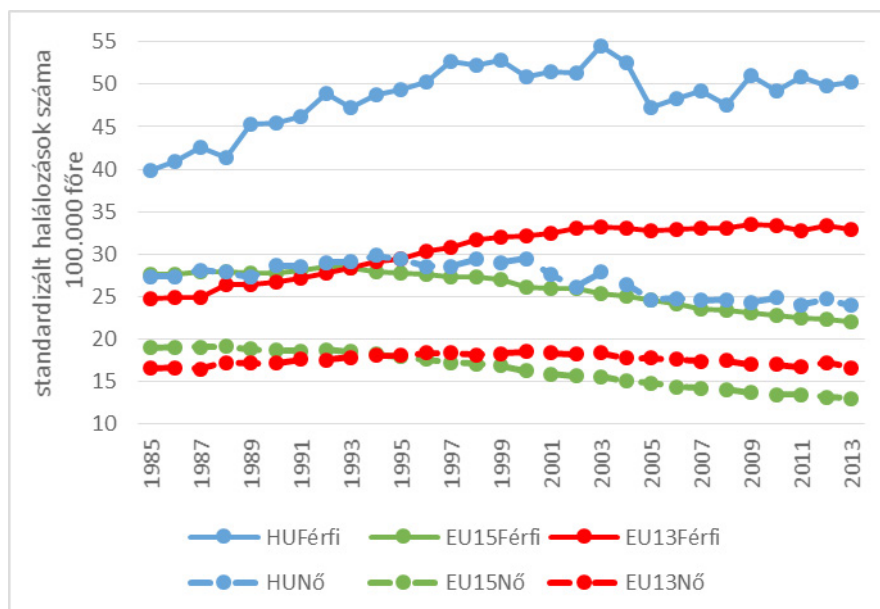
12. ábra: Az emlőrák okozta halálozás alakulása Magyarországon, az EU15 és EU13 országokban, 1985-2013 [Függelék: 22. táblázat]



Forrás: HFA-MDB

Az emlőrák okozta halálozás esetében 1994 óta figyelhető meg csökkenő tendencia a magyar értékekben, amely még így is jelentősen elmarad az EU13-ban vagy az EU15-ben tapasztalttól. (12. ábra) Hazánkban az emlő szervezett szűrése 2001 decemberétől került bevezetésre.

13. ábra: A vastag- és végbéldaganat okozta halálozás alakulása Magyarországon, az EU15 és EU13 országokban, 1985-2013 [Függelék: 23. táblázat]



Forrás: HFA-MDB

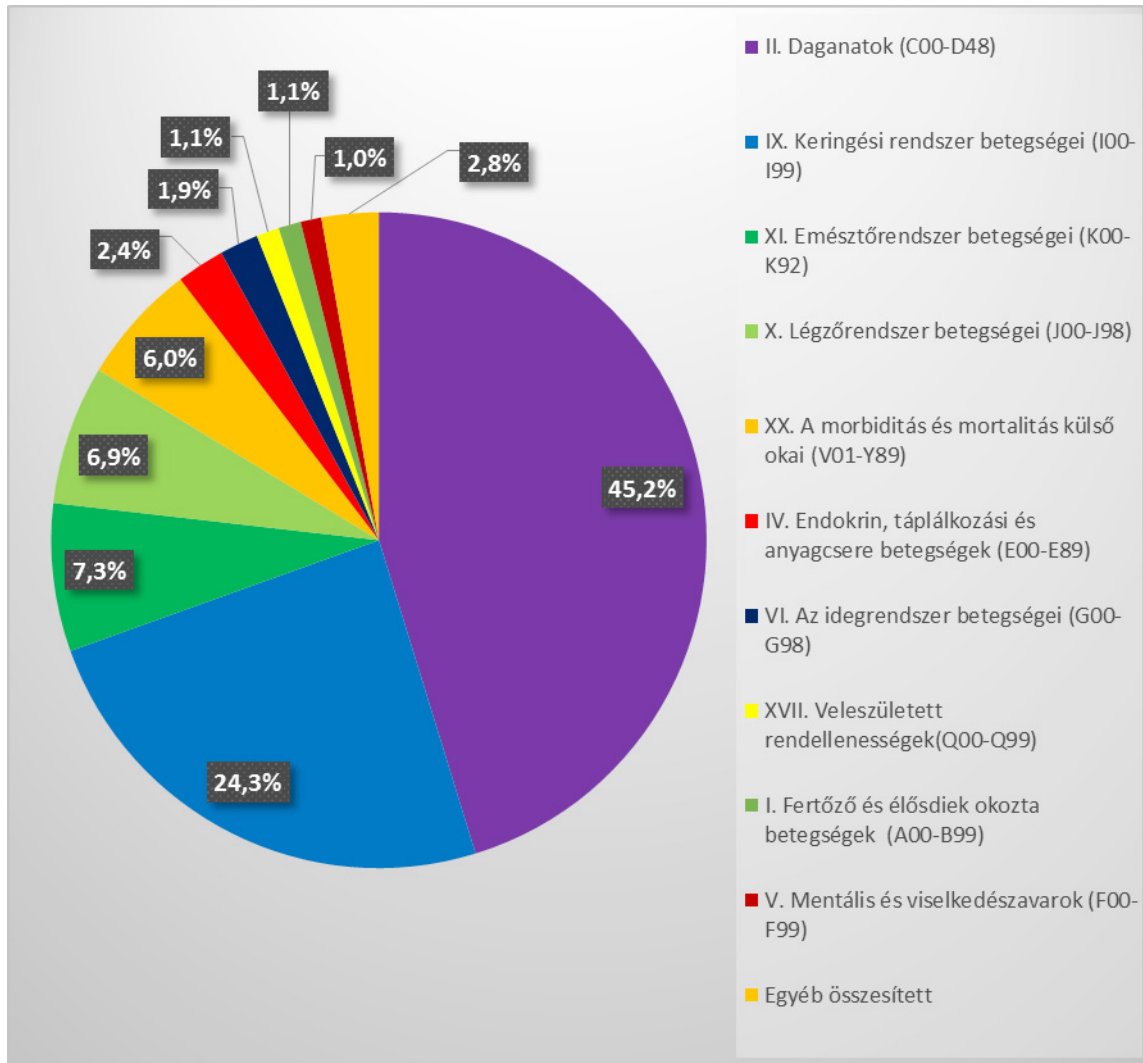
A vastag- és végbéldaganat okozta halálozás 1985 óta a magyar férfiaknál emelkedő tendenciát, nőknél enyhén csökkenő tendenciát mutat. 2013-ban az EU15 értékekhez viszonyítva férfiaknál több mint kétszeres, nők esetében közel kétszeres a halálozás mértéke hazánkban. (13. ábra)

### 3.1.9. HALÁLOK SZERINTI KORAI HALÁLOZÁS

Mivel a férfiak és nők korai halálozásának halálokok szerinti megoszlása jelentős különbséget mutat, ezért ezek bemutatása is nemek szerint történik.

A nők összes halálozásának 16%-át kitevő korai, azaz a 65 éves kor előtt bekövetkezett halálozás tekintetében az első helyen a daganatok (45%), második helyen a keringési rendszer betegségei (24%) állnak. Ezeket követik a korai halálozások közel azonos arányát kitevő okok: az emésztőrendszeri betegségek (7%), a légzőrendszer betegségei (7%) és a morbiditás és mortalitás külső okai (6%). (14. ábra)

14. ábra: A nők korai halálzásának ok szerinti megoszlása Magyarországon, 2015



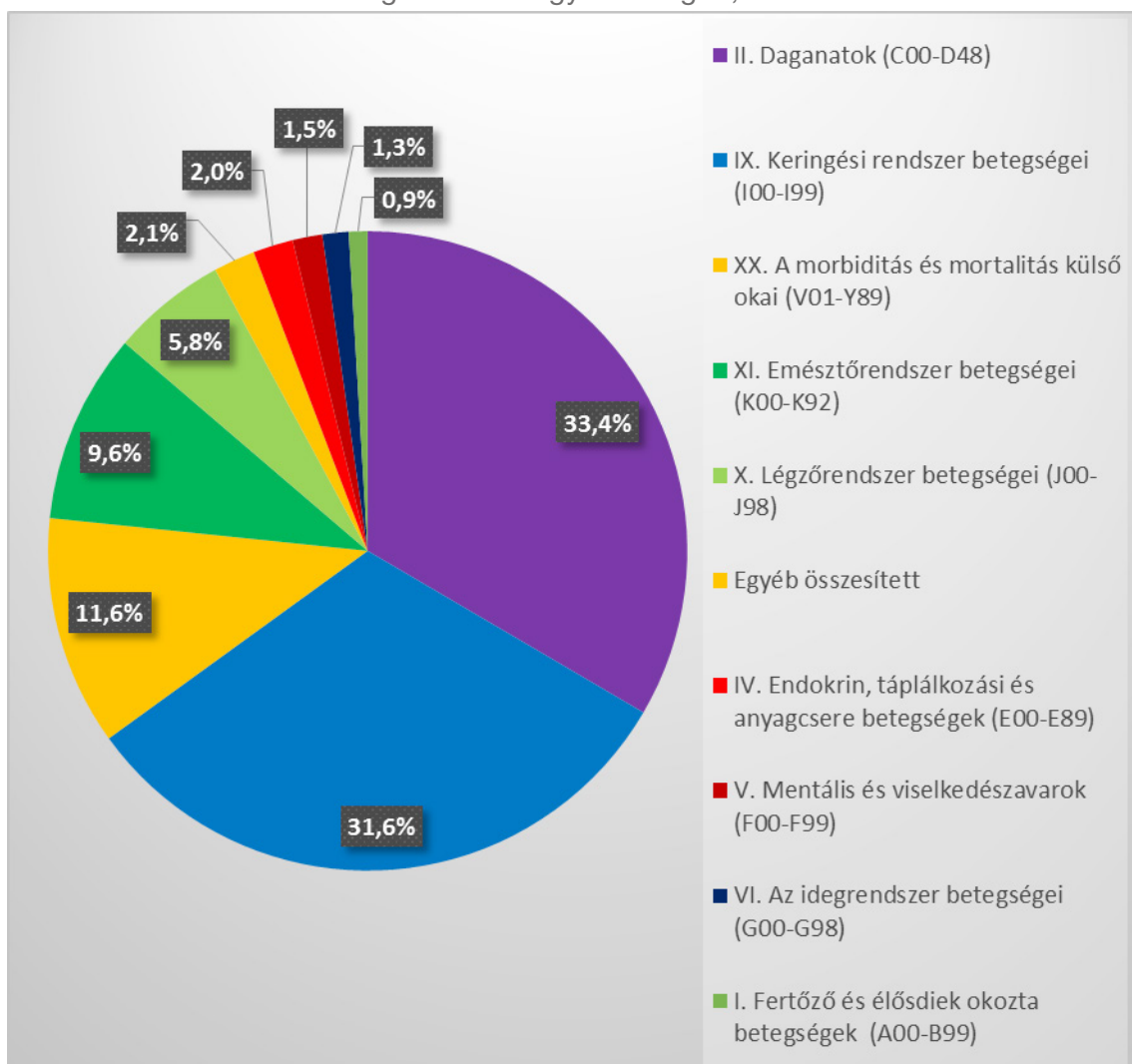
Forrás: KSH- Tájékoztatási adatbázis

2015-ben a férfiak összes halálzásának 33%-át tette ki a korai halálzás, amelynek halálki megoszlása jelentősen eltért a nőknél megfigyelttől. (15. ábra) Habár a legtöbb halálzásért a férfiak esetében is a daganatok (33%) és a keringési rendszer betegségei (32%) feleltek (nőknél ezek 45% és 24%), a harmadikként megjelenő morbiditás és mortalitás külső okai miatt<sup>33</sup> (12%) bekövetkezett korai halálzás lényegesen nagyobb részarányt képviselt, mint a nőknél.

<sup>33</sup> A morbiditás és mortalitás külső okainak megfelelő csoport tagjaira a jelentés további részében sérülésekként történik hivatkozás.



15. ábra: Férfiak korai halálzásának ok szerinti megoszlása Magyarországon, 2015



Forrás: KSH- Tájékoztatási adatbázis

Mivel Magyarországon mind a nőknél, mind a férfiaknál a keringési és daganatos megbetegedések felelősek a korai halálzások több mint kétharmadáért, így ezek a betegségcsoportok részletesebb nemzetközi összehasonlításra kerültek csakúgy, mint az összes halálzás esetében. A részletes összehasonlítás során a keringési rendszer esetében a 2 leggyakoribb, a daganatok közül pedig nőknél az 5, a férfiaknál a 4 leggyakoribb, kiemelt népegészségügyi szereppel bíró betegség került kiválasztásra.

A 2. táblázat értékei alapján megállapítható, hogy 2013-ban a magyar nők korai halálzás aránya közel kétszerese volt az EU15 országokban megfigyelhetőnek, és az EU13 országokhoz képest is rosszabbul alakult. Az egyes betegségeknél az EU15 országokhoz viszonyítva minden esetben kedvezőtlenebb volt a magyar adat, például az iszkémiás szívbetegségnél közel 4,5-szeres, agyérbetegségeknél több mint 2,5-szeres volt a hazai korai halálzások aránya. Az EU13-hoz képest is kedvezőtlenek voltak a magyar értékek, a tüdőrák esetén több mint 2-szeres, iszkémiás szívbe-

tegség esetében több mint 1,5-szeres volt a hazai korai halálozások aránya.

2005 és 2013 között a keringési rendszer betegségei okozta korai halálozásban komoly csökkenés volt tapasztalható Magyarországon, amelynek hatására az EU15 országaitól való lemaradásunk csökkent. A rosszindulatú daganatok esetében a hasnyálmirigy- és a tüdődaganatok okozta korai halálozások aránya 2005 óta jelentősen romlott, míg a többi daganatnál enyhe javulás volt megfigyelhető. Ugyanakkor a méhnyakrák kivételével az összes vizsgált daganatnál tovább nőtt a magyar nők lemaradása mind az EU15, mind az EU13 országokhoz viszonyítva, vagy a csökkenés nem volt számottevő.

2. táblázat: Kiemelt betegségek okozta korai halálozás magyar értékeinek nemzetközi és időbeli összehasonlítása. (A táblázatban a viszonyszámok 5%-os vagy annál nagyobb és Magyarország szempontjából kedvezőtlenebb értékek piros színnel, míg az 5%-os vagy annál nagyobb és Magyarország szempontjából kedvezőbb értékek zöld színnel vannak jelölve. Az 5%-nál kisebb viszonyszámok szürke színűek.)

	NYERS KORAI HALÁLOZÁS, 2015		STANDARDIZÁLT KORAI HALÁLOZÁS, 2013					
	esetek száma, 2015	az összes eset %-ban	esetek száma 100.000 főre	az EU15-höz viszonyítva	az EU13-hoz viszonyítva	változás 2005-ről	az EU15-höz viszonyított érték változása 2005-ről	az EU13-hoz viszonyított érték változása 2005-ről
<b>NŐK</b>								
<b>Korai halálozás</b>	<b>10 815</b>	<b>100%</b>	<b>204</b>	<b>181%</b>	<b>120%</b>	<b>-17%</b>	<b>-12%</b>	<b>2%</b>
<b>Keringési rendszer betegségei</b>	<b>2 625</b>	<b>24%</b>	<b>45</b>	<b>312%</b>	<b>115%</b>	<b>-27%</b>	<b>-19%</b>	<b>2%</b>
Iszkémiás szívbetegség	1 159	11%	20	432%	160%	-30%	-22%	7%
Agyérbetegség	573	5%	10	265%	98%	-30%	-21%	14%
<b>Daganatok</b>	<b>4 890</b>	<b>45%</b>	<b>91</b>	<b>169%</b>	<b>132%</b>	<b>-1%</b>	<b>13%</b>	<b>12%</b>
Tüdő	1 395	13%	25	253%	221%	21%	21%	19%
Emlő	752	7%	14	115%	113%	-10%	7%	4%
Vastag- és végbél	474	4%	9	199%	142%	-7%	5%	-3%
Méhnyak	279	3%	5	328%	89%	-11%	-28%	5%
Hasnyálmirigy	242	2%	4	157%	140%	21%	22%	22%
<b>FÉRFIAK</b>								
<b>Korai halálozás</b>	<b>20 840</b>	<b>100%</b>	<b>449</b>	<b>215%</b>	<b>109%</b>	<b>-28%</b>	<b>-34%</b>	<b>-9%</b>
<b>Keringési rendszer betegségei</b>	<b>6 566</b>	<b>32%</b>	<b>136</b>	<b>330%</b>	<b>98%</b>	<b>-30%</b>	<b>-27%</b>	<b>-18%</b>
Iszkémiás szívbetegség	931	4%	72	347%	140%	-31%	-21%	0%
Agyérbetegség	1 107	5%	24	393%	102%	-29%	-18%	6%
<b>Daganatok</b>	<b>6 949</b>	<b>33%</b>	<b>152</b>	<b>216%</b>	<b>140%</b>	<b>-13%</b>	<b>3%</b>	<b>5%</b>
Tüdő	2 309	11%	52	262%	157%	-12%	17%	15%
Szájüreg	789	4%	17	451%	185%	-25%	-47%	-49%
Vastag- és végbél	876	4%	19	284%	176%	0%	35%	14%
Hasnyálmirigy	362	2%	8	172%	124%	-4%	-5%	4%

Forrás: Nyers halálozási adatok-KSH Tájékoztatói adatbázis,  
Standardizált halálozási arányok -HFA-MDB

A férfiak korai halálozásainak nemzetközi összehasonlítása is a nőkéhez hasonló megállapításokhoz vezet. 2013-ban a magyar férfiak korai halálozási aránya az EU15 országokban megfigyelhetőnek több mint 2-szerese volt, és még az EU13 országa-hoz képest is rosszabbnak mutatkozott. Az egyes betegségeket külön vizsgálva az is megállapítható, hogy 2013-ban mind az EU15, mind az EU13 országaiban jóval kisebb volt a korai halálozás aránya a vizsgált betegségeknél, mint Magyarországon. A szájüregi rák esetében 4,5-szerese, az agyérbetegség esetében 4-szerese, az iszkémiás szívbetegség pedig 3,5-szerese volt az EU15 adatainak.



A férfiak korai halálozásait tekintve, 2005 és 2013 között egyharmadával csökkent Magyarország elmaradása az EU15-höz és közel egytizedével az EU13-hoz viszonyítva. Az EU15-höz viszonyított kedvezőbb helyzet főként a keringési rendszer betegségeinél és a szájüregi daganatoknál megfigyelhető nagyobb javulással magyarázható, bár kétségtelen, hogy ezen betegségcsoport esetében még így is igen jelentős a nemzetközi lemaradásunk. A tüdőrák valamint a vastag- és végbél daganatok korai halálozási arányában ugyanakkor komoly romlást lehet kimutatni mind az EU15, mind az EU13 országokkal való összehasonlításban.

### 3.1.10. EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSSAL ELKERÜLHETŐ HALÁLOZÁS

A szükséges egészségügyi ellátás megfelelő időben történő igénybevételével elkerülhető halálozás, rövidebben, az egészségügyi ellátással elkerülhető halálozás mutatót<sup>34</sup> az ellátórendszer minőségének jellemzésére vezették be az 1970-es években.<sup>35</sup> A mutató számítása nemzetközi standard módszertan szerint történik: adott betegségekre illetve életkori csoportokra meghatározzák az elfogadott orvosi beavatkozásokkal elkerülhető halálesetek számát. Ennek mértékét az egészségügyi kapacitások hozzáférhetősége, az ellátásra szoruló egyének igénybevételi hajlandósága és egészségi állapota, azaz ellátási szükséglete befolyásolja.<sup>36</sup> A kapacitások hozzáférhetőségét a rendelkezésre álló ellátások, illetve az azok igénybevételének főként földrajzi, időbeli, fizikai, anyagi és pszichológiai körülményei határozzák meg. Az igénybevételi hajlandóságot pedig az egyén egészségkultúrája befolyásolja, amelyet öröklött és a környezetével való korábbi kölcsönhatásai során, különösen az egészségügyi ellátás igénybevételével kapcsolatban szerzett tapasztalatai szabnak meg.

2014-ben 17.677 halálozás lett volna hazánkban ily módon elkerülhető, amely az összes halálozás 14%-át jelenti. Minden negyedik (27%) 65 éves kor előtt bekövetkező halálozás, azaz mintegy 8600 haláleset – a szükséges és megfelelő időben igénybe vett beavatkozással – elkerülhető lett volna. Bár hazánkban 2005 óta csökken az egészségügyi ellátással elkerülhető halálozás (16. ábra), nemzetközi összehasonlításban igen nagy az ország lemaradása. A EUROSTAT számításai szerint a teljes lakosságra nézve Magyarország 2013-ban az ötödik legmagasabb értékkel szerepelt

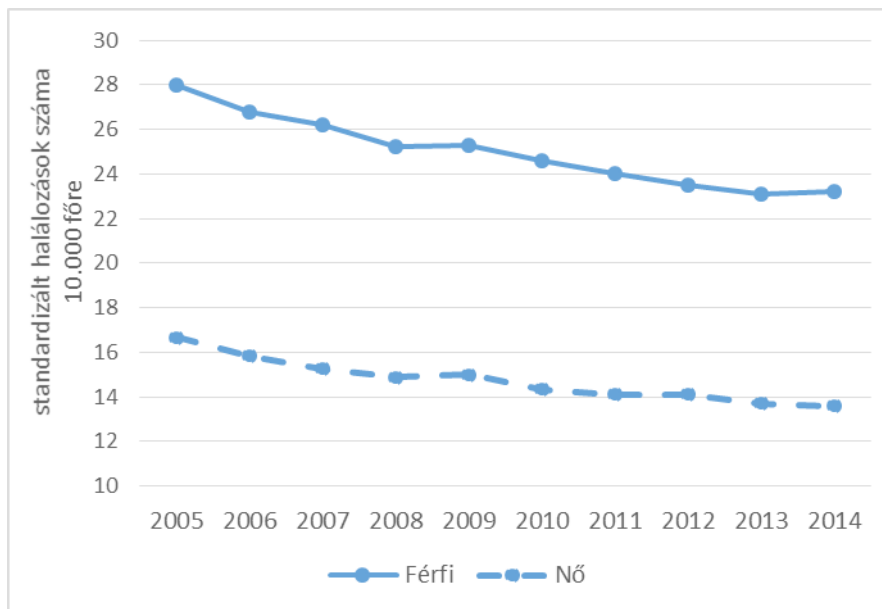
<sup>34</sup> A kifejezés az „amenable death” mutató magyar megfelelője, amely nem tartalmazza a (népegészségügyi beavatkozásokkal) megelőzhető halálozást. Megjegyzendő, hogy a mutatót mások kezelhető (Orosz Éva, Kollányi Zsófia) vagy kezelhető okok miatti (Kovács Katalin) halálzásként fordítják.

<sup>35</sup> Rutstein D, Berenberg W, Chalmers T, Child C, Fishman A, Perrin E. Measuring the quality of medical care. *N Engl J Med* 1976; 294:582–8.

<sup>36</sup> Vitrai J. Egyenlőtlenségek az egészségügyi ellátás igénybevételében az ELEF 2009 adatai alapján. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2013;5-6:43-45. [http://www.egve.hu/downloads/egsz\\_2013\\_5\\_6\\_kesz.pdf](http://www.egve.hu/downloads/egsz_2013_5_6_kesz.pdf) (Elérve: 2016.12.04.)

az egészségügyi ellátással elkerülhető halálozás rangsorában az EU28 tagországai között. Nemek szerint vizsgálva a magyar férfiak az ötödikek, míg a magyar nők a negyedikiek voltak a rangsorban.<sup>37</sup>

16. ábra: Egészségügyi ellátással elkerülhető halálozás Magyarországon, 2005-2014 [Függelék: 24. táblázat]



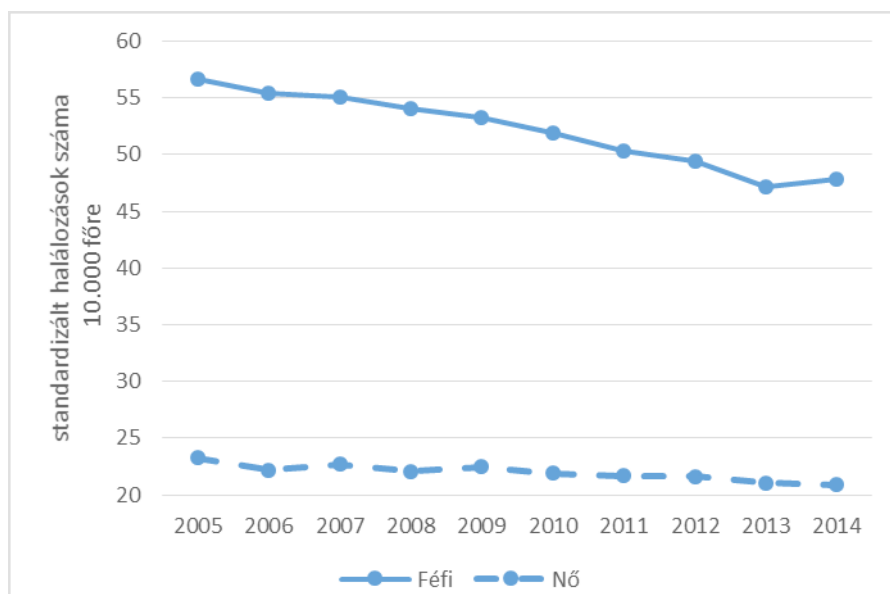
Forrás: NEFI- Halandósági adatbázis

### 3.1.11. NÉPEGÉSZSÉGÜGYI BEAVATKOZÁSOKKAL MEGELŐZHETŐ HALÁLOZÁS

A megelőzhető halálozás, pontosabban a hatásosabb népegészségügyi beavatkozásokkal – beleértve az életmód megváltoztatására irányuló valamint a társadalmi-gazdasági helyzet és a környezet javítását célzó intézkedéseket – megelőzhető halálozás a EUROSTAT által 2016-ban bevezetett mutató, mely hozzájárulhat a vizsgált ország népegészségügyi rendszerének értékeléséhez.<sup>37</sup> 2014-ben Magyarországon 32.487 halálozást, azaz minden negyedik (26%) halálesetet megfelelő népegészségügyi beavatkozásokkal meg lehetett volna előzni. A 65 éves kor előtt elhunyt magyar nők közül 5745-öt (54%), a férfiak közül 12.160-at (58%), azaz összesen 17.905 halálesetet lehetett volna megfelelő népegészségügyi tevékenységgel megelőzni. Bár hazánkban 2005 óta – különösen a férfiaknál – csökken a megelőzhető halálozás (17. ábra), nemzetközi összehasonlításban még igen nagy az ország lemaradása. A EUROSTAT számításai szerint Magyarország a 3., a magyar nők az 1., a magyar férfiak pedig a 3. helyen szerepeltek 2013-ban az EU 28 tagországának megelőzhető halálozás szerinti csökkenő rangsorában.

<sup>37</sup> Amenable and preventable deaths statistics 2016. EUROSTAT. [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Amenable\\_and\\_preventable\\_deaths\\_statistics#Context](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Amenable_and_preventable_deaths_statistics#Context) (Elérve: 2016.07.11.)

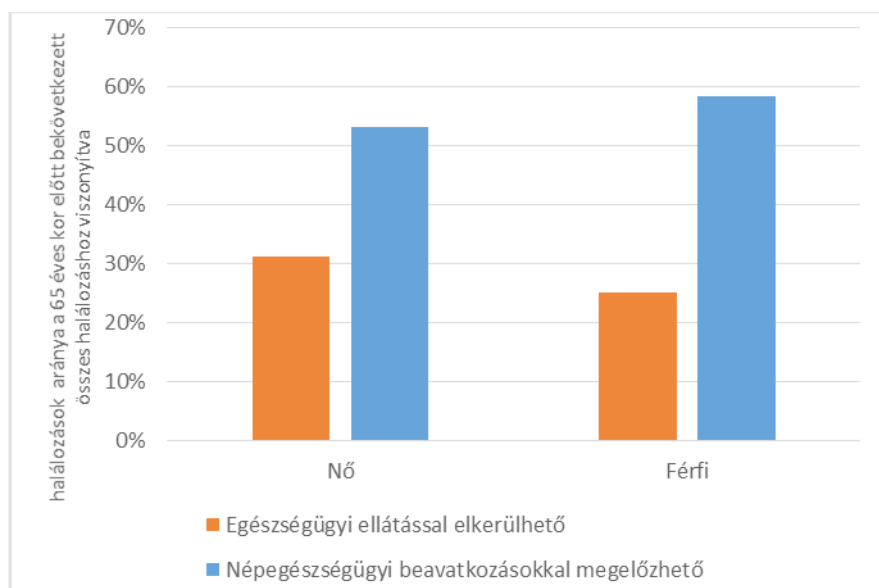
17. ábra: Népegészségügyi beavatkozásokkal megelőzhető halálozás Magyarországon, 2005-2014 [Függelék: 25. táblázat]



Forrás: NEFI- Halandósági adatbázis

A 18. ábra jól látható, hogy mindkét nem esetében a népegészségügyi beavatkozásokkal megelőzhető korai halálozás mértéke közel kétszerese az egészségügyi ellátással megelőzhető korai halálozásának. Ez is felhívja a figyelmet, hogy a népegészségügyi rendszer fejlesztése vezető szerepet kell, hogy kapjon a korai halálozás okozta egészségveszteségek csökkentésében.

18. ábra: Az egészségügyi ellátással elkerülhető és a népegészségügyi beavatkozásokkal megelőzhető halálozás aránya a 65 éves kor előtt bekövetkezett összes halálához viszonyítva, 2014 [Függelék: 26. táblázat]

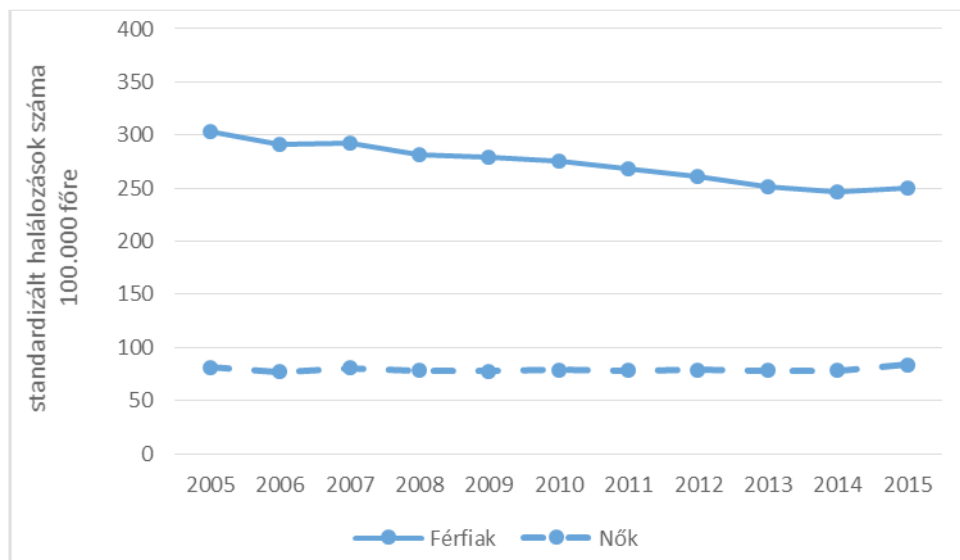


Forrás: NEFI- Halandósági adatbázis

### 3.1.12. DOHÁNYZÁSNAK TULAJDONÍTHATÓ HALÁLOZÁS

A NEFI által számított dohányzásnak tulajdonítható halálozás<sup>38</sup> arányának 2005 és 2015 közötti magyarországi alakulását mutatja a 19. ábra. Az adatok időbeli változása alapján megállapítható, hogy 2005 óta a férfiak körében csökkenés, míg nőknél enyhe emelkedés figyelhető meg. Míg férfiaknál 2005-ben 303 volt a 100.000 főre számolt standard halálozási arányszám, addig 2015-re ez 249-re változott. Nőknél ez az arányszám 2005-ben 81, 2015-ben 84 volt 100.000 főre vetítve. A nők körében megfigyelhető emelkedés az ELEF2014 eredményei alapján megállapítható fiatal nők körében emelkedő naponta dohányzók arányával hozható összefüggésbe.

19. ábra: A dohányzásnak tulajdonítható halálozás alakulása Magyarországon, 2005-2015 [Függelék:27. táblázat]



Forrás: NEFI- Halandósági adatbázis

### 3.1.13. DOHÁNYZÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ HALÁLOZÁS

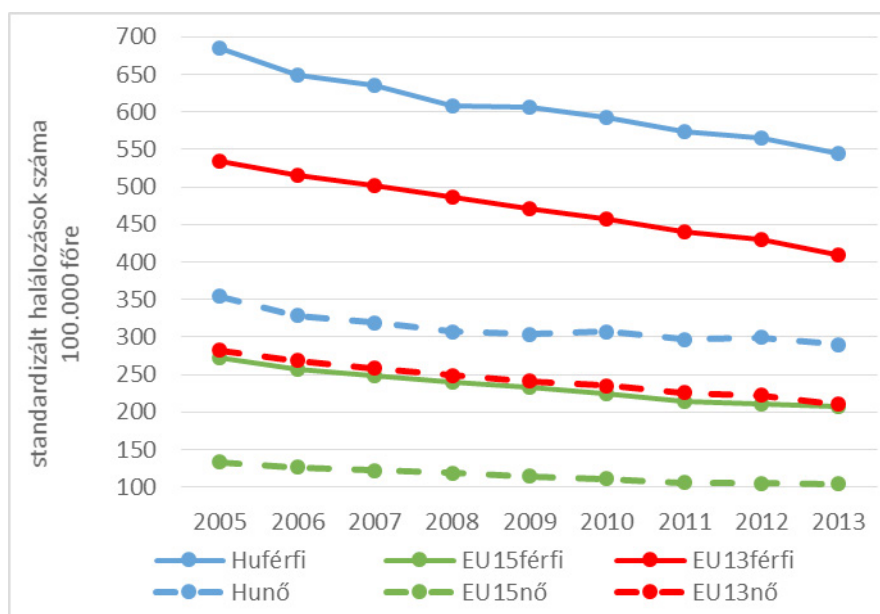
Az Európai Unió tagországaival való összehasonlításhoz a WHO által becsült, a dohányzással egyértelműen összefüggésbe hozható betegségek miatti halálozás mutatója használható.<sup>39</sup> A 2005 és 2014 között becsült értékek alapján megál-

<sup>38</sup> A dohányzásnak tulajdonítható halálozások számítása a Centers for Disease Control and Prevention (CDC) eljárása alapján történt. Ennek lényege, hogy a halálozás dohányzásnak tulajdonítható részarányának becsléséhez figyelembe veszik a dohányzás prevalenciáját és a dohányzás következtében kialakuló betegségek halálozási kockázatát.

<sup>39</sup> Kombinált és kiválasztott halálokokból fakadó mortalitás, amelyek a szakirodalom ismerete alapján kapcsolatban állnak a dohányzással. A számításhoz figyelembe vett betegségek: Ajak, szájuég, garat rosszindulatú daganata (C00-C14), Gyomor rosszindulatú daganata (C15), Légcső, hörgő, tüdő rosszindulatú daganata (C32-C34), Iszkémiás szívbetegség (I20-I25), Agyérbetegségek (I60-I69), Idült alsó légúti betegségek (J40-J47).

lapítható, hogy Magyarországon a dohányzással összefüggő halálozás aránya az európai trendeknek megfelelően csökkenő tendenciát mutatott: 2014-re a 2005-ös érték 81%-ára csökkent a nők, 78%-ára a férfiak esetében. (20. ábra) Megjegyzendő, hogy a férfiakat jobban sújtó halálozás nemek közötti különbsége lassan csökken, 2005 óta a férfi-női halálozási hányados 194%-ról 187%-ra változott. A magyar értékek azonban az EU15 országokban becsült értéknek még így is több mint két és félszerese (nők: 279%; férfiak: 262%) volt, és az EU13 országokkal összevetve is jelentős többletet (124% és 136%) mutatott.

20. ábra: Dohányzással összefüggő halálozás Magyarországon, az EU15 és az EU13 országokban, 2005-2013 [Függelék: 28. táblázat]



Forrás: HFA-DB

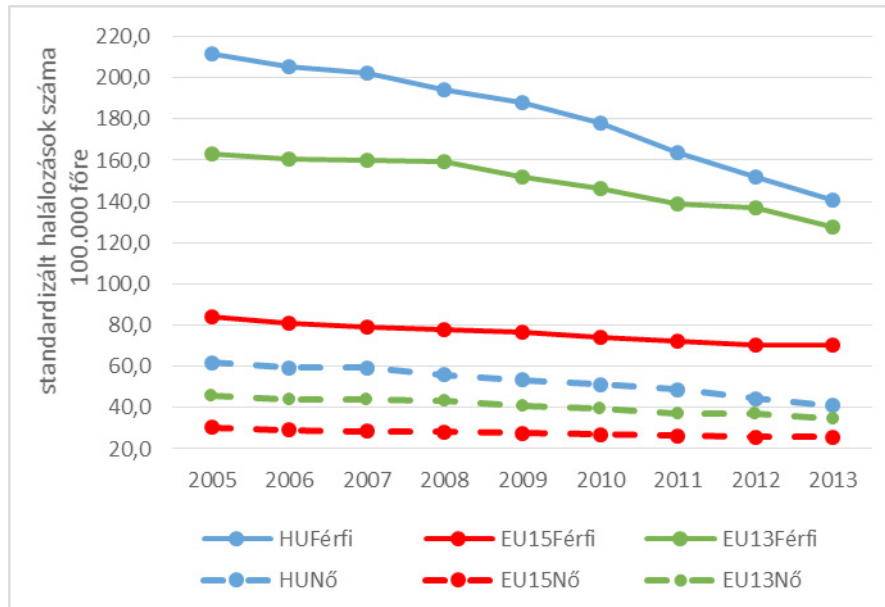
### 3.1.14. ALKOHOLFOGYASZTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ HALÁLOZÁS

A WHO-nak az alkoholfogyasztással összefüggő halálozás becslése<sup>40</sup> jól felhasználható a hazai és az európai országok összehasonlítására. A 21. ábra alapján elmondható, hogy 2005-höz viszonyítva ebben a mutatóban komoly javulás figyelhető meg mind a nőknél, mind a férfiaknál (63% és 66%). A javuló tendencia ellenére a magyar értékek mindkét nem esetében még mindig sokkal rosszabbak, mint az EU15 vagy az EU13 országaiban (nők: 159%, 116%; férfiak: 200%, 112%). Az alkoholfogyasztással összefüggő halálozások nemek szerinti megoszlása is jelentősen eltér, és – a dohányzással összefüggő halálozással ellentétben – a

<sup>40</sup> Kombinált és kiválasztott halálokokból fakadó mortalitás, amelyek a szakirodalom ismerete alapján kapcsolatban állnak az alkoholfogyasztással. A számításba vett halálokok: A nyelőcső rosszindulatú daganatai (C15), A gége rosszindulatú daganatai (C32), Alkohol okozta mentális- és viselkedészavarok (F10), Alkoholos májbetegség (K70), Idült májgyulladás (K73), Májfibrosis és májsugorodás (K74), Egyéb májbetegségek (K76), A morbiditás és mortalitás külső okai (V01-Y99).

férfiak hátránya lassan növekszik. Míg 2005-ben a férfi-női halálhányados 342% volt, 2014-re ez a mutató 356%-ra emelkedett.

21. ábra: Alkoholfogyasztással összefüggő halálozás Magyarországon valamint az EU15 és az EU13 országokban, 2005-2013 [Függelék: 29. táblázat]

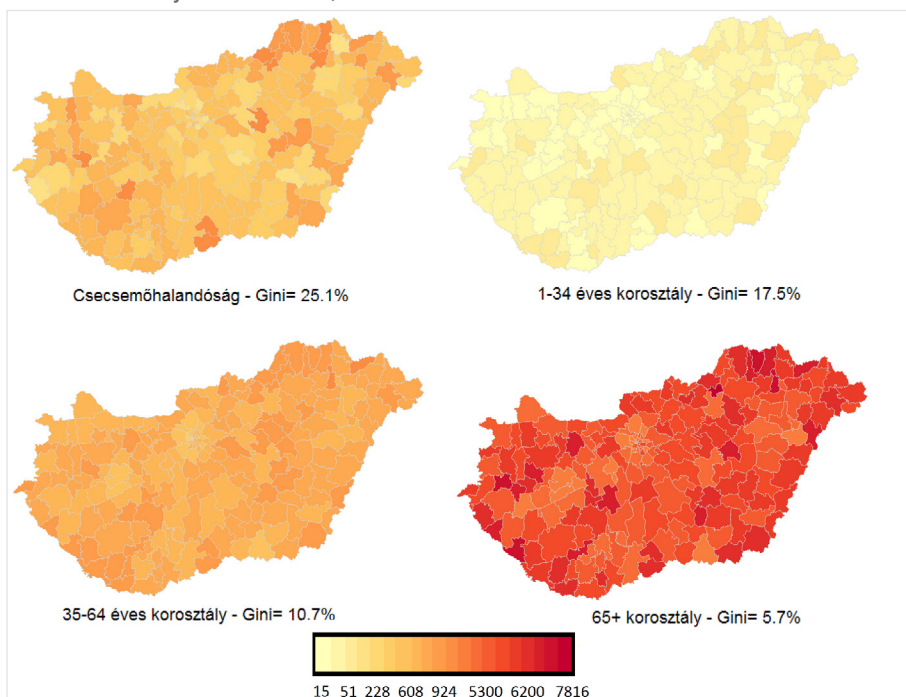


Forrás: HFA-DB

### 3.1.15. A HALANDÓSÁG FÖLDRAJZI EGYENLŐTLENSÉGEI

A korcsoportonként számított halandóság földrajzi egyenlőtlenségeit mutatják a 22. ábra térképei, a legkisebb és legnagyobb halálozású járások listáját pedig a 3. táblázat tartalmazza.

22. ábra: Korcsoportos halálozás 100.000 főre járásonként, 2010-2014 évekre összevonva



Forrás: NEFI- Halandósági adatbázis

Járásonként a csecsemőhalandóság igen jelentős eltérést mutat: a legnagyobb érték (Bélapátfalvai járás) közel 12-szerese a legkisebb halandóságot mutató Dunakeszi járásának. Az összes járás értékeire számított egyenlőtlenséget mérő Gini együttható<sup>41</sup> ebben a korcsoportban a legnagyobb, 25%-os. Jól látható, hogy az idősebb korosztályban a 100.000 főre vetített halálozás egyre növekszik, ugyanakkor a két szélsőérték hányadosa fokozatosan csökken (5,6; 3,8; 1,8). Az összes járásra értelmezett egyenlőtlenséget összesítő Gini együttható pedig ezzel összhangban egyre kisebb.

<sup>41</sup> A térképeken feltüntetett Gini együttható a halandósági térségi egyenlőtlenségek mértékét jellemzi. Az együttható kiszámításakor – szemben a percentilis-típusú indexekkel (mint az interkvartilis terjedelem) – figyelembe veszik a teljes eloszlást. A Gini együttható értéke 0 és 100% között változhat: 0, azaz teljes az egyenlőség, ha a vizsgált térségekben azonos a halandóság, és 100%, azaz teljes az egyenlőtlenség, ha a vizsgált térségek közül csupán egyben fordult elő halálozás. A szakirodalom a 30% feletti Gini értéket már viszonylag erős egyenlőtlenségként interpretálja.



3. táblázat: Az öt legkisebb és legnagyobb halandóságú járások listája, 2010-2014 évekre összevonva

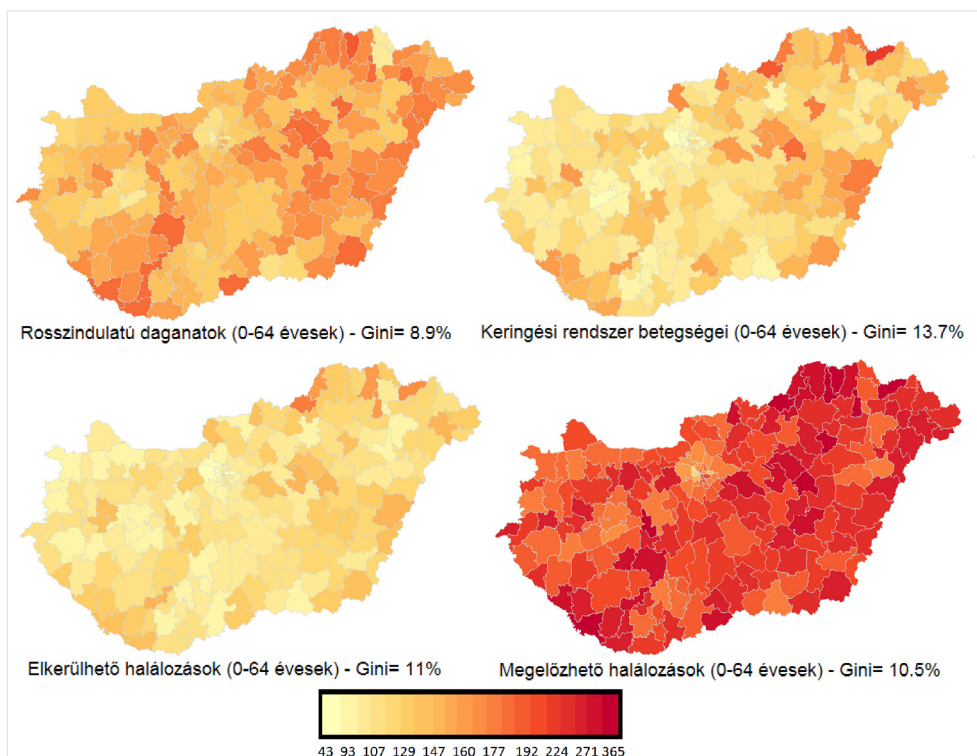
Járás	csecsemőhalandóság 100.000 főre	Járás	1-34 évesek összes halálózása 100.000 főre
Dunakeszi járás	129,9	Budapest 11. ker. járás	16,0
Lenti járás	140,5	Balatonfüredi járás	16,5
Pilisvörösvári járás	148,0	Téti járás	17,5
Nagykőrösi járás	163,9	Budakeszi járás	20,3
Budapest 17. ker. járás	176,5	Oroszlányi járás	21,0
Ózdi járás	1261,9	Gönci járás	70,4
Bácsalmási járás	1350,3	Polgárdi járás	77,9
Tabi járás	1387,5	Bélapátfalvai járás	81,2
Jánoshalmi járás	1446,9	Bólyi járás	88,3
Bélapátfalvai járás	1544,4	Tokaji járás	89,9
Járás	35-64 évesek összes halálózása 100.000 főre	Járás	65+ évesek összes halálózása 100.000 főre
Budapest 02. ker. járás	379,9	Balatonfüredi járás	4263,9
Budapest 12. ker. járás	396,2	Budapest 02. ker. járás	4317,5
Budapest 05. ker. járás	444,7	Budapest 22. ker. járás	4501,3
Budapest 16. ker. járás	487,6	Szentendrei járás	4657,6
Budakeszi járás	495,6	Veszprémi járás	4659,2
Ózdi járás	1096,9	Tokaji járás	7060,2
Bácsalmási járás	1100,6	Vasvári járás	7161,4
Mezőcsáti járás	1140,6	Csurgói járás	7272,9
Tokaji járás	1162,8	Encsi járás	7308,2
Cigándi járás	1309,4	Bélapátfalvai járás	7816,2

Forrás: NEFI- Halandósági adatbázis



A 65 éves kor előtti főbb halálokokként számított földrajzi egyenlőtlenség tanulmányozható a 23. ábra térképein, illetve a kiemelkedően alacsony vagy magas halandóságú járások listája a 4. táblázatban.

23. ábra: Kiemelt ok szerinti, standardizált, korai halálozás 100.000 főre járásenként, 2010-2014 évekre összevonva



*Forrás: NEFI- Halandósági adatbázis*

A standardizált, korai halálozások földrajzi egyenlőtlenségeit mutató Gini együttható a keringési rendszer betegségek okozta halálozás esetében mutatja a legnagyobb értéket, 14%-ot. Megjegyzendő, hogy a nemzetközi szakmai gyakorlat a 30%-ot meghaladó értéket tekinti jelentősebb egyenlőtlenségnek. Az összes járásra vonatkoztatott egyenlőtlenség tehát nem számottevő, ugyanakkor néhány járás halandósága kiugró értéket mutat, emiatt a legnagyobb és a legkisebb járási érték között mintegy 6-szoros különbség figyelhető meg.

4. táblázat: Az öt legkisebb és legnagyobb standardizált, korai halálozású járások listája, 2010-2014 évekre összevonva

Járás	0-64 évesek rosszindulatú daganatos betegségek okozta halálozás 100.000 főre	Járás	0-64 évesek keringési rendszer betegségei okozta halálozás 100.000 főre
Budapest 02. ker. járás	78,9	Budapest 02. ker. járás	43,8
Budapest 05. ker. járás	82,4	Budapest 12. ker. járás	51,6
Budapest 12. ker. járás	83,1	Budapest 11. ker. járás	62,5
Sátoraljaújhelyi járás	94,6	Balatonfüredi járás	65,7
Budapest 01. ker. járás	102,6	Budapest 16. ker. járás	67,9
Barcsi járás	201,3	Putnoki járás	181,9
Mezőkovácsházai járás	203,3	Berettyóújfalui járás	188,4
Tokaji járás	204,2	Kunhegyesi járás	197,4
Mezőcsáti járás	205,6	Ózdi járás	213,0
Encsi járás	211,2	Cigándi járás	245,2
Járás	0-64 évesek elkerülhető halálozása 100.000 főre	Járás	0-64 évesek megelőzhető halálozása 100.000 főre
Budapest 02. ker. járás	53,7	Budapest 02. ker. járás	110,5
Budapest 05. ker. járás	54,8	Budapest 12. ker. járás	120,0
Budapest 12. ker. járás	55,5	Budapest 05. ker. járás	127,0
Budapest 16. ker. járás	65,4	Budapest 01. ker. járás	144,4
Budakeszi járás	71,3	Budapest 16. ker. járás	144,4
Putnoki járás	162,1	Polgárdi járás	329,9
Gönci járás	166,5	Sziksói járás	334,9
Tokaji járás	166,7	Cigándi járás	337,0
Cigándi járás	174,5	Encsi járás	339,0
Ózdi járás	179,6	Mezőcsáti járás	365,8

Forrás: NEFI- Halandósági adatbázis

## 3.2. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT EGÉSZSÉGFELMÉRÉSEK ALAPJÁN

### 3.2.1. KIEMELT MEGÁLLAPÍTÁSOK<sup>42</sup>

1. 2014-ben a magyar felnőtt lakosság több mint 60%-a tartotta egészségét jónak vagy nagyon jónak, amely 2009-hez képest javulást jelent.
2. Önbevallás alapján a felnőttek több mint fele, mérések szerint viszont valamivel több mint 60%-a volt túlsúlyos vagy elhízott, minden második felnőttre volt jellemző a hasi elhízás. 2009 óta a túlsúly, az elhízás valamint a hasi elhízás aránya gyakorlatilag változatlan.

<sup>42</sup> A kiemelt megállapítások az elérhető, legfrissebb adatok elemzése alapján.

### 3.2.2. MÓDSZERTANI BEVEZETŐ

Az egészségi állapot és a legjelentősebb befolyásoló tényezők népegészségügyi szempontból nélkülözhetetlen populációs becslésére a lakossági egészségfelmérések a legalkalmasabbak. Az alábbiakban a 2014-es Európai lakossági egészségfelmérés<sup>43</sup> (ELEF) és az ELEF almintáján megvalósított Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálat (OTÁP)<sup>44</sup> adatai alapján a lakosság vélt egészségi állapota illetve a kockázati egészségmagatartások gyakorisága kerül bemutatásra. A 2014. évi lakossági egészségfelmérés szeptember 15. és december 15. között, 532 településen, 9431 fős mintán, 5825 fő sikeres megkérdezésével zajlott. A vizsgálat a 15 évesnél idősebb, magánháztartásokban élő lakosságra terjedt ki. A véletlen mintavétellel kiválasztott személyeket a jelzett időszakban a KSH kérdezői keresték fel, és laptop segítségével rögzítették a kérdésekre adott válaszaikat.

Ahol a felmérések kérdései erre lehetőséget adtak, ott a 2009-es és 2014-es felmérések adatainak összehasonlítása is szerepel a jelentésben. Megjegyzendő, hogy a 2009-es felmérések még a 2001. évi, a 2014-es pedig a 2011. évi népszámlálásból kialakított és továbbvezetett népességszámot használta sarokszámként a súlyozáshoz. Emiatt a két felmérés becslései közötti kisebb változások nem feltétlenül jelentenek tényleges változást, ezeket a mintavételi hibán túl okozhatja az eltérő alapú sarokszám használata és az eltérő népességmegoszlás is. Az előző felmérésekkel összevetve továbbá az alacsonynak tekinthető válaszarány (62%) miatt az ELEF2014 eredményeinek megbízhatósága kisebb, mint a hasonló módszertannal végzett 2009-es (72%) felmérése. Feltételezhető azonban, hogy a válaszarányban tapasztalt eltérés az eredmények összehasonlíthatóságát nem befolyásolja jelentősen. A jelentésben szereplő ELEF adatok a KSH számításai, nem tartalmazzák az eredmények 95%-os konfidencia intervallumát.

Az ELEF2014 válaszadóiból véletlenül kiválasztott kisebb mintán került sor 2014. szeptember-december között az OTÁP2014 vizsgálatra, az ország 122 településén. A vizsgálat célja volt felmérni a felnőttek (18 év felettek<sup>45</sup>) táplálkozási szokásait, tápanyagbevitelét, fizikai aktivitását, illetve 2009-et követően újból, korszerű mérőeszközökkel meghatározni a túlsúly és elhízás valamint a hasi elhízás gyakoriságát. Egészségügyi szakképesítéssel rendelkező vizsgálók keresték fel otthonukban a résztvevőket és meghatározott protokoll szerint, azonos típusú műszerekkel mérték meg testmagasságukat, testtömegüket és haskörfogatukat. A vizsgálat új eleme volt, hogy a fizikai aktivitás jellemzéséhez a résztvevők pedométerrel mérték a naponta megtett lépéseik számát. A felmérésben szereplők táplálkozási naplókba lejegyzett étkezéseit dietetikusok ellenőrizték, pontosították, és rögzítették. Az OTÁP2014 főbb elemeiben az öt évvel korábbi, 2009-es

<sup>43</sup> <http://www.ksh.hu/elef> (Elérve: 2016.10.07.)

<sup>44</sup> [https://www.ogyei.gov.hu/otap\\_2014/](https://www.ogyei.gov.hu/otap_2014/) (Elérve: 2016.10.07.)

<sup>45</sup> Beleértve a 18 éveseket is. A jelentésben előforduló valamennyi hasonló meghatározásnál a feltüntetett életkort is beleértjük az adott korcsoportba.

vizsgálat<sup>46</sup> módszertanát követte, ezzel biztosítva az eredmények időbeli összehasonlíthatóságát. A tervezett minta 3170, a megvalósult minta 857 főből állt (27%). Az alacsony részvételi arány fő oka egyrészt az ELEF-ben (44%), másrészt az OTÁP-ban való részvétel visszautasítása (20%) volt. A vizsgálat reprezentativitásának az OTÁP visszautasítókra, illetve a teljes felnőtt lakosságra vonatkozó elemzése alapján az OTÁP eredményei vélhetően jól értelmezhetők a vizsgálat célpopulációjára.<sup>47</sup>

Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása felmérés (Health Behaviour in School-Aged Children, HBSC) a WHO által létrehozott, 45 ország közreműködésével 4 évenként zajló, az 5., 7., 9. és 11. osztályos tanulók egészséggel kapcsolatos viselkedését önkitöltős kérdőív segítségével vizsgáló iskolai felmérés. A jelentésben a 2014-ben felvett felmérés magyar eredményei szerepelnek a HBSC-ben részt vevő többi ország átlagához hasonlítva.<sup>48</sup>

### 3.2.3. VÉLT EGÉSZSÉG

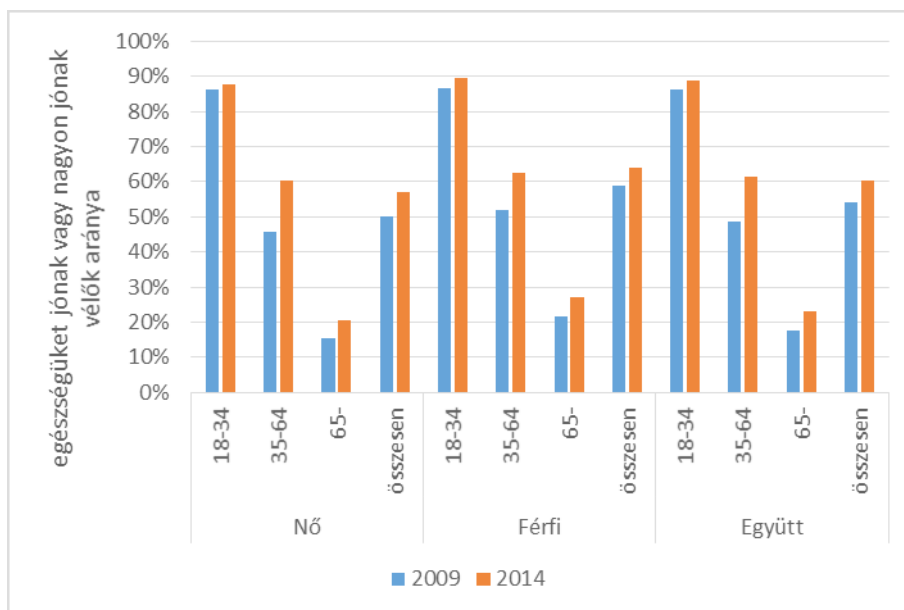
A KSH adatai szerint 2014-ben a 18 év feletti magyar lakosság közel kétharmada (60%) jónak vagy nagyon jónak ítélte meg egészségét. (24. ábra) A fiatalok (18-34 év) közel 89%-a, a középkorúak (35-64 év) 61%-a, míg az idősebbek (65+ év) közül már csak 23%-a mondta jónak vagy nagyon jónak az egészségét. Az ELEF2009-es eredményekhez képest minden korcsoportban és mindkét nemben emelkedett a jónak vagy nagyon jónak vélt egészséget választók aránya. A növekedés a középkorúak körében volt leginkább jelentős.

<sup>46</sup> Martos É, Kovács V, Bakacs M, Kaposvári Cs, Lugasi A. Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálat – OTÁP2009. I. A magyar lakosság tápláltsági állapota. Orvosi Hetilap, 2012;153:1023–1030. [http://www.ogyei.gov.hu/dynamic/oeti\\_forms/otap2009\\_tapl\\_allapot.pdf](http://www.ogyei.gov.hu/dynamic/oeti_forms/otap2009_tapl_allapot.pdf) (Elérve: 2016.12.04.)

<sup>47</sup> [http://www.ogyei.gov.hu/dynamic/2\\_otap2014\\_modszertan3.pdf](http://www.ogyei.gov.hu/dynamic/2_otap2014_modszertan3.pdf) (Elérve: 2016.10.07.)

<sup>48</sup> [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0003/303438/HSBC-No7-Growing-up-unequal-full-report.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No7-Growing-up-unequal-full-report.pdf?ua=1) (Elérve: 2016. 08.02.)

24. ábra: A jónak vagy nagyon jónak vélt egészségi állapot aránya 2009-ben és 2014-ben [Függelék: 30. táblázat]



Forrás: KSH-ELEF2009, ELEF2014

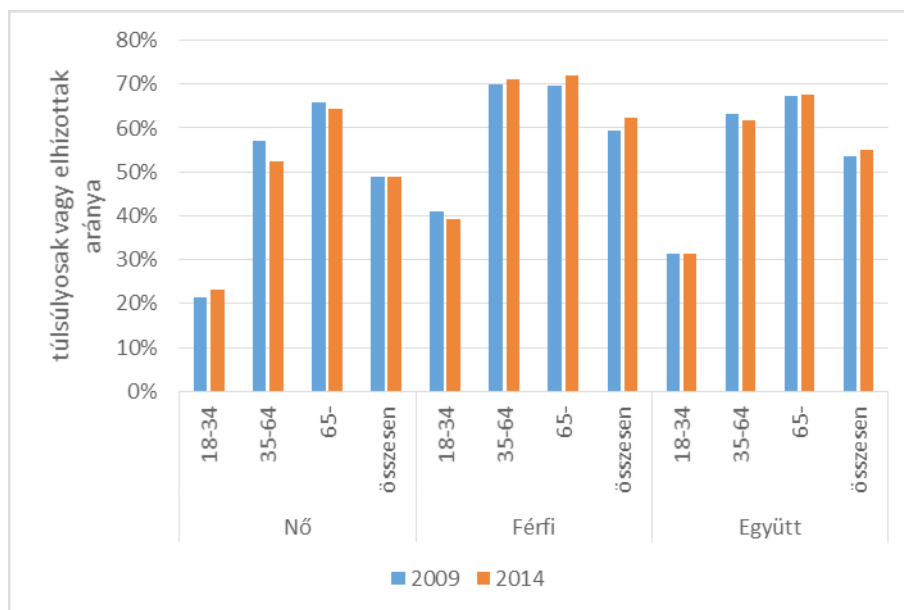
### 3.2.4. TESTTÖMEG-INDEX

Az ELEF eredményei az elhízás mértékét az általánosan elfogadott testtömeg-index (TTI), azaz – a kérdésekre adott válasz alapján – a kilogrammban mért testtömeg és a méterben mért testmagasság négyzetének hányadosával adta meg. A felmérés eredményei szerint a magyar lakosság 54%-a túlsúlyos vagy elhízott kategóriába tartozott 2014-ben.<sup>49</sup> A nemek között lényeges különbség figyelhető meg: míg a nők 49%-ának, addig a férfiak 62%-ának volt magas a testtömeg-indexe 2014-ben.

Korcsoportok szerint a fiatal nők 23%-a, míg a fiatal férfiak 39%-a volt túlsúlyos vagy elhízott. A életkor előrehaladtával ez az arány egyre nőtt, a középkorú nők 53%-a, a középkorú férfiak 71%-a, valamint az idősebb nők 65%-a és az idősebb férfiak 72%-a volt túlsúlyos vagy elhízott. 2009-hez viszonyítva csak a középkorú nőknél figyelhető meg említésre méltó változás: 5%-kal csökkent a túlsúlyosak vagy elhízottak aránya. (25. ábra)

<sup>49</sup> Túlsúlyos kategóriába tartoztak a 25-30 TTI közöttiek, elhízottak a 30 TTI feletti személyek.

25. ábra: Túlsúlyosak vagy elhízottak aránya 2009-ben és 2014-ben [Függelék: 31. táblázat]



Forrás: KSH-ELEF2009, ELEF2014

Az eszközös mérésen alapuló OTÁP2014 eredményei szerint a nők 60%-a (ELEF2014: 49%), a férfiak 65%-a (ELEF2014: 62%) volt túlsúlyos vagy elhízott.<sup>50</sup> Az életkorral növekedett a túlsúly vagy elhízás aránya: 65 év felett már ötből négy embernek volt súlytöbblete. Fontos társadalmi különbséget jelez, hogy míg a férfiaknál a túlsúly vagy elhízás gyakorisága hasonló arányokat mutatott minden iskolázottsági kategóriában, addig a nőknél az alacsony végzettségűek körében jelentősen nagyobb arányban voltak a túlsúllyal rendelkezők, mint a legmagasabb végzettségűeknél. A szív- és érrendszeri betegségek kockázatát jelző hasi elhízás előfordulási aránya is igen magas volt 2014-ben: minden második felnőttet érintett. A nők több mint felének, a férfiak csaknem kétötödének kóros értéket mutatott a haskörfogata.<sup>51</sup> A fiataloknál 10-ből 2-nek, a legidősebbeknél 10-ből 7-nek okozhatott egészségproblémát a hasi elhízás. A túlsúlyosak és elhízottak valamint a hasi elhízottak aránya 2009 és 2014 között érdemben nem változott.

<sup>50</sup> Megjegyzendő, hogy az önbevalláson alapuló TTI alulbecsüli a valós értéket, mert a válaszolók általában magasabbnak és soványabbnak vallják magukat, amint azt az OTÁP2014 eredményei is jelzik. Lásd: Bakacs M. A vélt és mért testtömeg, testmagasság és testtömeg-index különbségeit befolyásoló tényezők vizsgálata az OTÁP2009 alapján. Magyar Higiénikusok Társasága IX. Nemzeti Kongresszusa Balatonvilágos, 2010. október 5-7. [http://kef.bekesmegye.hu/pdf/Bakacs\\_M.pdf](http://kef.bekesmegye.hu/pdf/Bakacs_M.pdf) (Elérve: 2016.12.05.)

<sup>51</sup> A haskörfogat alapján a WHO szerinti hasi elhízás határértéke nőknél  $\geq 88$  cm, férfiaknál  $\geq 102$  cm.

A 2014-es HBSC felmérés adatai alapján a magyar lányok a nemzetközi HBSC minta átlaga körüli arányt mutattak, míg a fiúknál gyakoribb volt a túlsúly vagy elhízás, mint a HBSC felmérésben résztvevő többi ország fiú tanulói körében. (5. táblázat)

5. táblázat: Túlsúly vagy elhízás aránya a magyar iskolások körében és a nemzetközi HBSC mintában, 2014

életkori csoport	Magyarország		HBSC	
	lányok (%)	fiúk (%)	lányok (%)	fiúk (%)
11 évesek	15	31	17	27
13 évesek	16	28	15	24
15 évesek	13	24	13	22

Forrás: WHO



# 4. EGÉSZSÉGVESZTESÉGEK

## 4.1. BETEGSÉGEK SZERINTI EGÉSZSÉGVESZTESÉGEK

### 4.1.1. KIEMELT MEGÁLLAPÍTÁSOK<sup>52</sup>

1. 2015-ben Magyarországon az összes elvesztett egészséges életév (ELÉV) 3.305.185 év volt. Habár az utóbbi években csökkenő tendencia volt megfigyelhető a magyar egészségvesztés alakulásában, a hazai érték még mindig jelentősen, 22%-kal meghaladja az EU-ban megfigyelhető értéket.
2. A keringési rendszer betegségei voltak felelősek az elvesztett egészséges életévek 21%-áért, mindkét nemnél ezek a legtöbb egészségvesztést okozó betegségek. A keringési rendszer betegségei által okozott egészségveszteségek több mint feléért az iszkémiás szívbetegség felelt, míg egynegyedéért az agyérbetegségek (stroke).
3. A daganatos megbetegedések voltak okolhatók az összes egészségvesztés közel egyötödéért. Nemenként vizsgálva a sorrendet a legsúlyosabb mindkét nem esetében a tüdőrák (az összes veszteség 5%-a a férfiaknál, és 3%-a a nőknél) volt. A további sorrendben azonban eltérést lehetett megfigyelni: férfiaknál a vastag- és végbél daganatokat a prosztata-, a hasnyálmirigy és az ajak és szájüregi daganatok követték, míg nőknél az emlődaganat, a vastag- és végbél daganat, majd a petefészkek és méhnyak daganat következett.
4. A mozgásszervi megbetegedések alkották a harmadik legnagyobb (10%) egészségvesztést okozó betegségcsoportot. A nyaki- és háti gerincfájdalmak által okozott veszteségek tették ki a betegségcsoport jelentős részét. Megfigyelhető, hogy ez a betegségcsoport jelentősen több veszteséget okozott a nőknél (9%), mint a férfiaknál (6%).
5. A mentális és viselkedési zavarok és a sérülések is lényegesen több egészségvesztést okoztak, mint amire a halálozási adatokból következtetni lehet. A mentális és viselkedési zavarok az összes veszteség több mint 9%-áért voltak felelősek, míg a sérülések az egészségvesztések 8%-áért. Fontos azonban szem előtt tartani, hogy a sérülések közé számított önsértések (3%) jelentős többségéért is a mentális és viselkedési zavarok okolhatók.

<sup>52</sup> A kiemelt megállapítások az elérhető, legfrissebb adatok elemzése alapján.



#### 4.1.2. MÓDSZERTANI BEVEZETŐ

A különböző okokból megromlott egészségnek az adott egyénre, a családjára és a társadalomra háruló következményei, röviden az egészségveszteségek ismerete lehetővé teszi, hogy a korlátozottan rendelkezésre álló erőforrások célzott felhasználásával a legtöbb egészségnyereséget lehessen elérni a népegészségügy területén. Az egészségveszteségek mérésére jelenleg az Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) által a Globális Betegségteher Vizsgálatban (GBV; Global Burden of Disease Study) bevezetett Disability-Adjusted Life Year (DALY) mutató a legelterjedtebb, amelyet ebben a jelentésben elvesztett egészséges életévnek (ELÉV) nevezünk.<sup>53</sup> Ez a mutató egy populáció egészségi állapotát jellemzi az optimálishoz viszonyítva úgy, hogy egy adott időszakra vonatkozóan összegzi az egészségproblémák miatt elvesztett egészséges éveket.<sup>54</sup> A megromlott egészség az életevek elvesztéséhez két okból vezethet: (i) az egészségproblémák nyomán kialakuló korlátozottság miatt, illetve (ii) a betegségek okozta, a legkedvezőbb elérhető életévhez viszonyított „idő előtti” halálozás miatt. Egy elvesztett egészséges életév tulajdonképpen egy teljes egészségben leélt év hiányának feleltethető meg. A GBV 1990-től rendszeresen frissített adatai mindenki számára hozzáférhetők a projekt honlapján.<sup>55</sup> A jelentésben az elérhető legfrissebb 2015-ös GBV adatok kerültek elemzésre. Fontos kiemelni, hogy mivel az ELÉV becsléséhez többféle módszertant is használnak<sup>56</sup>, azok eredményei akár jelentősen eltérhetnek egymástól csupán a metodikából vagy a felhasznált adatok időbeliségéből adódóan.

Mivel az ELÉV kiszámításához használt adatok forrása, minősége és hozzáférhetősége országonként eltért, ezért az ELÉV számítása során a GBV szakemberei számos esetben becslésre kényszerültek, amelyet fontos figyelembe venni az adatok felhasználása során. A GBV besorolása alapján Magyarország a közép-európai régióba tartozik a Visegrádi országokkal és a Balkán országaival egyetemben. Ez alapján a földrajzi besorolás alapján történtek a régiós becslések is, így előfordulhat, hogy nem a magyar tapasztalatoknak megfelelő adatok szerepelnek az adatbázisokban, amely alátámasztja a kritikus olvasás jelentőségét. Kiemelendő továbbá, hogy a GBV által használt betegségcsoportosítások nem követik szigorúan a BNO-t, így eltérhetnek a Magyarországon megszokottól. Mindezek ellenére a GBV során olyan

<sup>53</sup> A DALY magyar megnevezésére még nincs általánosan elfogadott forma. „Funkcióvesztéssel korrigált életevek” elnevezést használja például Az egészségnyereség mérése a betegek értékelése alapján (szerkesztette: Inotai A, Lovas K, Kaló Z, Springmed, Budapest, 2014) című könyv, míg „megromlott egészség miatti életevekvesztés” megnevezéssel szerepel Vitrai J, Varsányi P, Bakacs M: Új lehetőségek a magyarországi egészségveszteségek becslésére (Lege Artis Medicinae, 2015;25:283–290) című közleményben.

<sup>54</sup> A ELÉV számításáról és használatának lehetőségeiről részletesebben lásd Vitrai J, Varsányi P, Bakacs M fentebb hivatkozott közleményét.

<sup>55</sup> A GBV projekt adatvizualizációs internetes oldala: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> (Elérve: 2016.10.15.)

<sup>56</sup> WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000–2011. 2013 Global Health Estimates Technical Paper WHO/HIS/HSI/GHE/2013.4. Department of Health Statistics and Information Systems WHO, Geneva November

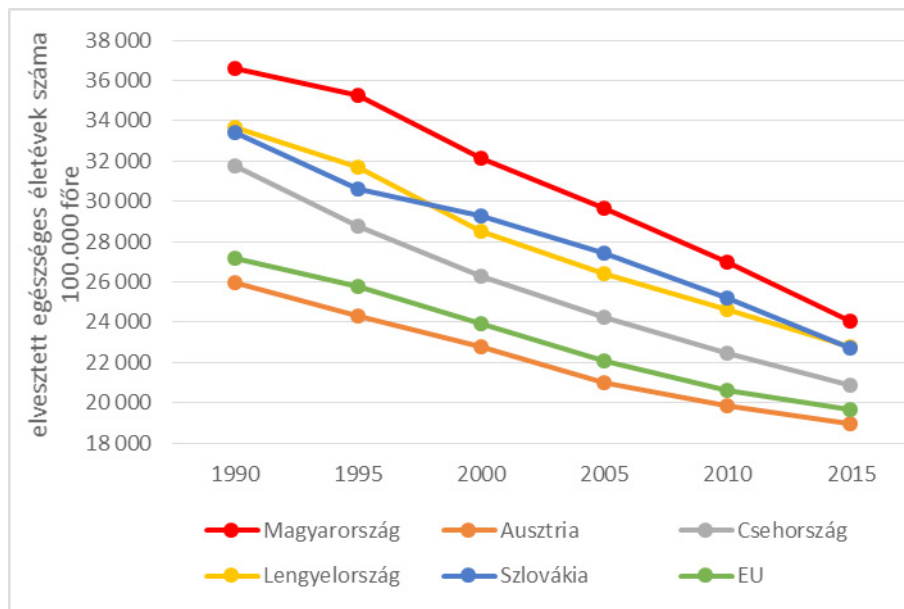
modellbecslést alkalmaznak, amely számos Magyarországon elérhetetlen tényezőt is figyelembe képes venni, ezért az adatok mindenképpen hasznosak lehetnek a népegészségügyi döntések előkészítésében résztvevők számára. Érdeemes megjegyezni, hogy egy walesi tanulmány szerint a GBV által becsült adatok alacsonyab-  
bak, mint a rendelkezésre álló adatok alapján pontosan kiszámítható ELÉV.<sup>57</sup>

#### 4.1.3. ÖSSZES ELVESZTETT EGÉSZSÉGES ÉLETÉV

2015-ben Magyarországon az összes elvesztett egészséges életév (ELÉV) 3.305.185 év volt, amely némileg kevesebb, mint a 2010-es érték (3.345.452 év). A 2015-ös egészségveszteség 97%-át (3.195.802 év) a 15 év feletti felnőtt magyar lakosság szenvedte el, 3%-át (109.383 év) a 15 év alatti gyermekek.

A 26. ábra az elvesztett egészséges életévek életkorra standardizált, 100.000 főre számított alakulását mutatja Magyarországon, a hasonló történelmi fejlődésen átesett Visegrádi országok, valamint Ausztria és az EU országaira jellemző értékek összehasonlításában. Az ábráról leolvasható, hogy 1990 óta minden országban csökkenő trend figyelhető meg a lakosság elvesztett egészséges életéveiben, és a csökkenés mértéke hazánkban volt a legnagyobb. 2015-ben a magyar adatok voltak a legmagasabbak a vizsgált országok között. A 100.000 főre viszonyított elvesztett egészséges életév Magyarországon ötödével (22%) meghaladta az EU országokra számított értéket.

26. ábra: Életkorra standardizált elvesztett egészséges életévek a Visegrádi országokban, Ausztriában és az EU-ban, 1990-2015 [Függelék: 32. táblázat]



Forrás: GBV

<sup>57</sup> Lyons RA, Kendrick D, Towner EM, Christie N, Macey S, et al. (2011) Measuring the Population Burden of Injuries—Implications for Global and National Estimates: A Multi-centre Prospective UK Longitudinal Study. PLoS Med 8(12): e1001140. doi:10.1371/journal.pmed.1001140

Az elvesztett egészséges életévek életkorra standardizált betegségcsoportok szerinti elemzése rávilágít arra, hogy a veszteség több mint háromnegyedét hat betegségcsoport teszi ki, amelyeknél nem látható jelentős változás a 2010-es értékekhez képest. (6. táblázat)

6. táblázat: Életkorra standardizált elvesztett egészséges életévek betegségcsoportok szerinti részaránya, Magyarországon, 2010, 2015

Betegségcsoport	2010	2015
Keringési rendszer betegségei	21%	21%
Rosszindulatú daganatos betegségek	19%	19%
Mozgásszervi betegségek	9%	10%
Mentális betegségek, viselkedési zavarok	8%	9%
Egyéb nem fertőző betegségek	7%	9%
Sérülések, balesetek	10%	8%
Cukorbetegség, urogenitális és vérképző rendszer betegségei	6%	6%
Neurológiai betegségek	5%	5%
Emésztőrendszeri betegségek	6%	5%
Krónikus légzőszervi betegségek	4%	3%
Táplálkozási hiánybetegségek	4%	2%
Újszülöttkori megbetegedések	2%	2%
Fertőző betegségek	1%	1%

Forrás: GBV

A legfrissebb 2015-ös adatokat részletesebb bontásban mutatja a 7. táblázat, ahol az egyes betegség típusok nemek szerinti elvesztett egészséges életévek százalékos megoszlását is nyomon lehet követni. A táblázatba nem került bele minden betegségcsoport, csupán azok, amelyek a legnagyobb terhet okozzák, illetve népegészségügyi szempontból kiemelt jelentőségűek.

A táblázatból egyértelműen látszik, hogy a depressziós zavarok, a migrén valamint a nyaki- és háti gerinc fájdalmai leginkább nőknél okoznak egészségvesztést, míg az iszkémiás szívbetegség, a tüdődaganat, az önsértés és a májcirrózis főként a férfiak körében jelentkező egészségvesztés. Ezen betegségcsoportokon kívül a nemek közötti különbségek nem jelentősek, ezért a továbbiakban nem kerülnek részletes elemzésre.

7. táblázat: Életkorra standardizált elvesztett egészséges életévek részaránya Magyarországon, 2015

Betegségcsoport	együtt	nők	férfiak
Keringési rendszer betegségei	21%	18%	24%
Iszkémiás szívbetegség	12%	10%	14%
Agyérbetegségek	5%	5%	5%
Roszzindulatú daganatos betegségek	19%	17%	20%
Tüdődaganat	4%	3%	5%
Vastag- és végbéldaganat	2%	2%	3%
Emlődaganat	1%	3%	0%
Mozgásszervi betegségek	10%	13%	8%
Nyaki- és háti gerinc fájdalmai	8%	9%	6%
Mentális és viselkedési zavarok	9%	10%	8%
Depressziós zavarok	3%	4%	2%
Szorongás	1%	2%	1%
Egyéb, nem fertőző betegségek	9%	11%	8%
Érzékszervi betegségek	3%	4%	3%
Bőrbetegségek	3%	3%	2%
Veleszületett rendellenességek	2%	2%	2%
Szájüregi betegségek	1%	1%	1%
Sérülések, balesetek	8%	4%	10%
Esések	1%	1%	2%
Önsértés	3%	1%	4%
Közlekedési balesetek	2%	1%	2%
Cukorbetegség, urogenitális, vérképző és endokrin rendszer betegségei	6%	6%	5%
Cukorbetegség	3%	4%	3%
Vese krónikus megbetegedése	1%	1%	1%
Neurológia zavarok	5%	6%	4%
Migrénes fejfájás	2%	3%	1%
Alzheimer-kór és egyéb demenciák	1%	1%	1%
Emésztőrendszeri betegségek	5%	4%	6%
Májcirrózis	3%	2%	4%
Krónikus légzőszervi betegségek	3%	3%	3%
COPD	2%	2%	3%
Táplálkozási hiánybetegségek	2%	2%	1%
Vashiányos anémia	2%	2%	1%
Újszülöttkori megbetegedések	2%	3%	2%
Koraszülöttség komplikációi	1%	1%	1%
Fertőző betegségek	1%	1%	1%

Forrás: GBV

## 4.1.4. ELVESZTETT EGÉSZSÉGES ÉLETÉVEK BETEGSÉGCSOPORTOK SZERINT

### 4.1.4.1. Keringési rendszer betegségei

A keringési rendszer betegségei voltak felelősek az elvesztett egészséges életévek egyötödéért, és mindkét nem esetében ezek a legtöbb egészségvesztést okozó tényezők. A keringési rendszer betegségei által okozott egészségvesztések több mint feléért (az összes veszteség 12%-a – lásd a 7. táblázatot) az iszkémiás szívbetegség felelt, míg egynegyedéért az agyérbetegségek (stroke). A két betegség által okozott veszteség részaránya 1990 óta fokozatosan csökken, de még így is messze meghaladja az egyéb betegségek által okozott veszteségeket. Mint az később tárgyalásra kerül, az ezen betegségek okozta egészségvesztések kialakulásáért felelős kockázati tényezők is ismertek, így célzottabb, egyszersmind hatásosabb beavatkozási lehetőségek tervezésére nyílik lehetőség a népegészségügyi szakemberek számára.

### 4.1.4.2. Rosszindulatú daganatos betegségek

A daganatos betegségek is az összes egészségvesztés közel egyötödéért voltak felelősek. A daganatok közül a tüdő (4%), a vastag- és végbél (2%) valamint az emlő (1%) daganatos megbetegedés volt a három legnagyobb egészségvesztést okozó kórkép. Fontos azonban megemlíteni, hogy e három betegség a daganatok okozta veszteségeknek kevesebb, mint felét eredményezte, az említetteken kívül számos egyéb, egymáshoz hasonló súlyú daganatos megbetegedés is szerepet játszott az egészségvesztések alakulásában. Nemenként vizsgálva a sorrendet mindkét nem esetében a tüdőrák (6% férfi, 4% nő) bizonyult a legnagyobb súlyúnak. A további sorrend: férfiak esetében a vastag- és végbél daganatokat a prosztatata, a hasnyálmirigy az ajak és szájüregi daganat követte, míg nők esetében az emlődaganat, a vastag- és végbél daganat, majd a petefészek- és méhnyak daganat következett.

### 4.1.4.3. Mozgásszervi betegségek

A mozgásszervi betegségek mindkét nem számára jelentős egészségterhet jelentettek. Érdeemes megfigyelni, hogy a korábban „hagyományosan” használt egészségmutatók (pl. halálozás, korai halálozás) esetében ez a betegségcsoport szinte meg sem jelenik, holott az összes egészségvesztés 10%-áért volt felelős. A nyaki- és háti gerinc fájdalmai által okozott veszteségek tették ki a betegségcsoport jelentős részét, az összes egészségvesztés 8%-át. Megfigyelhető, hogy ez a betegségcsoport számottevően több veszteséget okozott a nőknél, mint a férfiaknál.

### 4.1.4.4. Mentális és viselkedési zavarok

A mentális és viselkedési zavarok is lényegesen több egészségvesztést okoztak, mint amire a halálozási adatokból következtetni lehet. Az összes veszteség több mint 9%-áért voltak okolhatók, leginkább a depressziós zavarokon keresztül (3%), azon-

ban ide tartoznak az alkohol- és drogfogyasztás következtében kialakuló nem szervi elváltozások egészségvesztései is. Fontos megemlíteni, hogy a sérüléseknél számított önsértések (3%) jelentős többségéért is a mentális és viselkedési zavarok felelősek. Ezt is ideszámítva tehát ez a betegségcsoport a felnőttek elvesztett egészséges életéveinek 11%-áért felelt, azaz a harmadik legnagyobb egészségvesztést okozó betegségcsoport volt. Az eredmények helyes értelmezéséhez hozzátartozik, hogy a szorongásos és depressziós kórképek egy része kifejezett összefüggést mutat az alkohol- és kábítószer-fogyasztás kockázati tényezővel.

#### **4.1.4.5. Egyéb nem fertőző betegségek**

Az egyéb nem fertőző betegségek okozták az összes elvesztett egészséges életév 9%-át. Ezen csoportba tartoznak az érzékszervi betegségek (3%), a bőrbetegségek (3%), a veleszületett rendellenességek (2%) és a szájüregi betegségek (1%).

#### **4.1.4.6. Sérülések, balesetek<sup>58</sup>**

A sérülések tárgyalásánál fontos szem előtt tartani, hogy a köznyelvben használt fogalmak sokszor tévesen keverednek a szakértők által használt fogalmakkal, amely félreértésre adhat okot. A nemzetközi szakirodalom a sérülések (injury) két főcsoportját különbözteti meg: a szándékos és nem szándékos sérüléseket. Szándékos sérülés az önsértés vagy bántalmazás, a nem szándékos sérülések közé pedig többek között a közlekedési balesetek, esések, égések, fulladások tartoznak. A sérülések az egészségvesztések közel egytizedéért voltak felelősek. A férfiak körében több mint kétszer nagyobb egészségvesztést okozó betegségcsoport, mint nőknél. A sérülések okozta egészségvesztések több mint harmada (3%) az önsértésekre volt visszavezethető, míg a közlekedési balesetekre csupán a negyede (2%).

#### **4.1.4.7. Cukorbetegség, urogenitális, vérképző és endokrin rendszer betegségei**

Az összetett betegségcsoport által okozott egészségvesztés feléért a cukorbetegség (3%) volt felelős, azonban jelentősebb volt még a krónikus veseelégtelenség által okozott veszteség (1%) is.

#### **4.1.4.8. Neurológiai zavarok**

A neurológiai zavarok az egészségvesztések 6%-át idézték elő, főként a migrénes fejfájás (2%) illetve az Alzheimer-kór és egyéb demenciák (1%) révén. Érdeemes kiemelni, hogy a migrénes fejfájás nők körében 3-szor nagyobb egészségvesztést okozó betegségnek bizonyult, mint férfiak esetében.

---

<sup>58</sup> A csoport a jelentés halálozási adatainál a morbiditás és mortalitás külső okaiként kerül említésre.

#### 4.1.4.9. Emésztőrendszeri betegségek

Az emésztőrendszeri betegségek által okozott egészségveszteségek közel kétharmada (3%) májcirrózis következtében jött létre, amelyet közel azonos arányban okozott vírusos májgyulladás és alkoholfogyasztás. Egyéb emésztőrendszeri betegségek, mint például a gyomor- és nyombélfekély, az epeköves megbetegedés vagy a hasnyálmirigy-gyulladás tette ki az egészségveszteségek további 2%-át. A májcirrózis okozta egészségveszteség férfiak körében kétszerese volt a nőknél tapasztalhatónak.

#### 4.1.4.10. Krónikus légzőszervi betegségek

A krónikus légzőszervi betegségek jelentős hányadát, az összes egészségveszteség 2%-át a krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD) tette ki, az asztma és egyéb krónikus légzőszervi betegségek mellett.

#### 4.1.4.11. Táplálkozási hiánybetegségek

A táplálkozási hiánybetegségek által okozott egészségveszteségek jelentős többségét a vashiányos anémia okozta (közel 2%). Érdemes megemlíteni, hogy a vashiányos anémia a GBV adatai szerint az 5-14 éves korúak között az összes egészségveszteség ötödéért (19%) volt felelős, és ezzel megelőzte valamennyi betegségcsoportot, így az ezzel kapcsolatos beavatkozások kiemelt jelentőségűnek tűnnek ebben a korcsoportban.<sup>59</sup>

#### 4.1.4.12. Újszülöttkori megbetegedések

A betegségcsoport egészségveszteségeinek több mint felét a koraszülöttség komplikációi (1%) okozták.

#### 4.1.4.13. Fertőző betegségek

A GBV során a fertőző betegségek csoportjába többek között az alsó- és felső légúti betegségeket, a hasmenéses megbetegedéseket, az agyhártyagyulladásokat, a gümőkórt (TBC), valamint a HIV/AIDS-et sorolták. Ezek a betegségek okozták 2015-ben a lakosság egészségveszteségének 1%-át. A fertőző betegségek magyarországi alakulásáról részletesebben az Országos Epidemiológiai Központ ad ki tájékoztatást.<sup>60</sup>

<sup>59</sup> A téma jelentőségét támasztja alá a WHO 2015-ben kiadott irányelve is. Guideline: daily iron supplementation in infants and children. World Health Organization 2016 [http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/guidelines/daily\\_iron\\_supp\\_childrens/en/](http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/guidelines/daily_iron_supp_childrens/en/) (Elérve: 2016.12.01.)

<sup>60</sup> <http://www.oek.hu/oek.web> (Elérve: 2017.01.17.)



## 4.2. KOCKÁZATOK SZERINTI EGÉSZSÉGVESZTESÉGEK

### 4.2.1. KIEMELT MEGÁLLAPÍTÁSOK<sup>61</sup>

1. A kockázati tényezőkkel magyarázható egészségveszteség túlnyomó többsége (79%) összefügg a viselkedéssel, ezért kiemelt jelentőségű a népegészségügyi tervezés során az egészségmagatartás megváltoztatására irányuló beavatkozások előtérbe helyezése.
2. Az étrendi kockázatok voltak okolhatók a felnőtt lakosság egészségveszteségének 16%-áért, a kockázati csoportok közötti legnagyobb egészségveszteségért. Az étrendi kockázatok közül a teljes kiőrlésű gabonafélék elégtelen fogyasztása, a magas sóbevitel, a kevés zöldség- és gyümölcsfogyasztás, valamint az olajos magvak elégtelen bevitele okozta a legnagyobb veszteségeket.
3. A dohányzás a második legnagyobb viselkedési egészségkockázat, a magyar lakosság egészségveszteségének 14%-áért volt okolható. A dohányzás főként a daganatos megbetegedések és a keringési rendszer betegségein keresztül fejtette ki hatását.
19. A magas szisztolés vérnyomás mint élettani kockázati tényező az összes egészségveszteség 15%-ában játszhatott szerepet. Legnagyobb arányban a szív- és érrendszeri betegségek kockázatát növelte.
20. A második legnagyobb élettani egészségkockázatot, a túlsúlyt és az elhízást a magyar felnőtt lakosság egészségveszteségének 9%-áért lehetett felelőssé tenni. A túlsúly és elhízás főként a keringési rendszer betegségeiben játszott szerepet, azonban közel azonos arányban a cukorbetegség, a daganatos megbetegedések és a mozgásszervi panaszok okozta megbetegedésekkel is kapcsolatba lehetett hozni.
21. A környezeti kockázatok közül a légszennyezés okozta a legnagyobb veszteséget, a lakosság egészségveszteségének 4%-át. Főként a szív- és érrendszeri, a daganatos és a krónikus légzőszervi betegségek révén vezetett egészségveszteséghez.

<sup>61</sup> A kiemelt megállapítások az elérhető, legfrissebb adatok elemzése alapján.



## 4.2.2. MÓDSZERTANI BEVEZETŐ

Az egyes kockázati tényezőkhez kapcsolható egészségveszteségek is a GBV alapján kerülnek bemutatásra, 2015-ös adatok felhasználásával.<sup>62</sup> A becsléshez a GBV projektben az egyes kockázatokra kiszámították a fellépő veszteség arányát azon betegségekre és sérülésekre, amelyek az adott kockázati tényező következtében alakultak ki, függetlenül a többi kockázat esetleges hatásától.<sup>63,64</sup> Tehát például a magas szisztolés vérnyomáshoz kapcsolódó veszteség meghatározásához kiszámították, hogy a szívinfarktus miatti halálozás mekkora része tulajdonítható a magas vérnyomásnak, majd ezt a számítást megismételték a magas vérnyomás következtében kialakuló egyéb keringési rendszert érintő betegségekre is, végül ezeket a veszteségeket összegezték. A számításoknál figyelembe vették, hogy az adott kockázati tényező milyen korú és nemű populációban mekkora valószínűséggel okozza az adott betegséget, továbbá, hogy az egyes betegségek milyen valószínűséggel, mekkora veszteséggel járnak. Mivel az egyes egészség kockázatok együttesen is előfordulhatnak, például egyazon személy dohányzik és magas vérnyomása is van, a kockázati tényezők függetlenségének feltételezése a veszteség túlbecslésével járhat. A két kockázati tényezőre külön-külön számított veszteség összege ugyanis az „átfedés” miatt nagyobb lehet, mint a valós érték. Például az elhízás hatása a magas vérnyomás és a magas vércukorszint következményein keresztül valósul meg. Így bár minden kockázati tényezőre vonatkozóan pontos a veszteség becslése, összegük meghaladhatja az összes veszteséget.<sup>65,66,67</sup>

<sup>62</sup> A módszertan részletes leírását lásd a 4.1.2. fejezetben.

<sup>63</sup> Murray CJL, Lopez AD. Measuring the Global Burden of Disease. *New England Journal of Medicine*. 2013; 369:448-457.

<sup>64</sup> Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet* 2012; 380: 2224–60.

<sup>65</sup> WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000–2011. *Global Health Estimates Technical Paper WHO/HIS/HSI/GHE/2013.4*, Department of Health Statistics and Information Systems WHO, Geneva 2013.

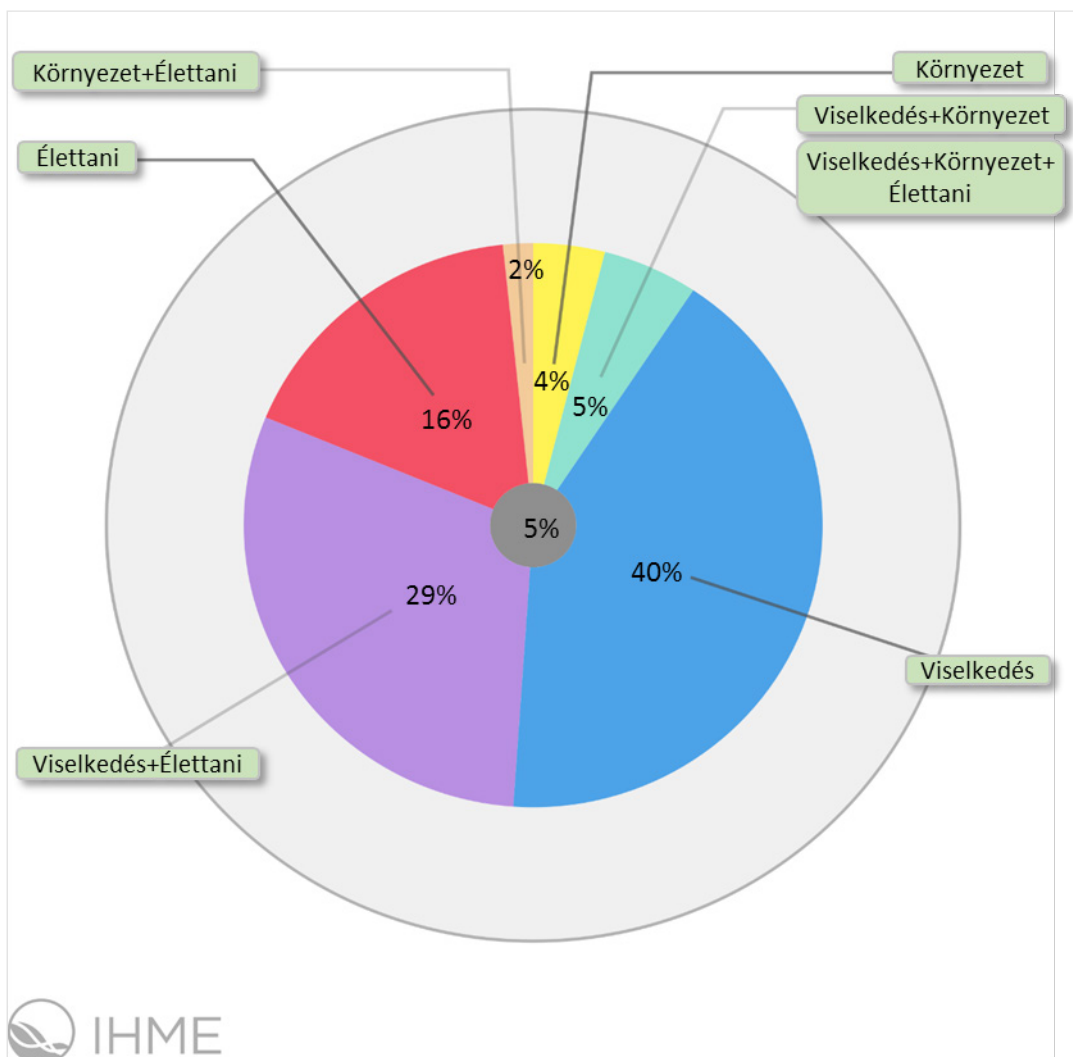
<sup>66</sup> Ezzati M, Vander Hoorn S, Rodgers A, Lopez AD, Mathers CD, Murray CJ. Estimates of global and regional potential health gains from reducing multiple major risk factors. *Lancet* 2003; 362: 271–80.

<sup>67</sup> A kockázati tényezők egészségveszteségének számításáról részletesebben lásd Vitrai J, Varsányi P, Bakacs M: Új lehetőségek a magyarországi egészségveszteségek becslésére, *Lege Artis Medicinae*, 2015;25:283–290. (A közleményben az ELÉV helyett a megromlott egészség miatti életévvesztés (MEÉV) kifejezés szerepel.)

### 4.2.3. ELVESZTETT EGÉSZSÉGES ÉLETÉVEK KOCKÁZATOK SZERINT

Az elvesztett egészséges életévek kockázatok szerinti elemzése során három fő kockázati csoportot érdemes elkülöníteni: viselkedési, élettani<sup>68</sup> és környezeti kockázatokat. A kockázati tényezőkkel magyarázható hazai egészségveszteség túlnyomó többsége (közel 80%) – a nemzetközi adatokkal összhangban – összefügg a viselkedéssel, ezért kiemelt jelentőségű a népegészségügyi tervezés során az egészségmagatartás megváltoztatására irányuló beavatkozások előtérbe helyezése. (27. ábra)

27. ábra: Életkorra standardizált elvesztett egészséges életévek kockázati csoportonkénti részaránya Magyarországon, 2015 (Jelmagyarázat: külső körgyűrű – a vizsgált kockázati tényezőkhöz nem kapcsolható egészségveszteség, belső kör – élettani, környezeti és viselkedési kockázatok illetve kombinációik)



Forrás: GBV

<sup>68</sup> A szervezet belső működésével, anyagcseréjével összefüggő kockázati tényezők (metabolic risk factors) megnevezése.

Az elvesztett egészséges életévek kockázati tényezők szerinti megoszlását mutatja a 8. és 9. táblázat, külön színnel jelölve a különböző kockázati csoportba tartozó tényezőket. Az 8. táblázat az egyes kockázati tényezők okozta veszteséget mutatja be az összes elvesztett egészséges életévek százalékában, és lehetőséget ad a 2010-es értékekkel való összehasonlításra is. A 9. táblázat a 2015-ös adatokat mutatja nemek szerinti bontásban, az esetleges különbségek és a részarányok jobb áttekintése végett. A könnyebb érthetőség érdekében azonban a leírásokban csak ott kerül részletesen bemutatásra a nemek szerinti bontás, ahol ezt az eredmények szükségessé teszik. A táblázatokat követi az egyes viselkedési, élettani és környezeti kockázatok által okozott egészségvesztések részletesebb kifejtése.

Az 8. táblázatban az egyes kockázati tényezők időbeli alakulását figyelhetjük meg az összes elvesztett egészséges életévek százalékában. Jól látható, hogy egyedül a magas összkoleszterinszint mint kockázati tényező egészségvesztésben betöltött szerepe nőtt 2010 óta 6%-ról 8%-ra, az összes többi vizsgált tényező esetében 2010-hez képest stagnálás vagy csökkenés volt tapasztalható.

8. táblázat Egyes kockázati tényezőknek a korra standardizált összes elvesztett egészséges életévekben mért részaránya Magyarországon, 2010-ben és 2015-ben (Kékkel jelölve a viselkedési, pirossal az élettani és sárgával a környezeti kockázati tényezőket.)

Kockázati tényező	2010	2015
1. Étrendi kockázatok	17%	16%
2. Magas szisztolés vérnyomás	16%	15%
3. Dohányzás	16%	14%
4. Magas testtömeg-index	12%	9%
5. Magas összkoleszterin szint	6%	8%
6. Alkohol- és kábítószer fogyasztás	10%	7%
7. Magas éhomi vércukorszint	6%	6%
8. Légszennyezés	4%	4%
9. Alacsony glomeruláris filtráció	4%	2%
10. Fizikai inaktivitás	3%	2%
11. Tápanyaghiány	2%	2%
12. Foglalkozási kockázatok	2%	2%
13. Alacsony csontsűrűség	2%	1%
14. Egyéb környezeti kockázatok	1%	1%
15. Szexuális bántalmazás és erőszak	1%	1%
16. Nem biztonságos szexuális magatartás	0%	0%
17. Egészséges ivóvíz és csatornázottság hiánya	0%	0%

Forrás: GBV

9. táblázat: Egyes kockázati tényezőknek az összes elvesztett egészséges életévben mért nem szerinti részaránya Magyarországon, 2015 (Kékkel jelölve a viselkedési, pirossal az élettani és sárgával a környezeti kockázati tényezőket.)

Kockázati tényező	együtt	nő	férfi
Étrendi kockázatok	16%	13%	20%
Dohányzás	14%	10%	18%
Magas szisztolés vérnyomás	15%	13%	17%
Alkohol- és kábítószer fogyasztás	7%	3%	11%
Magas testtömeg-index	9%	8%	9%
Magas összkoleszterinszint	8%	6%	9%
Magas éhomi vércukorszint	6%	6%	7%
Légszennyezés	4%	3%	5%
Alacsony glomeruláris filtráció	2%	2%	2%
Fizikai inaktivitás	2%	2%	2%
Foglalkozási kockázatok	2%	2%	2%
Tápanyaghiány	2%	2%	1%
Egyéb környezeti kockázatok	1%	1%	1%
Szexuális bántalmazás és erőszak	1%	1%	1%
Alacsony csontsűrűség	1%	1%	0%
Nem biztonságos szexuális magatartás	0%	1%	0%
Egészséges ivóvíz és csatornázottság hiánya	0%	0%	0%

Forrás: GBV

### 4.2.3.1. VISELKEDÉSI KOCKÁZATOK

#### 4.2.3.1.1. ÉTRENDI KOCKÁZATOK

Az étrendi kockázatok tehető felelőssé a kockázati tényezők közül a legnagyobb egészségvesztésért (az összes elvesztett egészséges életév 16%-áért) a magyar lakosság körében. Az étrenddel kapcsolatos kockázati tényezők főként a keringési rendszer betegségein keresztül, kisebb részt a daganatos megbetegedéseken és cukorbetegségen keresztül fejtették ki hatásukat. Az étrendi kockázatok közül a teljes kiőrlésű gabonafélék elégtelen fogyasztása, a magas só bevitel, a kevés zöldség- és gyümölcsfogyasztás, valamint az olajos magvak elégtelen bevitel okozta a legnagyobb veszteségeket. A népegészségügyi beavatkozások tervezése szempontjából érdemes kiemelni, hogy az étrendi kockázatok a férfiak esetében jelentősen nagyobb egészségvesztést jelentettek (20%), mint nők esetében (13%).

#### 4.2.3.1.2. DOHÁNYZÁS

A dohányzás a magyar lakosság összes egészségvesztésének 14%-áért okolható. Férfiak esetében közel kétszer nagyobb egészségvesztéssel járt (18%),

mint nőknél (10%). Főként a daganatos megbetegedések és a keringési rendszer betegségein keresztül fejtette ki hatását, de fontos szerepet játszott a krónikus légzőszervi betegségek által okozott egészségveszteségek kialakulásában is.

#### 4.2.3.1.3. ALKOHOL- ÉS KÁBÍTÓSZER-FOGYASZTÁS

Az 3. legnagyobb egészségveszteséget okozó viselkedési kockázat az alkohol- és kábítószer-fogyasztás a lakosság egészségveszteségeinek 7%-áért felelt. Férfiak esetében közel négyszer akkora egészségveszteséggel járó kockázati tényező volt (11%), mint nőknél (3%). Az alkoholfogyasztás az egészségveszteségek több mint 6%-áért volt felelős, míg a kábítószer-fogyasztás kevesebb, mint 1%-áért. Az alkoholfogyasztás a daganatos megbetegedések, a májcirrózis kialakulásán és a különböző sérüléseken keresztül okozta az egészségveszteségek jelentős többségét, nem elhanyagolható azonban az anyai alkoholfogyasztás magzatra kifejtett károsító hatása sem. A kábítószer-használat leggyakrabban mentális zavarokon keresztül fejtette ki ilyen irányú hatását. Az eredmények helyes értelmezéséhez hozzátartozik, hogy az alkohol- és kábítószer-fogyasztás szoros összefüggésben áll a szorongásos és depressziós kórképek egy részével, valamint az önsértésekkel. A kábítószer-fogyasztással kapcsolatos részletesebb adatokat a 2. Panel mutatja be.

### 2. Panel: Kábítószer-fogyasztás

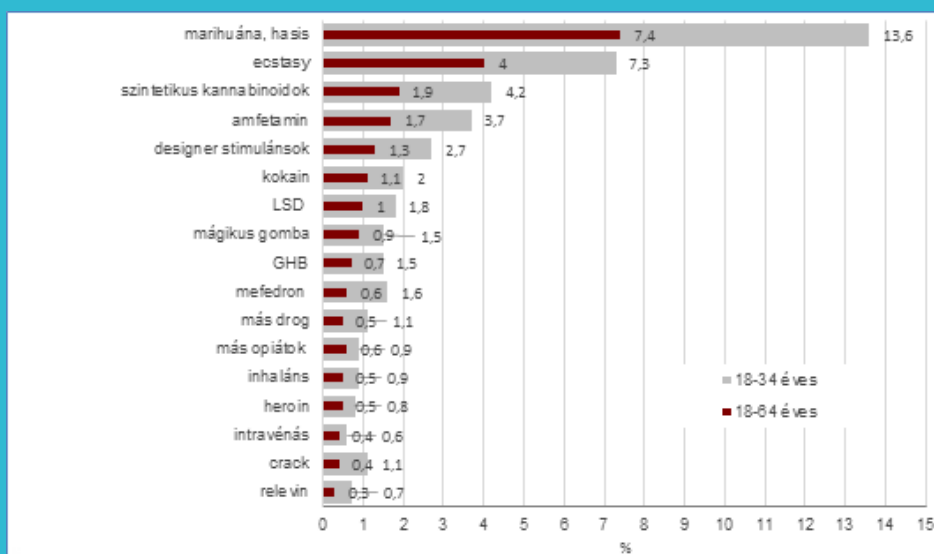
A magyarországi droghelyzetről a Nemzeti Drog Fókuszpont évenként frissülő áttekintő kiadványaiból<sup>69</sup>, valamint időszakos felmérésekből lehet a legátfogóbb képet kapni. Ezek alapján a következőket lehet elmondani a hazai kábítószer fogyasztásról: Magyarországon a kábítószer-probléma 2010 után átalakult, a heroin hirtelen és szinte teljesen eltűnt a piacról, ezzel egy időben azonban megjelentek az új pszichoaktív anyagok, ún. dizájn drogok. Ezek két fő csoportja a szintetikus stimulánsok (speed/amfetamin hatásait utánozó katinonok, újfajta amfetaminok) és a szintetikus kannabinoidok (marihuána hatásait utánozó anyagok). A szintetikus kannabinoidok jelentősen átalakultak az elmúlt három évben: potenciáljuk vélhetően növekedett, míg valós összetételük többnyire ismeretlen maradt a használó előtt, így az ezekhez kapcsolódó nem halálos túladagolások (aktív pszichiátriai és toxikológiai ellátási igények) száma is növekedést mutatott. A szintetikus kannabinoidok olyannyira elterjedtek, hogy használatuk mára feltehetően meghaladta a hagyományos kannabiszét. Használatuk elterjedt az iskoláskorúak körében is. A szintetikus stimulánsok rekreációs és intravénás használata is elterjedt. A szintetikus stimulánsok injekciós használata nagyobb kockázatot rejt, mint a hagyományos szereké (heroin, amfetamin), mivel a gyakoribb injektálással a fertőzések és a túladagolások esélye is jelentősen megnő.

<sup>69</sup> [http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/HU\\_National\\_Report\\_2016\\_HU.pdf](http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/HU_National_Report_2016_HU.pdf) (Elérve: 2016.12.01.)

Magyarországon évente mintegy 20-30 túladagolásos haláleset történt az elmúlt 10 évben. 2014-ben 23 kábítószer-használattal közvetlenül összefüggő túladagolásos, továbbá 42 közvetetten összefüggő halálesetet jelentettek. Az esetek mintegy felében valamilyen opiát és más szerek együttes használata vezetett végzetes mérgezéshez. Az esetek másik fele valamilyen stimulánshoz, amfetaminhoz, metamfetaminhoz vagy dizájner stimulánshoz volt köthető.

A felnőttek kábítószer-használatára irányuló 2015-ös kutatás<sup>70</sup> adatai alapján a 18-64 éves népességben minden tizedik (9,9%), a 18-34 éves fiatal felnőtt populációban csaknem minden ötödik személy (17,7%) fogyasztott az élete során valamilyen tiltott drogot. A felnőtt népességben a legtöbben marihuánát vagy hasist próbáltak (7,4%), illetve közel fele ekkora, de a többi szerhez képest kimagasló az ecstasy (4%) életprevalencia értéke. A két legnépszerűbb szert – azoktól jelentősen elmaradva – követik a szintetikus kannabinoidok (1,9%), az amfetamin (1,7%) és a dizájner stimulánsok (1,3%). A fiatal felnőtt népesség szerpreferencia sorrendje megegyezett a felnőtt lakossággal. A tiltott drogok éves prevalencia értéke a felnőtt népességben 2,3%, a fiatal felnőtt népességben pedig 5,3%. (28. ábra)

28. ábra: A szerenkénti életprevalencia értékek a 18-64 éves és a 18-34 éves magyar populációban, 2015-ben.

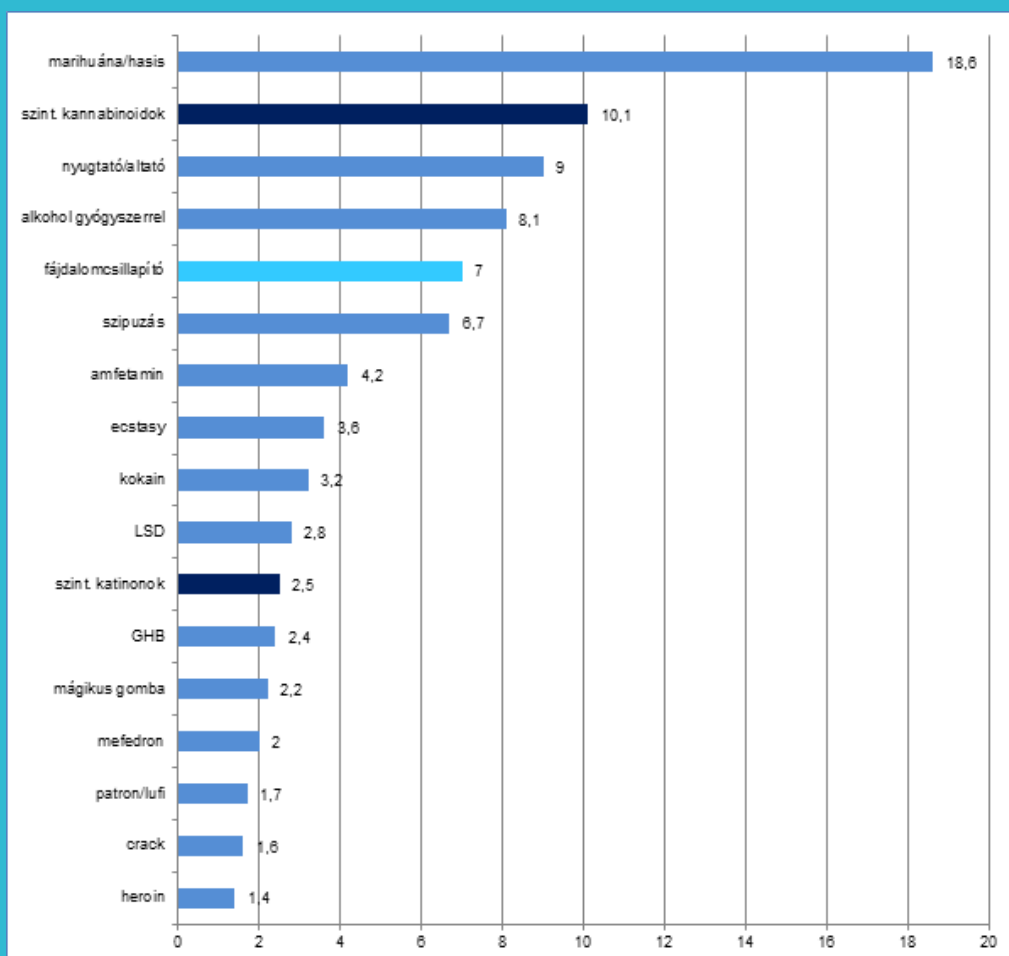


Forrás: Paksi et al. 2015

<sup>70</sup> Paksi B., Magi A., Felvinczi K., Demetrovics Zs. (2015): Drogfogyasztás a magyarországi felnőtt népesség körében - a 2015. évi „Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról” (OLAAP 2015) első eredményei. Magyar Addiktológiai Társaság X. Országos Kongresszusa 2015. november 26-28, Siófok, Supplementum kötet, pp. 53. [http://www.mat.org.hu/doksi/2015/Absztraktfuzet\\_MAT\\_X\\_2015.pdf](http://www.mat.org.hu/doksi/2015/Absztraktfuzet_MAT_X_2015.pdf)

Az iskoláskorúak alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól szóló vizsgálat<sup>71</sup> adatai alapján a legelterjedtebb kábítószer 2015-ben (is) a marihuána volt a 9-10. évfolyamon. A második helyen új pszichoaktív szer állt, a 2015-ben először kérdezett szintetikus kannabinoidok szercsoport, majd az orvosi javaslat nélkül szedett nyugtatók/altatók és ezek alkohollal történő együttes fogyasztása következett. A szintén először kérdezett, hangulatjavító szándékkal bevett fájdalomcsillapítók is hasonlóan népszerűek voltak a tanulók körében. Hatodik helyen a szerves oldószerek belélegzése szerepelt. (29. ábra)

29. ábra: Szerenkénti életprevalencia értékek a 9-10. évfolyamon tanuló diákok körében 2015-ben (%)



Forrás: Elekes, 2016

2011-ig változó ütemben és mértékben, de majdnem minden típusú drogfogyasztás életprevalencia értéke nőtt a 16 éves diákok körében. A korábbi tendencia 2015-re megfordulni látszik. A vizsgált szertípusok életprevalencia értéke rendre csökkent a 2011-es eredményekhez képest, legnagyobb

<sup>71</sup> Elekes, Zs. (szerk.) (2016): Európai iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásokról – 2015, Magyarországi eredmények, Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest



mértékben a marihuána elterjedtsége, 32,5%-kal. Emellett megjelentek a dizájner drogok a fogyasztási struktúrában, túlnyomó részt a szintetikus kannabinoidok. Szerváltásról azonban nem beszélhetünk, mivel az összes szer fogyasztásának életprevalencia értéke is csökkent 25%-kal, és az adatokból az is kiderül, hogy a dizájner drogokat kipróbálók többsége egyéb szerfogyasztó is.

Dudás és munkatársai tanulmánya<sup>72</sup> felhívja a figyelmet a hazai intravénás szerhasználati mintázatok átalakulására az elmúlt években. Míg a tűcsere programok kliensei 2010 előtt mintegy fele-fele arányban injektáltak heroint vagy amfetamint, addig 2014-ben már 68%-uk elsődlegesen valamilyen új pszichoaktív szert injektált. Az új pszichoaktív szereket injektálók körében gyakrabban fordult elő a fecskendők és egyéb injektáló eszközök közös használata. Az új pszichoaktív szerek nagymértékű térnyerése előtt a Hepatitis C vírus (HCV) fertőzés prevalenciája rendre az opiátinjektálók körében volt szignifikánsan magasabb. Ez azonban átfordult: 2011-ben az elsődlegesen amfetamint és dizájner stimulánsokat injektálók körében találtak magasabb HCV prevalenciát, miközben az összesített, országos prevalencia érték nem változott az előző években mért 25%-hoz képest. 2014-ben mind országos szinten, mind szertípus szerinti bontásban megkétszereződött a HCV előfordulási gyakorisága. A 2006 óta folyó országos HIV/HCV prevalencia vizsgálatok során 2014-ben találtak először HIV-fertőzötteket a vizsgálatba bevont személyek között (2 fő, 0,3%).

A kábítószer fogyasztás visszaszorításának támogatásához az ECDC<sup>73</sup> és az EMCDDA<sup>74</sup> elsősorban döntéshozók számára készített tudományos bizonyítékokon alapuló ajánlása<sup>75,76</sup> szerint a fertőző betegségek kontrollja és megelőzése szempontjából hét kulcsfontosságú beavatkozás alkalmazása javasolt egy adott országban. Ezek közül első helyen áll a steril injektáló eszközök biztosítása, a további hat beavatkozás pedig: védőoltás; addiktológiai kezelés; szűrővizsgálatok; fertőző betegségek kezelése; egészségfejlesztés; szükségletekre szabott szolgáltatások. Az intravénás szerhasználók számára nyújtott tűcsereszolgáltatás, egyike a legfontosabb pilléreknek a vér útján terjedő fertőző betegségek megelőzésében. Az ilyen alacsony-küszöbű szolgáltatások jelenthetik a kezeléshez vezető út első lépését, a

<sup>72</sup> Dudás, M., Rusvai, E., Győri, Z., Tarján, A., Horváth, G., Minárovits, J., Takács, M., Csohán, Á. (2014): A hazai intravénás kábítószer-használattal összefüggő fertőzések (HIV, HCV) 2014. évi prevalenciájának vizsgálata. OEK.

<sup>73</sup> European Centre of Disease Prevention and Control azaz az EU Betegség Felügyeleti és Megelőzési Központja

<sup>74</sup> European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction azaz a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja

<sup>75</sup> ECDC/EMCDDA: ECDC and EMCDDA guidance. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs (2011)

<sup>76</sup> <http://drogfokuszpont.hu/bevalt-gyakorlatok-portalja/> (Elérve: 2016.10.01.)



kezelésbe nem kerülő kábítószer-fogyasztókkal való kapcsolatfelvétel lehetőségét. A WHO állásfoglalása<sup>77</sup> ugyancsak rámutat a tűcsereprogramok költséghatékonyságára a fertőzések terjedésének mérséklésében.

#### 4.2.3.1.4. FIZIKAI INAKTIVITÁS

A fizikai inaktivitás a lakosság elvesztett egészséges éveinek csupán 2%-át tette ki. A kockázati tényező a keringési rendszer betegségei, a daganatos megbetegedések és a cukorbetegség által okozott egészségveszteségekhez járult hozzá.

#### 4.2.3.1.5. TÁPANYAGHIÁNY

A lakosság egészségveszteségeinek 2%-áért tehető felelőssé a tápanyaghiány, amely főként a vashiányos anémia által okozott egészségveszteségekhez járult hozzá. Érdekes itt is kiemelni, hogy a vashiányos anémia a GBV adatai szerint az 5-14 éves korúak között az összes egészségveszteség 19%-áért volt felelős, és ezzel a legnagyobb veszteséget okozó betegségnek bizonyult ebben a korosztályban, így az ezzel kapcsolatos beavatkozások különösen indokoltak.

#### 4.2.3.1.6. SZEXUÁLIS BÁNTALMAZÁS ÉS ERŐSZAK

A szexuális bántalmazás és erőszak kockázati csoport a magyar lakosság egészségveszteségének 1%-ában játszott szerepet. A kockázati csoporthoz köthető egészségveszteségekben közel ugyanakkora arányban játszott szerepet a gyermekkori szexuális zaklatás és a párkapcsolati erőszak. A kockázati tényező sajátosságaiból adódóan azonban vélhetően az adatok alulbecsültek voltak és valószínűsíthető, hogy a szexuális bántalmazás következtében kialakuló lelki sérülések sem jelentek meg teljes mértékben az ehhez a kockázati csoporthoz számított elvesztett egészséges életek számában.

#### 4.2.3.1.7. NEM BIZTONSÁGOS SZEXUÁLIS MAGATARTÁS

Ez a kockázati tényező az összes egészségveszteség 1%-át sem érte el, azonban érdemes szem előtt tartani, hiszen ez a mutató függ össze leginkább a HIV fertőzés és az AIDS megbetegedés változásával. Ez a kockázati tényező főként a daganatos és fertőző betegségek révén okozott egészségveszteségeket.

<sup>77</sup> WHO: Effectiveness of Sterile Needle and Syringe Programming in Reducing HIV/AIDS among Injecting Drug Users (2004)

## 4.2.3.2. ÉLETTANI KOCKÁZATOK

### 4.2.3.2.1. MAGAS SZISZTOLÉS VÉRNYOMÁS<sup>78</sup>

A magas szisztolés vérnyomás mint kockázati faktor az összes egészségvesztés 15%-ban játszhatott szerepet. Legnagyobb arányban a szív- és érrendszeri betegségek kockázatát növelte. A 9. táblázatból leolvasható, hogy mindkét nem esetében az első három legnagyobb egészségvesztést okozó kockázati faktor közé tartozott, azonban férfiak esetében nagyobb egészségvesztéssel járt.

### 4.2.3.2.2. MAGAS TESTTÖMEG-INDEX

A 4. legnagyobb veszteséget okozó kockázati tényező a magas testtömeg-index volt, amely a magyar felnőtt lakosság egészségvesztésének 9%-át tette ki, és hasonló arányban jelent meg a nemek között. A magas testtömeg főként a keringési rendszer betegségeiben játszott szerepet, azonban közel azonos arányban a cukorbetegség, a daganatos megbetegedések és a mozgásszervi panaszok okozta megbetegedésekkel is kapcsolatba lehetett hozni.

### 4.2.3.2.3. MAGAS ÖSSZKOLESZTERINSZINT

A magas összkoleszterinszint a keringési rendszer betegségein keresztül járult hozzá a magyar lakosság egészségvesztésének 8%-ához. Férfiak esetében kifejezetten nagyobb egészségvesztést okozó kockázati tényező volt (9%), mint nőknél (6%).

### 4.2.3.2.4. MAGAS ÉHOMI VÉRCUKORSZINT

A lakosság egészségvesztésének 6%-áért felelős kockázati tényező a magas éhomi vércukorszint, amely közel egyenlő arányban okozott egészségvesztést a cukorbetegség és a keringési rendszer betegségein keresztül.

### 4.2.3.2.5. ALACSONY GLOMERULÁRIS FILTRÁCIÓ

A vese elégtelen működésével kapcsolatos kockázati tényező az alacsony glomeruláris filtráció, amely a lakosság egészségvesztésének 2%-áért volt felelős, és főként a szív- és érrendszeri valamint az urogenitális betegségek révén okozott egészségvesztést.

### 4.2.3.2.6. ALACSONY CSONTSŰRŰSÉG

Az alacsony csontsűrűség főként az eséseken, nem szándékos sérüléseken keresztül okozott egészségvesztést, a nők esetében kétszer nagyobb mértékben, mint a férfiaknál.

<sup>78</sup> Megjegyezzük, hogy a magasvérnyomás a magyar orvosi szaknyelvben betegségként szerepel (és így az ELEF-ben is), de a GBV során kockázati tényezőként kerül elemzésre.

### 4.2.3.3. KÖRNYEZETI KOCKÁZATOK

#### 4.2.3.3.1. LÉGSZENNYEZÉS

A környezeti kockázatok közül a légszennyezés okozta a legnagyobb veszteséget, a lakosság egészségveszteségének 4%-át. Főként szív- és érrendszeri, daganatos és krónikus légzőszervi betegségeken keresztül vezetett egészségveszteséghez. A környezeti kockázatok magyarországi alakulásáról részletesebben az Országos Közegészségügyi Központ ad ki tájékoztatót.<sup>79</sup>

#### 4.2.3.3.2. FOGLALKOZÁSI KOCKÁZATOK

A foglalkozási kockázatok az egészségveszteségek 2%-át előidéző kockázati tényezők. Az elvesztett egészséges életevek kialakulásában főként a nyaki- és háti gerinc fájdalmai, valamint a nem szándékos sérülések, a krónikus légzőszervi betegségek és daganatok kialakulása útján vettek részt.

#### 4.2.3.3.3. EGYÉB KÖRNYEZETI KOCKÁZATOK

Az egyéb környezeti kockázatok, mint az ólom vagy radon szennyezettség az összes egészségveszteség alig 1%-át okozták, és főként a daganatok valamint a szív- és érrendszeri betegségek kialakulásában játszottak szerepet. Megjegyezzük, hogy a GBV által vizsgált egyéb környezeti kockázatok között nem szerepelt a Magyarországon kiemelt problémaként számon tartott azbeszt szennyezettség valamint az extrém hőmérsékleti helyzetek sem.<sup>80</sup>

#### 4.2.3.3.4. EGÉSZSÉGES IVÓVÍZ ÉS CSATORNÁZOTTSÁG HIÁNYA

Ez a kockázati csoport 2015-ben Magyarországon az összes egészségveszteség jóval kevesebb, mint 1%-áért (0,14%) volt felelős.<sup>81</sup>

<sup>79</sup> <http://okk.okbi.hu/#> (Elérve: 2017.01.17.)

<sup>80</sup> Az extrém hőmérsékleti helyzetekről részletesebben lásd: de' Donato FK et al. Changes in the Effect of Heat on Mortality in the Last 20 Years in Nine European Cities. Results from the PHASE Project. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;8(12):15567-83.

<sup>81</sup> A nem megfelelő (magas arzéntartalmú) ivóvíz kockázatáról részletesebben lásd: Dura Gy et al.: The health risks of consuming drinking water with elevated arsenic content of geochemical origin. *Central European Geology*, Vol. 57/3, 307–316 (2014)

# 5. EGÉSZSÉGMAGATARTÁS

## 5.1. EGÉSZSÉGMAGATARTÁS EGÉSZSÉGFELMÉRÉSEK ALAPJÁN

### 5.1.1. KIEMELT MEGÁLLAPÍTÁSOK<sup>82</sup>

1. 2014-ben csupán minden 9. magyar végzett a WHO ajánlásának megfelelő testmozgást. Mérések igazolták, hogy a felnőttek keveset mozognak: nem gyalognak, nem sportolnak eleget és sok időt töltenek ülve.
2. 2014-ben a magyar felnőtt lakosság közel kétharmada fogyasztott naponta valamilyen zöldséget vagy gyümölcsöt az életkor előrehaladtával egyre nagyobb arányban. A felnőttek táplálkozásában a legnagyobb mennyiségben bevitt tápanyagok aránya eltért a hazai és nemzetközi ajánlásoktól. Egyes vitaminok és ásványi anyagok bevitele kritikusan alacsony volt, míg a sóbevitel jelentősen meghaladta a javasolt mennyiséget. A felnőttek ajánlástól eltérő tápanyagbeviteli értékei a kedvezőtlen táplálkozási szokásokra vezethetők vissza. Az állati eredetű zsiradékok, a húsok, húskészítmények rendszeres és túlzott fogyasztása, a zöldségek, gyümölcsök, a tej és tejtermékek, valamint a gabonafélék – különösen a teljes kiőrlésű gabonákból készült élelmiszerek – igen alacsony fogyasztása jellemzi a felnőttek táplálkozását.
3. A magyar felnőttek 26%-a dohányzott napi rendszerességgel 2014-ben, amely nem jelent számottevő változást a 2009-es adattal összevetve. A fiatal felnőtt nők körében megemelkedett a naponta dohányzók aránya az elmúlt 5 évben. A 15 évesek esetében a napi rendszerességgel dohányzók aránya mind fiúknál, mind lányoknál kétszerese az európai kortársakra jellemző értéknel.
4. A vélhetően alulbecsült önbevallás alapján a magyar nők 1,4%-a, a férfiak 10%-a számított nagyivónak.

<sup>82</sup> A kiemelt megállapítások az elérhető, legfrissebb adatok elemzése alapján.

### 5.1.2. MÓDSZERTAN

Az egészségmagatartásra vonatkozó legfrissebb adatok a 2014-es Európai lakossági egészségfelmérésből (ELEF) és annak almintáján ugyancsak 2014-ben elvégzett Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálatból (OTÁP), a gyermekekre vonatkozó adatok a 2014-es Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása felmérésből (HBSC) származnak. Az eredmények értelmezéséhez szükséges módszertani bevezetőt lásd a 3.2.2 fejezetben. Az ELEF2014 kérdőíve a hazai kábítószer-fogyasztási szokásokra vonatkozó kérdést nem tartalmazott, a témában elérhető legfrissebb adatok a 4.2.3.1.3. fejezet 2. Paneljében kerülnek ismertetésre.

Az ELEF2014 és az OTÁP2014 mellett számos az egészségmagatartáshoz kapcsolódó felmérés is készült az utóbbi években, amelyek fókuszában főként a gyermekek állnak. Ezen kutatások eredményeit terjedelmi korlátok miatt ebben a jelentésben nem áll módunkban részletesen közölni, de hivatkozunk a mindenki számára elérhető kutatási jelentésekre és az eredmények feldolgozását tartalmazó szakmai közleményekre:

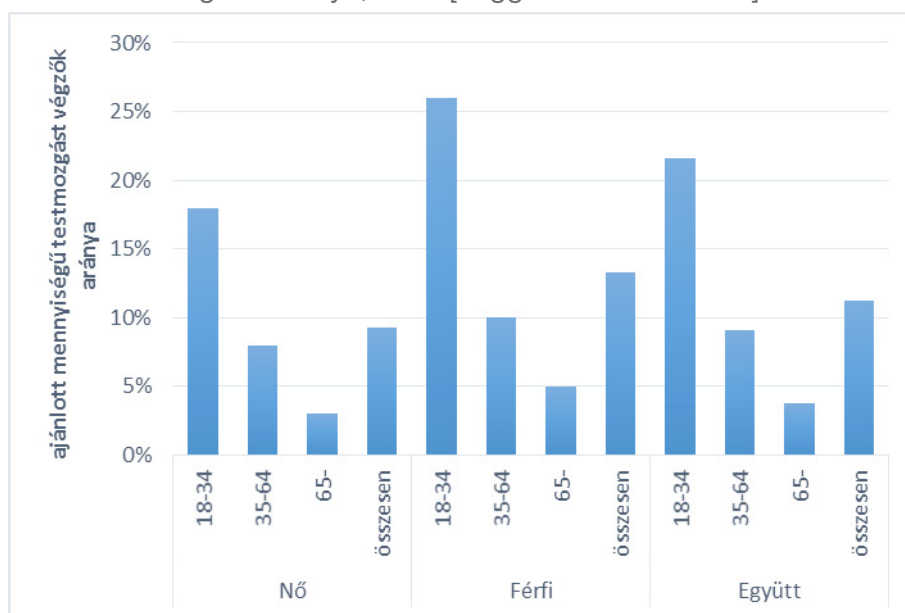
- Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása (HBSC): [http://www.egeszseg.hu/szakmai\\_oldal/assets/cikkek/16-05/egeszseg-es-egeszsegegmagatartas-iskolaskorban-2014.pdf](http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldal/assets/cikkek/16-05/egeszseg-es-egeszsegegmagatartas-iskolaskorban-2014.pdf)
- Európai iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásokról (ESPAD): [http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD\\_report\\_2015.pdf](http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf)
- Teljeskörű Iskolai Egészségfejlesztés (TIE) egészséges életmód kutatás és felmérés: [http://www.egeszseg.hu/szakmai\\_oldal/oldal/szakmai-anyagok/szakmai-anyagok-iskolai-egeszseges-eletmod-kutatas-es-felmeres/](http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldal/oldal/szakmai-anyagok/szakmai-anyagok-iskolai-egeszseges-eletmod-kutatas-es-felmeres/)
- Egészségkommunikációs Felmérés (EKF): [http://www.egeszseg.hu/szakmai\\_oldal/oldal/szakmai-anyagok/szakmai-anyagok-iskolai-egeszseges-eletmod-kutatas-es-felmeres/](http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldal/oldal/szakmai-anyagok/szakmai-anyagok-iskolai-egeszseges-eletmod-kutatas-es-felmeres/)

### 5.1.3. FIZIKAI AKTIVITÁS

Az ELEF2014 eredményei alapján megállapítható, hogy csupán minden 9. magyar végzett megfelelő testmozgást. (30. ábra) A férfiakra minden korcsoportban a nőknél nagyobb fizikai aktivitás volt jellemző. Legtöbbet a fiatal férfiak mozogtak, minden negyedik a WHO ajánlásának megfelelő<sup>83</sup> testmozgást végzett.

<sup>83</sup> Szabadidőben legalább heti 150 perc mérsékelt, vagy 75 perc intenzívtestmozgás, vagy ezzel egyenértékű kombinációja, valamint heti két napon legalább 10 percig tartó izomerősítő testmozgás.

30. ábra: A WHO ajánlásának megfelelő testmozgást végzők aránya, 2014 [Függelék: 33. táblázat]



Forrás: KSH-ELEF2014

Az OTÁP2014 mérési adataiból számított átlagos napi 7022 lépés alapján a magyar lakosság mérsékelten aktívnak tekinthető. A férfiak és a fiatalok több lépést tettek meg naponta, mint a nők és az idősek. A mérések igazolták, hogy az elhízottak jóval kevésbé voltak aktívak, mint a normál testtömegű lakosság. A felnőttek több mint négyötöde nem teljesítette a preventív céllal, sokak által ajánlott napi 10.000 lépést.<sup>84,85</sup> Ugyanakkor minden 3. magyar felnőtt, hetente átlagosan 3,5 órát sportolt. A sporttal töltött átlagos idő a nőknél megközelítette a 3 órát, a férfiaknál ez 4 óra volt. A fizikai inaktivitást jellemzi, hogy a felnőttek egy átlagos hétköznap 5 óra 17 percet töltöttek ülve. Figyelemre méltó, hogy 18-34 éves kor között minden második, 35 év felett minden harmadik felnőtt 5 óránál többet ült egy hétköznap.

Az EU 27 tagországra rendelkezésre álló, 2015-ös összehasonlítható adatok szerint, az ajánlottnál kevesebb fizikai aktivitást végzők arányának csökkenő sorrendjében Magyarország a 6. helyen található.<sup>86</sup>

A magyar iskolások fizikai aktivitása általában megfelel a WHO Európai Régió átlagának, a 11 évesek körében – feltehetően a mindennapi testnevelés következtében – meghaladja az európai kortársak átlagát. (10. táblázat)

<sup>84</sup> Choi BCK, Pak AWP, Choi JCL. Daily step goal of 10,000 steps: A literature review. Clinical & Investigative Medicine, 2007;30(3):E146-E151.

<sup>85</sup> Mantovani AM, Duncan S, Codogno JS, Lima MCS, Fernandes RA. Different Amounts of Physical Activity Measured by Pedometer and the Associations With Health Outcomes in Adults. J Phys Act Health. 2016;16:1-19.

<sup>86</sup> Global Health Observatory data repository; <http://apps.who.int/gho/data/view.main.2463?-lang=en> (Elérve: 2016.07.16.)

10. táblázat: Legalább napi 60 perc közepes vagy intenzív mozgást végzők aránya a magyar iskolások körében és a nemzetközi HBSC mintában, 2014

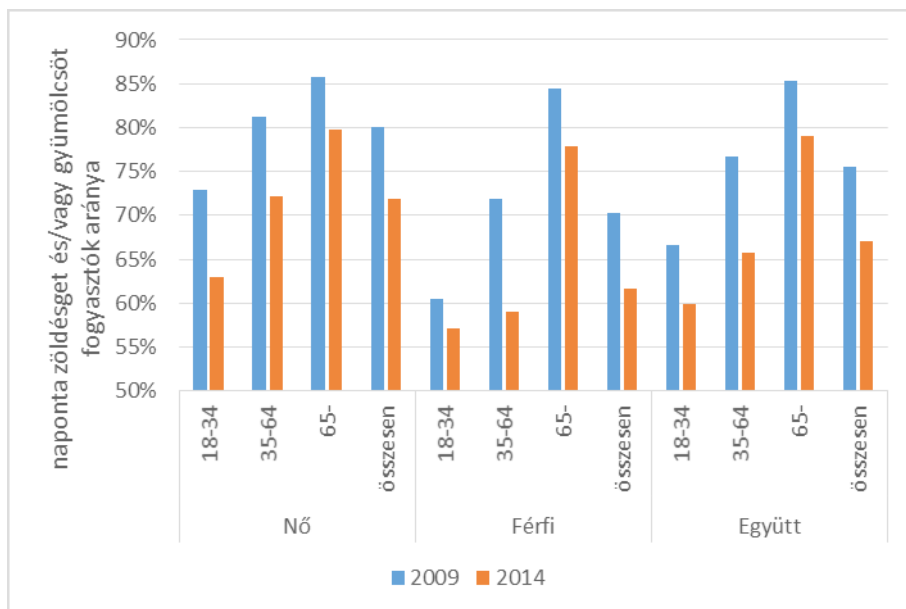
életkori csoport	Magyarország		HBSC	
	lányok (%)	fiúk (%)	lányok (%)	fiúk (%)
11 évesek	24	34	21	30
13 évesek	15	25	15	25
15 évesek	11	24	11	21

Forrás: WHO

#### 5.1.4. TÁPLÁLKOZÁS

Az ELEF eredményei alapján a 18 évnél idősebb magyar lakosság kétharmada (67%) fogyasztott naponta valamilyen zöldséget vagy gyümölcsöt 2014-ben, amely nem elhanyagolható visszaesés a 2009-es 76%-hoz képest.<sup>87</sup> A naponta történő zöldség- vagy gyümölcsfogyasztás a kor előrehaladtával egyre gyakoribb volt. A fiatal és középkorú nők nagyobb aránya evett naponta zöldséget vagy gyümölcsöt, mint a megegyező korosztályú férfiak, azonban ez a különbség idősebb korra eltűnt: mind a férfiak, mind a nők majdnem 80%-a fogyasztott napi rendszerességgel zöldséget vagy gyümölcsöt. (31. ábra)

31. ábra: A naponta zöldséget és/vagy gyümölcsöt fogyasztók arányának megoszlása korcsoportonként és nemenként 2009-ben és 2014-ben [Függelék: 34. táblázat]



Forrás: KSH-ELEF2009, ELEF2014

<sup>87</sup> Megjegyzendő, hogy a zöldség- és gyümölcsfogyasztásra vonatkozóan kérdések eltértek a 2009-ben és a 2014-ben használt kérdőívekben.

A lakosság tápanyagbeviteléről a 2014-es OTÁP alapján a következő megállapítások tehetők:

- A magyar felnőttek zsírbevitelére, azon belül is a kedvezőtlenebb élettani hatású telített zsírsavak aránya igen magas volt, az energiabevitel túl nagy hányadát adták. Különösen a nők táplálkozásában voltak megfigyelhetők kedvezőtlen változások 2009-hez képest, mivel nőtt az összes zsír, ezen belül a telített zsírsavak energiaaránya.
- A szénhidrátok kisebb arányt képviseltek a felnőttek táplálkozásában, mint amennyi nemzetközi ajánlások alapján javasolt lenne.<sup>88</sup> A lakosság rostbevitelére csökkenő, a hozzáadott cukorbevitelére növekvő tendenciát mutatott a 2009-es adatokhoz képest. A hozzáadott cukor magas beviteli értéke a fiatalok jelentős hányada számára jelent kockázatot.
- A fehérjék bevitelére az ajánlásoknak megfelelő, azonban az állati eredetű fehérjék aránya túl nagy volt a növényi eredetűekhez képest. A felnőttek jelentős részénél a vitaminbevitel nem volt megfelelő. Különösen a D-vitamin, a biotin, a pantoténsav és folsavbevitel bizonyult kritikusán alacsonynak.
- Az ásványi anyagok közül a káliumbevitel jelentősen csökkent 2009-hez képest, a kalciumbevitel nem változott érdemben, 2014-ben sem érte el az ajánlott mennyiséget. Ugyanakkor kedvező változás, hogy csökkent a lakosság sóbevitelére, bár még így is az ajánlás több mint 2,5-szerese.

Az OTÁP eredményei alapján az ajánlástól eltérő tápanyagbeviteli értékek a kedvezőtlen táplálkozási szokásokra vezethetők vissza, melyek az alábbiakban jellemezhetők:

- A húsközül legnagyobb mennyiségben baromfihúst és sertéshúst fogyasztott a magyar lakosság, a marhahús illetve az egyéb húsfélések fogyasztása elenyésző. A halfogyasztás kissé nőtt, de még 2014-ben sem érte el az ajánlott mennyiséget. A lakosság a húskészítmények közül a közepesen zsíros felvágottakat részesítette előnyben, e termékek fogyasztása az alacsony zsírtartalmú felvágottak fogyasztásának több mint háromszoros volt. Sajnálatos, hogy az élettanilag előnyösebb, telítetlen zsírsavban gazdag növényi olajok fogyasztása visszaesett, míg a telített zsírsavban gazdag szalonna-fogyasztás nőtt.
- A felnőttek kétharmada nem fogyasztott az ajánlásoknak megfelelő mennyiségű zöldséget, gyümölcsöt. Különösen kedvezőtlen, hogy a friss zöldségek és gyümölcsök elfogyasztott mennyisége 2009-hez képest csaknem ötödével csökkent.
- A kalcium fő beviteli forrását jelentő tej és tejtermékek fogyasztása 2009-hez képest kis mértékben visszaesett, és továbbra is az ajánlások alatt maradt. A bevitel mintegy 65%-át elsősorban a sovány és a közepesen zsíros tejek adták.

<sup>88</sup> EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition, and Allergies (NDA); Scientific Opinion on Dietary Reference Values for carbohydrates and dietary fibre. EFSA Journal 2010;8(3):1462-1539.



- A gabona alapú élelmiszerek fogyasztásában a kenyerek, pékáruk, a gabonák (rizs, búzadara) domináltak. A kenyérfogyasztás jelentős részét (91%) a fehér és félbarna kenyerek adták, így nem meglepő, hogy a felnőttek közel háromnegyede nem fogyasztott teljes kiőrlésű gabonából készült élelmiszereket, holott az ajánlások legalább fele-fele arányban javasolják a finomított és teljes kiőrlésű gabonák fogyasztását. Nőtt a finompékáruk és az ízesített gabonaszeletek fogyasztása is, melyek hozzáadott cukortartalmuk miatt jelenthetnek kockázatot. Ezzel párhuzamosan jelentősen nőtt az édesítőszeres fogyasztása.

Nemzetközi összehasonlításban Magyarország a napi rendszerességgel zöldséget fogyasztók arányáról adatot közlő 15 OECD EU tagországi közül a 10., a gyümölcsöt fogyasztók rangsorában a 6. helyen szerepelt.<sup>89</sup>

### 5.1.5. DOHÁNYZÁS

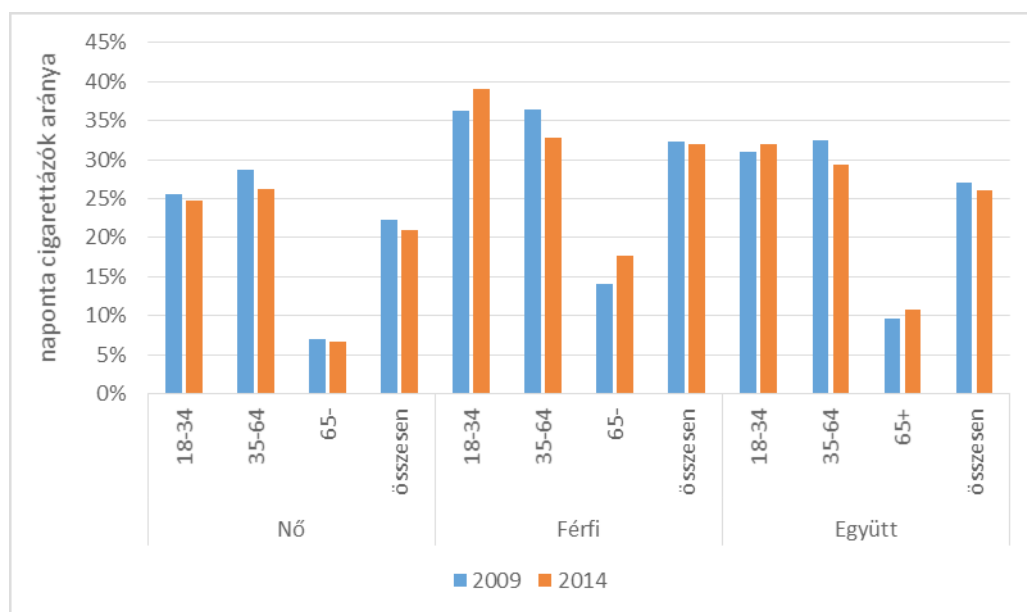
Az ELEF2014 eredményei szerint a magyar felnőttek 26%-a gyújtott rá napi rendszerességgel, ami lényegében megegyezik a 2009-es adattal.<sup>90</sup> Ha azonban korcsoportok szerint kerül összehasonlításra a naponta cigarettázók<sup>91</sup> arányának változása, akkor szembeötlő, hogy a 18-34 éves fiatal nők körében 2009 óta megemelkedett a naponta cigarettázók aránya. A középkorúak esetében ugyan csökkent, azonban az időskorúak esetében ugyancsak nőtt a naponta cigarettázók aránya. (32. ábra)

<sup>89</sup> OECD Stat: [http://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=HEALTH\\_LVNG&lang=en#](http://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=HEALTH_LVNG&lang=en#) (Elérve: 2016.07.27.)

<sup>90</sup> A dohányzási szokások ELEF-ben kimutatott változásait alátámasztani látszanak a 2015 tavaszán a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet által végzett felnőtt Egészségkommunikációs Felmérés idevágó adata: a naponta cigarettázók aránya 25,3% volt.

<sup>91</sup> A 2014-es ELEF alapján csak a cigaretta fogyasztásról lehet napi gyakoriságot megtudni, a többi dohánytermékre nem volt erre a gyakoriságra vonatkozó kérdés. Azonban a 2009-es ELEF alapján a naponta dohányzók nem fogyasztanak önállóan más dohányterméket, ezért 2014-es adatokból nagy valószínűséggel lehet következtetni a naponta dohányzók arányára.

32. ábra: A naponta cigarettázók aránya 2009-ben és 2014-ben [Függelék: 35. táblázat]



Forrás: KSH-ELEF2009, ELEF2014

Magyarország az OECD EU tagállamai között a második helyen áll a naponta dohányzók arányának legfrissebb rangsorában.<sup>92</sup> Napi rendszerességgel nálunk gyakrabban csupán a görögök gyújtanak rá.

A napi rendszerességgel dohányzó magyar iskolások aránya a HBSC adatai alapján a 11 és 13 éves korcsoportban megfelel a WHO Európai Régió átlagának, azonban a 15 évesek körében mind a fiúk, mind a lányok esetében kétszer nagyobb ez az arány, mint az európai kortársak átlaga. (11. táblázat) A fiatalok dohányzási szokásairól nyújt további információt a 3. Panel.

11. táblázat: Naponta dohányzók aránya a magyar iskolások körében és a nemzetközi HBSC mintában, 2014

életkori csoport	Magyarország		HBSC	
	lányok (%)	fiúk (%)	lányok (%)	fiúk (%)
11 évesek	0	1	0	1
13 évesek	2	3	2	2
15 évesek	15	15	7	8

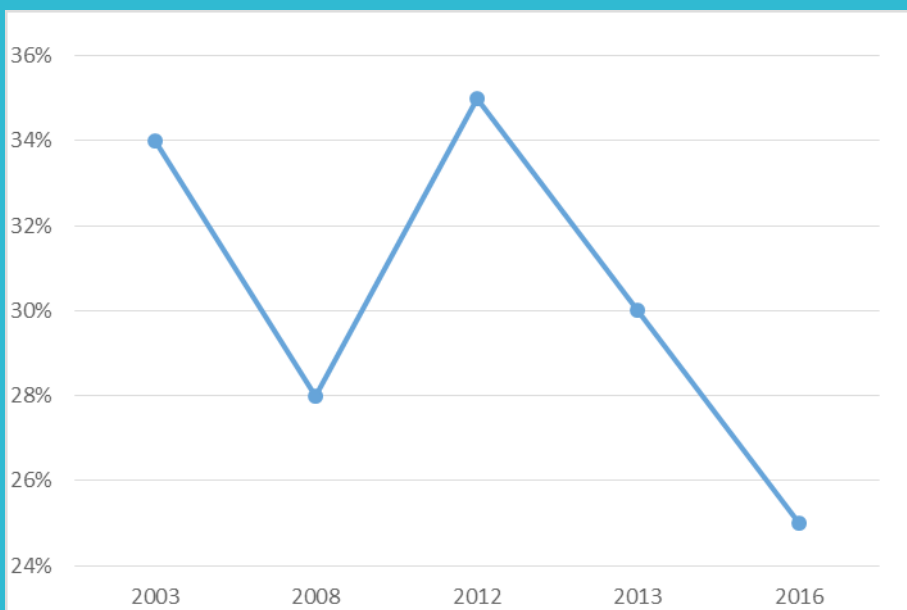
Forrás: WHO

<sup>92</sup> OECD Data; <https://data.oecd.org/healthrisk/daily-smokers.htm> (Elérve: 2016.07.16)

### 3. Panel: Nemzetközi Ifjúsági Dohányzásfelmérés 2016 (GYTS2016)

A Nemzetközi Ifjúsági Dohányzásfelmérést (Global Youth Tobacco Survey, GYTS) a WHO és az amerikai CDC<sup>93</sup> 1998-ban indította útjára, amelynek adatfelvételét rendszeres időközönként valósítják meg a projektben résztvevő országok. Magyarországon 2003-ban, 2008-ban, 2012-ben, 2013-ban és 2016-ban került felvételre a kérdőív.<sup>94</sup> A GYTS iskolai alapú felmérés, amelyben 7., 8., 9. évfolyamba járó tanulók vesznek részt. A magyarországi GYTS a cigaretta és más dohánytermékek használatának gyakoriságáról, illetve a dohányfogyasztás öt meghatározó tényezőjéről szolgáltat adatokat: hozzáférés/elérhetőség, ár, passzív dohányzás, leszokás, média és reklám, valamint iskolai tananyag. 2016-ban a kérdőív jelentős átalakításon ment keresztül, ezért a 2016-os adatokat korlátozottan, kellő óvatossággal szabad csak a korábbi évek felméréseinek eredményével összehasonlítani. Bár a felmérés adatainak időbeli összehasonlítása csak korlátozottan lehetséges, a dohányzók arányának változását vizsgálva az elmúlt évek során egyértelmű, de kismértékű csökkenés figyelhető meg. (33. ábra)

33. ábra: A dohányzók arányának változása GYTS felmérések alapján, 2003-2016 [Függelék: 36. táblázat]



Forrás: NEFI- GYTS2016

<sup>93</sup> Centers for Disease Control and Prevention azaz az USA Betegség Felügyeleti és Megelőzési Központja.

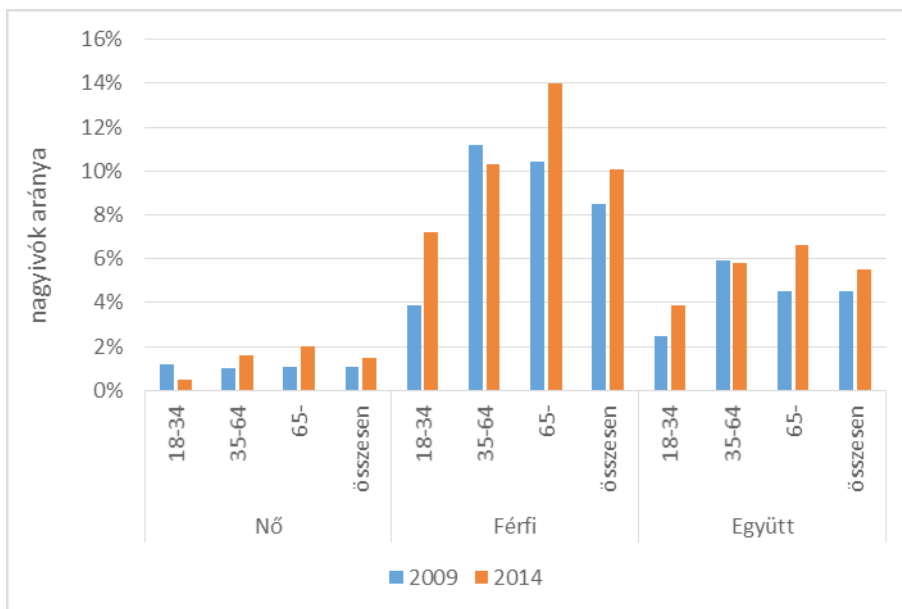
<sup>94</sup> A felmérések közzétett részletes eredményei a következő linken érhetők el: <http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/hu/content/hazai-es-kulfoldi-adatok-tanulmanyok> (Elérve: 2016.12.02.)

### 5.1.6. ALKOHOLFOGYASZTÁS

Az alkoholfogyasztással kapcsolatban – a korábbi felmérésekhez hasonlóan – a 2014-es ELEF-ben is önbevallásos adatok állnak rendelkezésre, így a felmérés eredményei – a nemzetközi tapasztalatok alapján – vélhetően alulbecsülik a valós értékeket. Az alkoholfogyasztás gyakorisága és az elfogyasztott alkohol mennyisége alapján azonban a szakemberek azonosítani tudják az egészséget károsító mértékben alkoholt fogyasztó nagyivókat, azaz azokat a nőket, akik a kérdezést megelőző héten összesen több mint 7, azokat a férfiak, akik több mint 14 egységnyi alkoholt fogyasztottak, illetve azokat, akik egy alkalommal 6 vagy annál több italt fogyasztottak. Egy alkoholegység egy korsó sörnek, 2 dl bornak vagy 0,5 dl röviditalnak felel meg és 1 dl sör 0,2 italnak, 1 dl bor 0,5 italnak és 0,1 dl rövidital 0,2 italnak számít.

Az eredmények szerint a lakosság 5,5%-a volt nagyivó 2014-ben, ami a 2009-es értékkel (4,5%) összevetve számottevő növekedést jelent. Nemek és korcsoportok szerint vizsgálva az eredményeket, az alkoholfogyasztás tekintetében a nők 1,4%-a, a férfiak 10%-a volt nagyivó, és az életkor előrehaladtával, az idősebb korosztályokban egyre magasabb értékek voltak megfigyelhetők. (34. ábra) A középkorú és az idősebb nőknél valamint a fiatal és az idősebb férfiaknál komoly növekedés volt tapasztalható 2009-hez viszonyítva.

34. ábra: A nagyivók aránya Magyarországon, 2009-ben és nemenként 2014-ben [Függelék: 37. táblázat]



Forrás: KSH-ELEF2009, ELEF2014

Az egy főre számított, elfogyasztott alkohol mennyiségét tekintve az OECD EU tagállamai között Magyarországnál csupán 8 országban isznak több alkoholt az OECD legfrissebb adatai szerint.<sup>95</sup>

A 15 éves magyar iskolások közül a fiúk közel fele, a lányok több mint harmada fogyasztott már alkoholt 13 éves kora előtt. Ez a fiúk esetében 16%-kal, a lányok esetében 13%-kal nagyobb, mint a WHO Európai Régióra jellemző átlag. (12. táblázat)

12. táblázat: 13 éves kor előtt alkoholfogyasztók aránya a magyar iskolások körében és a nemzetközi HBSC mintában, 2014

életkori csoport	Magyarország		HBSC	
	lányok (%)	fiúk (%)	lányok (%)	fiúk (%)
15 évesek	37	46	24	30

Forrás: WHO

### 5.1.7. EGÉSZSÉGGOKKÁZATOK ISKOLAI VÉGZETTSÉG SZERINTI EGYENLŐTLENSÉGEI

Az egészségmagatartáshoz köthető kockázatok, mint a dohányzás, az alkoholfogyasztás, vagy a túlsúly és elhízás lakosságon belüli aránya az iskolai végzettség emelkedésével csökken. Az egészségre pozitív hatású magatartások, mint a napi rendszerességű zöldség-gyümölcsfogyasztás, vagy a WHO ajánlásnak megfelelő fizikai aktivitás aránya az iskolai végzettség emelkedésével nő. (13. táblázat) Az egészségkockázatok egyenlőtlen társadalmi megoszlása a magyar lakosság egészségében megnyilvánuló igazságosság sérülését jelzi.

13. táblázat: Az egészségkockázatok gyakorisága iskolai végzettség szerint

Egészségkockázat	Legfeljebb 8 általános (%)	Felsőfokú végzettség (%)
Naponta zöldséget, gyümölcsöt fogyasztók aránya	61,5	75,0
Túlsúlyosak, elhízottak aránya	57,1	49,0
Megfelelő fizikai aktivitást végzők aránya	6,1	18,0
Naponta cigarettázók aránya	31,0	12,7
Nagyivók aránya	6,0	4,0

Forrás: ELEF2014

<sup>95</sup> OECD Data; <https://data.oecd.org/healthrisk/alcohol-consumption.htm> (Elérve: 2016.07.16.)

# 6. ÖSSZEFOGLALÁS

Az *Egészségjelentés2016* célja volt, hogy az elérhető legfrissebb egészségadatok áttekintése alapján információt szolgáltatson a hazai egészségpolitikusok számára a népegészségügyi beavatkozások célterületeinek pontosabb azonosításához és az informált döntéshozatalhoz. A tapasztalatok alapján célszerűnek látszik, hogy a jövőben összeállítandó országos egészségjelentések a magyar lakosság egészségének átfogó értékelése alapján feltárt problémák, valamint az azokra adandó válaszok mellett egy-egy szűkebb, de jelentős veszteséget okozó területen mélyebb elemzést is tartalmazzanak. Ilyen fókuszterületek lehetnének például a gyermekek és az idősök egészségének javítása, a kockázati egészségmagatartás visszaszorítása, vagy az egészségadatok gyűjtésének, elemzésének és közzétételének rendszerbe foglalása, egy korszerű hazai egészségmonitorozási rendszer kialakítása. Ez utóbbi képes lesz a jövőben az egészséget érintő döntésekhez szükséges információval ellátni a társadalom valamennyi szereplőjét, ezáltal felgyorsítani a magyar lakosság egészségének javulását.

## 6.1. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT

### 6.1.1. HALÁLOZÁS

2015-ben Magyarországon a nők **születéskor várható élettartama** 79, a férfiaké 72 év volt. A korábban megfigyelhető javulás 2015-ben megtört, mindkét nem értéke alacsonyabb volt az előző évinél. A javuló tendencia ellenére a **csecsemőhalálozás** még mindig másfélszerese az EU15 tagországokban tapasztaltnak. A kis súlyú újszülöttek aránya – a nemzetközi trendekkel ellentétben – Magyarországon lassan emelkedik. A **halálozás** 100.000 főre vetített aránya Magyarországon 2005 óta csökken, azonban még így is több mint másfélszer akkora, mint az EU15 országokban. Ez az arány férfiak esetében jóval nagyobb, mint a nőknél. 2015-ben Magyarországon a nőknél minden 6., a férfiaknál minden 3. halálozás 65 éves életkor előtt következett be. A 65 évesnél fiatalabb nők halálozási aránya közel kétszerese, a férfiaké több mint kétszerese volt az EU15 országokban tapasztaltnak. A magyarok hátránya az elmúlt évtizedben ezen a téren alig csökkent.

Magyarországon a 65 éves kor előtt bekövetkező, ún. **korai halálozás** kétharmadért a daganatos megbetegedések és a keringési rendszer betegségei voltak felelősek. E betegségek okozta halálozásban tapasztalt javulás ellenére Magyarország jelentősen elmaradt az EU15 és többnyire az EU13 országoktól is, sőt a lemaradás – néhány halálokot kivéve – tovább növekedett. A daganatos betegségek közül nőknél a tüdőrák, férfiaknál a tüdőrák mellett a szájüregi valamint a vastag- és végbélrák okozta halálozás mértéke is többszöröse volt az

EU15 adataihoz képest. A keringési betegségek közül kiemelkedett az iszkémiás szívbetegség és az agyérbetegség okozta halálozás, amely 3-4 szerese volt az EU15 országokban tapasztalt értékeknek. Az **egészségügyi ellátással elkerülhető halálozás** szempontjából Magyarország – a javuló tendencia ellenére is – az EU országai között az utolsók között áll. Az összes halálozás egyhatedét, a 65 éves kor előtt bekövetkezett halálozások egynegyedét, azaz 8600 halálozást lehetett volna elkerülni a szükséges egészségügyi ellátás időben történő igénybevételével. Az összes elhunyt negyedét, a 65 éves kor előtt elhunytak több mint felét, közel 18.000 életet lehetett volna hatásos népegészségügyi beavatkozásokkal megmenteni. A **népegészségügyi beavatkozásokkal megelőzhető halálozások** EU országainak rangsorában Magyarország a nőknél az utolsó, a férfiaknál hátulról a harmadik helyen áll. A dohányzással összefüggő halálozás az elmúlt évtizedben az európai trendeknek megfelelően csökkenő tendenciát mutatott Magyarországon, azonban az EU15 országok értékének még így is több mint 2,5 szerese volt 2015-ben. Az alkoholfogyasztással összefüggő halálozás az elmúlt évtizedben az európai trendekhez hasonlóan harmadával csökkent Magyarországon, ez azonban még így is az EU15 országok értékének közel 2 szerese volt 2015-ben. A halandóság **földrajzi egyenlőtlensége** összességében mérsékeltnek mondható Magyarországon, bár a legmagasabb járási halálozás többszöröse lehet a legkisebb értéket mutató járásokénak. A csecsemőhalandóságban tapasztalható a legnagyobb egyenlőtlenség, ahol a járásonként számított legmagasabb és a legkisebb halálozás különbsége megközelíti a 12-szerest.

## 6.1.2. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT EGÉSZSÉGFELMÉRÉSEK ALAPJÁN

2014-ben a magyar felnőtt lakosság több mint 60%-a tartotta egészségét jónak vagy nagyon jónak, amely 2009-hez képest javulást jelent. Önbevallás alapján a felnőttek több mint fele, mérések szerint viszont valamivel több mint 60%-a volt túlsúlyos vagy elhízott, továbbá minden második felnőttre jellemző volt a hasi elhízás. 2009 óta a túlsúly, az elhízás valamint a hasi elhízás aránya gyakorlatilag változatlan.

## 6.2. EGÉSZSÉGVESZTESÉGEK

### 6.2.1. BETEGSÉGEK SZERINTI EGÉSZSÉGVESZTESÉGEK

2015-ben Magyarországon az összes **elvesztett egészséges életév (ELÉV)** 3.305.185 év volt. Habár az utóbbi években csökkenő tendencia volt megfigyelhető a magyar egészségvesztés alakulásában, a hazai érték még mindig jelentősen, 22%-kal meghaladja az EU-ban megfigyelhető értéket. A **keringési rendszer betegségei** voltak felelősek az elvesztett egészséges életévek 21%-áért, mindkét nemnél ezek a legtöbb egészségvesztést okozó betegségek. A keringési rendszer betegségei által okozott egészségvesztések több mint feléért az iszkémiás szívbetegség felelt, míg egynegyedéért az agyérbetegségek

(stroke). A **daganatos megbetegedések** voltak okolhatók az összes egészségvesztés közel egyötödéért. Nemenként vizsgálva a sorrendet a legsúlyosabb mindkét nem esetében a tüdőrák (az összes vesztés 5%-a a férfiaknál, és 3%-a a nőknél) volt. A további sorrendben azonban eltérést lehetett megfigyelni: férfiaknál a vastag- és végbél daganatokat a prosztatata-, a hasnyálmirigy és az ajak és szájüregi daganatok követték, míg nőknél az emlődaganat, a vastag- és végbél daganat, majd a petefészek- és méhnyak daganat következett. A mozgásszervi betegségek alkották a harmadik legnagyobb (10%) egészségvesztést okozó betegségcsoportot. A **nyaki- és háti gerinc fájdalmak** által okozott vesztések tették ki a betegségcsoport jelentős részét. Megfigyelhető, hogy ez a betegségcsoport jelentősen több vesztést okozott a nőknél (9%), mint a férfiaknál (6%). A **mentális és viselkedési zavarok** és a **sérülések** is lényegesen több egészségvesztést okoztak, mint amire a halálzási adatokból következtetni lehet. A mentális és viselkedési zavarok az összes vesztés több mint 9%-áért voltak felelősek, míg a sérülések az egészségvesztések 8%-áért. Fontos azonban szem előtt tartani, hogy a sérülések közé számított önsértések (3%) jelentős többségéért is a mentális és viselkedési zavarok okolhatók.

### 6.2.2. KOCKÁZATOK SZERINTI EGÉSZSÉGVESZTESÉGEK

A kockázati tényezőkkel magyarázható egészségvesztés túlnyomó többsége (79%) összefügg a viselkedéssel, ezért kiemelt jelentőségű a népegészségügyi tervezés során az egészségmagatartás megváltoztatására irányuló beavatkozások előtérbe helyezése. Az étrendi kockázatok voltak okolhatók a felnőtt lakosság egészségvesztésének 16%-áért, a kockázati csoportok közötti legnagyobb egészségvesztéséért. Az étrendi kockázatok közül a teljes kiőrlésű gabonafélék elégtelen fogyasztása, a magas sóbevitel, a kevés zöldség- és gyümölcsfogyasztás, valamint az olajos magvak elégtelen bevitele okozta a legnagyobb vesztéseket. A dohányzás a második legnagyobb **viselkedési egészségkockázat**, a magyar lakosság egészségvesztésének 14%-áért volt okolható. A dohányzás főként a daganatos megbetegedések és a keringési rendszer betegségein keresztül fejtette ki hatását. A magas szisztolés vérnyomás mint **élettani kockázati tényező** az összes egészségvesztés 15%-ában játszhatott szerepet. Legnagyobb arányban a szív- és érrendszeri betegségek kockázatát növelte. A második legnagyobb élettani egészségkockázatot, a túlsúlyt és az elhízást a magyar felnőtt lakosság egészségvesztésének 9%-áért lehetett felelőssé tenni. A túlsúly és elhízás főként a keringési rendszer betegségeiben játszott szerepet, azonban közel azonos arányban a cukorbetegség, a daganatos megbetegedések és a mozgásszervi panaszok okozta megbetegedésekkel is kapcsolatba lehetett hozni. A **környezeti kockázatok** közül a légszennyezés okozta a legnagyobb vesztést, a lakosság egészségvesztésének 4%-át. Főként a szív- és érrendszeri, a daganatos és a krónikus légzőszervi betegségek révén vezetett egészségvesztéshez.



### 6.3. EGÉSZSÉGMAGATARTÁS

2014-ben csupán minden 9. magyar végzett a WHO ajánlásának megfelelő **testmozgást**. Mérések igazolták, hogy a felnőttek keveset mozognak: nem gyakorolnak, nem sportolnak eleget és sok időt töltenek ülve. 2014-ben a magyar felnőtt lakosság közel kétharmada fogyasztott naponta valamilyen zöldséget vagy gyümölcsöt az életkor előrehaladtával egyre nagyobb arányban. A felnőttek **táplálkozásában** a legnagyobb mennyiségben bevitt tápanyagok aránya eltért a hazai és nemzetközi ajánlásoktól. Egyes vitaminok és ásványi anyagok bevitelük kritikusán alacsony volt, míg a sóbevitel jelentősen meghaladta a javasolt mennyiséget. A felnőttek ajánlástól eltérő tápanyagbeviteli értékei a kedvezőtlen táplálkozási szokásokra vezethetők vissza. Az állati eredetű zsiradékok, a húsok, húskészítmények rendszeres és túlzott fogyasztása, a zöldségek, gyümölcsök, a tej és tejtermékek, valamint a gabonafélék – különösen a teljes kiőrlésű gabonából készült élelmiszerek – igen alacsony fogyasztása jellemzi a felnőttek táplálkozását. A magyar felnőttek 26%-a **dohányzott** napi rendszerességgel 2014-ben, amely nem jelent számottevő változást a 2009-es adattal összevetve. A fiatal felnőtt nők körében megemelkedett a naponta dohányzók aránya az elmúlt 5 évben. A 15 évesek esetében a napi rendszerességgel dohányzók aránya mind fiúknál, mind lányoknál kétszerese az európai kortársakra jellemző értéknél. A vélhetően alulbecsült önbevallás alapján a magyar nők 1,4%-a, a férfiak 10%-a számított **nagyivónak**.

## 7. RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

AIDS	szerzett immunhiányos tünetegyüttes ( <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i> )
BNO	betegségek nemzetközi osztályozása
CDC	az USA Betegség Felügyeleti és Megelőzési Központja ( <i>Centers for Disease Control and Prevention</i> )
COPD	krónikus obstruktív tüdőbetegség ( <i>Chronic Obstructive Pulmonary Disease</i> )
ECDC	az EU Betegség Felügyeleti és Megelőzési Központja ( <i>European Centre of Disease Prevention and Control</i> )
EKF	Egészségkommunikációs Felmérés
ELEF	Európai lakossági egészségfelmérés
ELÉV ( <i>DALY</i> )	elvesztett egészséges életévnek ( <i>disability-adjusted life year</i> )
ELTE	Eötvös Loránd Tudományegyetem
EMCDDA	Kábítószerés Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja ( <i>European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction</i> )
EMMI	Emberi Erőforrások Minisztériuma
ESPAD	Európai iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásokról ( <i>European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs</i> )
EU	Európai Unió
EUROSTAT	az EU statisztikai hivatala
GBV ( <i>GBD</i> )	Globális Betegségteher Vizsgálat ( <i>Global Burden of Diseases</i> )
GYTS	Nemzetközi Ifjúsági Dohányzásfelmérés ( <i>Global Youth Tobacco Survey</i> )
HBSC	Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása felmérés ( <i>Health Behaviour in School-aged Children</i> )

HCV	Hepatitis C vírus
HFA-DB	európai megbetegedési adatbázis ( <i>European Health for All Database</i> )
HFA-MDB	európai halálozási adatbázis ( <i>European Mortality Database</i> )
HIV	Humán immundeficiencia vírus ( <i>human immunodeficiency virus</i> )
IHME	a GBV megvalósítója, egészségmonitorozással foglalkozó intézet ( <i>Institute for Health Metrics and Evaluation</i> )
KSH	Központi Statisztikai Hivatal
MTA-KRTK-RKI	Magyar Tudományos Akadémia Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont Regionális Kutatások Intézete
NEFI	Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet
OECD	Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet ( <i>Organisation for Economic Co-operation and Development</i> )
OEK	Országos Epidemiológiai Központ
OGYÉI-OÉTI	Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet Főigazgatóság
OKK	Országos Közegészségügyi Központ
OTÁP	Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálat
PTE	Pécsi Tudományegyetem
SHA	standardizált halálozási arány
SZTE	Szegedi Tudományegyetem
TBC	gümőkór
TIE	Teljeskörű Iskolai Egészségfejlesztés
WHO	Egészségügyi Világszervezet ( <i>World Health Organization</i> )

## 8. FÜGGELÉK

14. táblázat: Születéskor várható élettartam  
Magyarországon, 2005-2015 ábra adatai

	Férfi	Nő
2005	68,6	76,9
2006	69,0	77,4
2007	69,2	77,3
2008	69,8	77,8
2009	70,1	77,9
2010	70,5	78,1
2011	70,9	78,2
2012	71,5	78,4
2013	72,0	78,7
2014	72,1	78,9
2015	72,1	78,6

15. táblázat: A magyar születéskor várható élettartam az  
EU28 országaihoz viszonyítva, 2005-2014 ábra adatai

	HU/EU28Férfi	HU/EU28Nő
	%	
2005	91,1	94,7
2006	91,3	94,9
2007	91,3	94,6
2008	91,7	95,1
2009	91,8	94,9
2010	91,9	94,9
2011	92,1	94,7
2012	92,5	94,7
2013	92,8	95,0
2014	92,6	95,0

16. táblázat: Születéskor várható egészséges életévek száma Magyarországon, az EU15 és az EU13 országokban, 2000-2015 ábra adatai

	Férfi			Nő		
	HU	EU15	EU13	HU	EU15	EU13
2000	60,4	67,0	61,4	66,9	71,1	67,7
2015	64,8	70,5	65,3	69,9	73,4	70,9

17. táblázat: Csecsemőhalálozás Magyarországon, az EU15 és EU13 országokban, 2005-2013 ábra adatai

	1000 élveszületésre jutó halálozások száma					
	HUFiú	EU15Fiú	EU13Fiú	HULány	EU15Lány	EU13Lány
2005	7,0	4,5	9,0	5,4	3,6	7,2
2006	6,3	4,3	8,2	5,1	3,5	6,8
2007	6,2	4,2	7,7	5,6	3,4	6,4
2008	6,2	4,0	7,2	4,9	3,3	5,7
2009	5,3	4,0	6,9	5,0	3,3	5,7
2010	5,6	3,8	6,5	5,1	3,3	5,3
2011	5,3	3,9	6,2	4,5	3,3	5,0
2012	4,7	3,7	6,1	5,0	3,1	5,0
2013	5,9	3,7	5,7	4,3	3,0	4,7

18. táblázat: Kis születési súly aránya Magyarországon valamint az EU15 és EU13 országokban, 2005-2013 ábra adatai

	HU	EU15	EU13
	%		
2005	8,2	7,0	7,0
2006	8,3	6,9	7,0
2007	8,2	6,9	7,0
2008	8,3	7,0	6,7
2009	8,4	7,0	6,8
2010	8,6	7,1	6,9
2011	8,5	7,0	6,9
2012	8,6	7,2	6,9
2013	8,8	7,1	7,1

19. táblázat: Az összes halálozás Magyarországon, az EU15 és EU13 országokban, 2005-2013 ábra adatai

	Standardizált halálozások száma 100.000 főre					
	HUFérfi	EU15Férfi	EU13Férfi	HUNő	EU15Nő	EU13Nő
2005	1373,3	755,8	1251,0	754,7	469,3	710,3
2006	1316,7	723,7	1216,9	714,7	449,0	684,0
2007	1308,9	711,4	1198,5	711,9	442,7	668,1
2008	1258,6	697,2	1167,9	685,6	439,1	647,3
2009	1244,8	682,2	1148,5	677,5	428,3	637,8
2010	1208,6	665,9	1117,2	673,0	419,2	621,9
2011	1171,3	648,1	1076,6	661,0	410,7	601,3
2012	1158,2	646,0	1067,3	665,4	411,6	598,4
2013	1114,9	643,3	1030,0	645,1	409,5	578,5

20. táblázat: Korai halálozás Magyarországon, az EU15 és EU13 országokban, 2005-2013 ábra adatai

	Standardizált halálozások száma 100.000 főre					
	HUFérfi	EU15Férfi	EU13Férfi	HUNő	EU15Nő	EU13Nő
2005	619,5	248,0	521,7	245,3	126,9	208,4
2006	602,2	241,1	513,5	239,7	123,5	205,1
2007	592,7	236,8	508,5	244,5	121,9	201,9
2008	566,7	231,5	495,3	234,5	121,1	196,2
2009	553,4	226,8	479,6	231,0	119,1	191,8
2010	529,1	220,8	459,8	221,5	116,5	183,5
2011	508,2	215,3	440,7	219,6	115,6	178,2
2012	477,1	210,8	431,3	211,3	113,4	175,3
2013	449,0	208,5	410,5	204,3	113,0	169,9

21. táblázat: A méhnyakrák okozta halálozás alakulása Magyarországon, az EU15 és EU13 országokban, 1985-2013 ábra adatai

	Standardizált halálozások száma 100.000 főre		
	HU	EU15	EU13
1985	10,3	3,7	10,1
1986	9,9	3,7	9,8
1987	10,5	3,6	10,0
1988	9,3	3,6	10,1
1989	9,6	3,5	9,9
1990	9,6	3,5	9,4
1991	8,5	3,3	9,6
1992	8,6	3,3	9,3
1993	8,6	3,2	9,7
1994	8,2	3,0	9,4
1995	8,4	2,9	9,3
1996	8,6	2,8	9,5
1997	8,5	2,8	9,4
1998	7,4	2,7	9,2
1999	7,7	2,6	9,1
2000	7,3	2,5	9,2
2001	8,2	2,4	8,9
2002	8,0	2,3	9,1
2003	7,2	2,2	8,9
2004	7,5	2,2	8,7
2005	6,5	2,2	8,3
2006	6,4	2,0	8,4
2007	6,5	2,1	8,5
2008	6,6	2,1	8,0
2009	5,9	2,1	7,8
2010	5,7	2,0	7,9
2011	6,1	2,1	7,5
2012	6,2	2,0	7,4
2013	6,1	2,0	7,4

22. táblázat: Az emlőrák okozta halálozás alakulása Magyarországon, az EU15 és EU13 országokban, 1985-2013 ábra adatai

	Standardizált halálozások száma 100.000 főre		
	HU	EU15	EU13
1985	31,3	30,6	22,9
1986	31,2	30,9	23,0
1987	32,7	31,1	23,2
1988	31,1	31,3	23,5
1989	32,3	31,5	23,6
1990	32,2	31,1	24,0
1991	33,3	31,3	24,0
1992	33,7	31,0	24,3
1993	34,7	31,0	24,6
1994	35,0	30,5	24,8
1995	32,7	30,4	25,1
1996	33,5	29,8	24,9
1997	33,6	29,0	24,7
1998	33,3	28,2	24,4
1999	33,3	27,8	24,5
2000	32,5	27,4	24,6
2001	31,6	27,0	24,2
2002	30,6	26,5	23,9
2003	31,2	25,9	23,8
2004	30,6	25,3	23,6
2005	27,4	24,9	23,6
2006	27,0	24,5	22,9
2007	26,4	23,9	22,4
2008	26,6	23,9	22,5
2009	28,1	23,2	22,2
2010	25,0	22,9	21,5
2011	26,5	22,6	22,0
2012	25,8	22,3	21,8
2013	25,9	22,2	21,9



23. táblázat: A vastag- és végbéldaganat okozta halálozás alakulása Magyarországon, az EU15 és EU13 országokban, 1985-2013 ábra adatai

	Standardizált halálozások száma 100.000 főre					
	HUFérfi	EU15Férfi	EU13Férfi	HUNő	EU15Nő	EU13Nő
1985	39,8	27,6	24,7	27,3	19,0	16,6
1986	40,9	27,6	24,9	27,4	19,1	16,7
1987	42,6	28,0	25,0	28,2	19,0	16,5
1988	41,4	28,0	26,4	27,9	19,1	17,3
1989	45,3	27,8	26,4	27,3	18,9	17,2
1990	45,4	27,9	26,8	28,6	18,7	17,2
1991	46,2	28,0	27,2	28,6	18,6	17,6
1992	49,0	28,5	27,8	29,0	18,7	17,6
1993	47,3	28,4	28,3	29,1	18,6	17,8
1994	48,8	28,0	29,2	29,8	18,3	18,1
1995	49,4	27,8	29,5	29,4	18,0	18,1
1996	50,3	27,7	30,4	28,6	17,6	18,4
1997	52,8	27,3	30,8	28,6	17,2	18,4
1998	52,2	27,3	31,8	29,4	17,1	18,2
1999	52,9	27,0	32,0	29,0	16,9	18,3
2000	50,8	26,2	32,1	29,5	16,3	18,5
2001	51,6	26,0	32,5	27,6	15,9	18,4
2002	51,4	25,9	33,0	26,2	15,7	18,2
2003	54,5	25,4	33,2	27,9	15,6	18,4
2004	52,5	25,1	33,1	26,4	15,1	17,8
2005	47,2	24,6	32,7	24,6	14,9	17,8
2006	48,4	24,2	33,0	24,8	14,4	17,6
2007	49,3	23,5	33,1	24,6	14,2	17,4
2008	47,6	23,5	33,0	24,6	14,1	17,5
2009	51,1	23,1	33,6	24,3	13,7	17,0
2010	49,3	22,9	33,3	24,9	13,5	17,0
2011	51,0	22,6	32,8	24,0	13,5	16,8
2012	49,9	22,4	33,3	24,7	13,2	17,2
2013	50,3	22,0	32,9	24,0	13,0	16,7

24. táblázat: Egészségügyi ellátással elkerülhető halálozás  
Magyarországon, 2005-2014 ábra adatai

	Standardizált halálozások száma 10.000 főre	
	Nő	Férfi
2005	16,7	28,0
2006	15,8	26,8
2007	15,3	26,2
2008	14,9	25,2
2009	15,0	25,3
2010	14,3	24,6
2011	14,1	24,0
2012	14,1	23,5
2013	13,7	23,1
2014	13,6	23,2

25. táblázat: Népegészségügyi beavatkozásokkal megelőzhető  
halálozás Magyarországon, 2005-2014 ábra adatai

	Standardizált halálozások száma 10.000 főre	
	Férfi	Nő
2005	56,7	23,2
2006	55,5	22,2
2007	55,1	22,7
2008	54,1	22,1
2009	53,3	22,5
2010	51,9	21,9
2011	50,4	21,7
2012	49,5	21,6
2013	47,2	21,1
2014	47,9	20,9

26. táblázat: Az egészségügyi ellátással elkerülhető és a népegészségügyi beavatkozásokkal megelőzhető halálozás aránya a 65 éves kor előtt bekövetkezett összes halálozáshoz viszonyítva, 2014 ábra adatai

	Nő	Férfi
Népegészségügyi beavatkozásokkal megelőzhető	53,1%	58,4%
Egészségügyi ellátással elkerülhető	31,2%	25,1%

27. táblázat: A dohányzásnak tulajdonítható halálozás alakulása Magyarországon, 2005-2015 ábra adatai

	Standardizált halálozások száma 100.000 főre	
	Nők	Férfiak
2005	81,2	303,2
2006	77,1	290,9
2007	80,4	292,6
2008	78,5	281,9
2009	77,4	279,7
2010	78,6	275,1
2011	78,2	267,8
2012	78,7	261,5
2013	78,1	250,8
2014	78,6	246,3
2015	83,6	249,8

28. táblázat: Dohányzással összefüggő halálozás Magyarországon, az EU15 és az EU13 országokban, 2005-2013 ábra adatai

	Standardizált halálozások száma 100.000 főre					
	HUFérfi	EU15Férfi	EU13Férfi	HUNő	EU15Nő	EU13Nő
2005	685,4	272,6	534,7	353,7	133,5	282,2
2006	648,4	257,5	516,0	328,3	126,1	268,3
2007	635,4	248,8	502,0	318,9	122,1	258,5
2008	608,4	239,7	486,5	307,2	118,8	248,5
2009	605,9	232,2	471,0	303,4	114,3	241,3
2010	592,2	223,9	456,4	306,8	110,5	234,8
2011	574,1	214,6	439,9	296,8	106,1	225,6
2012	565,8	210,3	430,4	299,4	105,3	221,9
2013	545,3	208,0	408,8	290,0	103,8	209,9

29. táblázat: Alkoholfogyasztással összefüggő halálozás Magyarországon valamint az EU15 és az EU13 országokban, 2005-2013

	Standardizált halálozások száma 100.000 főre					
	HUFérfi	EU15Férfi	EU13Férfi	HUNő	EU15Nő	EU13Nő
2005	211,4	84,3	163,4	61,9	30,5	45,5
2006	205,2	81,1	160,3	59,2	29,2	43,7
2007	202,2	79,2	160,0	59,2	28,4	44,2
2008	194,1	77,8	159,5	56,1	28,2	43,5
2009	188,3	76,4	151,7	53,5	27,5	41,0
2010	177,9	74,1	146,5	51,4	27,1	39,3
2011	163,5	72,5	138,6	48,7	26,5	37,2
2012	151,8	70,5	137,1	44,3	25,7	36,9
2013	140,6	70,3	127,4	41,0	25,8	34,7

30. táblázat: A jónak vagy nagyon jónak vélt egészségi állapot aránya 2009-ben és 2014-ben ábra adatai

	%											
	Nő				Férfi				Együtt			
	18-34	35-64	65-	összesen	18-34	35-64	65-	összesen	18-34	35-64	65-	összesen
2009	86,1	45,7	15,5	50,1	86,6	52,1	21,6	58,9	86,4	48,8	17,7	54,2
2014	87,8	60,3	20,5	57,0	89,6	62,6	27,1	64,1	88,7	61,4	23,0	60,3

31. táblázat: Túlsúlyosak vagy elhízottak aránya  
2009-ben és 2014-ben ábra adatai

	%											
	Nő				Férfi				Együtt			
	18-34	35-64	65-	összesen	18-34	35-64	65-	összesen	18-34	35-64	65-	összesen
2009	21,3	57,2	65,9	48,8	41,1	69,8	69,7	59,3	31,4	63,3	67,3	53,7
2014	23,2	52,5	64,5	48,8	39,2	71,0	72,1	62,3	31,5	61,7	67,7	55,1

32. táblázat: Életkorra standardizált elvesztett egészséges életévek a  
Visegrádi országokban, Ausztriában és az EU-ban, 1990-2015 ábra adatai

	1990	1995	2000	2005	2010	2015
Magyarország	36628	35294	32141	29667	27017	24079
Ausztria	25940	24336	22762	20994	19851	18961
Csehország	31761	28742	26263	24270	22458	20876
Lengyelország	33643	31700	28519	26386	24603	22758
Szlovákia	33390	30622	29292	27431	25229	22747
EU	27150	25763	23910	22087	20624	19683

33. táblázat: A WHO ajánlásának megfelelő testmozgást  
végzők aránya, 2014 ábra adatai

	%											
	Nő				Férfi				Együtt			
	18-34	35-64	65-	összesen	18-34	35-64	65-	összesen	18-34	35-64	65-	összesen
2014	18,0	8,0	3,0	9,3	26,0	10,0	5,0	13,3	21,6	9,1	3,8	11,2

34. táblázat: A naponta zöldséget és/vagy gyümölcsöt fogyasztók arányának  
megoszlása korcsoportonként és nemenként 2009-ben és 2014-ben ábra adatai

	%											
	Nő				Férfi				Együtt			
	18-34	35-64	65-	összesen	18-34	35-64	65-	össze- sen	18-34	35-64	65-	összesen
2009	73,0	81,2%	85,8	80,1	60,5	71,9	84,5	70,3	66,6	76,7	85,4	75,5
2014	62,9	72,2	79,7	71,9	57,1	59,0	77,9	61,7	59,9	65,8	79,0	67,1

35. táblázat: A naponta cigarettázók aránya 2009-ben és 2014-ben ábra adatai

	%											
	Nő				Férfi				Együtt			
	18-34	35-64	65-	összesen	18-34	35-64	65-	összesen	18-34	35-64	65+	összesen
2009	25,6	28,8	7,0	22,3	36,3	36,4	14,1	32,4	31,0	32,5	9,6	27,0
2014	24,7	26,3	6,6	21,0	39,0	32,8	17,7	32,0	32,0	29,4	10,8	26,1

36. táblázat: A dohányzók arányának változása GYTS felmérések alapján, 2003-2016 ábra adatai

	%
2003	34
2008	28
2012	35
2013	30
2016	25

37. táblázat: A nagyivók aránya Magyarországon, 2009-ben és nemenként 2014-ben ábra adatai

	%											
	Nő				Férfi				Együtt			
	18-34	35-64	65-	összesen	18-34	35-64	65-	összesen	18-34	35-64	65-	összesen
2009	1,2	1,0	1,1	1,1	3,9	11,2	10,4	8,5	2,5	5,9	4,5	4,5
2014	0,5	1,6	2,0	1,5	7,2	10,3	14,0	10,1	3,9	5,8	6,6	5,5



*Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet  
Budapest, 2017. január*