



TANULMÁNYOK III. AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT ÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZER



Tanulmányok III.

Az egészségi állapot és az egészségügyi ellátórendszer

Budapest, 2013

KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL, 2013
Népesedési és szociális védelmi statisztikai főosztály

ISBN 978-963-235-340-1ö

ISBN 978-963-235-396-8

Készült:

a KSH Népesedési és szociális védelmi statisztikai főosztályán

Főosztályvezető:

Tokaji Károlyné

Szerzők:

Bényi Mária, Czibere Károly, Fejes László, Gál Róbert Iván, Kéki Zsuzsanna,
Németh Renáta, Orosz Éva, Rákos-Zichy Péter, Restyánszkiné Jaczkó Valéria,
Miholecz Zita Tímea és Vitrai József

Tördelőszerkesztő:

Trybek Krisztina

Szerkesztő:

Gárdos Éva

Másodlagos publikálás csak a forrás megjelölésével történhet!

A kiadvány kialakítása egyedi, annak tördelési, grafikai, elrendezési és megjelenési megoldásai a KSH tulajdonát képezik. Ezek átvétele, alkalmazása esetén a KSH engedélyét kell kérni.

Internet: <http://www.ksh.hu>
informacioszolgalat@ksh.hu
(36-1) 345-6789 (telefon), (36-1) 345-6788 (fax)

Borítóterv: Rába Judit

A borítón található kép a felmérés kapcsán meghirdetett gyermekrajzpályázat alkotása.

Nyomdai kivitelezés: Xerox Magyarország Kft. – 2013.17

Tartalom

ELŐSZÓ	5
DR. BÉNYI MÁRIA – KÉKI ZSUZSANNA – RÁKOS-ZICHY PÉTER: SÉRÜLÉSSSEL JÁRÓ BALESETEK A 15 ÉVNÉL IDŐSEBB LAKOSSÁG KÖRÉBEN.....	7
1. Bevezetés.....	7
2. Eredmények	10
2.1. Közlekedési balesetek	10
2.2. Munkahelyi balesetek.....	11
2.3. Sérüléssel járó otthoni balesetek	11
2.4. Szabadidős balesetek.....	12
2.5. Iskolai balesetek.....	14
3. Megbeszélés	14
Irodalom	20
DR. VITRAI JÓZSEF: EGYENLŐTLENSÉGEK AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS IGÉNYBEVÉTELÉBEN AZ ELEF2009 ADATAI ALAPJÁN.....	21
1. Bevezető.....	21
2. Módszertan.....	22
2.1. Statisztikai modell	22
2.2. Egyenlőtlenség elemzése	23
2.3. A koncentrációs együttható felbontása	24
2.4. Mutatók	25
2.4.1. Igénybevétel	25
2.4.2. Ellátási szükséglet	25
2.4.3. Jövedelem	26
2.4.4. Befolyásoló tényezők.....	26
2.4.5. Hiányzó adatok.....	26
2.5. Elemzési eljárás	26
3. Eredmények	27
3.1. Leíró statisztikai elemzés.....	27
3.2. Egyenlőtlenségek elemzése	31
4. Összegzés.....	35
5. Melléklet	37
6. Hivatkozott szakirodalom.....	40
FEJES LÁSZLÓ–MIHOLECZ ZITA TÍMEA–RESTYÁNSZKINÉ JACZKÓ VALÉRIA: REGIONÁLIS KÜLÖNBBSÉGEK A MAGYAR NÉPESSÉG EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTÁBAN ÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZERBEN AZ EURÓPAI LAKOSSÁGI EGÉSZSÉGFELMÉRÉS ÉS NÉHÁNY INTÉZMÉNYI ADATGYŰJTÉS ADATAI ALAPJÁN, 2009	41
1. Bevezető.....	41
2. A népesség egészségi állapotát befolyásoló egyes tényezők.....	41
2.1. Demográfiai tényezők	41
2.2. Gazdasági-társadalmi tényezők.....	44

3. A népesség egészségi állapota	48
3.1. Halálozás	48
3.2. Morbiditás	51
3.3. Az egészségi állapot önértékelése.....	58
4. Az egészségügyi ellátórendszer és igénybevételének fontosabb jellemzői intézményi adatok alapján	64
5. Az egészségügyi ellátórendszer igénybevétele az ellátással való elégedettség lakossági adatok alapján	69
6. Összefoglalás	71

OROSZ ÉVA – NÉMETH RENÁTA: MENNYIT KÖLTÜNK „ZSEBBŐL” EGÉSZSÉGÜGYRE? A LAKOSSÁG KÖZVETLEN EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSAI AZ ELEF2009 ALAPJÁN..... 75

1. A közkiadások és a magánkiadások alakulása	77
2. A lakosság közvetlen kiadásainak nagysága és szerkezete	78
3. A lakosság megoszlása az egészségügyi kiadások nagysága szerint.....	81
4. A kiadások egészségi állapot szerinti jellemzői	81
5. Gyógyszerkiadások	84
6. A hálapénzre fordított kiadások	85
8. A kiadások életkor szerinti jellemzői	87
9. Összefoglalás	90
Irodalom	92

CZIBERE KÁROLY – GÁL RÓBERT IVÁN: A MAGYAR IDŐSGONDOZÁSI RENDSZER MIKROADATOK ALAPJÁN..... 93

1 A magyarországi LTC-rendszer	93
1.1 A rendszer áttekintése.....	93
1.2. A szükségletek felmérése.....	94
1.3. A rendelkezésre álló LTC-szolgáltatások	95
1.3.1. Milyen szolgáltatások?.....	95
1.3.2. Ki jogosult?	95
1.4 Irányítás és szervezés (a különböző aktorok szerepe).....	95
1.5. LTC-integráció	96
1.5.1. Integráció az LTC-rendszeren belül.....	96
2. Finanszírozás	96
3. Az LTC iránti kereslet és kínálat	97
3.2. Az informális és formális gondozás szerepe az LTC-rendszeren belül (beleértve a pénzbeli ellátások szerepét is)	99
3.3. Az informális gondozás iránti kereslet és kínálat	99
3.4. Piaci szerződéseken alapuló gondozás iránti kereslet és kínálat	100
3.5. Házi segítségnyújtás	102
4. LTC-szakpolitika	103
4.1. Szakpolitikai célok.....	103
4.2. Integrációs politika	103
4.3. A közelmúlt reformjai és a jelenlegi szakpolitikai vita.....	103
4.4 Az LTC-rendszer kritikai értékelése.....	104
Irodalom	105

Előszó

Az olvasó az Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF2009) adatainak hasznosításával készült újabb kötetet tartja kezében. Az összeállítás öt tanulmánya a témaválasztásokat tekintve sokszínű, de mindegyikre jellemző, hogy vizsgálódásuk kiterjed az egészségügyi, illetve a szociális ellátórendszerre.

Bényi Mária, Kéki Zsuzsa és Rákos-Zichy Péter dolgozatában az ELEF2009 adatai alapján mutatják be a 15 éves és idősebb lakosság sérüléssel járó baleseteit azok fajtája és súlyossága szerint. A szerzők felhívják a figyelmet arra, hogy hazánk a balesetek gyakoriságát tekintve európai összehasonlításban kirívóan kedvezőtlen helyzetben van. A balesetek ellátása jelentős terhet ró az egészségügyi ellátórendszerre, és a szerzők az ELEF2009 adatai alapján részletes becslést adnak ennek nagyságáról.

Vitrai József tanulmányában azt vizsgálja, hogy az egészségügyi ellátás igénybevételét hogyan befolyásolja a szükséglet és a jövedelmi helyzet. Az egyenlőtlenségek elemzése a Világbank szakértői által kifejlesztett többváltozós statisztikai modell alapján, annak használatát biztosító szabadon letölthető programmal (ADePT) történt.

Fejes László, Miholecz Zita Tímea és Restyánszkiné Jaczkó Valéria, a KSH Miskolci Igazgatóságának munkatársai részletes áttekintést adnak az egészségi állapotban és az egészségügyi ellátórendszer igénybevételében mutatkozó regionális különbségekről, azok összefüggéséről a régiók gazdasági teljesítőképességével. Tanulmányukba az ELEF2009-adatokon kívül intézményi adatgyűjtésekből nyert statisztikai mutatókat is bevontak.

Orosz Éva és Németh Renáta elemzése elsősorban arra keresi a választ, hogy az egyének egészségügyre fordított közvetlen kiadásai mekkora terhet jelentenek a lakosság különböző helyzetű csoportjaiban, valamint, hogy a lakosság életkora, egészségi állapota és anyagi helyzete hogyan befolyásolja az egészségügyre fordított kiadás nagyságát és azok egyes összetevőit.

Czibere Károly és Gál Róbert Iván tanulmánya egy nemzetközi összehasonlító projekt számára készült, ami az európai idősgondozási rendszerek osztályozására, az egyes típusok hatékonyságának összehasonlító elemzésére és költség-előrejelzésre vállalkozott. Az egyes országok intézményrendszereinek leírásai egységes szabályok alapján készültek. A dolgozat foglalkozik a szakpolitika stratégiai kérdéseivel, az egyes ellátási formák minőségével és rámutat a szolgáltatásokhoz való alacsony hozzáférés főbb okaira.

A szakcikkek adatforrásául szolgáló ELEF2009 felmérésről az összefoglaló kiadványból lehet részletes tájékoztatást kapni, ami az adatfelvétel részletein túl annak legfontosabb eredményeit is tartalmazza.

Sérüléssel járó balesetek a 15 évnél idősebb lakosság körében

1. Bevezetés

Balesetekről többnyire szenzációs események kapcsán értesülünk, akkor is főleg a közlekedési balesetek kapcsán. Sajnos az egészségügy is kevésbé foglalkozik a balesetek népegészségügyi jelentőségével. Hazánkban eddig egyetlen népegészségügyi programban sem említették meg a baleset-megelőzést. Az utóbbi időben a WHO 2005. évi határozata (*Regional Committee resolution EUR/RC55/R9 on Prevention of Injuries in the WHO European Region*) és az EU 2007. évi javaslata (a Tanács ajánlása /2007. május 31./ a sérülések megelőzéséről és a biztonság elősegítéséről /2007/C 164/01/) alapján némi változás történt: az Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központban 2010-ben elkészült a baleset-megelőzés átfogó stratégiája (Bényi 2010), az Országos Gyermekégeszségügyi Intézetben pedig a fiatalok balesetek megelőzésére szolgáló akcióterv (Páll 2009).

Az alábbiakban lássunk néhány tény az európai baleseti helyzetről. Az adatok forrása a 2009-ben Bécsben megjelent *Injuries in the European Union Statistics Summary, 2005–2007* című kiadvány.

Évente 250 000 ember veszíti életét baleset következtében az Európai Unióban. A halálozást tekintve a véletlen balesetek vagy az erőszakos események a negyedik helyen állnak a rangsorban az európai országokban. Minden második percben történik halálos kimenetelű baleset az Európai Unióban. Az egyes országok közötti halálozási különbségek azt mutatják, hogy ha minden ország Hollandiához hasonló mértékben meg tudná előzni a baleseteket,¹ akkor évente 100 000 életet lehetne megmenteni. Ez az adat is jól mutatja, hogy a balesetek nem törvényszerűek, azokat „jó gyakorlatokkal” bizonyítottan meg lehet előzni.

Hazánkban a szív- és érrendszeri, daganatos és emésztőszervi halálozást követi az ún. külső okok miatti halálozás; ennek kétharmada véletlen baleset, egyharmada erőszak vagy önsérítés (Bényi 2010) következménye. Az 1–45 éves korosztályban a balesetek vezetnek a haláloki listát. A potenciálisan elveszített életévek tekintetében a balesetek – a nagyszámú fiatalok halálozása miatt – az 1 év feletti korosztályban vezető helyen állnak.

Az Európai Unió 15 fejlettebb országához képest, de a teljes EU-hoz viszonyítva is Magyarország jelentékeny többséggel rendelkezik a külső okokra visszavezethető halálozás terén (1. ábra). Míg Európa nyugati részén az 1970-es évektől egyenletes csökkenés következett be a baleseti halálozásban, addig ugyanez hazánkról nem mondható el, még az 1990-es évek elején is kiugrás volt tapasztalható. Az utóbbi évtizedben nálunk is szembetűnő a mérséklődés, azonban az EU-15 országaihoz képest négyszeres a baleseti és erőszakos halálozási arány. Az EU-15-országok eredménye mögött hosszú évek következetesen megvalósított baleset-megelőzési politikája áll. A szomszédos Ausztriában például az 1970-es évek elején magasabb volt a külső okokra visszavezethető halálozás, mint Magyarországon, azóta azonban a javulás e téren évről évre észlelhető: bár jelenleg sem éri el az EU-15 átlagát, az 1990-es évek közepétől az EU-25-ök átlagához közel van nálunk is a baleset és erőszak miatti halálozási arány.²

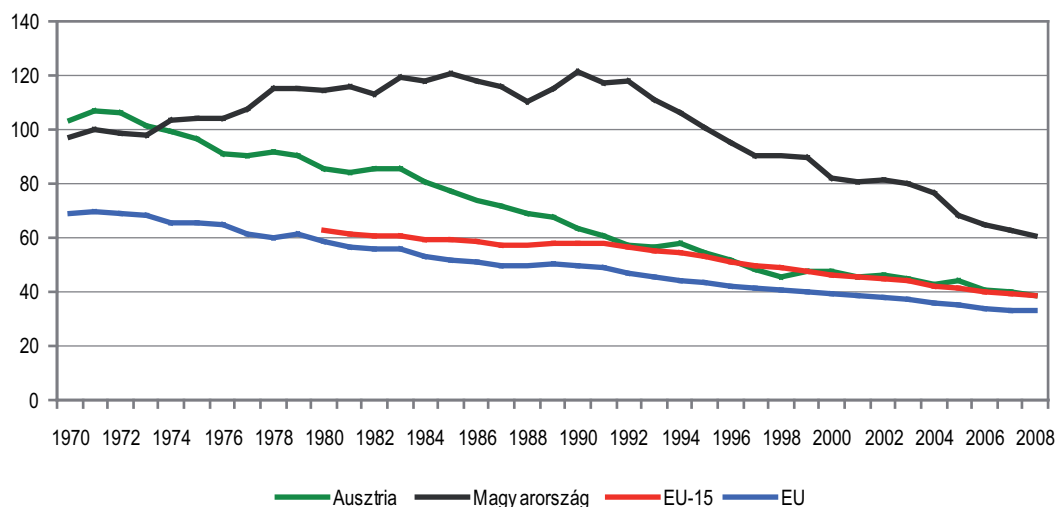
* Budapest Főváros Kormány Hivatala Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

**Jézus Társasága Magyarországi Rendtartománya

¹ Hollandia a legsikeresebb ország baleset-megelőzés terén az Európában.

² EU-15: 2004 előtti tagországok; EU-25: az összes tagország, a 2004-ben csatlakozott közép-kelet európai 10 állammal együtt.

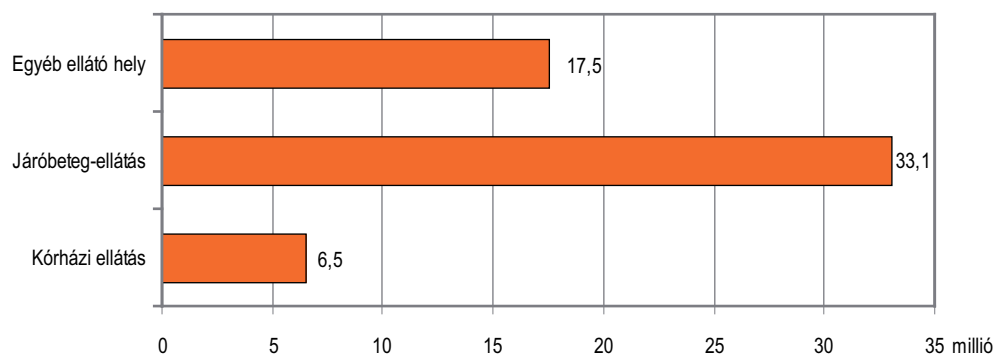
Külső okokra visszavezethető halálozások* száma százezer lakosra az EU-15 és az EU-25 országaiban és Magyarországon 1970 és 2010 között



* A külső okokra visszavezethető halálozás ugyan egy komplex mutató, amelyben az erőszak és véletlen körülmények együttesen szerepelnek, azonban a tendenciát jól érzékelteti.
 Forrás: WHO, Health For All (HFA) adatbázis, Koppenhága, 2009.

A halálozási adatok mellett az egészségügyi ellátási adatok is kifejezik a sérülések súlyát. Az Európai Unióban az ún. IDB (Injury DataBase) -adatgyűjtés alapján kétévenként tesznek közvéleményes jelentést a véletlen balesetekről és az erőszakos eseményekről. A legutóbbi 2009-ben jelent meg, ez a fentebb említett kiadvány, amelyből kiderül, hogy az összes baleseti ellátást igénylő eset évente mintegy 60 millió, tehát az Európai Unió 500 milliós lakosságának több mint 10%-át érinti. A baleseti ellátás szintere utal a súlyosságra is.

Az egészségügyi ellátást igénylő véletlen balesetek száma az egyes egészségügyi ellátó helyeken* az Európai Unióban, 2009



* A 2. ábrán „egyéb ellátó hely” alatt értendő minden egészségügyi ellátó, ami a kórházin és a járóbeteg szakellátáson kívül esik, például az alapellátás, a foglalkozás-egészségügyi ellátás, mentők.
 Forrás: 2009-report. Injuries in the European Union Statistics Summary, 2005–2007. Vienna, 2009.

A kórházi és járóbeteg-szakellátási adatokat az Országos Egészségbiztosítási Pénztár adatbázisából hazánkban is ismerhetjük. Éves szinten mintegy 150–200 000 fő jelenik meg sérülés következtében kórházban (az egészségügyi finanszírozás adatai ugyan tartalmaznak torzító tényezőket, és a baleset körülményeiről sem tájékoztatnak kellő részletességgel, ennek ellenére a legtöbb információt jelenleg ebből a forrásból tudjuk megszerezni). A kórházi adatok azt mutatják, hogy égési sérülések, mérgezések a gyermekkorban, esések főleg a 65 év feletti korosztályban jellemzőek, a közlekedési balesetek pedig a középgenerációt érik legnagyobb számban (Bényi 2010).

Arról, hogy hányan kapnak baleset miatt segítséget orvostól, vagy más, egészségügyi szakdolgozótól, nem rendelkezünk rendszeres adatgyűjtéssel; mint ahogy arról sem, hány olyan embert ér évente baleset, aki nem vesz igénybe egészségügyi szolgáltatást.

Ez utóbbi két kérdésre a lakossági egészségfelmérésekből kaphatunk képet. A 2009. évi felmérésben két kérdésre válaszolt a 15 éves és idősebb lakosság:

- 1./Az elmúlt 12 hónapban volt-e valamilyen sérüléssel járó balesete (a mérgezéseket és a mások által okozott sérüléseket is beleértve)?
- 2./A balesete miatt igénybe vett-e valamilyen egészségügyi ellátást?

Amennyiben az utóbbi kérdésre „igen” választ érkezett, a következő lehetőségek közül választhattak a megkérdezettek:

Igen, elment orvoshoz vagy más egészségügyi szakdolgozóhoz.

Igen, sürgős kórházi ellátást kapott.

Nem volt szükség orvosi ellátásra vagy beavatkozásra.

A baleseteket 4 kategóriába sorolhatták be a válaszadók:

- 1./közúti közlekedési,
- 2./ munkahelyi,
- 3./iskolai,
- 4./otthoni és szabadidős tevékenység közben történt.

A kérdőívhez tartozó Útmutatóban a következő fogalmak segítették az egységes értelmezést:

Sérülés: a test szöveteiben külső, fizikai behatásra bekövetkezett folytonossághiány. A fizikai hatást a mechanikus erőbehatástól elkezdve (pl. áramütés, maró anyag) bármi más okozhatja. Értelemszerűen ez a belső szövetekben bekövetkezett folytonossághiányra is vonatkozik, ami kívülről nem mindig látható, mint például az úgynevezett zárt csonttörés esetében.

Ha 12 hónapon belül egy-egy balesettípus többször is előfordult (pl. több alkalommal volt otthoni balesete), akkor a válaszadásnál a legsúlyosabbat kell figyelembe venni.

Ha a páciens több ellátási formában is részesült a sérülés/baleset miatt, akkor mindig az elsőket kell figyelembe venni (ha pl. először kórházi ellátást kapott, utána még szakorvoshoz is elment, akkor „sürgős kórházi ellátást” kell jelölni).

Ha sérülés/baleset után mentők látták el, de utána nem volt szükség további kezelésre, akkor is a „sürgős kórházi ellátást” kell kódként beírni.

A baleset fogalmát és az egyes balesettípusok jelentését is érdemes tisztázni, mielőtt az adatokat bemutatnánk:

Baleset az emberi szervezetet ért olyan egyszeri külső hatás, amely a sérült akaratától függetlenül, hirtelen vagy aránylag rövid idő alatt következik be, és sérülést, mérgezést vagy más (testi, lelki) egészségkárosodást, illetőleg halált okoz.³

Munkabaleset: az a baleset, amely a munkavállalót a szervezett munkavégzés során vagy azzal összefüggésben éri, annak helyétől és időpontjától és a munkavállaló (sérült) közrehatásának mértékétől függetlenül.

A munkavégzéssel összefüggésben következik be a baleset, ha a munkavállalót a foglalkozás körében végzett munkához kapcsolódó közlekedés, anyagvételezés, anyagmozgatás, tisztálkodás, szervezett üzemi étkezés, foglalkozás-egészségügyi szolgáltatás és a munkáltató által nyújtott egyéb szolgáltatás stb. igénybevétele során éri.⁴ Ehhez képest a munkahelyi baleset – amely a kérdőíven szerepel – nagyobb populációt (csoportot) érint, mert nemcsak a munkavállalók, hanem a magánvállalkozók (egyéni gazdálkodók) is szenvedhetnek a munkahelyükön balesetet.

³ 1993. évi XCIII., munkavédelmi törvény 87.§ (3)

⁴ 1993. évi XCIII., munkavédelmi törvény 87.§ (3)

Közlekedési baleset: a közlekedési tevékenységgel kapcsolatos váratlan, nem szándékosan előidézett olyan forgalmi esemény, amelynek következtében haláleset, illetve személyes sérülés történik, vagy anyagi kár keletkezik.⁵

Iskolai baleset:⁶ a tanulót az iskolában, annak létesítményeiben éri tanórán vagy tanórán kívül, illetve szervezett iskolai kötelezettségeinek teljesítése közben következik be a baleset.

2. Eredmények

Az Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF2009) szerint a 15 éves és idősebb lakosság 7,2%-a szenvedett egészségügyi ellátást igénylő balesetet a kikérdezést megelőző 12 hónapban. Ez 604 000 embert jelent. A férfiak sérülési aránya kissé magasabb, 7,7, a nőké 6,8%.

Összességében éves szinten magasabb a sérülést szenvedett nők száma, ami főleg annak következménye, hogy kétszer annyi idősebb korú nő él, mint férfi.

A korosztályok közül az átlagot meghaladja (11%) a 15–17 évesek baleseti sérülési aránya. A fiatalokon kívül a másik sérülékeny korosztály a 65 év felettieké, ahol 8%-os a balesetet szenvedettek aránya.

A fokozottan veszélyeztetett, rizikót vállalónak tartott 15–24 éves korcsoportban ért a legtöbb embert sérüléssel járó baleset (mintegy 110 000) egy éven belül, az idősödő és idős korosztályban (65 éves és idősebb) pedig 136 000 főt.

A baleseti sérültek aránya és száma régióként eltér (1. tábla).

1. tábla

Baleseti sérülések megoszlása régióként, 2009

Régió	Sérültek aránya, %	Sérültek becsült száma
Közép-Magyarország	7,3	180 800
Közép-Dunántúl	5,8	53 400
Nyugat-Dunántúl	9,9	83 600
Dél-Dunántúl	8,9	71 100
Észak-Magyarország	7,3	73 500
Észak-Alföld	6,0	73 700
Dél-Alföld	6,1	67 800

2.1. Közlekedési balesetek

Közúti közlekedési baleset a teljes 15 éves és idősebb lakosság 1,6%-át érte (férfiak:1,4%; nők: 1,7%), összesen mintegy 134 000 főt.

A 15–17 évesek közül mintegy 5000 fiatalat ért közlekedési balesetből eredő sérülés; a 65 éves és idősebbek közül pedig 20 000 főt.

A válaszok azt mutatják, hogy az összes közlekedési baleseti sérült 27%-a ment el orvoshoz (mintegy 36 000 fő), 38%-a kapott sürgős kórházi ellátást (mintegy 50 000 fő). Nem igényelt egészségügyi ellátást a közúti közlekedési balesetet elszenvedők 35%-a.

Jelentős az eltérés az igénybevevők között: a férfiak 51, a nők 23%-a nem keresett fel egészségügyi intézményt a közlekedési baleset után.

Az egyes régiók közlekedési baleset miatti egészségügyi ellátás igénybevételét a 2. táblában mutatjuk be.

⁵ Magyar statisztikai évkönyv. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2003

⁶ Az OGYEI javaslata a balesettípus meghatározására.

2. tábla

Közlekedési balesetek aránya, száma és az egészségügyi ellátás igénybevétele régiók szerint, 2009

Terület	Közlekedési baleseti sérültek aránya, %	Közlekedési baleseti sérültek becsült száma	Orvos vagy más egészségügyi szakdolgozó által ellátottak aránya, %	Orvos vagy más egészségügyi szakdolgozó által ellátottak becsült száma	Sürgős kórházi ellátásban részesültek aránya, %	Sürgős kórházi ellátottak becsült száma
Országosan	1,6	133 800	27,2	36 300	37,9	50 700
Közép-Magyarország	1,7	42 200	38,0	16 000	30,4	12 800
Közép-Dunántúl	1,1	10 100	20,1	2 000	47,0	4 800
Nyugat-Dunántúl	1,5	12 700	41,5	5 200	22,8	2 900
Dél-Dunántúl	3,4	27 200	12,1	3 300	36,0	9 800
Észak-Magyarország	1,2	12 200	10,3	1 300	71,0	8 600
Észak-Alföld	1,3	16 000	37,0	5 800	35,0	5 600
Dél-Alföld	1,2	13 400	20,1	2 700	46,2	6 200

2.2. Munkahelyi balesetek

A teljes vizsgált populációra vonatkozóan a munkahelyi balesetek aránya 1,3% (férfi: 1,7%, nő: 1%). A 18–64 éves korcsoportban az arány 1,7%. A munkahelyükön sérült férfiak száma 66 000 fő, a nőké 44 000, tehát összesen mintegy 110 000 személyt érint ez a baleseti kör. A munkahelyi balesetek miatt sérültek 15%-ának nem volt szüksége semmilyen egészségügyi ellátásra.

A sérültek közül mintegy 55 000 fordult orvoshoz vagy más egészségügyi szakdolgozóhoz. Ezen felül sürgős, kórházi ellátást igénybe vevők becsült száma 37 000 fő egyetlen év alatt. A kórházi ellátás igénybevételeinek területi megoszlása a 3. táblában látható.

3. tábla

Munkahelyi balesetek miatt kórházi ellátást igénylők becsült száma régióként, 2009

Régió	Kórházi ellátást igénybevevő munkahelyi baleseti sérültek
Közép-Magyarország	5 700
Közép-Dunántúl	3 900
Nyugat-Dunántúl	2 000
Dél-Dunántúl	8 100
Észak-Magyarország	6 400
Észak-Alföld	8 900
Dél-Alföld	2 100

2.3. Sérüléssel járó otthoni balesetek

Az összes baleset közül háztartási baleset éri a legtöbb embert. A felmérés szerint a 15 éves és idősebb korosztály 4,2%-ának, mintegy 352 000 főnek volt az elmúlt 12 hónapban olyan balesete a háznál vagy ház körül, aminek következtében meg is sérült. A nők nagyobb arányban (4,7%) és nagyobb számban (210 000) érintettek, mint a férfiak (3,6%, 140 000). Az arány 3:2.

Átlagon felül éri háztartási baleset a 15–17 éveseket (4,8%), illetve a 65 éves és idősebb korcsoport tagjait (7%).

Az összes háztartási baleset 22%-a nem volt jelentős, a sérülést otthon ellátták.

A háztartási balesetet követően 42% azok aránya, akik orvos vagy más egészségügyi szakdolgozó segítségét vették igénybe, és 37% kapott sürgős és/vagy kórházi segítséget sérülése ellátására. Számszerűen ez az alapellátásban 147 000, míg a kórházi és sürgősségi ellátásban közel 130 000 főt jelent.

Látható, hogy az idős emberek közül kerülnek legtöbben kórházba. Arányuk 51%, számuk meghaladja a 60 000 főt. Tehát a teljes kórházi ellátást igénylők közel felét idős emberek teszik ki a háztartási balesetek kategóriájában (4. tábla).

4. táblázat

Az otthoni balesetek és az egészségügyi ellátás igénybevétele nemenként és korcsoportonként, 2009

Nem és korcsoport	Otthoni balesetet szenvedettek aránya, %	Otthoni balesetet szenvedettek becsült száma	Orvos vagy egészségügyi szakdolgozó által ellátottak aránya, %	Orvos vagy egészségügyi szakdolgozó által ellátottak becsült száma	Kórházi, sürgősségi ellátásban megjelentek aránya, %	Kórházi, sürgősségi ellátásban megjelentek becsült száma
Összesen	4,2	351 800	41,7	146 800	36,8	129 500
Férfi	3,6	140 700	37,2	52 600	43,9	62 000
Nő	4,7	211 100	44,6	94 100	32,0	67 500
15–17 éves	4,8	12 200	74,6	9 100	10,7	1 300
18–34 éves	2,6	60 400	38,2	23 100	33,4	20 200
35–64 éves	3,9	160 000	48,7	78 000	29,1	46 700
65–	7,0	119 200	30,6	36 500	51,4	61 300

Az összes kórházi ellátási igény harmada ebben a baleseti csoportban Közép-Magyarországon jelentkezik (5. tábla).

5. tábla

Az otthoni balesetek aránya, száma és az egészségügyi ellátás igénybevétele regionális bontásban, 2009

Régió	Otthoni balesetet szenvedettek aránya, %	Otthoni balesetet szenvedettek becsült száma	Orvos vagy egészségügyi szakdolgozó által ellátottak, %	Orvos vagy egészségügyi szakdolgozó által ellátottak becsült száma	Kórházi, sürgősségi ellátásban megjelentek aránya, %	Kórházi, sürgősségi ellátásban megjelentek becsült száma
Közép-Magyarország	4,5	112 300	33,1	37 100	37,8	42 500
Közép-Dunántúl	2,3	21 500	43,5	9 400	38,4	8 300
Nyugat-Dunántúl	4,7	39 900	49,3	19 700	38,7	15 500
Dél-Dunántúl	5,4	43 500	37,9	16 500	35,6	15 500
Észak-Magyarország	3,8	38 600	44,6	17 300	49,5	19 100
Észak-Alföld	3,6	44 600	50,0	22 300	19,5	8 700
Dél-Alföld	4,6	51 400	47,5	24 500	38,7	19 900

2.4 .Szabadidős balesetek

A szabadidőben bekövetkező balesetek igen széles kört ölelnek fel. Egy részük feltehetően sportolás közben történik, más részük kirándulás, üdülés során. A szabadidő eltöltésébe beletartozik a táncolás és egyéb vigasságok is.

A „hasznos” szabadidő-eltöltések körébe sorolható a kertészkedés, amennyiben hobbiként űzi az ember.

A kapott adatokból sajnos ezeket a részleteket nem ismerjük meg. Azt azonban láthatjuk, hogy az összes szabadidős baleset a 15 évesnél idősebbek 2,6%-át érinti, 218 000 főt. A férfiak aránya (3,8%) több mint kétszeres a nőkhöz képest (1,6%).

A balesetet szenvedettek 21%-a nem fordult egészségügyi ellátó rendszerhez. Fele az alapellátást, további 30%-a pedig a kórházi, sürgősségi ellátást vette igénybe a sérülést követően (6. tábla). Ez utóbbiak becsült száma 63 000 fő.

6. tábla

Szabadidős balesetek aránya, száma és az egészségügyi ellátás igénybevétele nemenként és korcsoportonként, 2009

Nem és korcsoport	Szabadidős balesetek becsült aránya, %	Szabadidős balesetek becsült száma	Orvos vagy egészségügyi szakdolgozó által ellátottak, %	Orvos vagy egészségügyi szakdolgozó által ellátottak becsült száma	Kórházi, sürgősségi ellátásban megjelentek aránya, %	Kórházi sürgősségi ellátást igénybe vevők becsült száma
Összesen	2,6	218 200	50,4	110 200	28,7	62 900
Férfi	3,8	147 600	53,0	78 000	28,8	42 600
Nő	1,6	70 600	45,0	32 200	28,5	20 300
15–17 éves	4,6	12 100	55,9	6 700	29,8	3 600
18–34 éves	4,8	111 900	43,5	48 700	28,8	32 300
35–64 éves	1,7	69 900	61,0	42 700	26,4	18 600
65–	1,4	24 300	49,7	12 100	34,6	8 400

A szabadidős balesetek aránya és száma jelentős eltérést mutat régióként (7. tábla). Dél-Alföldön 1,5, Nyugat-Dunántúlon 4,4 a szabadidős balesetek aránya. 22 és 38% között változik a kórházi ellátás igénybevétele is (a legkisebb arány Közép-Magyarországon, a legnagyobb Észak-Magyarországon van).

7. tábla

Szabadidős balesetek és az egészségügyi ellátás igénybevétele régiós megoszlása, 2009

Régió	Szabadidős balesetek becsült aránya, %	Szabadidős balesetek becsült száma	Orvos vagy egészségügyi szakdolgozó által ellátottak aránya, %	Orvos vagy egészségügyi szakdolgozó által ellátottak becsült száma	Kórházi, sürgősségi ellátásban megjelentek aránya, %	Kórházi sürgősségi ellátást igénybe vevők becsült száma
Közép-Magyarország	2,9	71 900	55,1	39 600	22	15 800
Közép-Dunántúl	3,1	28 600	47,2	13 500	29,3	8 400
Nyugat-Dunántúl	4,4	37 200	49,4	18 400	31,9	11 900
Dél-Dunántúl	1,9	15 200	48	7 300	33	5 100
Észak-Magyarország	1,9	19 100	45,8	8 800	38,4	7 400
Észak-Alföld	2,4	29 500	46	13 600	32,1	9 500
Dél-Alföld	1,5	16 700	54,2	9 000	28,3	4 800

2.5. Iskolai balesetek

Az iskolai balesetek 16 000 főt érinthetnek e felmérés szerint (ez töredéke az összes oktatási intézményben bekövetkezett balesetnek, hiszen csak a 15–24 éves korosztályba esőket vizsgáljuk). A legtöbb iskolai baleset a 15–19 éves (középiskolás) csoportból adódik (12 500 fő), a 20–24 évesek között további 3500 főre becsüljük azoknak a számát, akik oktatási intézményben sérültek meg.

Az összes sérült 14%-a nem jelenik meg az egészségügyi ellátásban (~2600). A többség 52% azt vette igénybe (mintegy 10 000 fő), 34%-a sürgős, kórházi ellátásra szorult (kb. 6400 fő).

3. Megbeszélés

Magyarországon a 15 éves és idősebb korosztályban az ELEF2009 alapján 604 000 azoknak a száma, akik baleset miatt egészségügyi ellátást igénylő sérülést szenvedtek 12 hónap alatt.

Ha figyelembe vesszük, hogy egy ember többfajta sérülést is szerezhethet egy éven belül, akkor a balesetek száma ennél magasabb lesz: mintegy 814 000 (még így is alábecsült értéket kapunk annak következtében, hogy egy baleseti típuson belül csak egy, a legsúlyosabb balesetet rögzítettük). A balesetek egy éven belüli ismétlődésére a 2006. évi HBSC⁹-kutatásban (Páll 2007) találunk adatokat a 9. és 11. osztályosokra vonatkozóan, amiket a 8. táblában tüntetünk fel. Bár az ELEF célsokaságához képest ezek az adatok egy nagyon szűk csoportra vonatkoznak, mégis jól illusztrálják, hogy egy évet figyelembe véve a balesetek száma jelentősen meghaladja a balesetet szenvedetteket.

8. tábla

Az adatfelvételt megelőző 12 hónapban egészségügyi ellátást igénylő balesetet elszenvedett tanulók aránya nem és évfolyam szerint, 2006

(%)

Évfolyam	Balesetek száma											
	1			2			3			4 vagy több		
	összes	fiú	lány	összes	fiú	lány	összes	fiú	lány	összes	fiú	lány
9.	23,3	22,8	23,6	9,0	9,2	8,9	3,4	5,0	1,9	4,8	7,5	2,4
11.	17,1	19,2	15,1	9,4	11,2	7,6	3,9	5,2	2,6	4,8	7,1	2,4

Forrás: serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja, 2006. évi felmérés.

A 2003. évi Országos lakossági egészségfelmérés (OLEF2003) alapján az orvosi ellátást igénylő balesetek aránya a felnőtt (18 év feletti) lakosság körében 9,1% volt (738 000 fő) – a férfiaknál 11, a nők körében 7,8%.¹⁰ Ehhez képest a teljes lakosságra vonatkozó arány 2009-ben alacsonyabb (férfiak: 7,7%, nők: 6,8%), azonban a balesetek száma összességében nem csökkent (814 000).

2003-ban körülbelül 150 000 volt a közlekedési baleseti sérültek becsült száma. A munkabalesetekben 160 000, a háztartási balesetek során 280 000 főre becsültük a sérültek számát az akkori adatok alapján. A sport- és szabadidős, illetve egyéb nem azonosított baleset 7 évvel ezelőtt mintegy 140 000 volt.

Az előző, hasonló nagyságú felméréshez képest a közlekedési és munkabalesetek, továbbá a háztartási balesetek száma csökkent, viszont a szabadidős baleseteké nőtt. Az összehasonlítás nem lehet teljes értékű, részben azért nem, mert a populáció, amiből a mintavétel történt, a 15 évesektől kezdődik a korábbi felmérésben szereplő 18 évesek helyett. Nehezíti az összehasonlítást az is, hogy a baleseti csoportok nem teljesen azonosak a két mintavételben. Ezen túl a válaszadási lehetőség is kibővült a 2009. évi adatfelvételen.

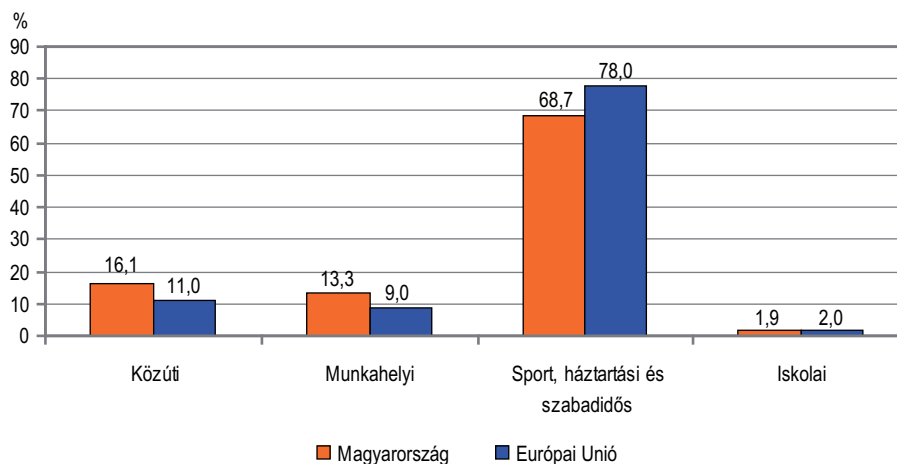
⁹ Health behaviour in school-aged children = iskolás korú gyermekek egészség-magatartása

¹⁰ Országos lakossági egészségfelmérés, OLEF2003 www.oefi.hu/olef/olef.html

Nemzetközi összehasonlításban azt látjuk, hogy az EU 2005–2007. évi adataihoz képest a 2009-es hazai adatfelvételben magasabb a közlekedési és munkahelyi balesetet elszenvedettek aránya, és alacsonyabb a sport- és szabadidős balesetek aránya. Az iskolai balesetek aránya gyakorlatilag megegyezik (3. ábra).

3. ábra

Az egyes baleseti típusok megoszlása a véletlen baleseteken belül az EU-ban és Magyarországon, 2009

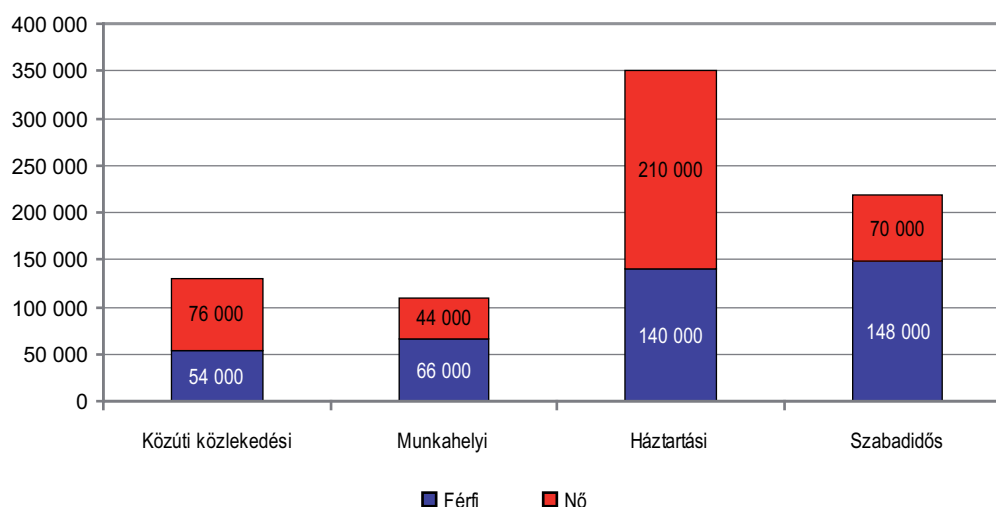


Forrás: EU-adatok: EU IDB, 2005–2007; magyar adatok: ELEF2009.

A férfiak és nők összességében közel azonos számban sérülnek (412 000 férfi, 402 000 nő), viszont az egyes baleseti típusok különböző mértékben érintik őket. A férfiak körében a munkahelyi és a szabadidős balesetek dominálnak, a nők esetén magasabb a közlekedési és háztartási balesetek száma (4. ábra). (Az iskolai baleseteket a továbbiakban nem elemizzük a teljes populációra nézve.)

4. ábra

Az egyes baleseti típusok nemenként száma 12 hónap alatt, 2009



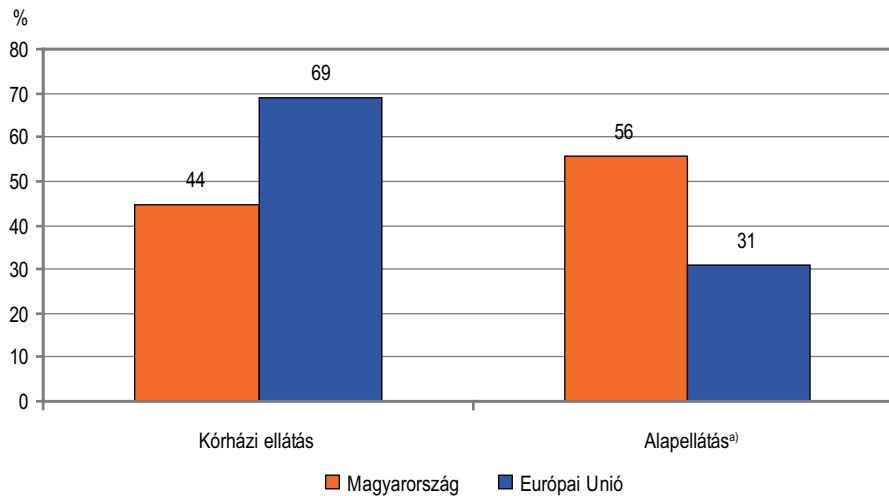
A balesetek súlyosságára utal, hogy hányan fordulnak egészségügyi ellátásért, és annak mely szintjét veszik igénybe. Az összes balesetet szenvedettek átlagosan 23%-a nem jelenik meg az egészségügyben. 43% azok aránya, akik az orvos vagy egészségügyi szakdolgozó segítségét veszik igénybe, illetve 34% kórházi, sürgősségi ellátásra szorul (a becült abszolút számok támpontot adhatnak a baleseti ellátás igénybevételéről: a 15 éves és idősebb korosz-

tályban orvosnál vagy egészségügyi szakdolgozónál 350 000 fő és a sürgős, kórházi ellátásban 280 000 fő jelenik meg egyéves intervallum alatt).

Azok körében, akik egészségügyi ellátást vesznek igénybe balesetek miatt, Magyarországon lényegesen alacsonyabbnak adódott a kórházi ellátást igénybe vevők aránya, mint azt az EU-statisztikák mutatják (5. ábra). Meg kell jegyezni, hogy az adatforrás nem azonos, tehát az összevetés csak tájékoztató jellegű. (Az EU-adatok 2005–2007-re vonatkoznak, a hazaiak 2008–2009-re.)

5. ábra

Az egészségügyi ellátás véletlen balesetek miatti igénybevétele, 2009



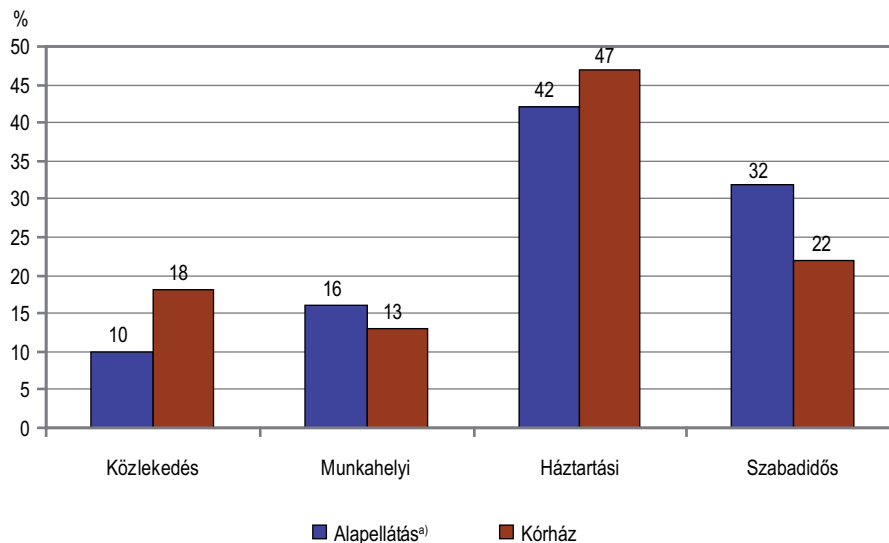
^{a)} Alapellátáson értjük jelen esetben az orvos vagy egészségügyi szakdolgozó által való ellátást.

A baleseti sérülések a WHO európai régiójában a kórházi ellátás költségéből összességében mintegy 8–10%-ot tesznek ki. A balesetek árát a kórházak szintjén 15 milliárd euróra becsülik. (Bár ez a közvetlen egészségügyi költségeknek is csak egy része, figyelemre méltó összeg. A megelőzési stratégiákban számolni lehet azzal, hogy 5–10%-os baleseti arány már milliárd eurós megtakarítást eredményezhet.)

Talán kevésbé köztudott, hogy a legtöbb baleset nem a közutakon, nem is munkahelyen történik, hanem a háztartásokban.

6. ábra

Az egyes baleseti típusok arányai az ellátás helye szerint, 2009



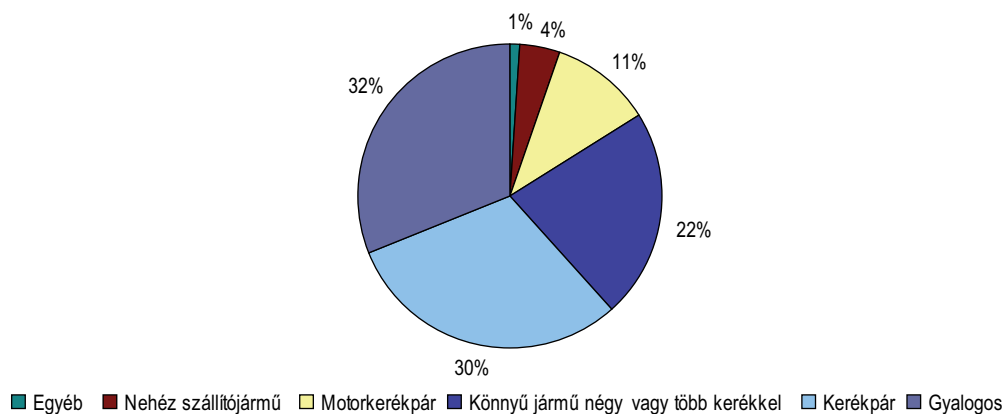
* Alapellátáson értjük jelen esetben az orvos vagy egészségügyi szakdolgozó által való ellátást.

Hazánkban az alapellátásban és a kórházi ellátásban a háztartási és a szabadidős balesetek vannak túlsúlyban (6. ábra). A közlekedési balesetek nagyobb súllyal és számban jelennek meg az ellátás magasabb szintjén, ami utalhat e balesettípus súlyosságára.

Az ELEF2009 adataiból nem derül ki, hogy az egyes baleseteket mi váltotta ki, sem az, hogy milyen testtáj sérült, illetve milyen jellegű volt a sérülés. Erre vonatkozóan a PHASE-projekt IDB-adatgyűjtésének eredményeiből közlünk adatokat.¹¹ Eszerint közlekedési balesetben legnagyobb arányban a gyalogosok sérülnek, de jelentős a kerékpárosok aránya is. Nem véletlen, hogy a gyalogosok és biciklisek is az ún. sérülékeny úthasználók csoportjába tartoznak (7. ábra).

7. ábra

Közlekedési balesetek a közlekedés módja szerint, 2010

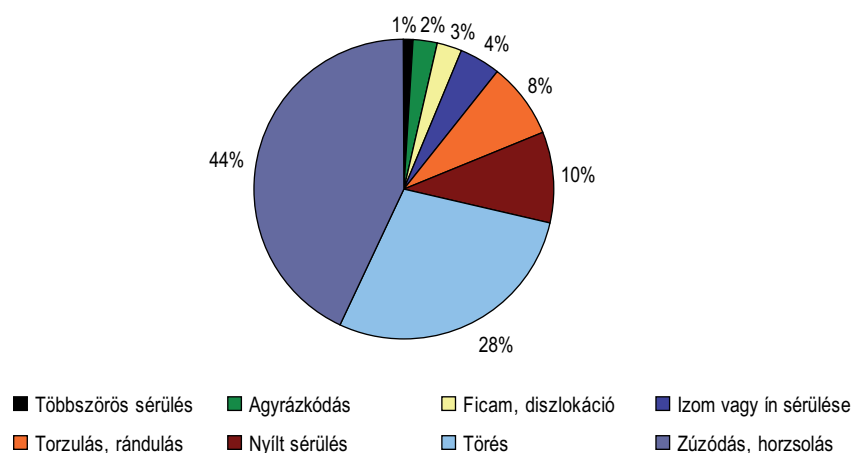


Forrás: PHASE-projekt IDB-adatbázis, 2010.

A magyar pilot-IDB-adatbázisból látható az is (8. ábra), hogy magas a zúzódás és horzsolás (44%), és viszonylag jelentős a törések aránya is közlekedési balesetek miatt. (Az adatgyűjtés a módszer bevezetése miatt tekintendő „pilot”-nak, csak egy régióban futott, és az egységes európai adatgyűjtést alapozta meg.)

8. ábra

Közlekedési baleset során szerzett sérülések, Magyarország, 2010



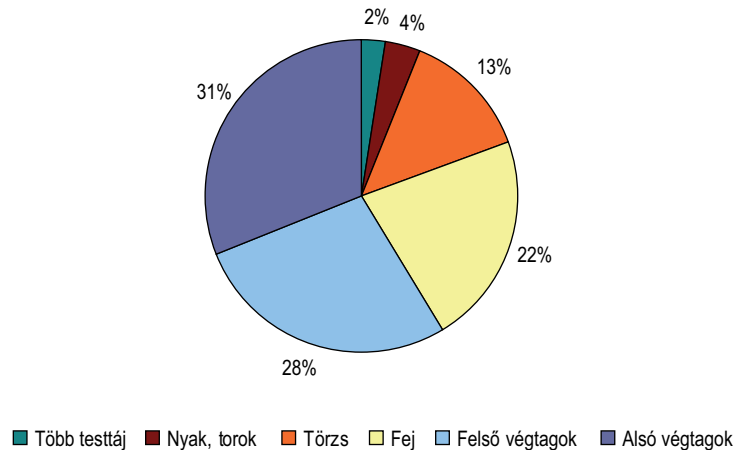
Forrás: PHASE-projekt, IDB-adatbázis, 2010.

¹¹ PHASE-project. Nr. 2006123.IDB-Injury database. Az EU baleseti adatgyűjtése, amelyben nemcsak a baleset típusa, de sérülés jellege és a sérült testrész is rögzítésre kerül. A magyar adatfelvétel, amelyet az OSZMK Nem fertőző betegségek epidemiológiája osztály koordinált, pilot jellegű volt: 2010-ben 8 Dél-Dunántúli kórházban végeztük. Összesen 12 640 adatot értékeltünk. IDB pilot project in Hungary www.epidemiologia.atw.hu

Ugyancsak a magyar IDB-adatfelvételtől láthatjuk, hogy a közlekedési balesetek leggyakrabban alsó-, illetve felsővégtag-sérüléssel járnak, azonban figyelemre méltó a fejsérülések aránya is (9. ábra). A baleset-megelőzési intézkedési tervek kidolgozásánál többek között erre is érdemes figyelni.

9. ábra

Közlekedési balesetekben megsérült testtájak, 2010

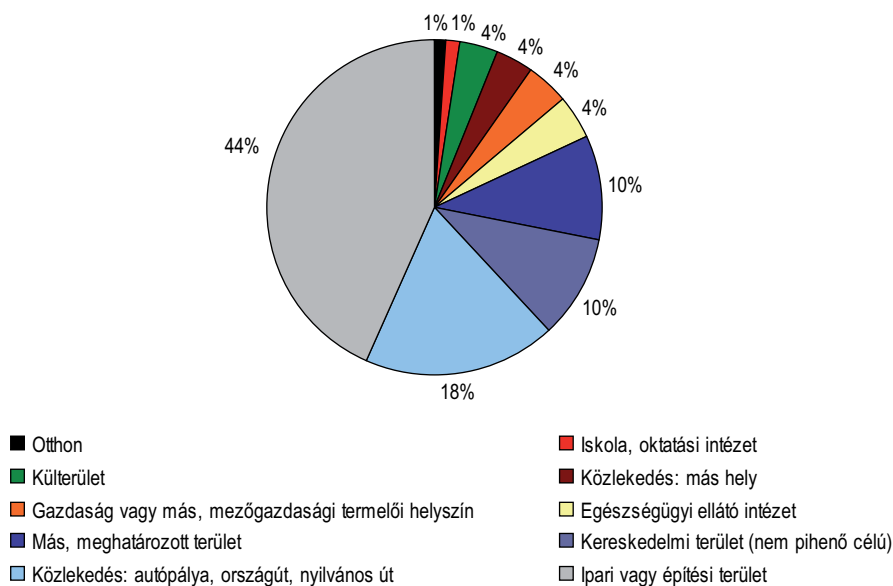


Forrás: PHASE-projekt, IDB-adatbázis, 2010.

A magyar IDB-adatfelvétel értékes kiegészítést ad a munkabalesetekre vonatkozóan is. Ezek szerint a kórházban megjelenők leggyakrabban ipari vagy építési területen sérülnek, de nem ritkák a közlekedésből eredő munkabalesetek sem (10. ábra).

10. ábra

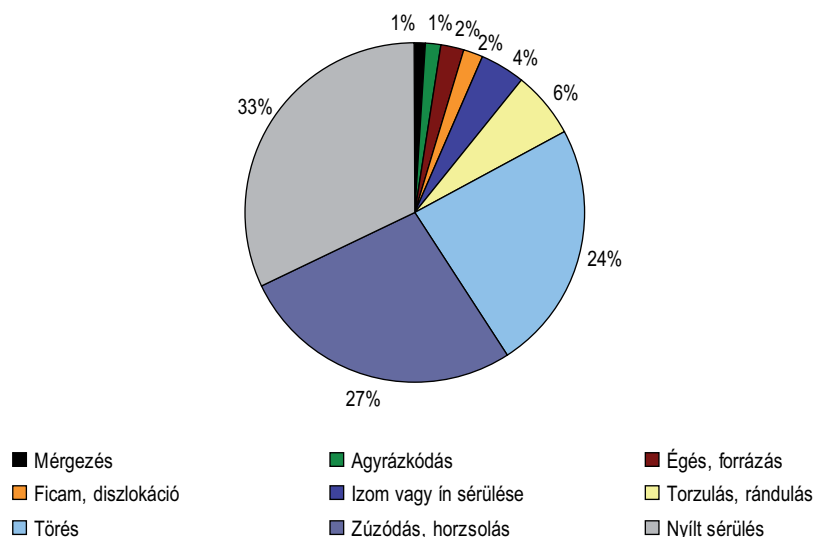
Munkabalesetek helyszín szerint, 2010



Forrás: PHASE-projekt, IDB-adatbázis, 2010.

A háztartásban a magyar IDB-felvétel szerint leggyakoribbak a nyílt sérülések (szúrás, vágás), illetve a zúzódások és horzsolások.

Háztartási balesetek típusai, 2010

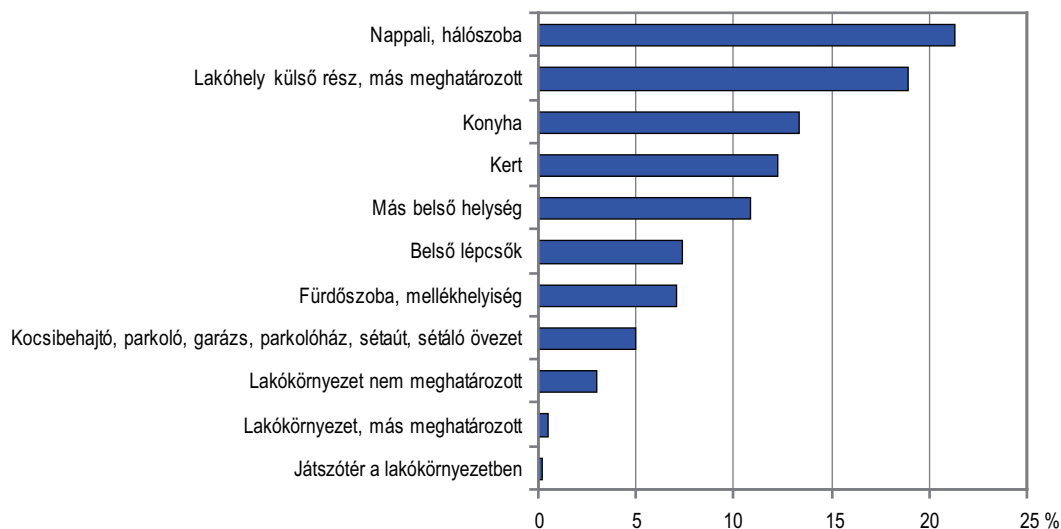


Forrás: PHASE-projekt, IDB-adatbázis, 2010.

Ugyancsak a magyar IDB-adatfelvétel szerint a háztartási balesetek leggyakoribb helyszíne a lakószoba (12. ábra). Az ellátottak 21%-a ott sérült meg. A hagyományosan balesetveszélyesnek tartott konyhában és fürdőszobában bekövetkező balesetek együttesen tesznek ki annyit, mint a lakószobai balesetek. Viszonylag sokan sérülnek a házon kívül (19%) és a kertben (12%) is.

12. ábra

Háztartási balesetek helyszín szerint, 2010



Forrás: PHASE-projekt, IDB-adatbázis, 2010.

Az akut problémákon túl érdemes odafigyelni a balesetek hosszú távú következményeire, a maradandó károsodásra is.

Az ELEF2009-nek arra a kérdésére adott válaszokból, hogy „Sérülés vagy baleset következtében szerzett-e maradandó fogyatékossgot?”, látható, hogy baleseti eredetű fogyatékossga a válaszadók 2,8%-ának van (számszerűen a 15 évesnél idősebb lakosság körében a balesetből eredő maradandó károsodás becsült értéke országosan 238 000 fő). Nagyobb arányban a férfiak (3,6%), a nőknek 2,2%-a érintett. A kor előrehaladtával az arány növekszik: a 15–17

éveseknél nem volt ilyen válaszadó. A 18–34 éveseknél 0,7, a 35–64 éveseknél 3,2, míg a 65 év felettiéknél 5,2%.

Az Európai Unióban jelenleg mintegy 3 millió embert tartanak nyilván baleset miatti rokkantként.

Az ismert halálozási, kórházi és járóbeteg-szakellátási adatokon túl az ELEF2009 hasznos információkkal egészítette ki és tette napra készvé tudásunkat a balesetek számát, fajtáját, egészségügyi ellátási igényét illetően. Külön érdeme, hogy azoknak a kevésbé súlyos eseteknek a számát is becsülni tudjuk, amelyek nem kívántak szakorvosi ellátást. Amennyiben a kérdéskör a továbbiakban is változatlan marad, lehetőség nyílik az EU-országok közötti összehasonlításra és a hazai változások nyomon követésére.

Az ELEF2009-ben szereplő kérdések nem adhatnak választ az egyes baleset-típusokon belüli pontosabb meghatározásra. Nem tudhatjuk például, hogy a közlekedési baleset hol, kinek a hibájából, milyen járművel, vagy jármű nélkül következett-e be, volt-e szerepe benne az alkoholnak stb. Ezek elemzésére más adatokat lehet használni, illetve a nyitott kérdésekben további kutatásokat szükséges végezni.

Irodalom

Bényi Mária (szerk.): Baleseti helyzetkép. Jó gyakorlatok. Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ, 2010. Budapest. <http://balesetmegeloz.atw.hu>

Páll Gabriella (szerk.): Nemzeti Gyermekek- és Ifjúságbiztonsági Akcióterv. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, 2009. www.ogyei.hu

Páll Gabriella (szerk.): Sérülések, balesetek. In: Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest, 2007. pp. 103-111

IDB pilot in Hungary. Eurosafe Alert, 2011. november, pp.7-8. www.erosafe.eu.com

Alert Vol. 6, issue 3 November 2011

Egyenlőtlenségek az egészségügyi ellátás igénybevételében az ELEF2009 adatai alapján

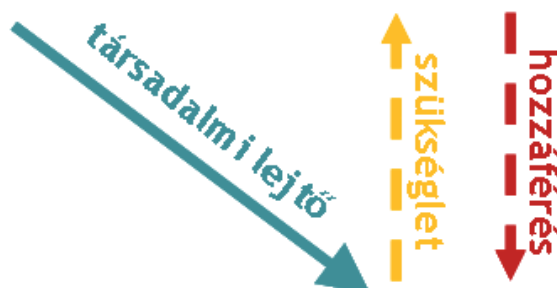
1. Bevezető

Az egészségügyegyenlőtlenség a társadalmi csoportok egészsége között kimutatható megváltoztatható és méltánytalannak (igazságtalannak) tartott különbség (Vitrai 2010). Méltánytalannak tartjuk például, ha betegek ellátása nem csak az ellátási szükségletüktől függ, hanem azt befolyásolja társadalmi helyzetük vagy lakóhelyük is. Ilyen esetben az ellátás horizontális egyenlőtlenségét állapíthatjuk meg. Amennyiben az ellátás csak a beteg állapotának függvénye, azaz az ellátás nem függ attól, hogy a beteget milyen diagnózissal kezelik, akkor vertikális egyenlőségről beszélhetünk.

Jól ismert tény, hogy az alacsonyabb szociális helyzetűek körében rosszabb az egészség, ezért körükben az ellátás gyakoribb igénybevétele várható. Ugyanakkor mivel az ellátáshoz való hozzáférést általában akadályozza a beteg rosszabb társadalmi-gazdasági helyzete, az ellátás igénybevételének valószínűsége a társadalmi lejtő mentén lefelé haladva csökken (1. ábra). Ezen ellenkező irányú összefüggések miatt az igénybevétel egyenlőtlenségeinek elemzése összetett feladat.

1. ábra

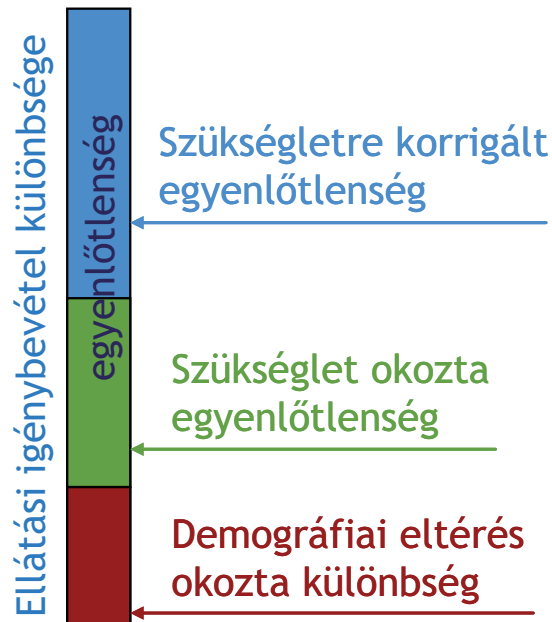
A társadalmi helyzet, az ellátási szükséglet és az ellátáshoz való hozzáférés összefüggése



Az egészségügyi ellátás igénybevételében a társadalmi csoportok között tapasztalható különbségekből – a fenti okok miatt – az ellátási szükséglet okozta különbségeket ki kell szűrni ahhoz, hogy az egyenlőtlenségeket elemezni tudjuk. „Amit általában egyenlőségnek tartanak (különböző társadalmi csoportok egyenlő ellátási igénybevétele), az ténylegesen egyenlőtlenség” – világítják meg ezt mások (Starfield 2011). Az eltérő ellátási szükséglet miatt fellépő különbségek ugyanis – *per definitionem* – nem tekinthetők méltánytalannak.² Hasonlóan nem igazságtalanok a nemi és életkori összetételben mutatkozó eltérés okozta különbségek sem. Az igénybevétel egyenlőtlenségeinek vizsgálatakor ezért az igénybevételben jelentkező különbségeket az ellátási szükségletre és a demográfiai eltérésekre korrigálni szükséges (2. ábra).

¹ Megjegyezzük, ezzel a megközelítéssel figyelmen kívül hagyjuk azokat a közvetett társadalmi-gazdasági hatásokat, amelyek az ellátási szükséglet kialakításában szerepet játszanak.

Az ellátási igénybevételben kimutatható jövedelmi különbség felbontása



Annak ellenére, hogy az igénybevétel egyenlőtlenségének elemzésekor a szükségletre korrigálás a fentiek szerint elengedhetetlen, továbbá az erre a célra kifejlesztett módszerek évek óta rendelkezésre állnak, még ma sem tekinthető magától értetődő eljárásnak (lásd pl. Masseria és Giannoni 2010). Az évtizedes erőfeszítések ellenére világszerte tapasztalható szegénység elleni küzdelem és súlyos egyenlőtlenségek csökkentése érdekében a Világbank e jelenségek tanulmányozására alkalmas statisztikai programot fejlesztetett ki.

E tanulmány célkitűzése részben a lakosság jövedelmi viszonyaihoz kapcsolható ellátási igénybevételében tapasztalható egyenlőtlenség leírása, részben pedig a kimutatható egyenlőtlenség lehetséges okainak feltárása volt a Világbank által elérhetővé tett szoftver segítségével.

2. Módszertan

Az egyenlőtlenségek összetett elemzésére a Világbank szakértői többváltozós statisztikai modellt és annak használatát biztosító szabadon letölthető programot (*Automated DEC Poverty Tables; ADePT*) fejlesztettek.³ A program egészségmodulja egyrészt az egészségi állapot, másrészt az igénybevétel jövedelem szerinti egyenlőtlenségeinek elemzését végzi el, és annak eredményét előre kialakított táblázatokban és ábrákon jeleníti meg. A modul felhasználójának – akár egy tartalomjegyzékből – lehetősége van kiválasztani, mely táblázatokra és ábrákra van szüksége, de az elemzés módja rögzített. Az elemzések elméleti hátterét, valamint a számítások leírását a Világbank által a programhoz kapcsolódó és ugyancsak ingyenesen letölthető, illetve online olvasható könyvek részletesen ismertetik, emiatt a tanulmányban alkalmazott elemzések statisztikai hátterét elegendő itt csupán vázlatosan bemutatni (O'Donnell és mtsai. 2008; illetve Wagstaff és mtsai. 2011)

2.1. Statisztikai modell

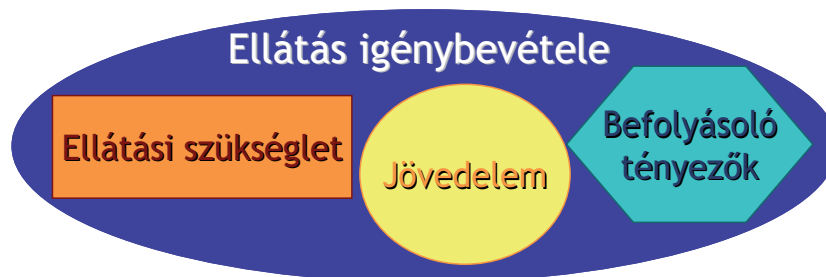
Az igénybevétel jövedelem szerinti egyenlőtlenségeinek elemzéséhez olyan lineáris regressziós modellt használtunk, amelyben az igénybevételt (kimeneti változó) az ellátási szükséglet-

² Letölthető: <http://econ.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTDEC/EXTRESEARCH/EXTPROGRAMS/EXTADEPT/0,,menuPK:7108381~pagePK:64168176~piPK:64168140~theSitePK:7108360,00.html>; elérve: 2011. szeptember 5.

tel és különböző társadalmi-gazdasági tényezőkkel (magyarázó változók) becsültük. A többváltozós lineáris regressziós modellben az ellátási szükséglet valamint a nem és az életkor *zavaró* változóként, a jövedelem *magyarázó* változóként, míg a többi társadalmi-gazdasági tényező *befolyásoló* (nem zavaró) tényezőként szerepelt (3. ábra). Az igénybevételben mutatkozó különbségeknek az ellátási szükséglettel nem korrigált részét tekinthetjük méltánytalannak, azaz egyenlőtlenségnek (ezt a 2. ábrán a kék sáv jelképezi).

3. ábra

Az igénybevétel elemzési modellje



A regressziós modell lehetővé teszi, hogy a megfigyelt egyenlőtlenség egy részét a jövedelemhez, másik részét a vizsgált befolyásoló tényezőkhez kapcsoljuk (a 3. ábrán a jövedelem által megmagyarázott egyenlőtlenséget a sárga kör által fedett, a befolyásoló tényezők által megmagyarázott varianciát a kék hatszög által lefedett terület jelképezi). Az elemzésbe bevont mutatókkal meg nem magyarázható maradék a regressziós becslés hibájaként jelentkezik (a 3. ábrán a nem lefedett sötétkék területek).

A szükségletre korrigálás egyrészt direkt, másrészt indirekt módszerrel történt. Míg az első esetben azzal a feltételezéssel élünk, hogy a jövedelmi ötödökben eltérő a standardizáló változó eloszlása (pl. az életkor), addig az indirekt módszer használatakor a teljes populációra azonos eloszlást feltételezünk. Másképpen: a direkt módszer alkalmazásával a jövedelmi ötödök alapján képzett csoportok átlagához, indirekt módszer esetében a teljes populáció átlagához viszonyított eltérést elemezzük. A két megközelítés elméletileg egyenértékű, az indirekt módszer azonban kissé nagyobb értéket ad, hiszen a jövedelmi ötödök alapján képzett csoportok átlagai közötti eltérést is beleszámítja az egyenlőtlenségbe. Emiatt az elemzés során az indirekt standardizálás eredményét értelmeztük. Mindkét standardizáló módszer lineáris regressziószámítással történt, oly módon, hogy egyidejűleg a magyarázó és a befolyásoló változók is szerepeltek a becslésben. A regresszióval történő standardizálás eredményeképpen a magyarázó illetve a befolyásoló tényezők olyan hatását tudjuk kimutatni, amelyet akkor nyerünk, ha a standardizáló változó nem lenne hatással a vizsgált mutatóra. Egy példával élve, a korra, nemre standardizálással a jövedelemnek az igénybevételre való olyan hatását tudjuk kimutatni, ami minden korú és nemű egyenre általánosítható.

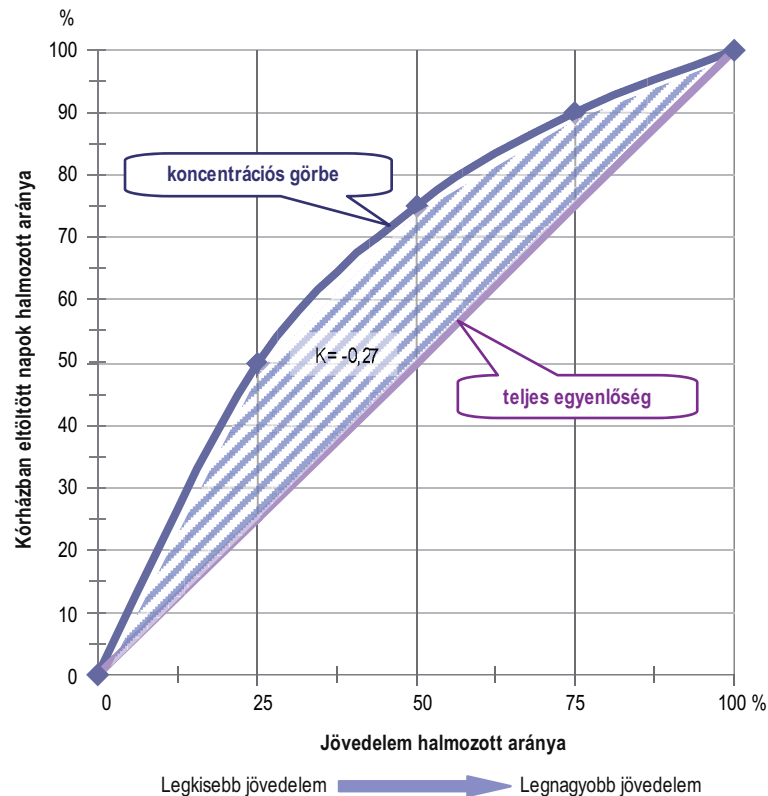
2.2 Egyenlőtlenség elemzése

Bár az ellátás igénybevételének egyenlőtlensége vizsgálható a jövedelmi ötödök szerint is (pl. a jövedelmi ötödök szerinti csoportokban a kórházi napok számának átlaga), ez a megközelítés csak részleges képet ad. A teljes jövedelmi eloszlás mentén tapasztalható igénybevételi egyenlőtlenséget a koncentrációs görbe, illetve az ennek alapján számított koncentrációs együttható írja le pontosan. A koncentrációs görbe azt mutatja meg, hogy az ellátási igénybevétel vajon aránytalanul halmozódik-e fel a kisebb vagy a nagyobb jövedelműek között. A görbe elkészítéséhez a válaszolókat jövedelmük szerint növekvő sorrendbe állítva a vizsgált ellátás igénybevételének halmozott arányát ábrázoljuk (3. ábra). A vízszintes tengelyen a legkisebb jövedelmű válaszólótól indulva leolvasható, hogy a válaszolók 25%-át kitevő

legkisebb jövedelműekre jutott az összes válaszoló által kórházban eltöltött napok 50%-a. A válaszolók kisebb jövedelmű felére a kórházi napok háromnegyede, és a válaszolók háromnegyedére a kórházi napok 90%-a, vagyis a legtehetősebb válaszolók negyedére csupán a kórházban eltöltött napok 10%-a jutott.

4. ábra

Fiktív példa a koncentrációs görbe értelmezéséhez



Teljes egyenlőség esetén, amikor a jövedelem nem befolyásolja a kórházban eltöltött napok számát, a koncentrációs görbe az átlón húzódna. A koncentrációs együttható (K), a megfigyelt egyenlőtlenség mértékét jellemzi, értékét -1 és 1 között veheti fel, és a 0 a teljes egyenlőségnek, a két szélsőérték a teljes egyenlőtlenségnek felel meg, úgy, hogy a negatív előjel az alacsonyabb, a pozitív a magasabb jövedelműeknél mutat aránytalan halmozódást. Az ábrán megfigyelhető, hogy a kisebb jövedelműekre a létszámarányuknál magasabb arányban jutott a kórházban eltöltött napok száma, ezért a koncentrációs görbe az átló felett húzódik, és ebből következően a K koncentrációs együttható negatív előjelet vesz fel, és a teljes egyenlőtlenségnek a 27%-át jelzi.

2.3. A koncentrációs együttható felbontása

Az igénybevételben a jövedelem szerint megfigyelt egyenlőtlenséget több tényező együttesen okozhatja. Az egyenlőtlenségek csökkentését célzó beavatkozások tervezéséhez fontos információt szolgáltathat az egyenlőtlenség létrehozásában kiemelkedő szerepet játszó tényezők meghatározása, az egyenlőtlenséget jellemző teljes koncentrációs együttható (K_t) felbontása. (A vélt egészségre vonatkozóan lásd például van Doorslaer E.–Koolman 2004a; az egészségügyi ellátás igénybevételére lásd például Grasdál és Monstad, 2011.) A felbontás során az ellátási szükséglet illetve a befolyásoló tényezők egyes mutatóihoz kapcsolható, egymástól független részegyütthatókat (K_{sz} illetve K_b) határozzák meg úgy, hogy ezek illetve a hozzájuk nem kapcsolható maradvány összege adja a jövedelem szerinti egyenlőtlenséget jellemző teljes

koncentrációs együtthatót ($K_t = K_{sz} + K_b + K_m$). A szükséglet okozta egyenlőtlenséget jellemző koncentrációs együtthatót levonva a teljesből mutatja a szükségletre korrigált igénybevételeli egyenlőtlenséget jellemző koncentrációs együtthatót, más néven az egyenlőtlenségi indexet ($EI = K_t - K_{sz}$).

2.4. Mutatók

2.4.1. Igénybevétel

Az egészségügyi ellátás igénybevételét a progresszivitás szintjeinek megfelelően több mutatóval jellemeztük (ELEF-alapkérdőív³ 52–68. kérdés a kérdezést megelőző 12 hónapra vonatkoztatva): háziorvossal való találkozások száma; járóbeteg-szakellátások száma; egy napnál hosszabb fekvőbeteg szakellátások száma; egynapos kórházi ellátások száma; kórházban töltött napok száma; felkeresett-e fogorvost (5. ábra). Az elemzés során továbbá használtunk olyan mutatót is, ami azt jelezte, hogy előfordult-e olyan eset, hogy a válaszoló az orvos javaslata ellenére nem vette igénybe a fekvő-, illetve a járóbeteg-szakellátást, vagyis a szükséglet fennállása esetén nem történt igénybevétel.

5. ábra



2.4.2. Ellátási szükséglet

Az ellátási szükséglet elemzésünkben a demográfiai jellemzők, mint az életkor (5 éves korcsoportokban), a nem, a vélt egészség (15. kérdés), illetve az orvos által diagnosztizált krónikus betegségek (19. kérdés) száma, továbbá a korlátozottság képviselte. A korlátozottság mutatója a következő – feltételezhetően jelentősebb ellátási szükségletet okozó – elemek összegéből adódott:

Korlátozottság elemei	Kérdés	Érték
Baleset, sérülés	20.	1, ha orvos látta el; 2, ha kórházban látták el
Mozgás	29–34.	1, ha kisebb nehézséget; 2, ha nagyobb nehézséget jelentett;
Mindennapi tevékenység	35–40., 42.	1, ha kisebb nehézséget; 2, ha nagyobb nehézséget jelentett; 3, ha nem volt képes egyedül
Fizikai fájdalom	50.	1, ha súlyos vagy elviselhetetlen
Mentális problémák	51.	1, ha gyakran vagy állandóan jelen volt

³ Lásd: <http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/elef/temakorok.html>

2.4.3. Jövedelem

Az igénybevétel egyenlőtlenségét ebben a tanulmányban a válaszoló ekvivalens háztartási jövedelme (a háztartás nettó jövedelme osztva a háztartásban élők számának négyzetgyökével) szerint elemeztük. A válaszoló életszínvonalának mérésére az ELEF2009-ben csupán a háztartási jövedelem és a vélt jövedelem állt rendelkezésre, mivel a háztartás fogyasztására vagy az anyagi helyzetet jellemző ingatlanokra és ingóságokra vonatkozó adatokat a felmérésben nem gyűjtöttek. Az ekvivalens háztartási jövedelem használatát az egy főre jutó háztartási jövedelemmel szemben az indokolja, hogy ezzel figyelembe lehet venni a háztartás tagjainak közös fogyasztását is.

A háztartási jövedelemre vonatkozó kérdésre az 5051 válaszadó 91%-a válaszolt konkrét összeg vagy a jövedelem-kategória megadásával. A hiányzó válaszok pótlása és az szélsőséges válaszok kiszűrése regressziós becsléssel történt a KSH-ban a válaszolók egyéb adatai alapján (régió, településtípus, dolgozó háztartástagok száma, háztartás létszáma, szubjektív anyagi helyzet, egyes jövedelemforrások előfordulása, meghatározott háztartástagok iskolai végzettsége és neme).

2.4.4. Befolyásoló tényezők

Befolyásoló tényezőként a válaszolót és lakóhelyét jellemző társadalmi-gazdasági mutatókat használtuk a modellben. Ezek a háztartás ekvivalens jövedelme (lásd alább), az iskolai végzettség (2. kérdés, ISCED 6 kategóriája⁴), gazdasági aktivitás (7. kérdés, 6 kategória⁵), foglalkozás (13. kérdés, 5 kategória⁶) illetve az urbanizáció (a lakóhelyként szolgáló település jogállása szerint város vagy község, a háztartástípus (2., 6. kérdés, 3 kategória⁷) és a statisztikai régiók voltak.

2.4.5. Hiányzó adatok

A magyarázó változók közül a foglalkozásra vonatkozó válaszok hiánya 11, az iskolázottsági adatoké 0,1% volt, a többi mutatónak volt értéke valamennyi személy esetében. A hiányzó foglalkozású személyek 3/4-e 25 év alatti volt, és 2/3-a nappali tagozaton tanult. Okkal feltételezhető, hogy mivel e népesség ellátási igénybevétele életkorukból következően alacsony (pl. a kórházban töltött napok alig 4%-a esett rájuk), az elemzés eredményeit az adathiány nem torzítja jelentősen. Az igénybevételi mutatók közül csak a háziorvosi és a szakorvosi ellátás igénybevételére vonatkozó mutatókban volt 1%-ot meghaladó adathiány (1,4, illetve 1,0%). Valamennyi változó adathiányát együttesen figyelembe véve az ellátás igénybevételének egy-egy mutatójára vonatkozóan egyenlőtlenségi elemzésekben a hiányzó adatok miatt kizárt esetek aránya – döntően a foglalkozási adat hiánya miatt – 11%-tól 12%-ig terjedt.

2.5. Elemzési eljárás

Az ADePT program futtatásához elsőként az előkészített adatbázis megadása, majd az adatbázis változóinak a modellváltozókkal történő megfeleltetése következik. A számítások elindítása után néhány perc alatt elkészül az összes kiválasztott táblázat, ábra, amelyet a program automatikusan Excel-munkafüzetbe ment.

⁴ Kevesebb, mint az általános iskola 4 évfolyama (ISCED0); kevesebb, mint az általános iskola 8 évfolyama (ISCED1); általános iskola 8 évfolyama (ISCED3); érettségi, szakmunkásképzőben, gimnáziumban, szakképesítést igazoló bizonyítvány (ISCED4); felsőfokú végzettség (ISCED5); doktori (PhD) vagy mester (DLA) fokozatot igazoló oklevél (ISCED6).

⁵ Alkalmazott; vállalkozó; gyermekellátásban részesül; nyugdíjas, járadékos; munkanélküli; egyéb.

⁶ Tiszt, vezető, felsőfokú képzettségű; technikus, irodai, szolgáltatásértékesítő; szakképzett mezőgazdasági, erdész, halász; szakképzett ipari, gépszerelő, járművezető; egyszerű foglalkozások.

⁷ Egyedüli felnőtt gyerekekkel vagy anélkül; pár gyerekekkel vagy a nélkül; egyéb.

3. Eredmények

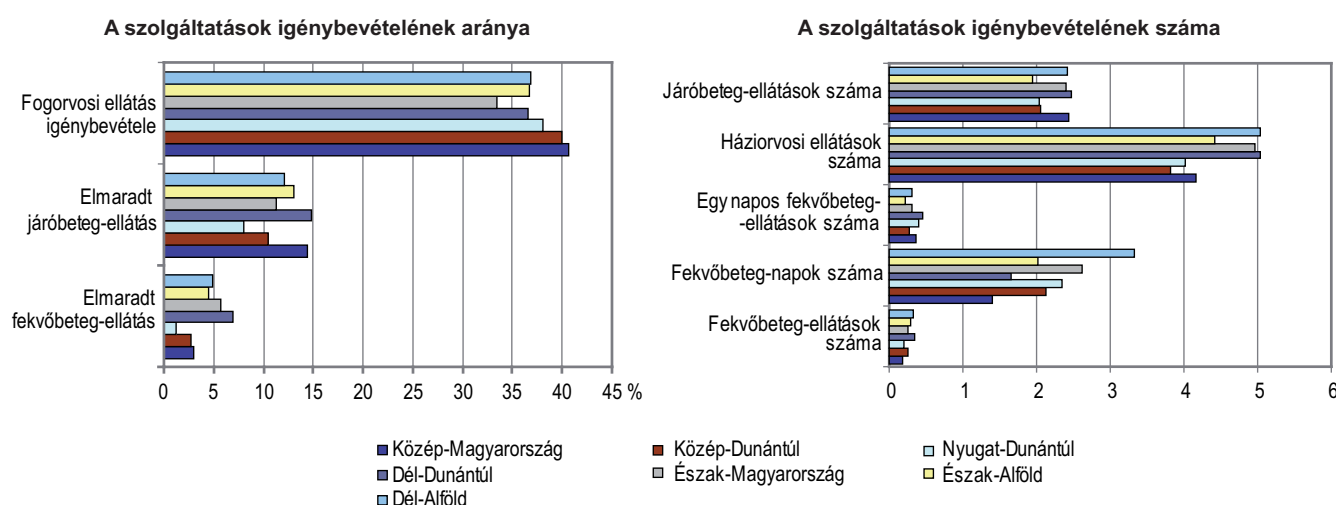
3.1. Leíró statisztikai elemzés

Elsőként vizsgáljuk meg, hogyan alakult az igénybevétel a szükséglet illetve a befolyásoló tényezők szerint!

A különböző igénybevételi mutatók közül egyesekben jelentősebb különbség látszik a lakóhelyhez tartozó régiókat összevetve (6. ábra; Melléklet 2. tábla). A legnagyobb különbségként említhető az, hogy a Dél-Dunántúlon öt és félszer többször fordult olyan eset elő, hogy fekvőbeteg ellátás elmaradt, mint Nyugat-Dunántúlon. Legkisebb különbség a fogorvosi ellátásban volt, ahol a régiók közötti eltérés alig haladta meg a 20%-ot.

6. ábra

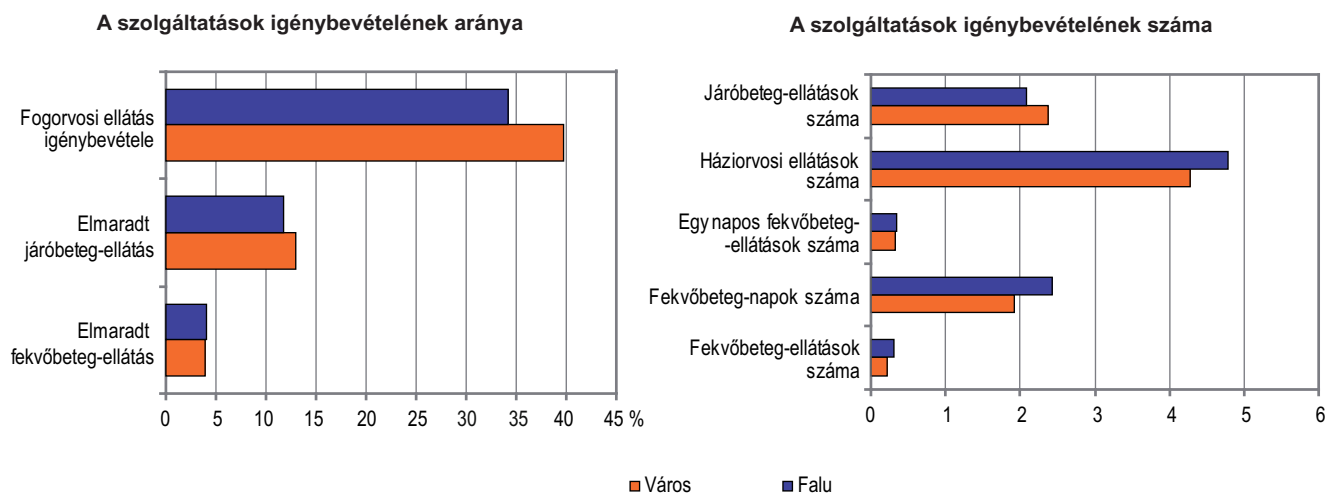
Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének száma és aránya régiók szerint, 2009*



Az elemzés eredményei szerint a lakóhely városi vagy falusi jellege nem befolyásolta lényegesen az egészségügyi ellátás igénybevételét, bár a falusiak valamivel több napot töltöttek kórházban (140%), többször jártak háziorvosnál (112%) és ritkábban fogorvosnál (86%; 7. ábra).

7. ábra

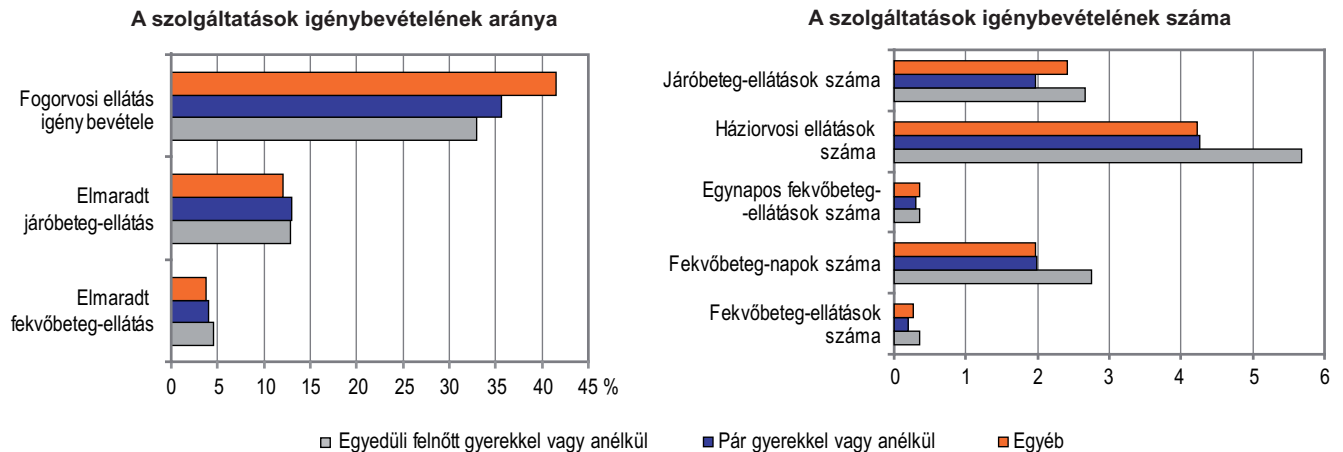
Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének különbségei a lakóhely jogállása szerint, 2009



A háztartás típusának elemzése alapján megfigyelhető, hogy az egyedül élők 70%-kal gyakrabban kerülnek kórházba, mint a párkapcsolatban élő felnőttek, hosszabb időt töltenek kórházban, többet járnak háziorvoshoz és szakrendelésre (mindhárom esetben a párkapcsolatban élők értékeinek 140%-a; 8. ábra).

8. ábra

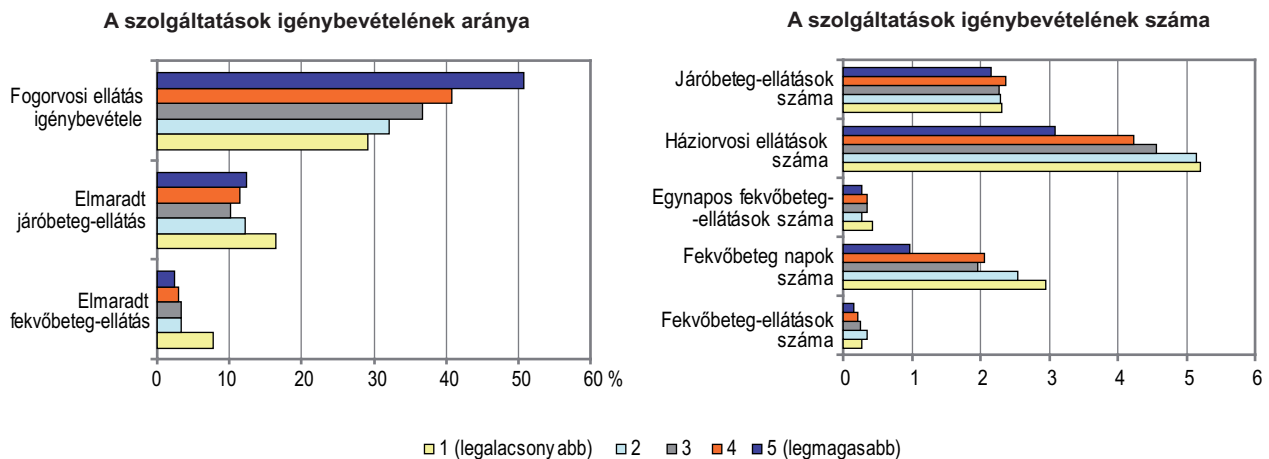
Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének különbségei a háztartás típusa szerint, 2009



A jövedelem szerint ugyanakkor jelentősebb különbségek, tendenciák mutathatók ki a különböző egészségügyi ellátások igénybevételében (9. ábra). A fekvőbeteg-ellátás, valamint a háziorvosi vizitek csökkentek, míg a fogorvost felkeresők aránya növekedett a jövedelem emelkedésével. A két szélső jövedelmi ötöd közötti legnagyobb eltérés a kórházi napok számában látható, meghaladja a 2,5-szeres különbséget. Hasonló különbség (247%) az elmaradt fekvőbeteg-ellátás arányában, illetve a fogorvosi ellátás igénybevételében mutatható ki, ahol a legalacsonyabb jövedelműek közel 30%-a, míg a legmagasabb jövedelműek több mint 50%-a járt fogorvosnál a megelőző 12 hónapban.

9. ábra

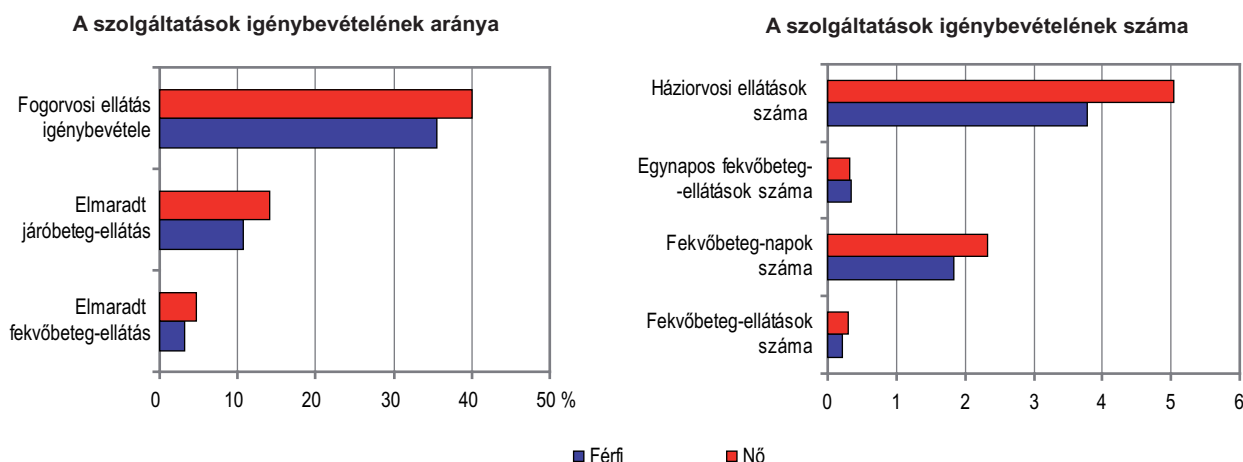
Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének különbségei a jövedelmi ötödök szerint, 2009



A válaszadók demográfiai mutatóira térve megállapítható, hogy az egészségügyi ellátás igénybevételének mértéke a nők és férfiak között nem mutatott komolyabb eltérést, igaz a férfiak valamivel kevesebb ellátást vettek igénybe (10. ábra; Melléklet 2. tábla).

10. ábra

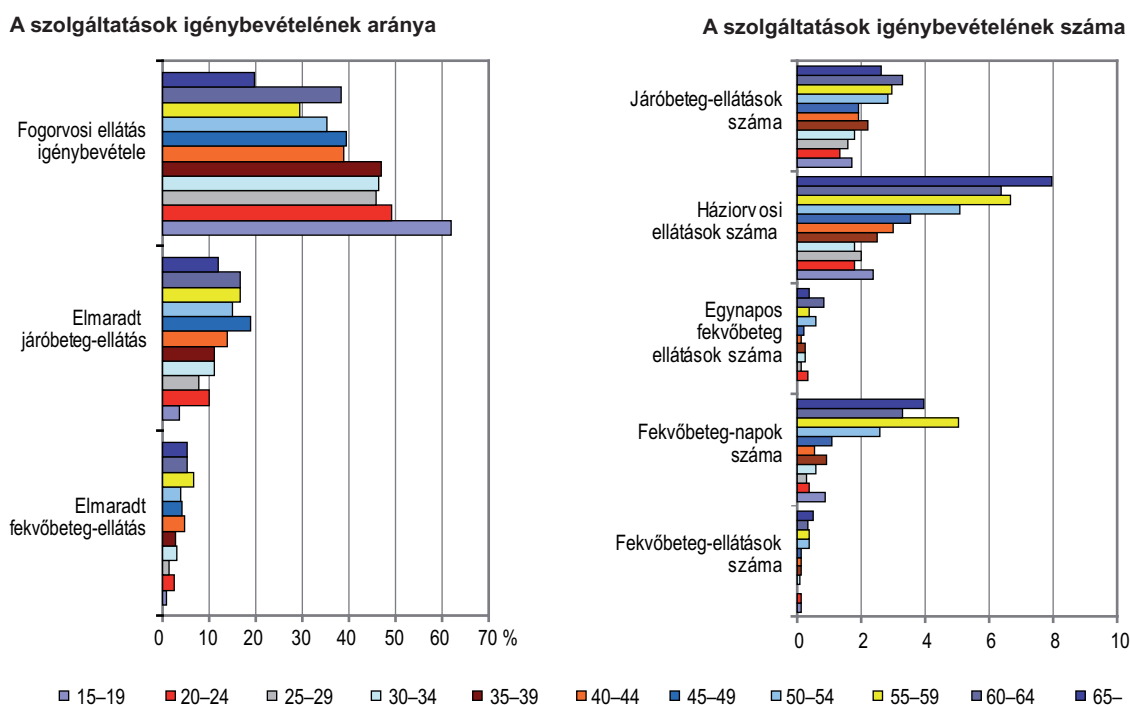
Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének különbségei nemek szerint, 2009



Az életkorral azonban – az elvárásokkal megegyezően – valamennyi igénybevétel többszörösére növekszik, leszámítva a fogorvos felkeresését, ami harmadára csökken (11. ábra).

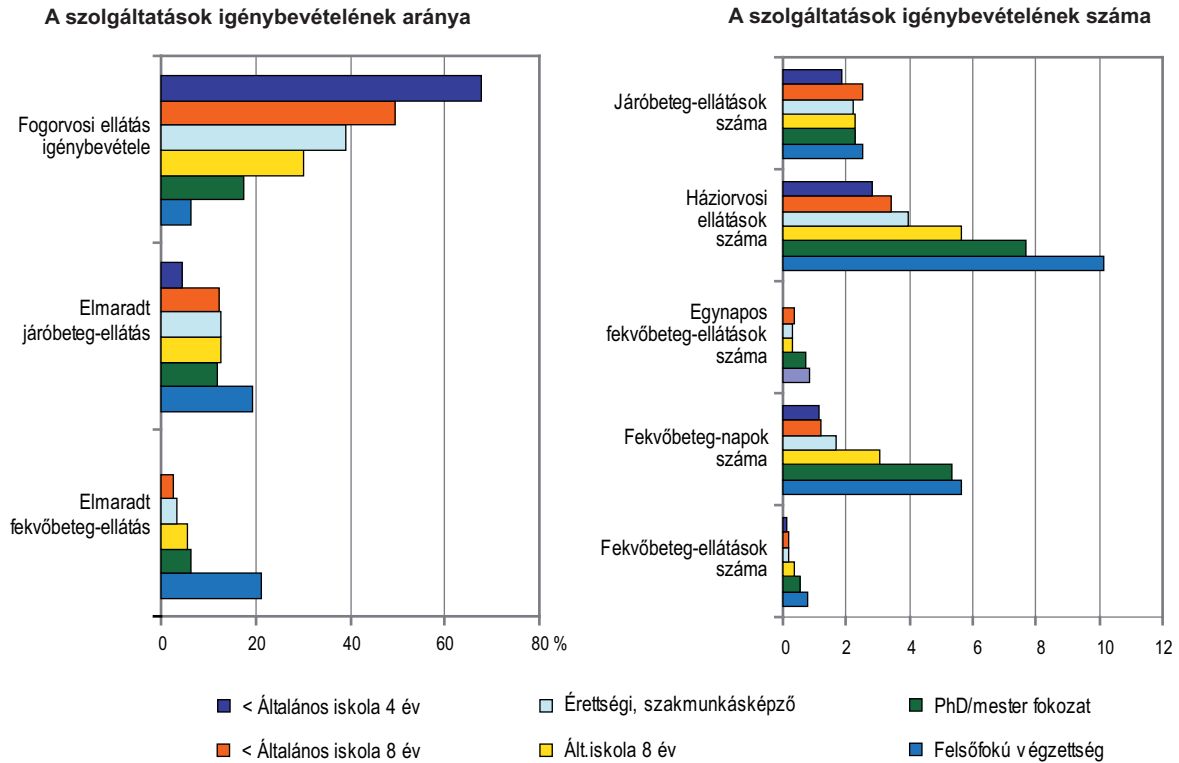
11. ábra

Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének különbségei életkor szerint



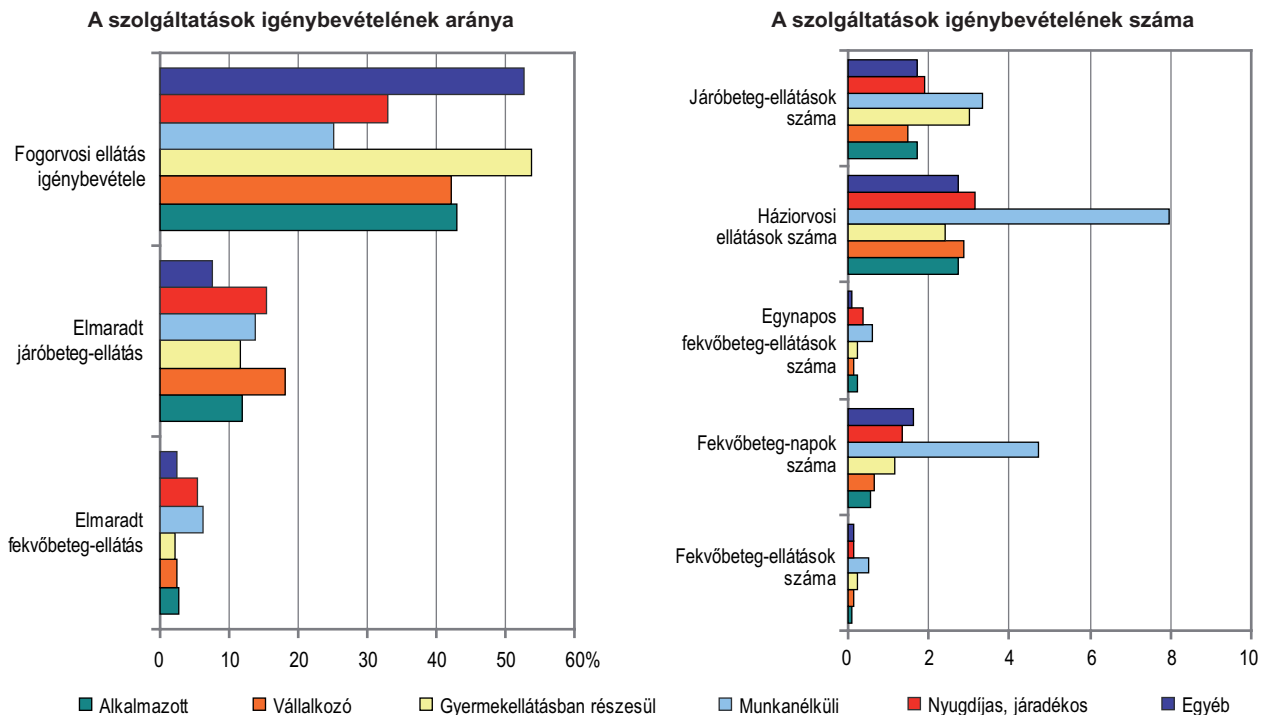
Az iskolázottság szerinti különbségek az életkorral ellentétes tendenciát mutatnak: növekedésével az igénybevétel mindenütt jelentősen csökken, kivéve a fogorvos felkeresését, ahol a legmagasabb iskolai végzettségűek aránya több mint tízszer nagyobb, mint a legalacsonyabb végzettségűeké (12. ábra).

Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének különbségei az iskolázottság szerint, 2009



A gazdasági aktivitást megvizsgálva megállapítható, hogy az igénybevétel a nyugdíjasok körében – természetesen a magasabb életkor miatt – többszöröse a többi kategóriával összevetve (13. ábra). Megemlítendő továbbá, hogy a munkanélkülieknél alacsonyabb az igénybevétel és nagyobb az elmaradt ellátás aránya a többi kategóriához viszonyítva.

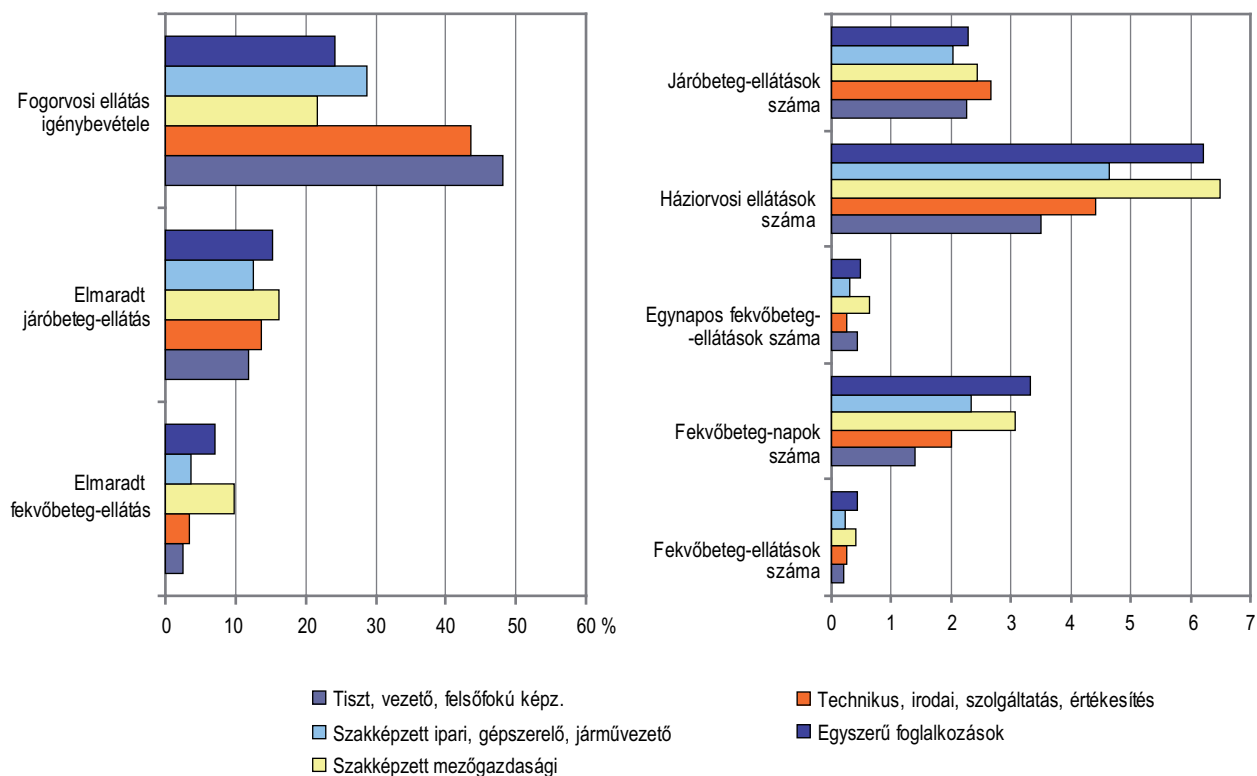
Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének különbségei a gazdasági aktivitás szerint, 2009



Az egészségügyi ellátás igénybevétele szempontjából a foglalkozási kategóriák szerint nem lehet lényeges különbségeket kimutatni, bár a magasabb iskolázottságot feltételező foglalkozásúak körében egyértelműen nagy számban vették igénybe a fogorvosi ellátást (14. ábra).

14. ábra

Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének különbségei foglalkozás szerint, 2009



3.2. Egyenlőtlenségek elemzése

A valamennyi igénybevételi mutatóra kiszámított koncentrációs együtthatót, valamint a direkt és indirekt standardizálással a szükségletre korrigált együtthatókat, továbbá az OLEF2000 és az OLEF2003 összevont adatain elvégzett elemzés összevethető eredményeit az alábbi táblázat tartalmazza (1. tábla).

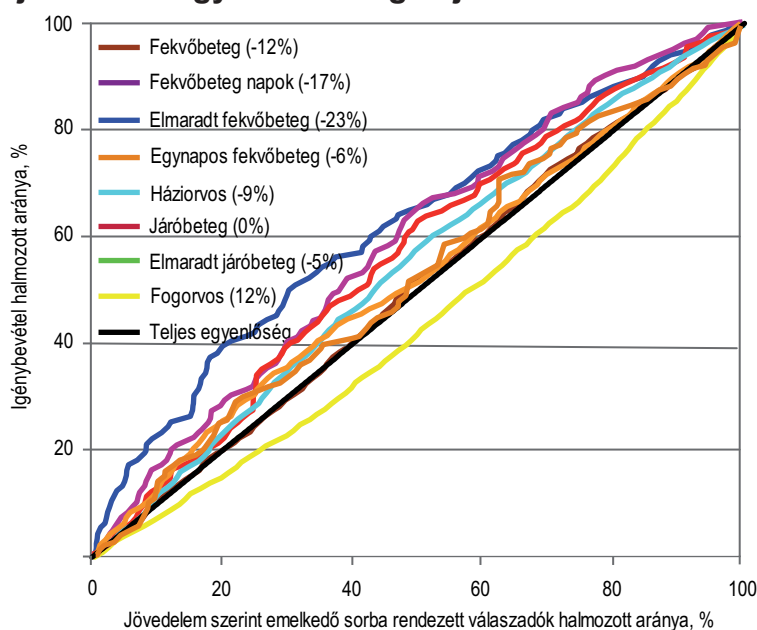
Vegyük szemügyre elsőként a különböző igénybevételi mutatókra számított koncentrációs együtthatókat! A fekvőbeteg- és a háziiorvosi ellátáshoz kapcsolódó mutatókban negatív, a fogorvosi ellátásban pozitív együtthatók láthatók. (A járóbeteg-ellátásnál nem lehetett az igénybevételben jövedelmi egyenlőtlenséget kimutatni.) A negatív előjel arra utal, hogy az alacsony jövedelműeknél ezek az igénybevételek gyakoribbak, míg a pozitív előjel ezzel szemben a magasabb jövedelműeknél gyakoribb igénybevételt igazol. A legnagyobb az egyenlőtlenség az elmaradt fekvőbeteg-ellátásban, ahol a teljes egyenlőtlenség 23%-át jelzi a koncentrációs együttható (15. ábra). (A százalékban megadott koncentrációs együtthatók a koncentrációs görbék és a teljes egyenlőségnek megfelelő – pontozott vonallal jelölt – 45°-os átló közötti területnek a teljes egyenlőtlenséghez – az ábrán kék színnel jelölt háromszöghöz – viszonyított arányának felelnek meg.)

Koncentrációs együtthatók az igénybevétel különböző típusaira korrigálás előtt és után

Megnevezés	Fekvő- beteg- ellátások száma	Fekvő- beteg- napok száma	Elmaradt fekvőbe- teg- ellátás	Egyna- pos fek- vőbeteg- ellátások száma	Házi- orvosi ellátások száma	Járóbeteg- ellátások száma	Elmaradt járóbeteg- ellátás	Fogorvosi ellátás igénybe- vétele
ELEF2009								
Koncentrációs együttható	-0,12	-0,17	-0,23	-0,06	-0,09	0,00	-0,05	0,12
Direkt standardizált koncentrációs együttható	-0,12	-0,16	-0,24	-0,06	-0,09	0,00	-0,07	0,11
Indirekt standardizált koncentrációs együttható	-0,12	-0,15	-0,24	-0,06	-0,08	0,00	-0,06	0,13
OLEF2000+OLEF2003								
Koncentrációs együttható	-0,08				-0,02	0,03		0,12
Direkt standardizált koncentrációs együttható	-0,05				-0,01	0,03		0,08
Indirekt standardizált koncentrációs együttható	-0,06				-0,01	0,04		0,10

15. ábra

Igénybevétel jövedelmi egyenlőtlenségeit jelző koncentrációs görbék, 2009



Megállapítható továbbá, hogy a koncentrációs együtthatók direkt, illetve indirekt standardizált értékei érdemben nem különböznek a standardizálatlan értékektől. Az OLEF2000 és 2003 összevont adataira elvégzett elemzés az ELEF2009-hez hasonló koncentrációs együtthatókat szolgáltatott. Jelentősebb eltérés csak a házi orvosi ellátásban figyelhető meg, ahol az OLEF-ek adatai alapján jóval kisebb jövedelmi egyenlőtlenség mutatkozik.

Amikor az egészségi állapot, azaz a szükséglet alapján (4. táblázat 'A' sor) kiszűrjük a *várható igénybevételt*, akkor a megmaradó, vagyis az ellátási szükséglettel nem magyarázható igénybevételekre számított, azaz a *szükségletre korrigált* (4. táblázat 'B+C' sor) egyenlőtlenségek jelentősen megváltoznak (16. ábra)!

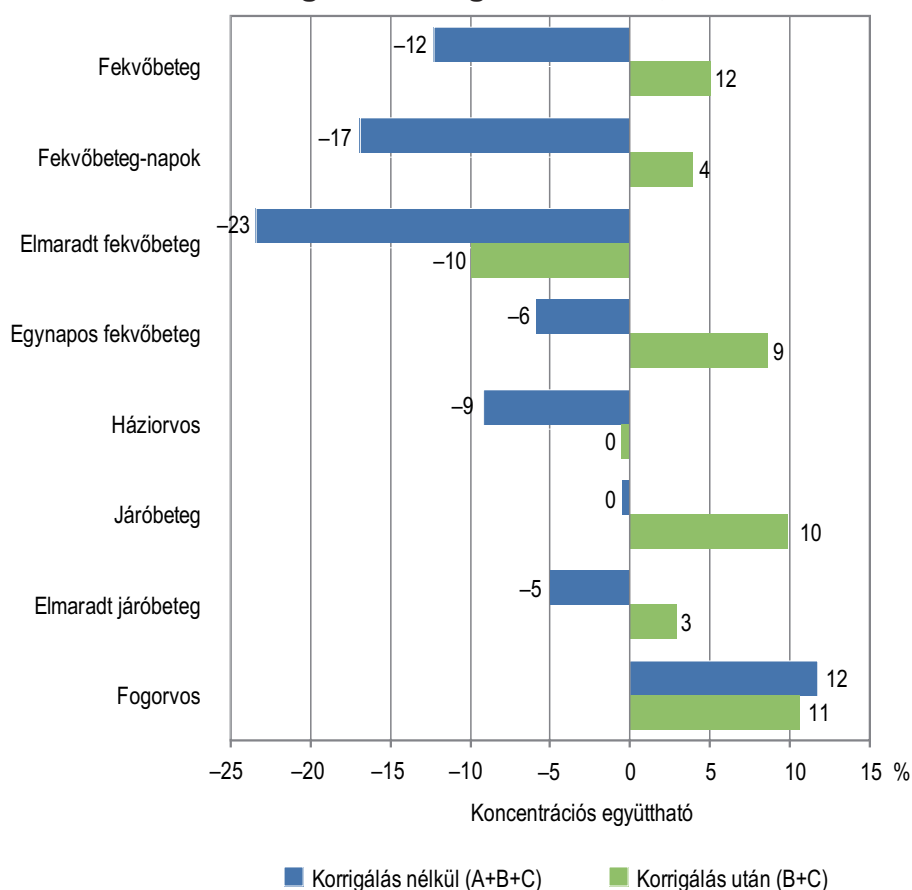
Az igénybe vett fekvőbeteg-ellátás jövedelmi egyenlőtlenségeit mutató koncentrációs együtthatók előjelet váltottak, azaz a nyers adatok alapján számított igénybevétel alacsonyabb jövedelműeknél mutatkozó túlsúlya (negatív előjel) a korrigálás után a magasabb jövedelműek magasabb igénybevételét (pozitív előjel) jelzi. Az elmaradt fekvőbeteg-ellátás esetében a szükségletre történő korrigálás csupán némileg csökkentette az egyenlőtlenség mértékét.

Míg a háziorvosi ellátásra vonatkozó nyers adatok alapján az alacsony jövedelműek gyakoribb igénybevételére lehetett következtetni, addig a szükségletre korrigálás az egyenlőtlenséget jellemző koncentrációs együttható értékét 0%-ra csökkentette, vagyis a jövedelmi egyenlőtlenség tulajdonképpen az egészségi állapot okozta ellátási szükséglet következménye.

Érdekesség, hogy az igénybevett járóbeteg-ellátásban a szükségletre korrigálás után mutatkozott jövedelmi egyenlőtlenség: a nyers adatok alapján számított koncentrációs együttható ugyanis 0%-nak, korrigálás után viszont a magasabb jövedelműek igénybevételi túlsúlyát jelző +10%-nak adódott. Ezt a változást az magyarázza, hogy a szükségleteti tényezők hasonló mértékű, de ellenkező előjelű (-10%) jövedelem szerinti egyenlőtlenséget okoztak. Szükségletre történő korrigálással kiszűrve a jövedelmi csoportok ellátási szükségletben jelentkező különbségét kiderült, hogy a magasabb jövedelmi szint a járóbeteg-ellátás az elvárnál gyakoribb igénybevételével járt együtt. Az elmaradt járóbeteg-ellátásban hasonló, de jóval kisebb mértékű változás volt tapasztalható a korrigálást követően.

16. ábra

A szükségletre korrigálás hatása,* 2009



* Az 'A', 'B', 'C' jelölés az 4. táblázat soraira vonatkozik.

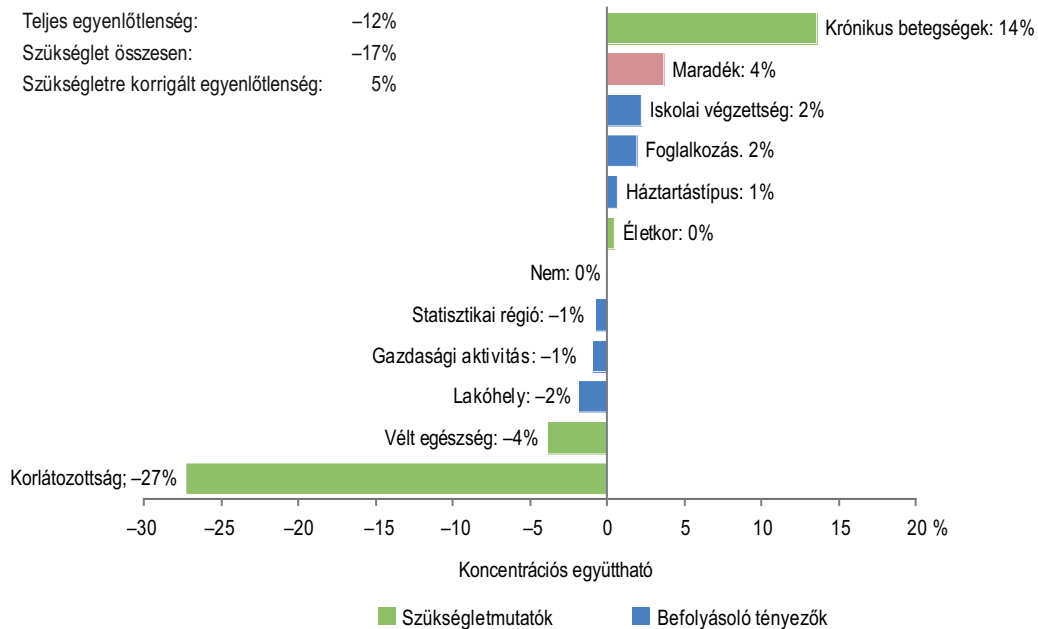
A fogorvosi ellátás igénybevételében a szükségletre korrigálás nem okozott érdemi változást.

A koncentrációs együttható – mint azt a módszertanban kifejtettük – az egyenlőtlenség létrehozásában szerepet játszó, és az elemzésben vizsgált tényezők hatásainak összegére felbont-

ható. A fekvőbeteg-ellátás igénybevételére vonatkozóan a 17. ábra szemlélteti a koncentrációs együttható felbontását. Valamennyi tényező egyenlőtlenséget okozó hatásainak összege adja a teljes egyenlőtlenséget, ami a fekvőbeteg ellátás igénybevételére vonatkozóan –12% volt. Ebből az ellátási szükségletet jellemző, az ábrán zöld színnel jelölt tényezőkre vonatkozó részösszeg (–17%) levonása, azaz a szükségletre korrigálás az egyenlőtlenség mértékét 5%-ra módosította. Érdekes felhívni a figyelmet arra, hogy a szükségletre korrigálás előtt az alacsonyabb jövedelműek nagyobb igénybevételét jelzi a negatív előjelű koncentrációs együttható, korrigálás után pedig a magasabb jövedelműek túlsúlyát jelzi a pozitív előjelű együttható. Megjegyezzük továbbá, hogy a szükségletre jellemző krónikus betegségek számára nagy pozitív, míg a korlátozottságra még nagyobb negatív együttható adódott, jelezvén a két tényező ellentétes hatását.

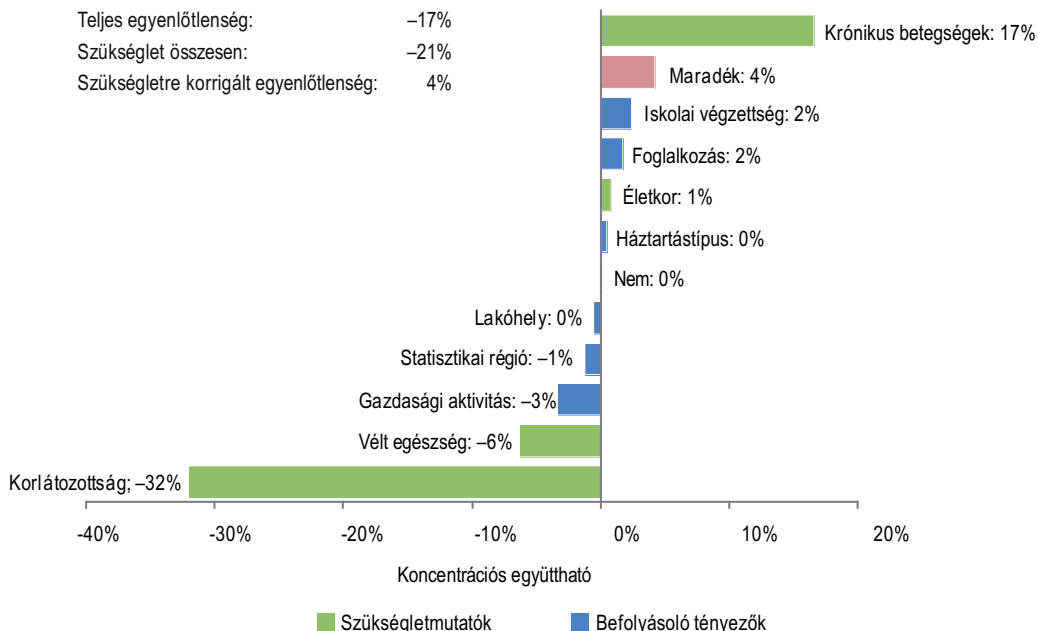
17. ábra

A fekvőbetegellátás-igénybevétel jövedelmi egyenlőtlenségének összetevői, 2009



18. ábra

A fekvőbeteg-napok jövedelmi egyenlőtlenségének összetevői, 2009



A kórházban eltöltött napok számára vonatkozóan a 18. ábrán lehet megfigyelni a koncentrációs együttható felbontását. Az összes vizsgált tényező alapján az alacsonyabb jövedelműek túlsúlya látszik (−17%), de a nagyobb ellátási szükségletüket (−21%) figyelembe véve a magasabb jövedelműek némileg több napot töltenek kórházban (4%).

4. Összegzés

Az ELEF2009-adatok alapján megállapítható, hogy a lakosság jövedelmi helyzetétől függően eltérő mértékben vesz igénybe egészségügyi ellátást. Az alacsonyabb jövedelműek gyakrabban kerülnek kórházba, keresik fel házi orvosukat, ugyanakkor ritkábban jutnak fogorvoshoz. A jövedelmi egyenlőtlenség különösen magas az orvos által javasolt, de elmaradt fekvőbeteg ellátás vonatkozásában. A járóbeteg-szakellátás igénybevételében jövedelmi egyenlőtlenség nem volt.

Az eredmények összhangban vannak más vizsgálatok tapasztalataival, miszerint az alacsonyabb jövedelműek gyakrabban keresik fel házi orvosukat, és ritkábban vesznek igénybe szakorvosi ellátást (például Morris et al 2003; van Doorslaer et al 2004b). Érdekességként említendő, hogy az európai háztartáspanel-vizsgálat követéses adatain elvégzett elemzések megerősítették a keresztmetszeti vizsgálatokban tapasztalt egyenlőtlenségeket, bár a korábbi értékeket kissé alulbecsültnek találták (d’Uva et al 2009).

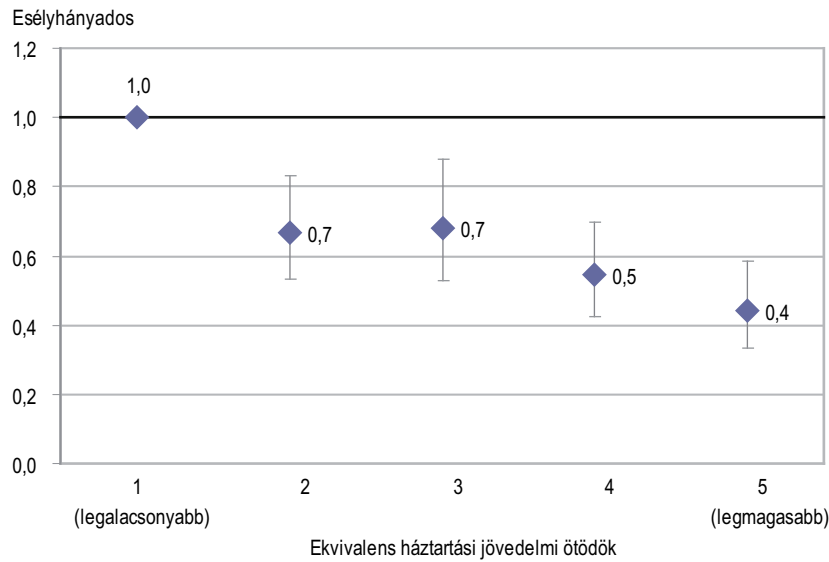
Amikor azonban figyelembe vesszük, hogy a kisebb jövedelem általában rosszabb egészséggel jár együtt, vagyis amikor kiszűrjük az emiatt várható nagyobb ellátási szükséglet hatását, kimutatható, hogy az alacsonyabb jövedelem akadályozza valamennyi ellátási forma igénybevételét – a házi orvosi ellátást leszámítva. A szükségletre korrigált adatok alapján az alacsonyabb jövedelemmel rendelkezők ugyanis gyakrabban halasztják el az orvos által javasolt kórházi ellátást, és ritkábban részesülnek fekvőbeteg ellátásban, ritkábban jelennek meg járóbeteg-, vagy fogászati rendelésen. Másképpen fogalmazva, a magasabb jövedelműek előnyére egyenlőtlenség mutatható ki a hazai egészségügyi ellátás igénybevételében.

Az eredmények jól egybeesnek a 21 OECD-országra elvégzett hasonló elemzés adataival (van Doorslaer et al 2004b). Az OLEF2000 és 2003 összevont adatain ugyanazon elemzési modell segítségével nyert eredmények is megerősítik az ELEF2009-adatok elemzésének eredményeit.

Az egyenlőtlenséget mérő koncentrációs együttható felbontásával igazolható volt, hogy az egészségügyi ellátás igénybevételében kimutatott jövedelmi egyenlőtlenségek háttérben döntően az ellátási szükséglet egyenlőtlen társadalmi-gazdasági megoszlása áll. Egyéb egyenlőtlenséget befolyásoló tényezők szerepe többnyire elhanyagolhatónak bizonyult. Az ellátási szükséglet jellemzésére használt mutatók közül kiemelkedően a korlátozottság és a krónikus betegségek száma továbbá kismértékben a vélt egészség esetében volt hatás kimutatható.

Külön fel kell hívni a figyelmet a korlátozottság és a krónikus betegségek ellentétes hatására. Míg a korlátozottság a kisebb jövedelműek körében növeli az igénybevétel gyakoriságát, addig a krónikus betegségek száma a magasabb jövedelműek körében járnak együtt gyakoribb ellátási igénybevétellel. Feltételezhető, hogy az ellátáshoz való hozzáférés anyagi okokra visszavezethető akadályozottsága miatt az alacsonyabb jövedelműek kisebb eséllyel vagy csak a szükségesnél később veszik igénybe az ellátást. Ennek következtében egészségi állapotuk rosszabb (nagyobb a korlátozottság), mint a kedvezőbb anyagi helyzetűeké, amikor az ellátást igénybe veszik. Ezt támasztja alá, hogy a legalacsonyabb jövedelmi ötödben a korlátozottság esélye több mint kétszerese a legmagasabb jövedelmi ötödben tapasztaltak. (19. ábra).

A korlátozottság esélye jövedelmi ötödök szerint*



*Kiszűrve az életkor és a fennálló krónikus betegségek számának hatását. Az alkalmazott logisztikus regresszió függő változója a korlátozottság mértéke, magyarázó változók a krónikus betegségek száma, az életkor és az ekvivalens háztartási jövedelmi ötödök voltak.

Meg kell továbbá jegyezni, hogy az elemzés során vizsgált tényezők nemcsak a jövedelmi egyenlőtlenségek kialakulásán keresztül, közvetetten játszanak szerepet, hanem közvetlenül is hozzájárulhatnak az igénybevétel egyenlőtlenségéhez az ellátáshoz való hozzáférés és az igénybevételi hajlandóság befolyásolása révén (v.ö. Vitrai 2010, 137.o.: Az ellátás igénybevételét befolyásoló tényezők modellje). Egyes becslések szerint a jövedelem szerinti egyenlőtlenségeknek csupán felét magyarázza a jövedelmek egyenlőtlen eloszlása (McGrail et al, 2009). A jövedelmi viszonyok igazságosabbá alakítása mellett emiatt javasolják a regionális ellátórendszer, a társadalmi helyzet és iskolázottság különbségeinek kiegyenlítését az egészségügy egyenlőtlenség csökkentéséhez (Massera és Giannoni, 2010; Starfield és Brin, 2007; Tubeuf, 2009).

A jövedelmi adatok megbízhatóságát minden valószínűség szerint csökkenti a hazai foglalkoztatási gyakorlatban elterjedt részben „zsebbe utalt” fizetés és az illegális munkavállalás. Ezen túlmenően az igénybevétel és az egyén gazdasági helyzete között kimutatott összefüggés erőssége várhatóan nagyobb lenne, ha a jövedelem helyett a *szabadon elkölthető* jövedelem szerepelhetne az elemzésben.

5. Melléklet

1. tábla

Igénybevétel a háztartások jellemzői szerint,* 2009

Háztartások jellemzői	Fekvő-beteg-ellátások száma	Fekvő-beteg-napok száma	Elmaradt fekvő-beteg-ellátás	Egynapos fekvő-beteg-ellátások száma	Háziorvosi ellátások száma	Járóbeteg-ellátások száma	Elmaradt járóbeteg-ellátás	Fogorvosi ellátás igénybevétele
Statisztikai régió								
Közép-Magyarország	0,19	1,40	0,03	0,37	4,16	2,43	0,14	0,41
Közép-Dunántúl	0,26	2,12	0,03	0,28	3,82	2,05	0,11	0,40
Nyugat-Dunántúl	0,20	2,34	0,01	0,40	4,03	2,03	0,08	0,38
Dél-Dunántúl	0,34	1,66	0,07	0,45	5,04	2,47	0,15	0,37
Észak-Magyarország	0,25	2,61	0,06	0,32	4,97	2,41	0,11	0,33
Észak-Alföld	0,29	2,02	0,05	0,21	4,43	1,94	0,13	0,37
Dél-Alföld	0,33	3,33	0,05	0,31	5,03	2,41	0,12	0,37
Lakóhely								
Város	0,22	1,93	0,04	0,32	4,28	2,37	0,13	0,40
Falu	0,31	2,43	0,04	0,35	4,78	2,08	0,12	0,34
Háztartástípus								
Egyedüli felnőtt gyerekkel vagy anélkül	0,35	2,76	0,05	0,35	5,68	2,66	0,13	0,33
Pár gyerekkel vagy anélkül	0,20	1,98	0,04	0,30	4,26	1,97	0,13	0,36
Egyéb	0,26	1,98	0,04	0,35	4,22	2,41	0,12	0,41
Ekvivalens háztartási jövedelem								
1 legalacsonyabb ötöd	0,27	2,95	0,08	0,42	5,20	2,31	0,16	0,29
2	0,35	2,53	0,03	0,26	5,15	2,29	0,12	0,32
3	0,26	1,96	0,03	0,35	4,56	2,26	0,10	0,37
4	0,22	2,05	0,03	0,36	4,24	2,36	0,12	0,41
5 legmagasabb ötöd	0,16	0,97	0,02	0,27	3,08	2,15	0,12	0,51
Együtt	0,25	2,09	0,04	0,33	4,44	2,28	0,13	0,38

*A megelőző 12 hónap során igénybevett „fekvő beteg”, „egynapos fekvő beteg”, „házi orvos”, „járó beteg” elnevezésű ellátások illetve a kórházban eltöltött „fekvőbetegnapok” átlagos száma, valamint az „elmaradt fekvő beteg”, a „elmaradt járó beteg” és „fogorvosi” ellátások aránya.

Igénybevétel a válaszadó egyéni jellemzői szerint,* 2009

Egyén jellemzői	Fekvő-beteg-ellátások száma	Fekvő-beteg-napok száma	Elmaradt fekvő-beteg-ellátás	Egynapos fekvő-beteg-ellátások száma	Háziorvosi ellátások száma	Járóbeteg-ellátások száma	Elmaradt járóbeteg-ellátás	Fogorvosi ellátás igénybevétele
Nem								
Férfi	0,20	1,83	0,03	0,33	3,77	1,82	0,11	0,36
Nő	0,29	2,32	0,05	0,33	5,03	2,67	0,14	0,40
Korcsoport								
15–19	0,13	0,86	0,01	0,05	2,39	1,69	0,04	0,62
20–24	0,11	0,39	0,02	0,33	1,77	1,33	0,10	0,49
25–29	0,05	0,27	0,01	0,13	1,99	1,60	0,08	0,46
30–34	0,09	0,60	0,03	0,24	1,77	1,80	0,11	0,46
35–39	0,13	0,92	0,03	0,24	2,49	2,21	0,11	0,47
40–44	0,11	0,56	0,05	0,13	3,00	1,90	0,14	0,39
45–49	0,13	1,08	0,04	0,19	3,52	1,90	0,19	0,40
50–54	0,37	2,58	0,04	0,59	5,10	2,83	0,15	0,35
55–59	0,39	5,06	0,07	0,39	6,65	2,97	0,17	0,30
60–64	0,35	3,27	0,05	0,82	6,37	3,31	0,17	0,38
65–	0,49	3,95	0,05	0,38	7,96	2,64	0,12	0,20
Iskolai végzettség								
Kevesebb mint az általános iskola 4 évfolyama (ISCED0)	0,81	5,64	0,21	0,83	10,14	2,54	0,19	0,06
Kevesebb mint az általános iskola 8 évfolyama (ISCED1)	0,51	5,35	0,06	0,75	7,66	2,27	0,12	0,18
Általános iskola 8 évfolyama (ISCED3)	0,37	3,06	0,06	0,28	5,64	2,26	0,13	0,30
Érettségi, szakmunkás-képzőben, gimnáziumban, szakképesítést igazoló bizonyítvány (ISCED4)	0,20	1,70	0,03	0,31	3,98	2,21	0,13	0,39
Felsőfokú végzettség (ISCED5)	0,20	1,17	0,03	0,36	3,41	2,50	0,12	0,50
Doktori (PhD) vagy mester (DLA) fokozatot igazoló oklevél (ISCED6)	0,10	1,14	0,00	0,03	2,79	1,84	0,04	0,68
Gazdasági aktivitás								
Alkalmazott	0,11	0,57	0,03	0,21	2,72	1,69	0,12	0,43
Vállalkozó	0,13	0,64	0,02	0,12	2,87	1,49	0,18	0,42
Gyermekellátásban részesül	0,22	1,14	0,02	0,25	2,42	3,03	0,12	0,54
Munkanélküli	0,52	4,71	0,06	0,59	7,97	3,33	0,14	0,25
Nyugdíjas, járadékos	0,14	1,32	0,05	0,37	3,15	1,91	0,15	0,33
Egyéb	0,14	1,61	0,03	0,10	2,74	1,70	0,07	0,53
Foglalkozás								
Tiszt, vezető, felsőfokú képz.	0,21	1,40	0,03	0,44	3,49	2,26	0,12	0,48
Technikus, irodai, szolg. értékesítés	0,25	2,00	0,04	0,26	4,42	2,66	0,14	0,44
Szakképzett mg-i, erdész, halász	0,40	3,08	0,10	0,62	6,50	2,44	0,16	0,22
Szakképz. ipari, gépszerelő, járművez.	0,23	2,34	0,04	0,31	4,64	2,04	0,12	0,29
Egyszerű foglalk.	0,43	3,33	0,07	0,49	6,20	2,28	0,15	0,24
Együtt	0,25	2,09	0,04	0,33	4,44	2,28	0,13	0,38

*A megelőző 12 hónap során igénybevett „fekvő beteg”, „egynapos fekvő beteg”, „házi orvos”, „járó beteg” elnevezésű ellátások, illetve a kórházban eltöltött „fekvőbetegnapok” átlagos száma, valamint az „elmaradt fekvő beteg”, a „elmaradt járó beteg” és „fogorvosi” ellátások aránya.

A koncentrációs együtthatók felbontása lineáris modell szerint,* 2009

Lineáris modell	Fekvő- beteg- ellátások száma	Fekvő- beteg- napok száma	Elmaradt fekvő- beteg- ellátás	Egynapos fekvő- beteg- ellátások száma	Házior- vosi ellátások száma	Járóbeteg- ellátások száma	Elmaradt járóbeteg- ellátás	Fogorvo- si ellátás igénybe- vétele
Szükségletmutatók								
Életkor	0,00	0,01	0,02	0,02	0,00	0,01	0,01	0,01
Nem	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Krónikus betegségek száma	0,14	0,17	0,01	0,03	-0,02	0,01	0,01	-0,02
Korlátozottság	-0,27	-0,32	-0,15	-0,14	-0,03	-0,08	-0,07	0,02
Vélt egészség	-0,04	-0,06	-0,01	-0,05	-0,04	-0,04	-0,03	0,01
Szükséglet összege (A)	-0,17	-0,21	-0,14	-0,14	-0,09	-0,10	-0,08	0,01
Befolyásoló tényezők mutatói								
Iskolai végzettség	0,02	0,02	-0,03	0,03	0,00	0,06	0,01	0,03
Foglalkozás	0,02	0,02	0,00	0,03	0,00	0,01	0,00	0,03
Gazdasági aktivitás	-0,01	-0,03	0,00	-0,02	-0,01	-0,01	0,01	0,00
Statisztikai régió	-0,01	-0,01	-0,02	0,03	0,00	0,01	0,01	0,00
Lakóhely	-0,02	0,00	0,01	-0,01	0,00	0,00	0,01	0,00
Háztartástípus	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00
Befolyásoló tényezők összege (B)	0,01	0,00	-0,04	0,06	-0,01	0,07	0,03	0,07
Megmagyarázatlan maradék (C)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Korrigálás nélkül (A+B+C)	-0,12	-0,17	-0,23	-0,06	-0,09	0,00	-0,05	0,12
Korrigálás után (B+C)	0,05	0,04	-0,10	0,09	0,00	0,10	0,03	0,11

*A megelőző 12 hónap során igénybevett „fekvő beteg”, „egynapos fekvő beteg”, „házi orvos”, „járó beteg” elnevezésű ellátások illetve a kórházban eltöltött „fekvőbetegnapok” átlagos száma, valamint az „elmaradt fekvő beteg”, a „elmaradt járó beteg” és „fogorvosi” ellátások aránya.

6. Hivatkozott szakirodalom

- d'Uva TB, Jones AM, van Doorslaer E. Measurement of horizontal inequity in health care utilisation using European panel data. *Journal of Health Economics* (28):280-289, 2009.
- Grasdal AL, Monstad K. Inequity in the use of physician services before and after introducing patient lists in primary care. *International Journal for Equity in Health* 2011, 10:25
- Masseria C, Giannoni M. Equity in access to health care in Italy: a disease-based approach. *Eur J Public Health* 20 (5):504-510, 2010.
- McGrail KM, van Doorslaer E, Ross NA, and Sanmartin C. Income-Related Health Inequalities in Canada and the United States: A Decomposition Analysis. *Am J Public Health* 99 (10):1856-1863, 2009.
- Morris S, Sutton M, and Gravelle H. Inequity and inequality in the use of health care in England: an empirical investigation. CHE Technical Paper Series 27. University of York, Centre for Health Economics. 2003.
- O'Donnell O, van Doorslaer E, Wagstaff A, Lindelow M. Analyzing health equity using household survey data : a guide to techniques and their implementation. The World Bank, Washington, D.C., 2008
- Starfield B, Birn AE. Income redistribution is not enough: income inequality, social welfare programs, and achieving equity in health. *J Epidemiol Community Health* 61 (12):1038-1041, 2007.
- Tubeuf S. Income-related health inequalities in France in 2004: Decomposition and explanations. *Revue d'Epidemiologie et de Sante Publique* 57 (5):e34-e43, 2009.
- van Doorslaer E, Koolman X. Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries. *Health Econ* 13 (7):609-628, 2004a.
- van Doorslaer E, Masseria C, OECD Health Equity Research Group. Income-related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries. In: Towards High-Performing Health Systems: Policy Studies, Paris:OECD, 2004b, p. 109-165.
- van Doorslaer, Clarke EP, Savage E, Hall J. Horizontal inequities in Australia's mixed public/private health care system. *Health Policy* 86 (1):97-108, 2008.
- Vitrai J. Méltányosság, a betegek esélyegyenlősége, egyenlő hozzáférés az egészségügyi szolgáltatásokhoz és terápiákhoz. In: Bodrogi J (szerk.), A magyar egészségÜGY. Társadalmi-gazdasági megfontolások és ágazati véleményterkép. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2010.
- Wagstaff A, Bilger M, Sajaia Z, Lokshin M. Health Equity and Financial Protection: Streamlined Analysis with ADePT Software. The World Bank, Washington D.C., 2011. <http://issuu.com/world.bank.publications/docs/9780821384596?mode=embed&layout=http://skin.issuu.com/v/light/layout.xml&showFlipBtn=true>; elérve: 2011. szeptember 5.

Fejes László – Miholecz Zita Tímea – Restyánszkiné Jaczkó Valéria:

Regionális különbségek a magyar népesség egészségi állapotában és az egészségügyi ellátórendszerben az Európai lakossági egészségfelmérés és néhány intézményi adatgyűjtés adatai alapján, 2009

1. Bevezető

Magyarországon 2009. szeptember 15. és október 30. között – a Központi Statisztikai Hivatal irányításával – került sor az első, nemzetközileg standardizált Európai lakossági egészségfelmérésre (ELEF). A válaszadóknak egy kisebb csoportján az Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet (OÉTI) táplálkozási és tápláltsági állapot vizsgálatot is lefolytatott.¹

Az adatfelvétel lehetőséget biztosított arra, hogy az egészségi állapotot a demográfiai, társadalmi, gazdasági tényezőkkel összefüggésben vizsgáljuk. Tanulmányunkban a lakossági egészségfelmérés regionális bontású adatai alapján a lakosság egészségi állapotának és ezzel összefüggésben az ellátórendszer igénybevételének területi különbségeit elemeztük. Az egészségi állapot önértékelés alapján meghatározott, olyan komplex mutató, ami nagyon erősen korrelál a valós egészségi állapottal, sőt a halálozási valószínűséggel is. Az intézményi egészségügyi statisztikai adatokat is megvizsgáltuk, hogy teljesebb helyzetképet kapjunk a lakosság egészségi állapotáról. Ehhez felhasználtuk a háziiorvosi, illetve az egyéb egészségügyi intézményi statisztikák adatait, majd az említett kétféle forrásból származó információkat együttesen értékeltük. Nemenként és korcsoportonként vizsgáltunk néhány betegségcsoportot.

Az adatok az ELEF2009 célcsoportjának, vagyis a 15 éves és idősebb, magánháztartásban élő népességnek az egészségi állapotát, életmódját és az ellátás minőségét jellemzik. A 15 év alattiak és az intézetben élők nem szerepeltek a felvételben.

2. A népesség egészségi állapotát befolyásoló egyes tényezők

2.1. Demográfiai tényezők

Egy idősödő populációban még jobb társadalmi, gazdasági körülmények között is nagyobb a megbetegedések és a halálozások aránya, mint egy fiatalabban. Az öregedés az ellenálló- és az alkalmazkodóképesség csökkenését hozza magával, így a betegségek előfordulása az életkor emelkedésével egyre gyakoribb. Egy adott népesség kormegoszlását több demográfiai jelenség kölcsönhatása határozza meg. Annak ellenére, hogy európai viszonylatban a magyar halandóság még mindig magas, az évtizedek óta – különösen az idős korosztályokban – tapasztalható csökkenő halandóság következménye az öregedő népesség kialakulása, amit a fokozott termékenység fokoz.

A férfiak magasabb halandósága miatt egy idősebb népességben a nőtöbbség a jellemző. 2001-ben Magyarországon 1103 nő jutott ezer férfira, 2010-ben 1105. A régiók közül 2010 elején Közép-Magyarországon volt a legmagasabb a nők lakosságon belüli aránya (53%), itt ezer férfira 1140 nő jutott, a legalacsonyabb pedig Közép-Dunántúlon, ahol 1067.

¹ Európai lakossági egészségfelmérés – Magyarország, 2009 Összefoglaló eredmények. KSH, Budapest, 2011.

A korösszetétel hatással van a gazdasági aktivitásra, az eltartottak arányára. 2001 és 2010 eleje között a népesség csökkenése – Közép-Magyarország kivételével – minden területre jellemző. Ezzel együtt a 65 éves és idősebb népesség száma valamennyi régióban emelkedett, leginkább Közép-Dunántúlon (13%-kal), legkevésbé Észak-Magyarországon és Észak-Alföldön (egyenként 4,8%-kal). Az aktív korú népesség (15–64 éves) száma mindössze két régióban – Közép-Magyarországon jelentősebben (3,6%-kal), Nyugat-Dunántúlon szerényebben (0,5%-kal) – emelkedett, elsősorban a gazdasági okok miatti odaköltözések következményeként. A gyermekkorúak száma egyedül Közép-Magyarországon nőtt a vizsgált időszakban, szintén az előbb említettek miatt.

Az eltartottsági ráta² értéke Észak-Magyarországon a legmagasabb (közel 49%), Nyugat- és Közép-Dunántúlon a legalacsonyabb (44%). A népesség öregedését jól mutatja az öregedési index³ időbeli változása is. 2001 elején országosan 100 gyermekkorúra 91, 2010-ben 113 időskorú személy jutott. A régiókat vizsgálva Észak-Alföld helyzete a népesség összetételét tekintve speciális: a gyermekek száma egyedül itt volt magasabb az idősekénél, a többi régióban fordított a helyzet, különösen Dél-Alföldön, ahol 2010 elején 124 időskorú személy jutott száz gyermekkorúra. Az eltartottsági ráta és az öregedési index között a regionális adatok lineáris kapcsolatot mutatnak ($r = -0,21$), és a regressziós egyenestől a két alföldi régió tér csak el számottevően, az északi terület nagyobb mértékben, mint a déli.

1. tábla

A népesség megoszlása korcsoport és régió szerint, eltartottsági ráta, öregedési index, 2010. január

Régió	0–14	15–64	65–	Ezer férfira jutó nők száma	Eltartottsági ráta	Öregedési index
	éves népesség aránya, %					
Közép-Magyarország	14,4	68,8	16,8	1 140	45,2	116,5
Közép-Dunántúl	14,5	69,6	16,0	1 067	43,8	110,4
Nyugat-Dunántúl	13,9	69,5	16,7	1 082	43,9	120,3
Dél-Dunántúl	14,2	68,7	17,1	1 100	45,5	120,1
Észak-Magyarország	15,6	67,2	17,1	1 106	48,7	109,3
Észak-Alföld	16,4	68,4	15,2	1 087	46,2	92,9
Dél-Alföld	14,2	68,2	17,6	1 104	46,6	123,9
Ország összesen	14,7	68,6	16,6	1 105	45,7	112,6

Forrás: Demográfiai évkönyv, 2009. KSH, Budapest, 2010.

Az egyén egészsége, jólléte szempontjából fontosak a családi kapcsolatok. Különböző családformában élőknel az egészségi állapot és a jóllét is különbözik, mivel más életmód társul az eltérő családi állapotokhoz. A házasság mint egészségvédő faktor szerepét számos kutatás bizonyította.⁴ A házasságban élők tovább élnek, egészségesebbek, az élettel általában elégedettebbek, mint egyedülálló, elvált vagy özvegy kortársaik. A család, a társas kapcsolatok támogató hatása és az egyén egészségi állapota között összefüggés figyelhető meg.

A hagyományos párkapcsolati és családi kapcsolatok jelentősen átalakultak az utóbbi években. A házasságkötési kor kitolódása, illetve a párkapcsolatok kialakításában új alternatívák váltak elfogadottá az élettársi kapcsolatok terjedésével. Új jelenség a „szingliség”, a fiatalkori életvitel meghosszabbodása.

² Eltartottsági ráta = a gyermek és időskorú népesség az aktív korú 15–64 éves népesség százalékában.

³ Öregedési index = a 65 éves és idősebbek a gyermeknépesség – 0–14 évesek – százalékában.

⁴ Kovács Eszter, Dr. Pikó Bettina: Nem hagyományos egészségvédő faktorok. Hippocrates 2007/3.

**A 15 éves és idősebb népesség megoszlása családi állapot
és régió szerint, 2010. január**

(%)

Régió	Hajadon, nőtlen	Házias	Özvegy	Elvált	Összesen ^{a)}
Közép-Magyarország	34,1	44,0	10,2	11,7	100,0
Közép-Dunántúl	32,4	46,0	10,9	10,7	100,0
Nyugat-Dunántúl	31,5	48,6	11,2	8,8	100,0
Dél-Dunántúl	31,5	45,4	12,1	10,9	100,0
Észak-Magyarország	30,1	46,8	12,8	10,2	100,0
Észak-Alföld	31,3	47,7	11,5	9,5	100,0
Dél-Alföld	32,4	44,4	11,7	11,5	100,0
Ország összesen	32,3	45,7	11,3	10,7	100,0

a) Bejegyzett élettársi kapcsolattal együtt.

Forrás: Demográfiai évkönyv, 2009. KSH, Budapest, 2010.

2001-hez képest minden régióban nőtt a nőtlenek, hajadonok, valamint az elváltak aránya, ezzel szemben a házásoké csökkent. 2010 elején a nőtlenek és hajadonok, valamint az elváltak aránya Közép-Magyarországon a legmagasabb (34, illetve 12%), és itt a legalacsonyabb a házások aránya (44%). A hajadonok, nőtlenek hányada Észak-Magyarországon a legkisebb, a házásoké Nyugat-Dunántúlon volt a legnagyobb.

A vizsgálat tárgyát képező 15 éves és idősebb népességen belül a régiók között nemeként a korcsoportok megoszlásában nincs lényeges különbség. A férfiaknál a 25 éven aluliak aránya Észak-Alföldön a legmagasabb, Közép-Magyarországon a legalacsonyabb. Minden régióban a 25–34 éves korcsoport hányada a legjelentősebb (19–22%). Az időskorú (65 éves és idősebb) férfiak aránya Dél-Alföldön a legnagyobb, Észak-Alföldön a legkisebb.

A férfiak magasabb halandósága következtében az időskorú nők aránya minden régióban lényegesen magasabb, mint a férfiaké. A 65 éves és idősebb nők hányada Észak-Magyarországon a legnagyobb.

A 15 éves és idősebb népesség megoszlása korcsoportonként, 2010. január

Korcsoport	Közép-Magyarország	Közép-Dunántúl	Nyugat-Dunántúl	Dél-Dunántúl	Észak-Magyarország	Észak-Alföld	Dél-Alföld	Ország összesen
Férfi								
15–18	4,5	5,2	5,0	5,2	5,6	5,7	5,3	5,1
19–24	7,7	8,6	8,1	8,4	8,7	9,1	8,5	8,3
25–34	18,2	16,8	16,6	15,7	15,4	15,8	15,9	16,7
35–44	16,3	15,1	15,3	14,5	14,2	14,6	14,7	15,2
45–54	11,8	13,9	14,0	14,5	14,0	13,7	13,7	13,3
55–64	12,6	12,7	13,3	13,2	12,4	12,0	13,0	12,7
65–74	7,9	7,7	7,8	8,1	7,9	7,0	8,2	7,8
75–	5,2	4,6	5,0	5,0	4,9	4,5	5,5	5,0
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nő								
15–18	3,8	4,6	4,4	4,5	4,9	5,0	4,6	4,4
19–24	6,8	7,4	7,0	7,3	7,4	7,9	7,4	7,2
25–34	16,4	14,3	14,5	13,4	12,5	13,6	13,5	14,4
35–44	14,3	13,4	13,4	12,9	12,5	13,1	13,0	13,4
45–54	11,6	13,5	13,5	13,9	13,5	13,4	13,3	12,9
55–64	14,0	13,7	14,0	14,2	13,6	12,9	14,0	13,8
65–74	10,4	10,7	10,6	11,0	11,3	9,9	11,1	10,6
75–	9,6	8,7	9,6	9,7	9,7	8,7	10,0	9,4
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Forrás: Demográfiai táblázó, KSH.

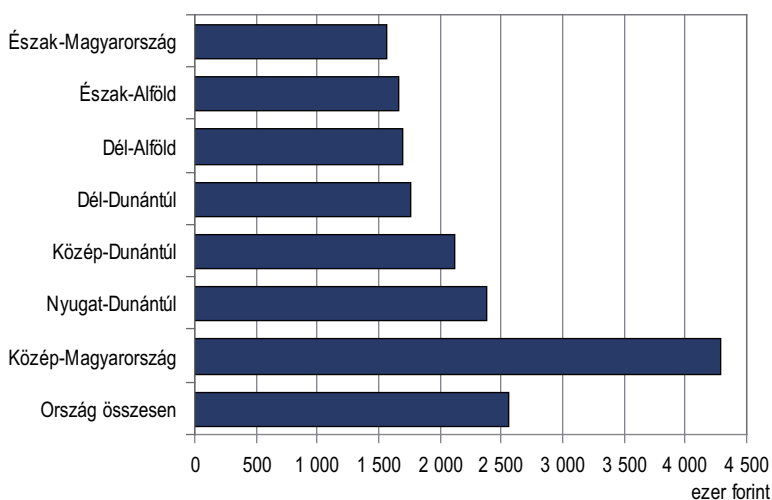
2.2. Gazdasági-társadalmi tényezők

Magyarországon a 2009-ben előállított bruttó hazai termék értéke – piaci beszerzési áron – 91,4 milliárd eurót volt, az Európai Unió 27 tagállama által előállított GDP 0,8%-a. Az egy főre jutó GDP alapján Magyarország a 27 tagállam rangsorában a 21. helyen állt. Értéke vásárlóerő-paritáson kifejezve az uniós tagállamok átlagának 65%-át érte el.

Az ország területén 2009-ben – piaci beszerzési áron – 25 623 milliárd forint értékben állítottak elő javakat és nyújtottak szolgáltatásokat, ennek 49%-át Közép-Magyarországon. A fővárost is magába foglaló régió gazdasági fölényét az egy főre jutó bruttó hazai termék (4,3 millió forint) nagysága is alátámasztja, ugyanis az országos átlagot (2,6 millió forint) 68%-kal haladta meg. A többi hat régió gazdasági teljesítménye jelentősen elmaradt ettől, értékeik 1,6–2,4 millió forint között alakultak. Kedvezőbb a Nyugat- és Közép-Dunántúl helyzete, a legnagyobb lemaradás pedig Észak-Alföldet és Észak-Magyarországot jellemezte. Míg Közép-Magyarország fajlagos mutatója vásárlóerő-paritáson az EU-27 átlagánál 7,3%-kal magasabb volt, addig Észak-Magyarországé és az Észak-Alföldé annak 39, illetve 42%-át érte el.

1. ábra

Az egy főre jutó bruttó hazai termék alakulása, 2009



Forrás: Magyarország nemzeti számlái, 2008–2010. KSH, 2011.

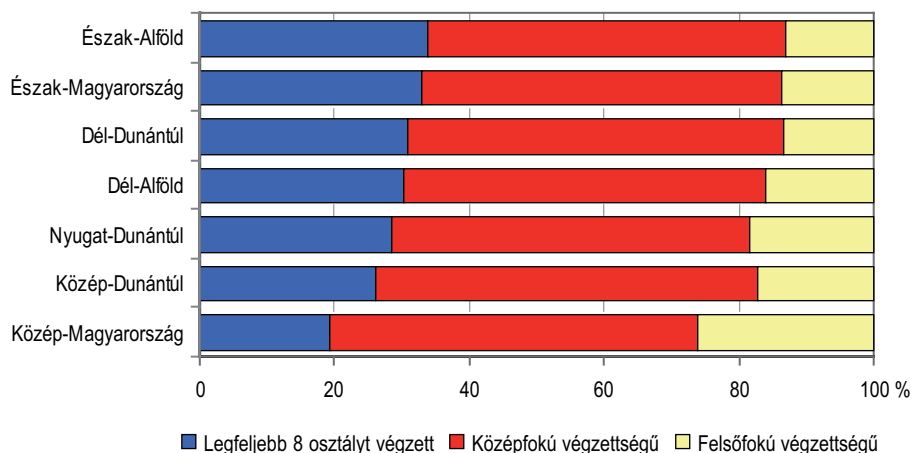
Magyarországon 2009-ben a bruttó hozzáadott érték 67%-át a szolgáltatás, 25%-át az ipar, 4,9%-át az építőipar, 3,4%-át a mezőgazdaság adta. A szolgáltatások aránya 2009-ben Közép-Magyarországon meghaladta a hazai átlagot (77%), míg Közép-Dunántúlon volt a legalacsonyabb (49%). Ez utóbbi régióban kiemelkedően magas, 41% az ipar hozzájárulása a GDP-hez. Az építőipar és a mezőgazdaság szerepe Közép-Magyarországon kisebb az országos átlagnál. A mezőgazdaság aránya jelentős az Alföldön, valamint Dél-Dunántúlon, az építőiparé Dél-Dunántúlon, Észak-Magyarországon, illetve az Alföldön.

Az egészségi állapot egyik döntő befolyásoló tényezője az egyén iskolázottsága. Ez részben közvetlenül az egészség-magatartás, az életmód kialakításában játszik szerepet, részben pedig a társadalmi-gazdasági státusz megszerzése révén közvetve befolyásolja az egészséget. Az iskolázottság növeli az egészségtudatos magatartás esélyét, ezzel párhuzamosan az egészségügyi ellátáshoz való hozzáállást, valamint a megfelelő ellátáshoz való hozzájutást.

2009-ben – az Európai lakossági egészségfelmérés adatai alapján – a 15 éves és idősebb népesség 54%-a középfokú végzettséggel, 27%-a legfeljebb az általános iskola 8 évfolyamával, 18%-a felsőfokú végzettséggel rendelkezett. A 8 osztályt vagy annál kevesebb évfolyamot végzők aránya Észak-Alföldön (34%), Dél-Alföldön (30%) és Észak-Magyarországon (33%) haladta meg az országos átlagot (27%), a felsőfokú végzettségűeké Közép-Magyarországon (26%) magasabb volt, mint országosan (18%).

2. ábra

A 15 éves és idősebb népesség iskolai végzettség szerinti megoszlása, 2009

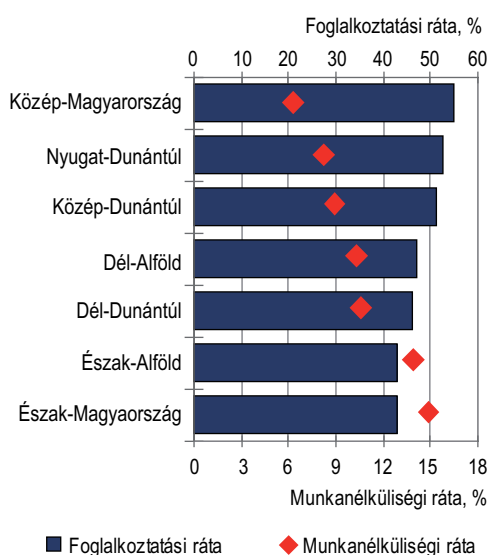


Forrás: ELEF2009.

A KSH munkaerő-felmérése alapján Magyarországon 2009-ben a 15–74 éves munkaképes korú népesség 55%-a, 4,2 millió fő jelent meg a munkaerőpiac kínálati oldalán, közel kilenctizedük foglalkoztatottként. A munkanélküliek száma 421 ezer fő, ami 10%-os munkanélküliségi rátát jelent.

3. ábra

A munkaerő-piaci mutatók alakulása, 2009



Forrás: Területi statisztikai évkönyv, 2009. KSH, 2010.

A 15–74 éves munkaképes korú népességhez viszonyítva a foglalkoztatottak aránya 49%-ot tett ki. Az országosnál Közép-Magyarország, illetve Közép- és Nyugat-Dunántúl aránya ma-

gasabb, Dél-Dunántúl, valamint Észak-Magyarorszáé és az Alföld régióé alacsonyabb volt 2009-ben. A legmagasabb és a legalacsonyabb foglalkoztatási színvonalú régiók rátája között 12 százalékpontos eltérést regisztráltak. A regionális különbségek a munkanélküliség esetében is megfigyelhetők, a foglalkoztatáshoz hasonló területi megosztottság jellemzi itt is hazánkat. Az aktív népességen belül 2009-ben legkevesebben Közép-Magyarországon (6,6%), míg a legtöbbben Észak-Magyarországon (15%) voltak munka nélkül.

Magyarországon 2009-ben a 3,8 millió foglalkoztatott több mint héttizede állt alkalmazásban. Utóbbiak közel kilenctizedét teljes munkaidőben foglalkoztatták. Az alkalmazásban állók több mint egynegyedét az iparban foglalkoztatták, Közép- és Nyugat-Dunántúlon e gazdasági ágban dolgozók hányada 41, illetve 38%.

A teljes munkaidőben alkalmazásban állók havi bruttó átlagkeresete országosan meghaladta a 200 ezer forintot, elsősorban a közép-magyarországi magas bérek miatt, a régióban átlagosan havonta 242 ezer forintot kerestek. A többi régióban a bruttó bérek 155–177 ezer forint között váltakoztak. Az ágazatok kereseti rangsorában – országosan és a régiókban egyaránt – 2009-ben a pénzügyi szolgáltatás (428 ezer forint), valamint az információ és kommunikáció (367 ezer forint) területen dolgozóké volt a legmagasabb bér. A mezőgazdaságban alkalmazásban állók keresete volt a legalacsonyabb, e gazdasági ágban a legtöbben az Alföldön dolgoztak. Az átlagos havi nettó kereset a bruttónak átlagosan 62%-át, azaz 124 ezer forintot tett ki.

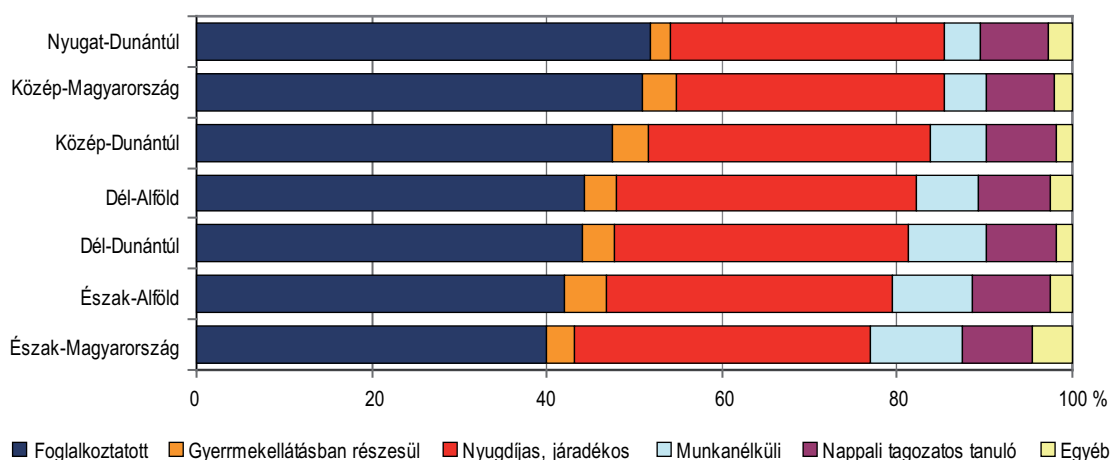
A Foglalkoztatási és Szociális Hivatal adatai alapján Magyarországon 2009 decemberében 604 576 álláskeresőt tartottak nyilván, 56%-ukat Észak-Magyarországon és az Alföldön. A férfi álláskeresők többsége országosan (54%) és a régiók szintjén (50–56%) is érvényesült. Az álláskeresők negyede (154 116 fő) egy éven túli nyilvántartott volt. 2009 végén az álláskeresők 8,5%-át adták a pályakezdők, elhelyezkedési esélyeik Közép-Magyarországon a legkedvezőbbek, Észak-Alföldön a legkedvezőtlenebbek.

2009 végén 10 034 bejelentett betöltetlen álláshelyet tartottak nyilván, egy álláshelyre átlagosan 60 jelentkező jutott. Az országosnál kedvezőbbek voltak a Nyugat-Dunántúlon, a Közép-Magyarországon és a Dél-Alföldön munkát keresők elhelyezkedési esélyei. Észak-Alföldön az egy bejelentett betöltetlen álláshelyre jutó nyilvántartott álláskeresők száma az országos átlagnak 2,5-szeresét, Dél-Dunántúlon a kétszeresét tette ki.

A régiók közötti különbségeket a háztartások összetétele is tükrözte. Egy ország gazdasági-társadalmi viszonyainak jelentős indikátora a háztartások jövedelmi helyzete, amit elsősorban a háztartástagok gazdasági aktivitása határoz meg. A felmérés szerint a háztartásban élők 47%-a foglalkoztatott, 3,8%-a gyermekellátásban részesülő, 32%-a nyugdíjas és járadékos, 6,9%-a munkanélküli, 8,0%-a nappali tagozatos tanuló, 2,5%-a egyéb inaktív volt. Ezek az arányok hasonló képet mutatnak a fent említett aktivitási mutatókkal.

4. ábra

A 15 éves és idősebb népesség megoszlása gazdasági aktivitásuk szerint



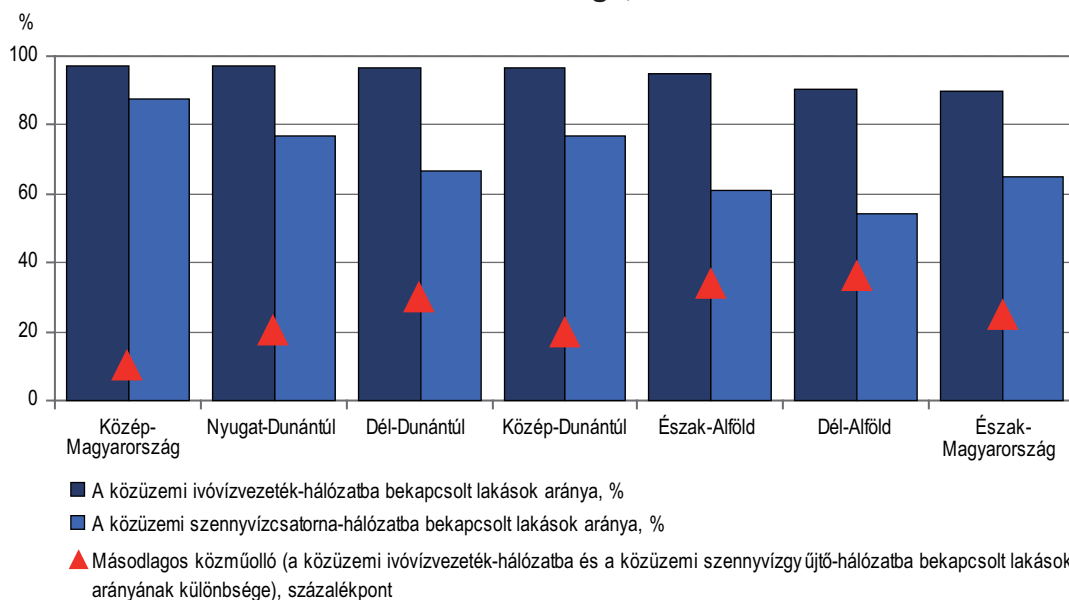
Forrás: ELEF2009.

A lakások közüzemi ivóvíz-, illetve szennyvízcsatorna-hálózattal való ellátottsága közvetetten hatást gyakorol a lakosság egészségi állapotára. A vízvezeték-hálózatba bekapcsolt lakások aránya 2009-ben országosan 95% volt. Azok számára, akik közüzemi vízhálózatba be nem kötött ingatlanokban élnek, a közkifolyók biztosítják a háztartási szükségletek kielégítésére szolgáló vízmennyiséget. A legtöbb közkifolyó – az összesnek közel hattizede – Észak-Magyarországon (itt a legalacsonyabb a közüzemi ivóvízvezeték-hálózatba bekapcsolt lakások aránya) és Észak-Alföldön működött, a legkevesebb (az országos 4,9%-a) Közép-Dunántúlon.

A csatornázottság is fontos tényező az ott lakók egészsége szempontjából, e tekintetében nagyok a régiók közötti különbségek: Dél-Alföldön a lakásoknak mindössze 54%-a, Közép-Magyarországon 87%-a csatlakozott a szennyvízhálózathoz, az országos átlag 72%. Közép-Magyarországon a vízvezetékkel ellátott lakások egytizede, az Alföldön 36–40%-a csatornázatlan.

5. ábra

A lakások közüzemi ellátottsága, 2009. december 31.



Forrás: Területi statisztikai évkönyv, 2009. KSH, 2010.

Magyarországon 2009-ben 31 994 új lakást építettek, 55%-át Közép-Magyarországon. Az épített lakások tízezer lakosra jutó száma kizárólag ebben a régióban (60) haladta meg az országos átlagot (32). Az utolsó helyen álló Észak-Magyarország mutatója mindössze 20%-a a közép-magyarországinak. Az új lakások döntő többsége (98, illetve 93%-a) fürdőszobával, illetve gázvezetékekkel ellátott. A gázvezetékekkel való ellátottság egyedül Közép-Magyarországon (98%) haladta meg az országos átlagot (93%), míg Észak-Magyarországon (76%) jelentősen alatta maradt.

Az egészségi állapot nem független a társadalmi státustól, az egészséget számos befolyásoló tényező bonyolult hierarchikus kapcsolatrendszere határozza meg. A lakóhelyként szolgáló települések mérete erőteljesen megszabja a helyben elérhető közszolgáltatások körét, valamint az épített környezet minőségét, és ezáltal jelentősen befolyásolja az ott lakók egészségét.

3. A népesség egészségi állapota

3.1. Halálozás

Hazánkban a halálozások száma az elmúlt évtized folyamán 130 és 136 ezer között változott. 2009-ben ezer lakosra 13 halálozás jutott. A legalacsonyabb nyers halálozási arányszám (a halálozások ezer lakosra jutó száma) Közép-Magyarországot (12,1), a legmagasabb Észak-Magyarországot (14,3) jellemezte. A nyers halálozási arányszám mind a nők (13,2), mind a férfiak esetében (15,5) Észak-Magyarországon a legkiemelkedőbb. A területi különbségek bemutatásának egyik szemléletes mutatója a standardizált halandósági hányados.⁵ 2009-ben a nőknél ez a mutató a régiók között 94–106% között mozgott. Előbbi Közép-Magyarországot, utóbbi Észak-Magyarországot jellemezte. A férfiaknál a standard halandósági hányados 88–113% között váltakozott a régiók között, a nőkhöz hasonlóan szintén Közép-Magyarországon a legkedvezőbb, Észak-Magyarországon a legkedvezőtlenebb.

A férfiak halandósága a fejlett egészségügyi kultúrájú társadalmakban is magasabb a nőkénel. A születéskor várható élettartam⁶ mindkét nem esetében javult az elmúlt másfél évtizedben. Egy 2009-ben Magyarországon született kisfiú – az adott év halálozási viszonyai alapján – 70,1 élettartamra számíthat, ez az érték egy kislánynál 77,9 év.

A 2009-es adatok szerint a nőknél Nyugat-Dunántúlon (78,6 év) volt a legmagasabb a születéskor várható élettartam (0,7 évvel meghaladva az országos átlagot), míg a legalacsonyabb Észak-Magyarországon (76,7 év). A nőknél viszonylag kicsi a különbség a legmagasabb és a legalacsonyabb értékű régió között, mindössze 1,9 év. A férfiak esetében a Közép-Magyarországon élők életkilátásai (71,4 év) voltak a legjobbak, ők 1,3 évvel hosszabb életre számíthatnak, mint az országos átlag, ezt Nyugat-Dunántúl követte (70,7 év). A legalacsonyabb értékkel itt is Észak-Magyarország (68,4 év) rendelkezett.

Országos adatok alapján a halandóság minkét nembeli javulásával a várható élettartam emelkedésével mérséklődnek a nők és férfiak életkilátásai közötti különbségek. A 2009. évi halandósági viszonyok szerint a nők átlagosan 7,8 évvel több életévre számíthatnak, mint a férfiak. A különbség az 1990-es évek elején volt a legnagyobb – több mint 9 év –, azóta másfél évvel csökkent, de európai viszonylatban most is magas. A két nem közötti eltérés Közép-Magyarországon a legkisebb (7,1 év), Észak-Alföldön a legnagyobb (8,4 év).

4. tábla

Születéskor várható élettartam nemenként, 2009

Megnevezés	Közép-Magyarország	Nyugat-Dunántúl	Dél-Alföld	Közép-Dunántúl	Dél-Dunántúl	Észak-Alföld	Észak-Magyarország	Ország összesen
Férfi	71,4	70,7	69,8	69,7	69,6	69,3	68,4	70,1
Nő	78,4	78,6	77,6	77,7	77,7	77,7	76,7	77,9

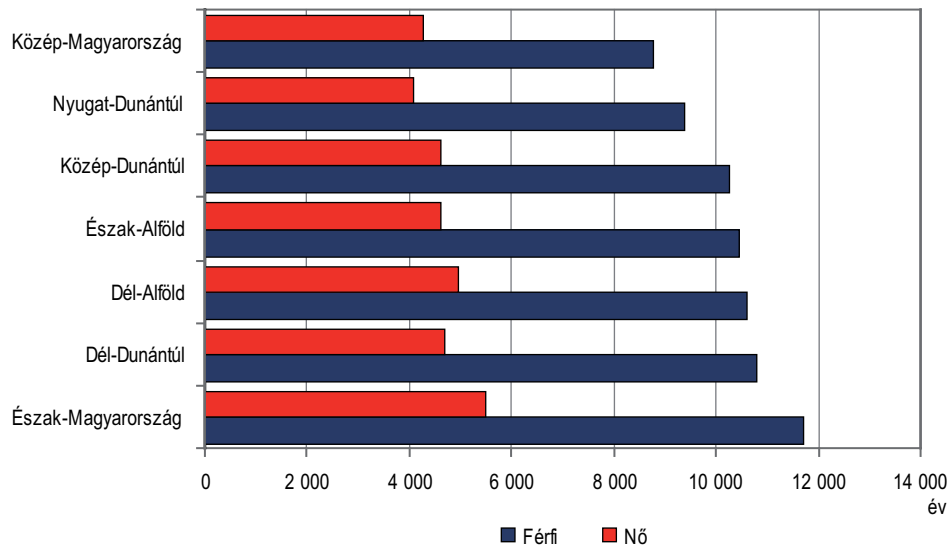
Forrás: Területi statisztikai évkönyv, 2009. KSH, 2010.

A halálozási viszonyok jellemzésére az előbbieket mellett más módszereket is alkalmaznak. Ilyen pl. az elvesztett életévek számítása. A számítás alapjául – nemzetközi gyakorlatot követve – a 70 éves kort határozták meg (a mutató a 70 év alattiak halálozási viszonyokat tükrözi). Az adatok alapján százezer lakosra számítva a férfiak több mint kétszer annyi életévet vesztek el a potenciális 70 évből, mint a nők. Régióként a férfiaknál Közép-Magyarországon (8790 év) a legkisebb, Észak-Magyarországon (11 729 év) a legnagyobb a veszteség. A nőknél szintén Észak-Magyarországon (5481 év) a legmagasabb a veszteség, viszont Nyugat-Dunántúlon (4097 év) a legalacsonyabb.

⁵ Ez azt fejezi ki, hogy a tényleges halálozások száma hány százaléka az ún. várt értéknek, ami akkor állna fent, ha a vizsgált területen az országos korszerinti halálozási arányszámok érvényesülnének.

⁶ Várható átlagos élettartam: azt fejezi ki, hogy a különböző életkorúak az adott év halandósági viszonyai mellett még hány évi élettartamra számíthatnak.

A százezer főre jutó elvesztett életévek a potenciális 70 évből, 2009



Forrás: Demográfiai évkönyv, 2009. KSH, 2010.

A halandósági vizsgálatok szinte bármely általános mutatója alapján a legkedvezőbb helyzet Közép-Magyarországot és Nyugat-Dunántúlt, a legkedvezőtlenebb Észak-Magyarországot jellemzi.

Magyarországon, mint minden fejlett egészségi kultúrájú országban, az emberek döntő többsége idősebb korban hal meg. 2009-ben a 15 éves és idősebb népesség esetében a számba vett halálozások 51%-a 75 éves és idősebb, 21%-a 65–74 éves, 16%-a 55–64 éves korban fordult elő. Az 55 évnél fiatalabbak aránya mintegy 12%. A két nem kor szerinti halandóságában jelentős különbségeket figyelhetünk meg. 75 éves és idősebb korban a férfiak 39%-a, míg a nők 64%-a halt meg. A 75 év alatti korcsoportok mindegyikében a férfiak halálozási aránya magasabb, mint a nőké.

A vizsgálat tárgyát képező 15 éves és idősebb népesség esetében a férfiak körében 34 év felett minden korcsoportban Észak-Magyarországon legmagasabb a népességszámra vetített halálozások száma, míg a 45 évesek és idősebbeknél Közép-Magyarországon a legalacsonyabb. A régiók között a korcsoportokon belül jelentősek az eltérések. A legkedvezőbb és legkedvezőtlenebb helyzetben lévő régiók között a halálozási arányszámok a 45–54 éves korcsoportban 37, az 55–64 éves korcsoportban 31, a 65–74 éveseknél 30%-kal térnek el.

5. tábla

A 15 éves és idősebb férfiak kor szerinti halálozási arányszámai ezer férfira számítva, 2009

Megnevezés	15–18	19–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	75–	Összesen	Standardizált ^{a)} arányszám
	éves									
Közép-Magyarország	0,4	0,6	0,8	2,3	9,8	20,4	37,2	98,9	14,7	14,5
Közép-Dunántúl	0,4	0,7	1,1	3,0	11,9	23,5	46,3	109,5	16,4	17,0
Nyugat-Dunántúl	0,3	0,7	0,9	2,2	10,5	22,2	41,7	113,4	16,3	16,2
Dél-Dunántúl	0,5	0,8	1,1	3,2	11,9	23,6	44,5	111,3	17,3	17,0
Észak-Magyarország	0,6	0,7	1,0	4,0	13,4	26,8	48,2	116,6	18,5	18,5
Észak-Alföld	0,5	0,8	1,2	3,1	12,0	24,5	46,8	112,3	16,5	17,4
Dél-Alföld	0,4	0,8	1,2	3,1	11,6	24,2	42,7	107,1	17,4	16,6
Ország összesen	0,4	0,7	1,0	2,9	11,6	23,3	43,0	108,0	16,5	16,5

a) A férfinépesség 2009. évközepe népségére standardizált adatok.

Forrás: demográfiai táblázó, KSH.

A nőknél kiegyenlítettebb a kép, 24 év felett minden korcsoportban Észak-Magyarországon a legmagasabb, míg korcsoportonként váltakozva Nyugat-Dunántúlon és Közép-Magyarországon a legalacsonyabb a halandóság.

A 15 éves és idősebb nők kor szerinti halálozási arányzamai ezer nőre számítva, 2009

Megnevezés	15–18	19–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	75–	Összesen	Standardizált arányszám ^{a)}
	éves									
Közép-Magyarország	0,2	0,2	0,2	1,1	4,7	9,1	19,3	80,6	13,5	13,5
Közép-Dunántúl	0,1	0,3	0,4	1,4	4,8	9,3	21,3	84,0	13,5	14,3
Nyugat-Dunántúl	0,2	0,3	0,4	1,2	3,8	8,1	19,1	83,2	13,6	13,5
Dél-Dunántúl	0,2	0,2	0,3	1,2	4,9	9,7	21,2	84,8	14,7	14,4
Észak-Magyarország	0,2	0,2	0,6	1,7	4,9	10,3	22,7	85,1	15,3	14,8
Észak-Alföld	0,4	0,2	0,4	1,3	4,8	9,3	20,6	85,2	13,6	14,3
Dél-Alföld	0,2	0,4	0,5	1,5	4,7	9,4	20,2	82,7	14,6	14,0
Ország összesen	0,2	0,3	0,4	1,3	4,7	9,3	20,5	83,2	14,0	14,0

a) A női népesség 2009. évközepi népességére standardizált adatok.

Forrás: demográfiai táblázó, KSH.

Magyarországon mint az iparilag fejlett országokban általában – a teljes népességet tekintve a halálozások mintegy felét a keringési rendszer betegségei, több mint negyedét a daganatos megbetegedések okozzák. A halálozások 5,0%-a a légzőrendszer, 6,3%-a az emésztőrendszer betegségeire, 2,3%-a endokrin, táplálkozási és anyagcsere-betegségekre vezethető vissza, 5,5%-a pedig erőszakos eredetű. A hat főcsoportba tartozó betegségeknek és az erőszakos cselekményeknek tulajdonítható a halálozások 94%-a.

Keringési rendszer okozta betegség következtében 2009-ben Magyarországon százezer lakosra vetítve 648 személy hunyt el, a vizsgált 15 éves és idősebb népességben 760. A 2009-es év közepi 14 évesnél idősebb népesség kormegoszlására standardizált adatok szerint a régiók közül e halálok következtében Észak-Magyarországon a legmagasabb a halandóság (843,6 százezrelék), Közép-Magyarországon (673,2 százezrelék) a legalacsonyabb. Daganatok miatt százezer lakosból összesen 331 halt meg, a vizsgált korcsoportban 388. A standardizált halálozási mutató szerint a daganatos halálozás Dél-Alföldön a legalacsonyabb (375,7 százezrelék), Közép-Dunántúlon (405,8 százezrelék) a legmagasabb. Az, hogy a regionális daganatos halandóság nem a területek gazdasági fejlettségének sorrendjében alakul, azzal magyarázható, hogy a tumoros betegségek kialakulásának kockázata kevésbé szoros kapcsolatot mutat a társadalmi-gazdasági jellemzőkkel, mint azok a kompetitív halálokok, amelyek a daganatokhoz képest fiatalabb életkorban vezetnek halálhoz.

A teljes, valamint a 15 éves és idősebb népesség halálhálójában a jól ismert területi különbségek mutatkoznak. A keringési rendszer betegségei következtében a 15 éves és idősebb férfiaknál százezer férfira országosan 739 halálozás jutott. A régiókban a 15 éves és idősebb férfiak országos kormegoszlására standardizált viszonyszám 639,7–842,6 közötti. A nőknél a keringési rendszer betegségei következtében meghaltak aránya magasabb, mint a férfiaknál, országos átlagban 779,0 százezrelék. A férfiakhoz hasonlóan szintén Közép-Magyarországon (705,1 százezrelék) a legkevesebb, Észak-Magyarországon a legtöbb (849,5 százezrelék) az e betegség miatti elhalálozás.

A daganatok okozta halálozások aránya a férfiaknál magasabb, a vizsgált népességben 462,0 százezrelék. A régiók között 424,5–491,0 százezrelék között alakult, Közép-Magyarországon a legalacsonyabb e halálok miatt meghaltak lakosságszámhoz viszonyított standardizált aránya, míg Észak-Alföldön a legsúlyosabb a helyzet. A nőknél pont fordítva van, Közép-Magyarországon a legmagasabb a daganatos betegségek következtében elhunytak aránya (338,7), és Észak-Alföldön a legalacsonyabb (302,1).

Az emésztőrendszer betegségei következtében a 15 éves és idősebbek között a férfiaknál Észak-Magyarországon, a nőknél pedig Közép-Magyarországon halnak meg legtöbben a népességszámhoz viszonyítva. A légzőrendszer betegsége miatti halálozás mutatója mindkét nemnél Észak-Magyarországon a legmagasabb.

3.2. Morbiditás

A lakosság morbiditási viszonyainak áttekintéséhez többféle adatforrást használtunk. A házi orvosok és házi gyermekorvosok jelentéséből, a bejelentett fertőző megbetegedésekről szóló, illetve a tüdőgondozó intézetek kimutatásaiból származó adatokkal dolgoztunk.

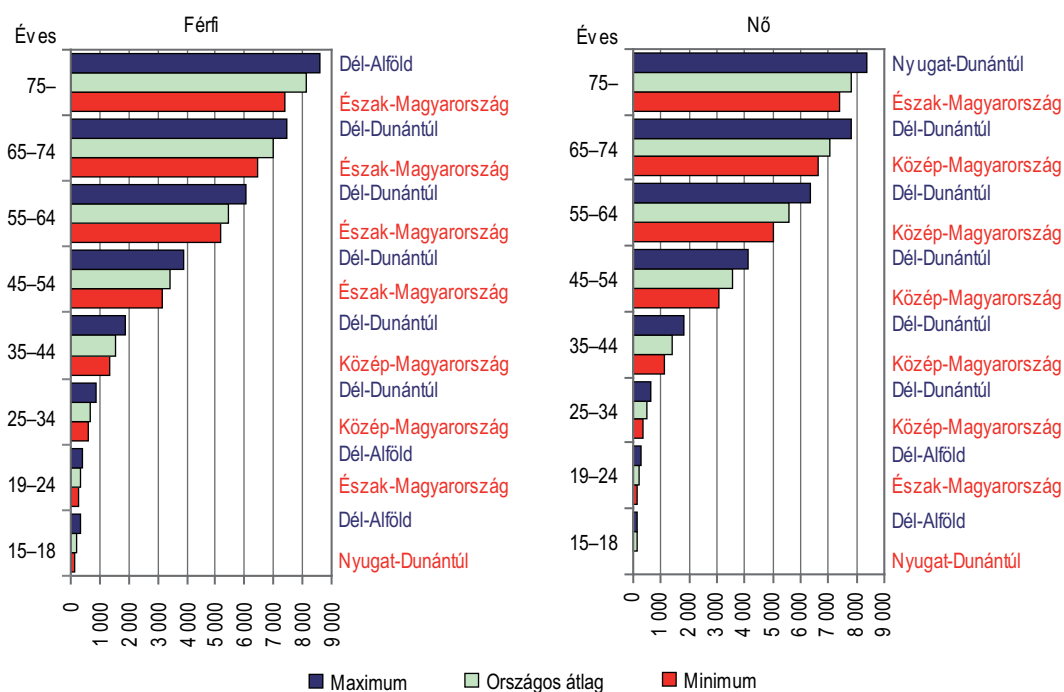
A házi orvosok, illetve a házi gyermekorvosok az egészségügyi ellátórendszer meghatározó szereplői, jól ismert „kapuőrei”, akik elsőként találkoznak a beteggel. Az általuk nyert információk alapvető fontosságúak a lakosság morbiditási adatainak megismeréséhez. A házi orvosi és házi gyermekorvosi kimutatás a praxishoz bejelentkezettek valamennyi, az orvos előtt ismert betegségét tartalmazza. Gyakorlatilag minden lakos leadta kártyáját valamelyik házi orvosi szolgálathoz, így az adatok teljes körűnek tekinthetők. A házi orvosi szolgálatokhoz bejelentkezett lakosok betegségeiről kétfévente készül felmérés. E fejezet adatforrásai a KSH által gyűjtött az OSAP 1021. számú *Jelentés a házi orvosok és a házi gyermekorvosok tevékenységéről* című adatgyűjtéséhez kapcsolódó 2009. évi morbiditási betétlapok. Külön betétlapon, eltérő lista alapján veszik számba a felnőttek és a gyermekek betegségeit. Egy embernek többféle betegsége is lehet, a jelentésben többször is szerepelhet, a gondozás tényétől függetlenül, ezért a betétlapon közölt adatok nem személyekre, hanem a betegségek számára vonatkoznak. A házi orvosi morbiditás tartamprevalenciát mér.⁷

A morbiditási struktúrában a 19 éves és idősebb magyar lakosság körében a házi orvosi nyilvántartás szerint a magasvérnyomás-betegség a leggyakoribb, második a különböző gerincbetegség, és a harmadik helyen az ischaemiás szívbetegség (ISZB) áll.

A magasvérnyomás-betegség már serdülőkorban is előfordul, a férfiaknál gyakrabban, mint a nőknél.

7. ábra

A tízezer megfelelő korú lakosra jutó magasvérnyomás-betegségek (I10–I15) száma, 2009



Forrás: Morbiditási adattár, 2009, KSH, 2010.

A megbetegedési gyakoriság a kor előrehaladtával nő. A házi orvosoknál mért morbiditási gyakoriság legmagasabb a 75 éves és idősebb betegeknél. A házi orvosi nyilvántartások alapján, Magyarországon 2009-ben ez a sokszor komoly szövődményekkel (agyi érbetegségek,

⁷ Az epidemiológiában ez az adott időszakban egy adott populációt érintő betegség előfordulási gyakoriságát mutatja.

ischaemiás szívbetegségek) járó betegség több mint 2,7 millió esetben fordult elő a 15 éves és idősebb embereknél. Országosan a betegség a 15–18 éves fiúk 2,2, a lányok 1,3, a 19 éves és idősebb férfiak 31, a nők 36%-át érintette. A férfiakat és a nőket együtt tekintve a tízezer lakosra jutó esetszám serdülő- és fiatal felnőtt korban Dél-Alföldön, a 25 év felettek valamennyi korcsoportjában Dél-Dunántúlon a legmagasabb; az észak-magyarországi fiataloknál⁸ és a legalább 65 éveseknél, illetve a közép-magyarországi 25–64 éveseknél a legalacsonyabb. A régiókban a 15 éves és idősebbek országos kormegoszlására standardizált viszonyszám ennél a betegségnél a férfiaknál 2726–3287 (Észak-Magyarország, illetve Dél-Dunántúl), a nőknél 3166–3913 (Közép-Magyarország, illetve Dél-Dunántúl) között alakult

A szívizom elégtelen vérellátási zavarából eredő, a szívkoszorús erek kóros elváltozását mutató ischaemiás szívbetegségek (ISZB) súlyos esetben heveny szívizomelhalást is eredményezhetnek (myokardiális infarktus), ami számottevő halálok. Az ISZB kialakulásának jelentős kockázati tényezői a egészségtelen életmód (dohányzás, túlzott szeszesital-fogyasztás, helytelen táplálkozás, mozgásszegény élet stb.) mellett, illetve azzal összefüggésben kialakult elhízás, a cukorbetegség és a már említett magasvérnyomás-betegség. A fiatal életkorban jelentkező ISZB is inkább a férfiakat sújtja, de az ország déli régióiban és Nyugat-Dunántúlon a tízezer lakosra jutó esetszám nagyobb a nőknél, mint a férfiaknál. Tízezer lakosra összesen a legtöbb megbetegedési esetet (1839) – a magas vérnyomáshoz hasonlóan – Dél-Dunántúlon regisztrálták, a férfiaknál 34, a nőknél 39%-kal meghaladta az országos átlagot. A mutató értéke a középkorúak esetében (35–64 éves) Észak-Alföldön, míg az ettől fiatalabb és idősebb korcsoportokban Dél-Dunántúlon volt a legmagasabb. Ez utóbbi két régióban a korábbi évek háziorvosi adatai szerint is kiemelkedő volt ennek a betegségnek a gyakorisága. A megbetegedési gyakoriság mindkét nem esetében a hazai átlag alatti Közép-Magyarországon, Közép- és Nyugat-Dunántúlon, valamint Észak-Magyarországon. Ez utóbbi régió esetében ez némileg meglepő, ugyanis a százezer lakosra jutó szívbetegségek miatti halálozásban viszont az első helyet foglalta el 2009-ben, így vélhetően az egészségtudatos magatartás hiányából fakadóan kevesebben fordultak időben orvosukhoz ebben a régióban. A többi régióban ez az érték meghaladta az országos átlagot (7,4-szer). Ugyanakkor arra a kérdésre, hogy „volt-e, vagy van-e jelenleg szívkoszorúér megbetegedése?”, Észak- és Dél-Alföld (13–13%) után legtöbbször Észak-Magyarországon (12%) adtak igenlő választ.

7. tábla

A tízezer megfelelő korú lakosra jutó ischaemiás szívbetegségek (I20–I25) száma, 2009

Területi egység	Korcsoport, év							Összesen	Standardizált ^{a)} arányszám
	19–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	75–		
Közép-Magyarország	11,4	34,7	141,2	635,9	1 456,3	2 733,3	4 321,9	1 073,8	1 086,2
Közép-Dunántúl	18,9	40,9	161,7	695,7	1 754,5	3 163,8	4 738,9	1 202,6	1 239,7
Nyugat-Dunántúl	11,7	35,1	142,6	620,1	1 558,1	2 937,8	4 749,3	1 164,3	1 163,7
Dél-Dunántúl	42,5	107,6	350,3	1 278,4	2 751,5	4 360,9	5 967,8	1 839,3	1 795,8
Észak-Magyarország	11,9	42,4	215,0	881,8	2 017,4	3 002,7	4 182,0	1 290,4	1 247,6
Észak-Alföld	36,1	88,8	384,5	1 445,4	2 851,5	4 235,6	5 447,1	1 720,6	1 778,2
Dél-Alföld	19,3	67,6	268,9	1 007,1	2 192,8	3 474,0	5 018,5	1 497,6	1 445,2
Ország összesen	20,4	54,5	222,3	913,0	1 987,3	3 301,7	4 799,5	1 345,4	1 345,4

a) A 2009. évi évközepi népességre standardizált adat.

Forrás: Morbiditási adattár, 2009. KSH, 2010.

⁸ A fiatalabbak alatt a 15–24 éveseket értjük, felnőtteknek a 19 éves és idősebbeket, idősebbeknek a 65 éven felülieket tekintettük, ahol ettől eltértünk, azt jeleztük.

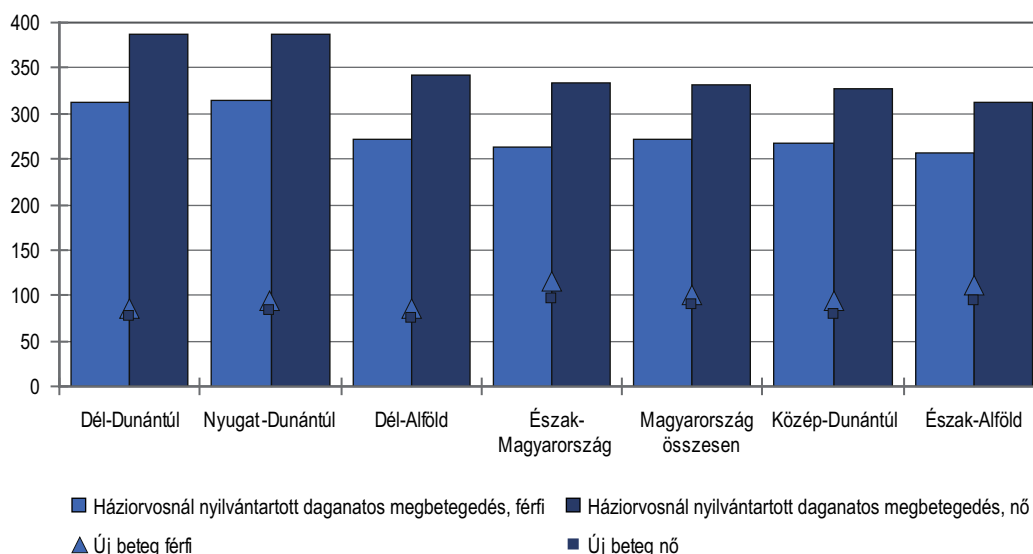
A cerebrovasculáris betegségek, vagyis *agyi érbetegségek* döntő részét az agyi vérellátási zavar, továbbá az agyvérzés és annak következményei teszik ki. Ez a betegség is az idősödő lakosság körében fordul elő leginkább, és a magasvérnyomás-betegség gyakori következménye. A háziiorvosi nyilvántartás szerint – mindkét nemnél és valamennyi korcsoportban (kivéve a 75 éven felüli férfiakat) – a cerebrovasculáris betegségek előfordulása Dél-Alföldön a leggyakoribb (tízezer lakosra 805 eset). A megbetegedési arány általában a fiatalabb korcsoportokban a nőknél magasabb (ez a nemek közötti magatartáskülönbségből is eredhet, vagyis a nők jellemzően hamarabb fordulnak orvoshoz panaszaikkal, mint a férfiak), majd 55 éves kor felett inkább a férfiaknál. Összességében a háziiorvosi szolgálatoknál minden régióban több agyi érbetegségben szenvedő nőt regisztráltak, mint férfit. A tízezer lakosra jutó betegsámszám legkedvezőbb a központi régióban (520), a hazai átlag (606) alatti Észak-Alföldön, Közép-Dunántúlon és Észak-Magyarországon, a többi régióban pedig e fölötti.

A *rosszindulatú daganatos megbetegedések* a halálloki struktúrában a szív- és keringési rendszer eredetű halállokok mögött a második helyet foglalják el. Diagnosztizálásuk nem elsősorban az alapellátásban történik. A Nemzeti Rákregiszter adatai alapján, ahova az egészségügyi intézményeknek bejelentési kötelezettségük van, 2009-ben 80,4 ezer új rosszindulatú daganatos esetet észleltek. A százezer lakosra jutó új rákos megbetegedések száma a 15 év feletti férfiaknál 1006, a nőknél 886 volt.

A háziiorvosi praxisok nyilvántartása szerint 2009-ben a 15–18 évesek megbetegedési gyakorisága 12 tízezrelék, a fiúknál Észak-Magyarországon (16 tízezrelék), a lányoknál Közép-Dunántúlon (15 tízezrelék) a legmagasabb.

8. ábra

A 15 éves és idősebb népesség rosszindulatú daganatos (C00–C97) betegségei tízezer lakosra, 2009



Forrás: Morbiditási adattár, 2009. KSH, 2010. Nemzeti Rákregiszter.

Tízezer 19 éves és idősebb lakosra összességében 321 háziiorvosnál nyilvántartott rákbeteg jutott az országban. E betegségcsoport Közép-Magyarország lakosait veszélyezteti legkevésbé. A háziiorvosok nyilvántartásai alapján a nők tízezer lakosra jutó betegsámszáma – országon és a régiókban is – magasabb volt a férfiakénál. Ahogy a többi megbetegedés esetén is, ebben vélhetően inkább a már említett nemek közötti magatartásbeli eltérések, és nem a tényleges egészségi állapot játszhat szerepet. Ezt támasztják alá az évente újonnan diagnosztizáltak és a betegségben elhunytak nemenkénti adatai is. Ezek szerint a vizsgált évben több volt a lakosságszámhoz viszonyított újonnan diagnosztizált daganatos beteg férfi, mint nő, illetve a daganatos betegség következtében meghalt férfi, mint nő.

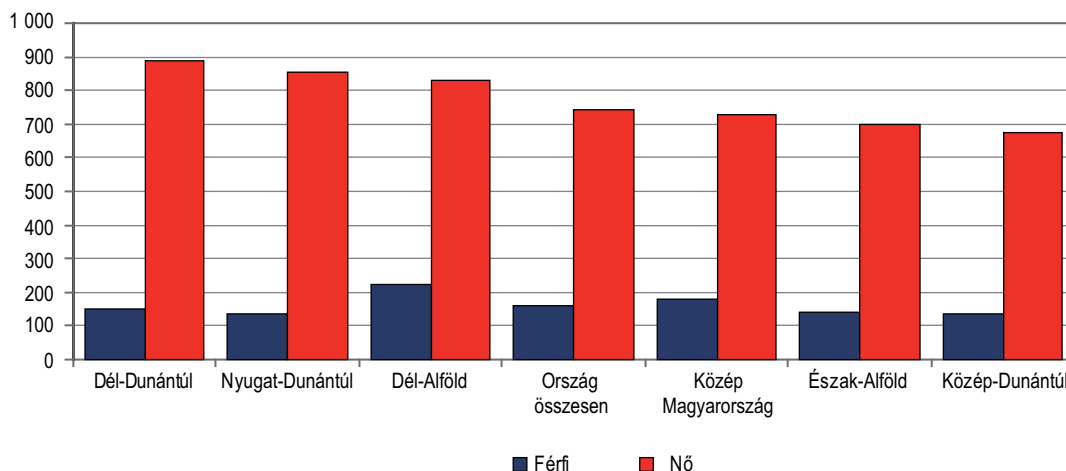
A régiókban a 15 éves és idősebbek országos kormegoszlására standardizált viszonyszám tízezer lakosra ennél a betegségnél a férfiaknál 253–311, a nőknél 305–385 között alakult (mindkét nemnél a legalacsonyabb érték Közép-Magyarországon, a legmagasabb Nyugat-Dunántúlon volt).

A mozgásszervi megbetegedések leggyakoribb kórképei a gerincbetegségek, az arthrosis (ízületi porckopás), a derékfájás és a csonttritkulás. Ezen kórképek kiemelkedő jelentőségét nemcsak növekvő gyakoriságuk, hanem következményeik, így a rokkantságra, életminőségre gyakorolt hatásuk adja. A csont-izom rendszer és a kötőszövet betegségei közül a házi orvosok és házi gyermekorvosok jelentéseikben több betegség morbiditási adatait is közlik a gyermekek betegségeiről szóló betétlapon. Ezek közül a gyermekkorban leggyakrabban előforduló elváltozások egyike a hátgerinc-rendellenesség. A *deformáló hátgerinc-elváltozások* (pl. a gerincoszlop görbületei és az egyéb torzulást okozó gerincbántalmak) leginkább iskoláskorban jelentkeznek. Magyarországon a 15–18 éves fiúk 4,5, a lányok 5,0%-ánál fordult elő valamilyen hátgerinc-rendellenesség 2009-ben. Ez a betegség ebben a korcsoportban mindkét nemnél Dél-Alföldön a legjelentősebb, Nyugat-Dunántúlon a legritkább, összességében az országos átlagot (4,7%) meghaladó volt Dél-Alföldön kívül még Észak-Magyarországon és Közép-Dunántúlon. A felnőtteknél is gyakran diagnosztizálnak deformáló hátgerinc-elváltozásokat, de náluk a betegségfőcsoporton belül még gyakoribbak a csigolyamegbetegedések, az ún. *spondylopathiák*. A házi orvosok a felnőttek betegségeiről számot adó jelentése szerint a csigolyák betegségei a magas vérnyomás után a második leginkább előforduló betegségcsoport. A spondylopathia, a hátgerinc elfajulásos betegsége már fiatal felnőttkorban is jelentkezhet, a kor előrehaladtával emelkedik a gyakorisága, legjellemzőbb a 75 év felettiéknél, ennek a korosztálynak több mint egynegyedét érinti. A betegségcsoport előfordulása a 19 éves és idősebb férfiaknál 12, a nőknél pedig 16%. A csigolyabetegségek miatt a felnőttek körében Dél-Alföld lakossága szenved leginkább: a férfiak 16, a nők 22%-a. Tízezer lakosra a legkevesebb megbetegedést Közép-Dunántúlon és Észak-Magyarországon regisztrálták.

A *csontsűrűség- és a csontszerkezet-rendellenességek* többségében a nőket érintik. A házi orvosok tudomására jutott 380,2 ezer betegség 84%-a nőket érintette, azon belül is többnyire az 55 évesnél idősebbeket, ami a menopauza hormonális változásaira vezethető vissza.

9. ábra

A tízezer 19 éves és idősebb lakosra jutó csontsűrűség- és csontszerkezet-rendellenességek (M80–M85) száma, 2009



Forrás: Morbiditási adattár, 2009. KSH, 2010.

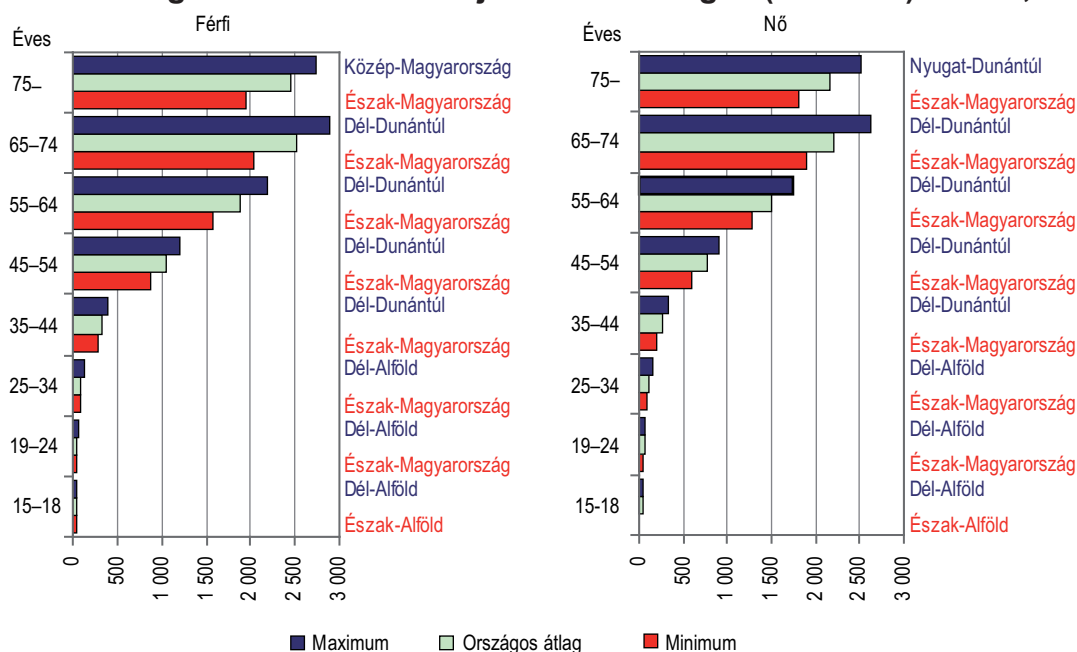
Az életkor emelkedése jelentős mértékben növeli a csonttritkulás, csontlágulás kialakulásának esélyét, így leginkább a 75 éven felüli nőknél diagnosztizálták, tízezer azonos korú lakosra vetített legmagasabb érték Közép-Magyarországot jellemzi (2307). A 19 éves és idősebb lakosok között 4,7% a betegek aránya, a nők 4,6-szer gyakrabban szenvednek valamilyen

csontsűrűség-, csontszerkezeti rendellenességben, mint a férfiak. A tízezer lakosra jutó betegek számának területi különbségeit tekintve a nőknél az országos átlagtól (743) való eltérés az Észak-Magyarországon élő nők esetében a legmarkánsabb (–151), ami inkább a korösszetétellel és nem a kedvező életkörülményekkel magyarázható.

Az endokrin, táplálkozási és anyagcsere-betegségek közül a lakosságot érintő egyik legsúlyosabb a *cukorbetegség*, amelynek népegészségügyi kockázatát annak súlyos szövődményei jelentik (vesebetegség, szemideghártya-károsodás, érlemeszesedés, vegetatív zavarok stb.). A házi orvosok és házi gyermekorvosok 2009-ben közel 787 ezer diabéteszes esetet tartottak számon a 15 éven felüliek körében. A 15–18 éveseknél 3,6 ezrelék, a 19 évesnél idősebbek esetében 97 ezrelékes előfordulás tapasztalható. A tízezer lakosra jutó betegségyszám az életkor előrehaladtával ennél a betegségnél is emelkedik, de általában a 65–74 évesek körében a leggyakoribb, országosan ebben a korcsoportban 2332 esetet regisztráltak 2009-ben. A két legfiatalabb felnőtt korcsoportot kivéve, általában több a tízezer azonos korú lakosra jutó cukorbeteg férfi, mint nő. A 19–24 és a 25–34 éves korcsoportokban viszont a nők körében nagyobb a diabéteszesek aránya, aminek oka lehet a terhesség alatt jelentkező cukorbetegség. Tapasztalatok szerint a cukorbetegek jelentős része magas vérnyomásban is szenved, így mindkét betegségcsoportnál nyilvántartják őket. Azokon a területeken, ahol a legmagasabb a magasvérnyomás-betegség, ott fordul elő leggyakrabban a cukorbetegség is (a fiatalabbaknál Dél-Alföldön, a 35 év felettiekénél Dél-Dunántúlon). A legkevesebb diabéteszes eset Észak-Magyarországon és Észak-Alföldön van.

10. ábra

A tízezer megfelelő korú lakosra jutó cukorbeteg (E10–E14) száma, 2009



Forrás: Morbiditási adattár, 2009. KSH, 2010.

Az emésztőrendszeri betegségek közül az egyik leggyakoribb a *gyomor- és nyombélfekély*, amelyek háttérben a fertőzések mellett krónikus stressz okozta hatásokat is feltételeznek. A házi orvosok adatai szerint 2009-ben a 19 éven felüli férfiak 3,3%-a, a nők 3,0%-a szenvedett ebben a kórban. A fekélybetegség a férfiak körében – a 19–24, valamint a 65 éves és idősebb korcsoportok kivételével – jóval többször fordul elő, mint a nőknél. A tízezer lakosra jutó esetszám Dél-Dunántúlon (355) a legmagasabb a 19–64 év közötti korcsoportok mindegyikében, a 65 éven felülieknél viszont Közép-Magyarországon. A betegségcsoport előfordulása Dél-Alföldön kedvezőnek mondható, a férfiak és a nők esetében is alacsonyabb a nemenkénti országos átlag felénél.

Az emésztőrendszeri betegségeken belül jelentősek a májműködés zavarai. 2009-ben a háziorvosi szolgálatoknál 165 ezer májbetegséget jegyeztek, tízezer lakosra 204-et. A betegség valamelyike inkább a férfiaknál jelentkezik, előfordulása kétszer gyakoribb, mint a nőknél. A *máj betegségeinek* vizsgálatok a régiók között markáns eltérés nem tapasztalható. A fiatalabb (19–54 éves) férfiak Észak-Alföldön szenvednek leginkább májbetegségben, az idősebbek (55–74 éves) Észak-Magyarországon. A tízezer lakosra jutó betegségszám kiemelkedő volt az észak-magyarországi férfiaknál (335) és az észak-alföldi nőknél (165).

8. tábla

A tízezer megfelelő korú lakosra jutó májbetegek (K70–K77) száma, 2009

Területi egység	Korcsoport, év							Összesen	Standardizált ^{a)} arányszám
	19–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	75–		
Férfi									
Közép-Magyarország	20,5	39,7	115,5	325,0	506,2	540,2	430,3	244,3	249,8
Közép-Dunántúl	12,7	36,3	145,3	404,0	558,0	550,5	386,9	272,4	273,7
Nyugat-Dunántúl	15,2	38,5	153,9	412,8	580,9	553,3	362,1	284,1	280,5
Dél-Dunántúl	18,0	46,6	183,5	462,3	622,5	565,5	413,5	316,2	307,3
Észak-Magyarország	16,9	42,9	183,8	459,1	700,9	662,9	449,8	335,1	329,1
Észak-Alföld	21,9	59,6	192,4	482,6	634,3	617,7	473,7	321,0	326,2
Dél-Alföld	17,6	47,4	146,4	345,5	463,5	424,3	318,7	239,5	234,7
Ország összesen	18,2	44,0	151,6	401,9	566,9	554,5	409,5	279,7	279,7
Nő									
Közép-Magyarország	13,1	24,3	63,5	177,7	259,6	253,5	185,5	138,5	142,0
Közép-Dunántúl	13,9	19,8	60,2	169,2	246,5	206,6	124,8	124,2	124,1
Nyugat-Dunántúl	8,2	21,6	55,2	151,7	230,9	217,5	125,0	119,7	119,3
Dél-Dunántúl	10,2	29,0	72,6	194,2	270,3	214,9	132,6	140,5	137,3
Észak-Magyarország	10,2	20,4	66,8	183,5	256,8	220,1	144,8	137,0	132,5
Észak-Alföld	12,0	29,4	87,3	228,5	315,0	267,0	192,4	164,5	166,6
Dél-Alföld	13,7	29,8	75,6	174,2	255,6	210,5	135,3	134,6	132,2
Ország összesen	12,0	24,9	68,5	183,8	263,2	232,8	157,2	138,3	138,3

a) A 2009. évi évközepi népességre standardizált adat.
 Forrás: Morbiditási adattár, 2009. KSH, 2010.

A leggyakoribb idült légzőszervi betegség a tüdőasztma, amely minden korosztályt érint. Magyarországon 2009-ben több mint 273 ezer asztmás esetről tudtak a háziorvosok a 15 éves és idősebbek körében.

9. tábla

A tízezer megfelelő korú lakosra jutó asztmás betegség (J45) száma, 2009

Területi egység	Korcsoport, év								Összesen	Standardizált ^{a)} arányszám
	15–18	19–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	75–		
Közép-Magyarország	380,3	167,3	172,4	201,6	279,7	337,6	418,2	424,1	367,6	370,9
Közép-Dunántúl	498,7	234,5	221,3	232,2	293,0	379,1	438,8	401,5	373,9	380,3
Nyugat-Dunántúl	528,4	254,5	220,7	215,8	259,2	336,8	388,1	379,0	337,1	336,6
Dél-Dunántúl	708,9	288,5	239,7	238,3	317,4	391,4	442,7	418,0	523,6	513,5
Észak-Magyarország	501,3	229,1	199,5	209,3	310,8	415,2	384,2	331,7	500,1	489,6
Észak-Alföld	390,7	174,9	192,4	286,3	469,4	591,2	604,7	519,5	492,8	505,6
Dél-Alföld	604,2	75,5	69,4	79,4	114,0	157,6	169,1	160,6	462,9	452,2
Ország összesen	488,1	213,2	198,8	227,7	325,7	408,8	451,0	423,0	427,0	427,0

a) A 2009. évi évközepi népességre standardizált adat.
 Forrás: Morbiditási adattár, 2009. KSH, 2010.

A betegség serdülőkorban a fiúknál fordul elő többször, a fiatal felnőtteknél nincs lényeges különbség a nemek között, 25 év felett a nőket érintette inkább, mint a férfiakat. Régióként vizsgálva a tízezer lakosra jutó megbetegedés 35 éves korig Dél-Dunántúlon volt a legmagasabb mindkét nemnél (különösen kiemelkedő a 15-18 éves fiúknál, ahol a mutató értéke 775, 40%-kal meghaladta a fiúk korcsoportjának országos átlagát). A 35 évnél idősebb férfiak és nők asztmás megbetegedései az Alföld északi régiójában legalább háromszor gyakrabban fordultak elő, mint az Alföld déli területén. A felnőtt lakosságot (19 évesnél idősebbek) tekintve 2009-ben a háziorvosi jelentések szerint a legkevésbé Dél-Alföld lakói szenvedtek asztmás megbetegedésben.

Az idült alsó légúti betegségek előfordulása is jelentős a felnőtt lakosság körében. A betegségcsoport (BNO J40-J44) magában foglalja a hörgőgyulladás (bronchitis) meghatározott formáit, a tüdőtágulatot, és az egyéb alsó légúti szűkületet okozó tüdőbetegséget. 2009-ben a háziorvosok ebben a betegségcsoportban 341 ezer esetet regisztráltak. A korcsoportokban nincs számottevő különbség a nők és a férfiak megbetegedései között. Tízezer lakosra a férfiaknál 438, a nőknél 411 alsó légúti betegség jutott. A megbetegedési esetek száma az életkor előrehaladtával meredeken emelkedik. A tízezer lakosra jutó esetszám a 75 évesnél idősebb férfiaknál a legmagasabb (1552). A légzőszervi betegségek gyakran összefüggnek a dohányzási szokásokkal. Az alsó légúti megbetegedések gyakorisága azokon a területeken magasabb, ahol viszonylag nagy a dohányosok aránya. A rendszeres és alkalmi dohányosok együttes aránya Dél-Dunántúlon a legmagasabb, több mint a lakosság harmada.⁹ A betegség a lakosság 5,0–5,1%-át érintette Dél-Dunántúlon, Észak-Magyarországon és Észak-Alföldön, míg a kedvezőbb helyzetű Közép- és Nyugat-Dunántúl, illetve a központi régió lakóinak 3,3–3,7%-át.

Magyarországon a járványügyi helyzet összességében kedvező, európai viszonylatban is jónak mondható. A védőoltási rendszer keretében folyamatosan bevezetik a legújabb oltásokat, oltóanyagokat, a kötelező védőoltások teljesítése 99% feletti. A fertőző betegségek, ezen belül a védőoltással megelőzhető fertőző betegségek száma csökken.¹⁰

Az Országos Epidemiológiai Központ 2009-ben közel 90 ezer bejelentett fertőző megbetegedést regisztrált a teljes lakosság körében (rendelet szerint bejelentési kötelezettséggel jár minden olyan heveny fertőző megbetegedés, amelynek észlelésével egyidejűleg – a betegség továbbterjedésének megakadályozása végett – járványügyi intézkedés szükséges). A bejelentésre kötelezettek között a leggyakoribb fertőző betegség a bányahimlő, de ez zömében a gyermekek között terjed, ezért a 15 év feletti lakosoknak mindössze 4%-át érintette. A felnőtteknél előforduló leggyakoribb betegség a fertőző bélhurut. Százezer lakosra országosan 298 megbetegedés jutott, és az ország déli régióiban jelentették népességarányosan a legtöbb ilyen esetet (Dél-Alföldön 458, Dél-Dunántúlon 444). Az emésztőszervi betegségek közül 6,6 ezer campylobacteriosis-fertőzést jegyeztek, de ez is inkább kisgyermeknél gyakori. 2009-ben salmonellosist legnagyobb arányban a Dunántúl lakosainál regisztráltak, legkevésbé Észak-Magyarországon és Észak-Alföldön fordult elő, országosan százezer lakosra összesen 60 megbetegedés jutott.

A korszerű antibiotikumok és a tömeges oltás elterjedésével az 1960–70-es években a tétbécés esetek száma jelentősen csökkent világszerte. A túlzsúfoltság, a rossz higiéniai körülmények hatására és az egykor hatásos antibiotikumokkal szemben ellenállóvá vált baktériumtörzsek megjelenésével a betegség az 1980-as évek közepétől ismét komoly közegészségügyi problémává vált. A tüdőgondozók adatai alapján Magyarországon 1120 tétbécés beteget tartottak nyilván 2009-ben, arányuk százezer lakosra 11, a szélső értékeket a két alföldi régió képviselte: Észak-Alföldön 16,5, Dél-Alföldön 5,8 volt (Észak-Magyarországon és Közép-Magyarországon is meghaladta a hazai átlagot). Az új tétbécés megbetegedés gyakorisága terén Észak-Magyarország áll az élen, itt százezer lakosra 22 új beteg jutott (ez közel háromszorosa a legkedvezőbb, közép-dunántúli mutató értékének).

⁹ Európai lakossági egészségfelmérés – Magyarország, 2009. Összefoglaló eredmények. KSH, Budapest, 2011.

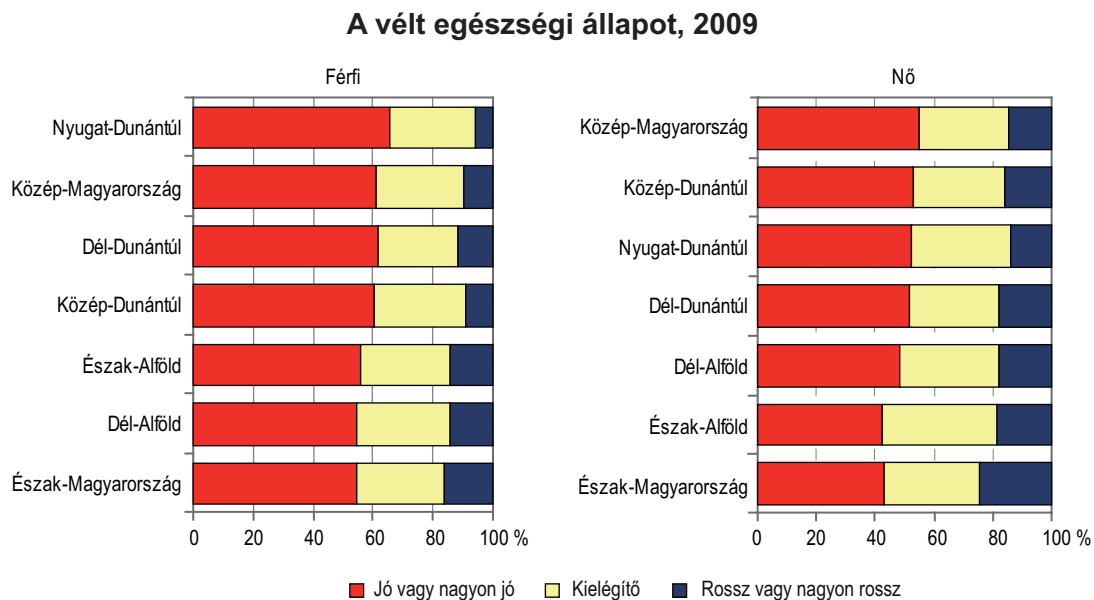
¹⁰ Dr. Kincses Gyula: Magyarország egészségügye és szociális rendszere. www.eski.hu/new3/adatok/zip_doc/eg-szoc-rendsz.pdf Budapest, 2004.

3.3. Az egészségi állapot önértékelése

Az egészségi állapot összegző mutatója az egyén saját egészségi állapotáról alkotott véleménye. A vélt egészség önértékelésen alapul, nem függ össze szorosan az orvosi diagnózissal, megítélését sok tényező – az egészségügyi ismeretek hiánya, a társadalmi, gazdasági, kulturális helyzet (pl. lakóhely, iskolai végzettség, jövedelem stb.) – befolyásolhatja ugyan, mégis nagy biztonsággal jelzi a válaszadó tényleges egészségi állapotát, még a halálozási valószínűséggel is erős korrelációt mutat. Az önértékelés lehetőséget ad arra, hogy képet kapjunk többek között azokról is, akiknek korlátozott a hozzáférésük, illetve nem veszik igénybe az egészségügyi ellátórendszer szolgáltatásait.

A 15 éves és idősebb lakosság többsége jónak, vagy legalább kielégítőnek tartja egészségi állapotát, rossznak vagy nagyon rossz egészségűnek mindössze 15% vallotta magát. A fiatalabb válaszadók természetesen jobbnak, míg az idősebbek már kevésbé jónak ítélték egészségüket. Az egészséggel kapcsolatos véleményformálásban lényeges területi és nemek közötti különbségek is mutatkoztak. Összességében a nyugat-dunántúli férfiak és a közép-magyarországi nők vélekedtek legkedvezőbben egészségükről. A Duna nemcsak földrajzi, hanem a vélt egészség szempontjából is határvonalat képez. Mindkét nem megítélése szerint a központi és a dunántúli régiókban élők jobbnak tartják egészségüket, mint az Alföld, valamint Észak-Magyarország lakói. Rossz, vagy nagyon rossz egészségi állapotról legnagyobb hányadban Észak-Magyarországon számoltak be mind a nők (25%), mind pedig a férfiak (16%), amely nem véletlen, hiszen az előzőekben bemutatott, az egészségi állapotot befolyásoló számos demográfiai és gazdasági mutató alapján is a régió lemaradása a hazai átlaghoz és a többi régióhoz képest is kimutatható (halandóság, várható élettartam, egy főre jutó GDP).

11. ábra



Forrás: ELEF2009.

A lakosság egészségi állapotára következtetni lehet abból, hogy mekkora hányada szenved valamilyen betegségben, illetve küzd hosszadalmas egészségi problémával. A férfiak 65 a nők 73%-a válaszolt igennel arra a kérdésre, hogy „van-e Önnek krónikus betegsége vagy olyan egészségi problémája, ami legalább 6 hónapja tart, vagy előreláthatólag legalább 6 hónapig fog tartani?” Már a legfiatalabb (15–18 éves) vizsgált korcsoportban is a válaszadók 32%-a jelentette ki, hogy van valamilyen betegsége, ahogy az idősebb korcsoportok felé haladunk, egyre nagyobb hányadban nyilatkoztak egészségi problémáról: az 55–64 évesek kilenctizede, a 75 éven felüliek 97%-a. A korosztályok zömében az észak-magyarországi, a dél-dunántúli és a

dél-alföldi megkérdezettek állították legnagyobb arányban, hogy krónikus betegségük van, míg legkisebb hányadban a nyugat- és közép-dunántúliak számoltak be erről (az átlaghoz közeli értékeket a központi és az Alföld északi régiójában regisztráltak).

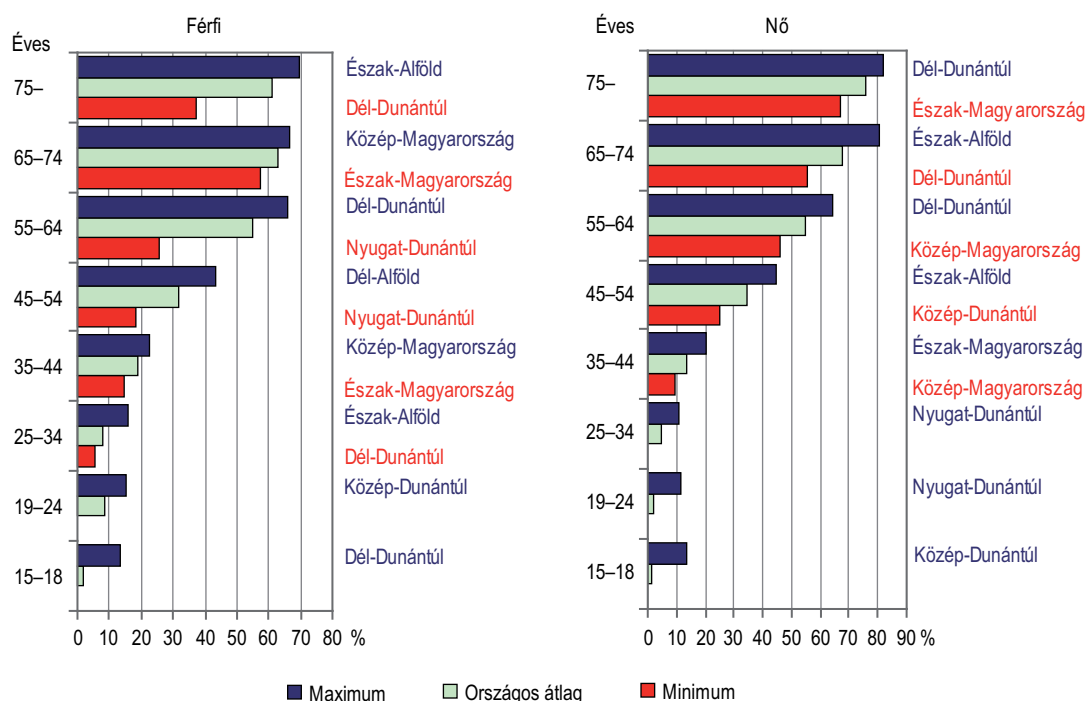
A felmérés során kérdéseket tettek fel 25 betegség, betegségcsoport meglétéről, diagnosztizálásáról és korábbi előfordulásáról. Ezek közül tekintjük át a leggyakoribbakat és azokat, amelyek összevethetők a házi orvosok és házi gyermekorvosok nyilvántartásában szereplő megbetegedésekkel. A továbbiakban a „van-e jelenleg vagy volt-e korábban Önnek (...) betegsége?” kérdésre igennel válaszolókat adatait vettük figyelembe (tudva azt, hogy azoknak a betegségeknek a számát is tartalmazza, amelyekről azt nyilatkozták, hogy nem orvos állapította meg).

Országosan a férfiak több mint kétharmada, a nők közel háromnegyede számolt be legalább egy tartós betegségről. A betegségek többségét nagyobb arányban említették a nők, mint a férfiak, ez alól a cukorbetegség és a baleset, sérülés miatti károsodás kivétel, melyeket a házi-orvosi morbiditási adatok is alátámasztanak. A házi-orvosi jelentésekkel megegyezően a megkérdezettek a legnagyobb arányban a magasvérnyomás-betegségüket említették, a lakosság egyharmadának van erről tudomása (a férfiak 30, a nők 35%-ának), majd a különböző mozgásszervi problémák (legjellemzőbb a derékfájás, a gerincprobléma, a reuma és az ízületi kopás), valamint a szív-érrendszeri betegségcsoportba tartozók következtek.

A magas vérnyomás gyakorisága a régiók között 28–36% között szóródott a vizsgált népesség körében (a 15 éves és idősebbek országos kormegoszlására standardizált adatai is ezt mutatják). Leginkább Dél-Alföldön fordult elő – a férfiaknál 3,6, a nőknél 3,7 százalékponttal haladta meg a nemük átlagát –, legritkábban Nyugat-Dunántúlon és Közép-Magyarországon említették. A legnagyobb arányban 75 éves kor fölött nyilatkoztak betegségükről: a férfiak több mint háromötöde, a nők több mint háromnegyede.

12. ábra

A magasvérnyomás-betegség előfordulási aránya, 2009



Forrás: ELEF2009.

Az adatok ugyan tágabb intervallumban szóródnak, mint a házi-orvosi morbiditásnál, összességében azonban hasonló eredmények mutatkoztak. Szembetűnő azonban, hogy az önbevalláson alapuló betegséggyakoriság a fiatalabb korcsoportoknál gyakoribb, mint a házi-orvosok által mért, a 45 éves kor felettiéknél pedig fordított a helyzet. A magas vérnyomás népbetegség

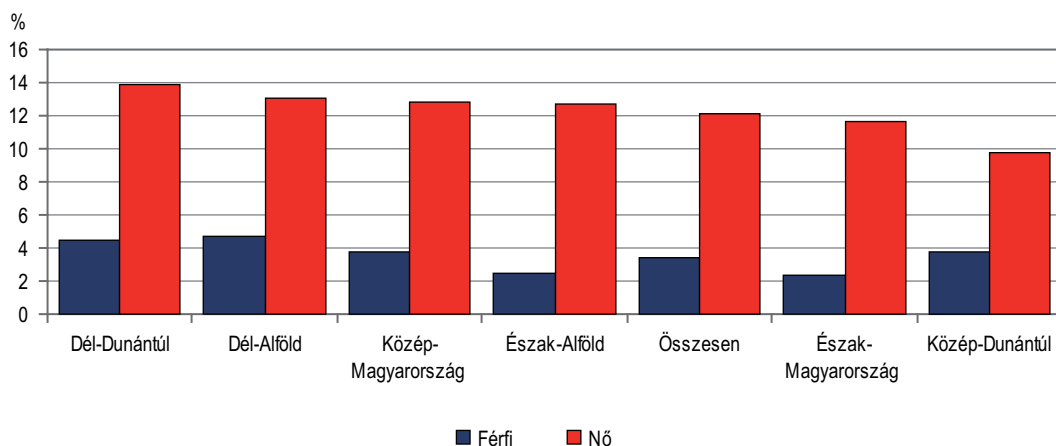
voltát jelzi egyrészt magas aránya, másrészt az, hogy betegség gyakoriságában mért maximális értékek között mindegyik régió előfordul legalább egyszer. A lakosság jelentős hányada tudhat betegségének meglétéről – mivel viszonylag egyszerűen mérhető –, akkor is, ha nem fordult orvoshoz.

Derékfájásról vagy krónikus gerincproblémáról a vizsgált népesség 31%-a számolt be. A nemek között lényeges különbség nem tapasztalható a betegségcsoport előfordulási gyakoriságát illetően. A férfiak Dél-Dunántúlon (38%), a nők Dél-Alföldön (37%) jeleztek legnagyobb arányban ilyen jellegű betegségeket. Összességében Nyugat- és Közép-Dunántúlon (egyaránt 28%), valamint a Közép-Magyarországon (29%) az országos átlag alatti, a többi területen afeletti betegség hányad volt kimutatható. A kor előrehaladtával növekszik az előfordulási gyakoriság, a régiókban az 55–64 éves és idősebb korcsoportba tartozók legalább négytizede szenvedett derékfájás, gerincprobléma miatt (kivéve Nyugat- és Közép-Dunántúlt, ahol a középkorúak és az idősek helyzete is kedvezőbb). *Nyaki fájdalomról, illetve krónikus nyaki gerincproblémáról* a lakosság 17%-a nyilatkozott, a férfiak 14, a nők 21%-a. A derékbántalmakhoz hasonlóan a férfiaknál Dél-Dunántúlon, a nőknél pedig Dél-Alföldön fordult elő ez a betegség leggyakrabban. Összességében a legfiatalabb vizsgált korcsoportnál Közép-Magyarországon jelentkezett legnagyobb arányban, az idősebbeknél Észak-Magyarországon, az Alföldön, illetve Dél-Dunántúlon volt számottevő az előfordulási gyakoriság. A gerincproblémákat (hát, derék, nyak) együttesen vizsgálva országosan a lakosság csaknem fele érintett. A gerincbetegek aránya a vizsgált 15 éves és idősebbek körében 39–58% között szóródott. Az alsó értéket Nyugat-Dunántúl, a felsőt Dél-Alföld képviselte. Gerincbántalmakkal – mely szintén népbetegségnek tekinthető – leginkább az Alföld és Észak-Magyarország, valamint Dél-Dunántúl lakossága küzdött, amit a háziorvosokhoz bejelentkezettek betegségeiről szóló adatok is igazolnak, de kisebb morbiditási gyakorisággal (deformáló hátgerinc-elváltozások és spondylopathiák betegségcsoportok).

A vizsgált lakosság egynegyedének volt *reumája, ízületi gyulladása*, 24%-nak *ízületi kopása*, mely szinte minden régióban nagyobb hányadban érintette a nőket, mint a férfiakat. A 25 éven aluliaknál inkább Közép-Dunántúlon, illetve Közép-Magyarországon, az ennél idősebbeknél az Alföldön, Észak-Magyarországon és Dél-Dunántúlon jelentkezett nagyobb arányban ízületi probléma.

13. ábra

**A csonttritkulás előfordulási aránya
a 15 éves és idősebb népesség körében, 2009**



Forrás: ELEF2009.

A *csonttritkulásról* a nők 12, a férfiak csupán 3%-a nyilatkozta, hogy érintett. A betegség mindkét nemnél 55 éves kor után jelentkezett fokozottan, a nőknél az 55–64 éves korcsoportban több mint tízszeres a megbetegedési gyakoriság a 35–44 évesekhez képest (ez a férfiak-

nál is kimutatható, esetükben a 65–74 évesekhez viszonyítva). A férfiak Dél-Alföldön, a nők Dél-Dunántúlon tudtak legnagyobb hányadban csontszerkezet-rendellenességükről, a Nyugat-Dunántúlon élő férfiak és nők relatív helyzete a legkedvezőbb. A morbiditási gyakoriság – általában a többi kórképpel ellentétben – Közép-Magyarországon is az átlagot (8%) meghaladó volt, elsősorban a nők megbetegedései miatt. A háziorvosi morbiditást összevetve a lakosok önbevallásával, szembetűnő eltérés mutatkozott az északi területek és a központi régió női népességének adatainál, vagyis a felmérés során nagyobb arányban (5,6–5,8 százalékpontos különbség) nyilatkoztak csontritkulásukról, mint amennyi csontrendellenességről a háziorvosainknak tudomása volt.

A szív- és érrendszeri betegségek közül szívritmuszavarról (a leggyakrabban megjelölt szívbetegség), egyéb szívbetegségről és szívrohamról összesen a férfiak 25, a nők 35%-a számolt be. A szívbetegségeikről is tehát a nők nyilatkoztak nagyobb arányban, mint a férfiak. Az Európai lakosság egészségfelmérés szerint 2009-ben a 15 éven felüli magyar népesség háromtizede szív- és érrendszeri betegségben szenvedett. Az itt mért morbiditási gyakoriság kétszerese a háziorvosoknál nyilvántartottnak, amelynek egyrészt az az oka, hogy a betegségecsoporton belül a megfigyelt/megkérdezett betegségek egymásnak nem feleltethetők meg teljes mértékben (ez a többi betegségecsoportra is igaz), másrészt az, hogy a megkérdezettek a szívbetegségekre vonatkozóan több választ is megjelölhettek, és ez vélhetően halmozódást okozott. A szív-érrendszeri panaszok a legfiatalabbaknál még csak kismértékben, a legidősebbeknél nagy gyakorisággal jelentkeztek, a 75 éven felüliek egyharmada jelzett szívritmuszavart. Szívbetegség legkevésbé Nyugat-Dunántúlon jellemezte a férfiakat és a nőket. A férfiak Észak-Magyarországon valamint az Alföldön, a nők is az Alföldön éltek legnagyobb arányban szívproblémákkal.

A koleszterin és a triglicerid szérumszintjeinek emelkedése jelentős szerepet játszik a szív és érrendszeri betegségek kialakulásában és e betegségek okozta halálozásban az érlelmeszedésben játszott szerepe miatt. A *koleszterinszint* mérséklése mind az elsődleges, mind a másodlagos megelőzés révén nagymértékben csökkenti a teljes és a szív- és érrendszeri halálozást is.¹¹ A felmérés szerint a férfiak 10; a nők 14%-ának magas a koleszterinszintje. 55 éves kor fölött, ahol a legnagyobb a morbiditás, a lakosság közel egynegyede van tudatában magas koleszterin szintjének. A lipidanyagcsere-zavar Dél-Dunántúlon (15%), Dél-Alföldön (14%) és Közép-Magyarországon (13%) a leggyakoribb, Észak-Magyarországon és Észak-Alföldön, a Dunántúl közép- és nyugati részén ritkább, vagy az érintettek nem tudnak róla.

2009-ben a felmérésben kevesebb 19 évesnél idősebb diabéteszes vallott betegségéről (8,3%), mint ahány a háziorvosi nyilvántartásban szerepelt (9,8%). A 15–18 évesek egyik nem esetében sem számoltak be *cukorbetegségről*, továbbá a fiatal felnőtt (19–24 éves) nőknél és a 75 éven túli közép-dunántúli férfiaknál sem volt mérhető a megbetegedési gyakoriság. A megkérdezettek a legtöbb korcsoportban Észak-Magyarországon jelezték a legnagyobb arányban betegségüket, ami a háziorvosoknál regisztrálttal ellentétes, ott ugyanis ebben a régióban a legkisebb a morbiditási gyakoriság. Az viszont a felmérésből is kitűnik, hogy magasabb a betegség kialakulásának kockázata idősebb korban.

A felmérés szerint a lakosság 2,8%-a élt már át agyi érkatasztrófát (a férfiak 0,3 százalékponttal nagyobb arányban, mint a nők), a 65–74 éves korcsoportban fordult elő leggyakrabban, míg a 35 éven aluli nők egyáltalán nem jelezték agyi érbetegséget és a fiatal férfiaknál is csak igen kis hányadban jelentkezett. Összességében a *szélütés*, *stroke* betegség gyakorisága a központi régióban az átlaggal egyező, Közép-Dunántúlon és Dél-Alföldön több mint 1 százalékponttal meghaladta azt, a többi régióban pedig alatta maradt. A cerebrovasculáris betegség előfordulása a háziorvosi praxisok adatai szerint is Dél-Alföldön a legmagasabb, de abban a nyilvántartásban Közép-Dunántúl helyzete sokkal kedvezőbb.

Az allergiás megbetegedések különböző formáiról a vizsgált népesség 16%-a számolt be, több nő, mint férfi. Magas az előfordulási arány Közép-Magyarországon (18%), de az átlagos-

¹¹ A szív és érrendszeri betegségek megelőzésének és gyógyításának Nemzeti Programja (szerkesztette: Dr. Kiss István, Dr. Kapócs Gábor, Dózsa Csaba), 2006.

nál több Dél-Dunántúlon is, legkisebb hányadban Nyugat-Dunántúlon vélték úgy, hogy valami-re allergiásak. Ez az a betegségcsoport, amely kevésbé sújtotta az idősebb korosztályt.

Az *asztma* is magas előfordulási gyakoriságot mutat, a 15 éves és idősebb lakosoknál, 5–7,2% között szóródott az érték. Betegségükről csak Dél-Dunántúlon számoltak be többen a férfiak, mint a nők. Az előbbieknél Dél-Dunántúlon (7,9%), az utóbbiaknál Észak-Magyarországon (8,4%) legnagyobb arányú az asztmás betegség. A férfiak és nők asztmás betegsége együttesen Közép- és Nyugat-Dunántúlon az országos átlag alatti (6,5%), míg az ország többi területén meghaladja azt, és leginkább Észak-Magyarországon jellemző (7,2%). Az asztmások legnagyobb hányada az 55–64 éves korcsoportba tartozott (ellentétben a háziiorvosi és a házi gyermekorvosi kimutatással, ahol a 15–18 éveseknél fordult elő leggyakrabban e betegség). Az asztma az egyik leggyakoribb gyermekkori krónikus nem fertőző betegség, azonban ezt a megkérdézett 19 éven aluliak válaszaikkal nem erősítették meg.

10. tábla

Az asztmás megbetegedés előfordulási aránya, 2009

(%)

Területi egység	Korcsoport, év								Összesen	Standardizált ^{a)} arányszám
	15-18	19-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-		
Közép-Magyarország	3,9	9,2	6,3	4,7	6,3	7,5	7,2	9,5	6,8	6,8
Közép-Dunántúl	9,0	7,8	3,3	9,7	0,0	4,2	5,0	6,2	5,0	5,1
Nyugat-Dunántúl	0,0	3,0	6,0	4,7	4,5	7,8	9,1	6,5	5,7	5,7
Dél-Dunántúl	5,4	8,3	3,7	3,6	3,6	13,6	5,7	9,9	6,6	6,6
Észak-Magyarország	5,1	3,0	5,2	8,2	8,5	10,8	8,5	4,6	7,2	7,3
Észak-Alföld	4,7	3,3	4,5	5,2	7,9	13,4	9,9	2,3	6,9	6,9
Dél-Alföld	2,2	10,8	6,7	3,6	7,4	9,2	6,6	6,3	6,8	6,8
Ország összesen	4,3	6,8	5,4	5,5	5,8	9,2	7,5	6,9	6,5	6,5

a) A 2009. évközepe népszerűsége standardizált adat.

Forrás: ELEF2009.

Az asztmához hasonló gyakoriságú légúti betegség a *krónikus hörghurut*, amiről a vizsgált népesség 6,4%-a adott számot, mindkét nemnél leggyakoribb Dél-Dunántúlon (9,4%), míg legkevésbé Közép-Dunántúlon (4,8%) jellemző. Betegségükről az átlag feletti arányban nyilatkoztak még Észak-Magyarországon és Észak-Alföldön. A központi régióban, Nyugat-Dunántúlon és Dél-Alföldön száz megkérdezettből 6 tudott alsó légúti betegségéről. Idősebb korban magasabb volt a morbiditási gyakoriság, mint a fiataloknál, mind a férfiak, mind pedig a nők esetében. A válaszadásból kitűnik, hogy többen tudnak betegségükről, mint ahányan a háziiorvosi regiszterben szerepelnek.

Egyénekenként különbözik, hogy milyen tényezők okozhatnak *migrénes* rohamot. Sok esetben az időjárás változása, a stressz, vagy bizonyos ételek és italok vezetnek erős fejfájáshoz. A migrénes panaszok előfordulása csaknem kétszer gyakoribb a nőknél, mint a férfiaknál. A régiókban a megkérdezett férfiak 6–15, a nők 17–29%-a nyilatkozott arról, hogy már átélt ilyet. Erős fejfájással kisebb hányadban küzdenek – az egyébként is általában „kevésbé beteg” – Nyugat- és Közép-Dunántúl, valamint Közép-Magyarország lakói, Dél-Dunántúlon (ott a leggyakoribb a betegség, 22%), valamint Észak-Magyarországon és az Alföldön nagyobb arányban említették e rohamokat. A különböző korcsoportok között jelentős morbiditási különbség nem tapasztalható, de a 35–44 év közöttiek panaszkodtak erős fejfájásukra leginkább.

Krónikus *szorongásos* tünetekről a megkérdézettek 18%-a számolt be, a nők kétszer nagyobb hányadban, mint a férfiak. A hétköznapokban a szorongás nagyon gyakran valamilyen stresszállapot tüneteként jelenik meg (munkahelyi, párkapcsolati stb. stressz), és a betegek elsősorban a stressz fiziológiai tünetei miatt keresik fel a háziorvost, vagy pedig azért, hogy valamilyen nyugtatót írassanak fel vele.¹² A szorongásról beszámoló többsége – az erős fejfájástól szenvedőkhöz hasonlóan – a kevésbé fejlett régiókban élt. Az átlagot meghaladó gyakorisá-

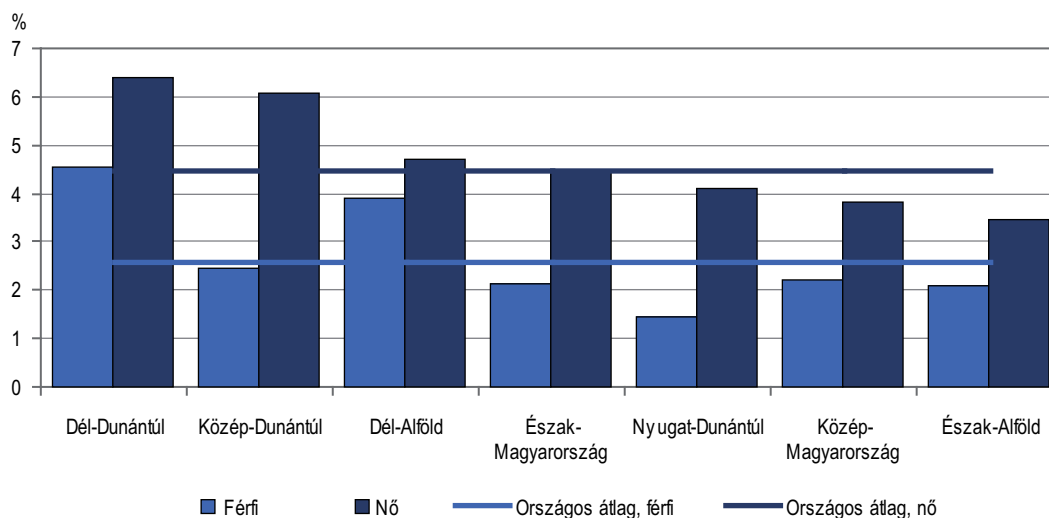
gú a szorongásos betegek aránya Dél-Dunántúlon (24%), Dél-Alföldön (23%), Észak-Alföldön (22%) és Észak-Magyarországon (19%). A népesség legkevésbé Közép-Magyarországon (14%) számolt be szorongás tüneteiről, de Közép-Dunántúlon és Nyugat-Dunántúlon élők (15%) helyzete is kedvezőbb az átlagosnál. *Krónikus depresszióról és pszichés, mentális problémákról* is Dél-Alföldön tettek említést legnagyobb hányadban, legkevésbé Közép- és Nyugat-Dunántúlon. A depresszió a lakosság 6; a mentális problémák 3%-át érintették. Az előfordulási gyakoriság mindkét kórképnél nagyobb a nőknél, mint a férfiaknál.

Gyomor- vagy nyombélfekélyről a megkérdezettek több mint 8%-a tett említést. A háziorvosi nyilvántartással ellentétben e betegségeknél a nők morbiditási aránya magasabb a férfiakénál. A fekély – az emésztőrendszeri betegségek egyik leggyakoribb formája – a dél-dunántúli lakosság egytizedét érintette a felmérés szerint, de az idősebb korcsoportokban (65–74 éves és a 75 év felettek) a betegség Közép-Magyarországon, illetve Közép-Dunántúlon az azonos korúak egyötödét sújtotta. Ennél a betegségnél is Nyugat-Dunántúlon relatív pozíciója a legkedvezőbb.

A 15 éves és idősebb férfi lakosság 2,6, a nők 4,5%-a a felmérés ideje alatt is *rosszindulatú daganatos* betegségben szenvedett. A betegségükről a férfiak és a nők is Dél-Dunántúlon nyilatkoztak a legnagyobb arányban, mint ahogyan az a háziorvosi praxisoknál is szerepel, azonban ez utóbbi regiszter szerint hasonlóan magas a nyugat-dunántúli morbiditási gyakoriság a nőknél és a férfiaknál egyaránt. Az ELEF adataiból viszont kitűnik, hogy a válaszadók éppen Nyugat-Dunántúlon és Észak-Alföldön tettek említést legkisebb arányban (2,8%) súlyos daganatos betegségükről.

14. ábra

A rosszindulatú daganatos betegségek előfordulási aránya a 15 éves és idősebb népesség körében, 2009



Forrás: ELEF2009.

Összességében a férfiak daganatos betegségeinek gyakorisága a felmérés eredményei alapján (2,6%) a háziorvosoknál nyilvántartott adatokhoz (2,7%) képest kevésbé tért el, mint a nőknél (ahol 4,5, illetve 3% volt).

¹² Dr. Purebl György: Szorongás és depresszió a háziorvosi gyakorlatban. Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Budapest, 2003.

4. Az egészségügyi ellátórendszer és igénybevételének fontosabb jellemzői intézményi adatok alapján

A WHO ajánlásokat fogalmazott meg a tagországok egészségügyi vezetői számára az egészségügyen belüli egyenlőtlenségek csökkentésére. Annak ellenére, hogy a fejlett világ valamennyi országában közös célkitűzés az „egyenlő hozzáférés és egyenlő ellátás egyenlő szükséglet esetén”, az országok többségében, így Magyarországon sem csökkentek az ellátás igénybevételében tapasztalt egyenlőtlenségek az utóbbi évtizedben. Az ellátási kapacitások földrajzi elosztásában, az intézmények infrastrukturális fejlettségében jelentős különbségek mutatkoznak az ország régióiban.

Magyarországon a 174 ezer betöltött egészségügyi álláshelyből 37 ezer orvosi és közel 98 ezer szakdolgozói állást tartottak nyilván 2009-ben. Az orvosi állások több mint felét, a szakdolgozói álláshelyek döntő többségét alkalmazotként töltötték be. Összességében az egészségügyben a fekvőbeteg szakellátás álláshelyein (48%) dolgoztak alkalmazottak a legnagyobb arányban, legkisebb részben a járóbeteg-szakellátásban (17%).

2009 végén a betöltött egészségügyi álláshelyek több mint egyharmada Közép-Magyarországon koncentrálódott, tízezer lakosra 203, míg a többi régióban 144 és 182 közötti álláshely jutott. Az orvosi állások tekintetében kiemelkedik a központi régió, ahol tízezer lakosra 49; Dél-Dunántúlon az országos átlaghoz (37) közeli, míg a többi régióban 27–36 közötti betöltött álláshely jutott. A szakdolgozói álláshelyek tízezer lakosra vetített száma Dél-Dunántúlon (106) és Nyugat-Dunántúlon (105) is több mint Közép-Magyarországon (104), az Alföldön és Észak-Magyarországon azonban az országos átlag (98) alatt maradt. Mind a betöltött orvosi, mind a szakdolgozói állásokat vizsgálva Közép-Dunántúl helyzete a legkedvezőtlenebb. (Ennek oka, hogy ez a régió közel van a fővároshoz, Fejér és Komárom-Esztergom megyékben viszonylag kevés kórházi ágy van.) Az ellátottság – az orvosi álláshelyeket szakfeladatonként tekintve – az aktív fekvőbeteg-ellátásban a legjobb, ahol régióként a betöltött állások hányada és tízezer lakosra jutó száma is a legkedvezőbb (kivéve Észak-Alföldet, ahol a járóbeteg-szakorvosi ellátásban több a betöltött orvosi állás). Általában magasabb a betöltött orvosi állások száma és az orvoslétszám is azokon a területeken, ahol orvosi egyetemi képzés folyik, illetve klinikák működnek, mivel szakembereket (oktatókat, kutatókat) vonzó és megtartó képességük erős. Ez alól kivétel Nyugat-Dunántúl, ahol nincs orvosképzés, mégis több a betöltött orvosi álláshely, mint Észak-Alföldön, ahol viszont van. Mindez főként a külföldi páciensek ellátására szerveződött nyugat-dunántúli fogorvosi ellátás álláshelyeinek magas számával magyarázható.

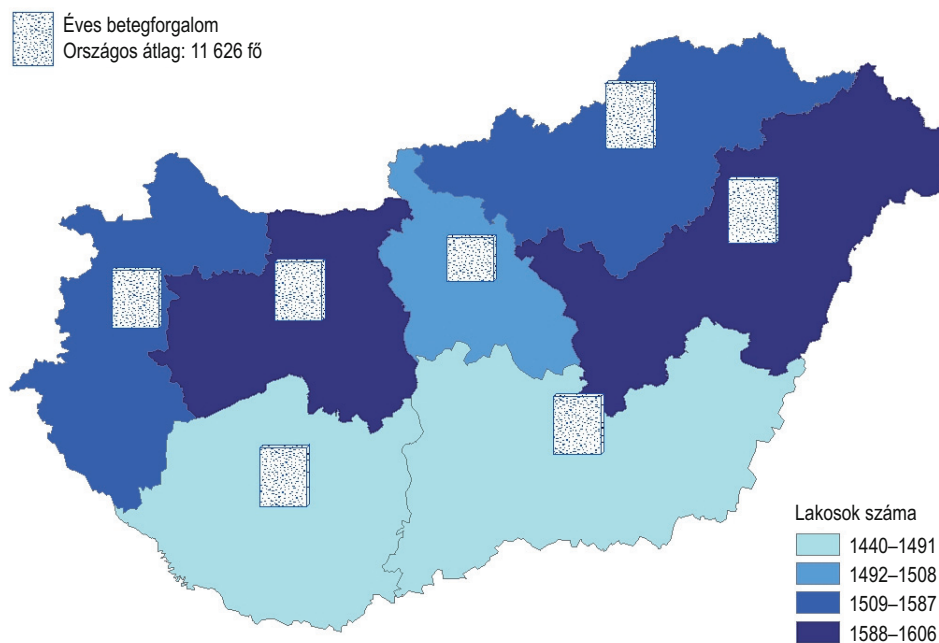
A munkahely címe alapján besorolt orvos létszámot vizsgálva is megállapítható Közép-Magyarország túlsúlya, ugyanis a Magyarországon dolgozó orvosok 43%-a ott működött a fővároscentrikus ellátórendszernek köszönhetően. A tízezer lakosra jutó dolgozó orvosok létszáma az országos átlagot (35) meghaladó Közép-Magyarországon (51), valamint Dél-Dunántúlon (36), míg a többi régióban ez alatt maradt. Az ellátási kapacitás egyenlőtlenségét jól mutatja, hogy az Észak-Magyarországon és a Közép-Dunántúlon dolgozó orvosok tízezer lakosra vetített aránya a felét sem éri el a közép-magyarországinak.

Az alapellátásban hazánkban összesen 4971 házi orvos és 1548 házi gyermekorvos dolgozott 2009 végén. A házi orvosi szolgálatokhoz jelentkezett be a lakosság 86%-a (62% felnőtteket ellátó, 24% felnőttek és gyermekek részére szervezett vegyes praxis), a gyermekorvosokhoz a 14%-a. Az ellátáshoz való hozzáférés különösen az aprófalvas területeken okozott nehézséget: a Dunántúl nyugati és déli régiójában a települések egyaránt 64%-a, valamint Észak-Magyarországon 51%-a nem rendelkezett sem házi orvosi, sem gyermekorvosi praxissal (ez természetesen nem jelenti ezen települések ellátatlanságát). Országosan egy házi orvosra és házi gyermekorvosra átlagosan 1536 lakos jutott. Az átlaghoz legközelebbi érték Közép-Magyarországot jellemezte, míg Közép- és Nyugat-Dunántúlon, valamint Észak-Magyarországon és Észak-Alföldön 2–5%-kal magasabb a hazai átlagnál, az Dél-Alföldön és Dél-Dunántúlon viszont 3–6%-kal elmaradt attól. Az orvosok leterheltségét leginkább az egy házi orvosra jutó be-

tegforgalom fejezi ki, aminek nagysága Magyarországon évente átlagosan 11,6 ezer fő volt, jelentős területi különbségek mellett. A legtöbb beteget (54) naponta átlagosan egy észak-magyarországi háziorvos látott el, de egy munkanapon Észak-Alföldön is átlagosan 52 beteg ellátása hárult egy orvosra. Közép-magyarországi kollégáik kevésbé leterheltek, ott az átlagos napi betegforgalom 36 főt tett ki. A Dunántúlon és Dél-Alföldön naponta 47–49 beteg jelent meg a rendelésen, vagy a háziorvosa látogatta meg. A „betegebb” területeken a háziorvosokra is több teher hárult, mint az „egészségesebb” régiókban dolgozókra.

15. ábra

Egy háziorvosra és házi gyermekorvosra jutó lakos és éves betegforgalom, 2009



Forrás: Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2009. KSH, 2010.

A szakellátás jelenlegi struktúrája döntően közalkalmazotti foglalkoztatásra és köztulajdonú kórház-rendelőintézeti bázisra alapozott. A magyar egészségügyi ellátórendszerben jelentős a kórház centrikusság, ennek megfelelően a járóbeteg-szakellátásban ellátott betegek száma illetve aránya jelentősen alatta marad az elvárhatónak. A betegek mintegy 5–20%-a járóbeteg-ellátásban ellátható lenne, ha finanszírozási szempontból az intézménynek ez megérné, hiszen a járóbeteg-szakellátás alapvetően alacsonyabb költség igényű.¹³

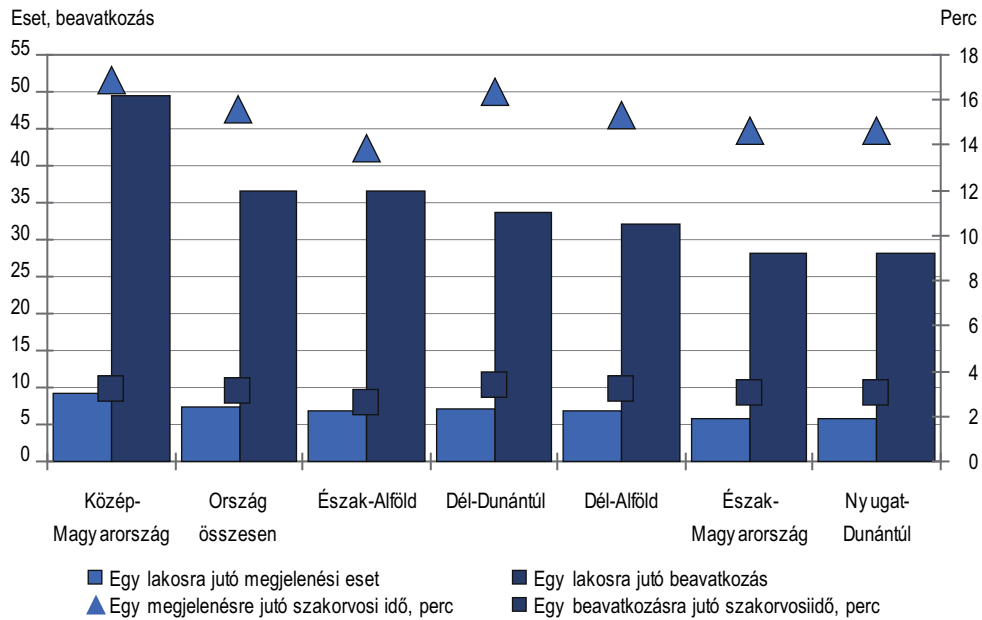
Magyarországon 2009-ben a járóbeteg-szakellátásban – az intézmény székhelye szerinti adatok alapján – a szakorvosi munkaórák száma meghaladta a 18,8 milliót, a nem szakorvosi munkaóráké a 2,9 millió órát, ez idő alatt 72,5 millió megjelenési esetet regisztráltak. A betegek leggyakrabban Közép-Magyarország rendelőintézeteit keresték fel, egy lakos évente átlagosan több mint kilencszer. Az országos átlaghoz (7,2) közeli megjelenési esetszámot mértek egy főre Dél-Dunántúlon és az Alföldön, míg a Dunántúl középső és nyugati területein valamint Észak-Magyarországon hatnál kevesebbet. A betegen a rendelésen megjelenésekor több beavatkozást is végezhetnek. A beavatkozások közel egyharmadát – részben az országos feladatokat is ellátó budapesti intézményeknek köszönhetően – a központi régióban végezték, ezzel összefüggésben az egy lakosra jutó beavatkozások száma is itt emelkedett ki (49), több mint háromtizeddel meghaladva a hazai átlagot (37). A többi régióban a járóbeteg-szakellátásban egy lakosra vetítve évente átlagosan 27–36 közötti beavatkozást végeztek 2009-ben, azokon a területeken kevesebbet, ahol nincs klinikai ellátás, és kevesebb a teljesített szakorvosi munkaóra (Észak-Magyarország, Nyugat-Dunántúl és Közép-Dunántúl). Az egy főre vetített

¹³ Vízvári László és Gyetvai Györgyi: Az egészségügy humán erőforrás stratégiája. Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, 2010.

legtöbb beavatkozás a laboratóriumi diagnosztika és a fizioterápia területén történt minden régióban. A járóbeteg-ellátási kapacitás kihasználtsága az egy megjelenési esetre és egy beavatkozásra jutó szakorvosi idővel szemléltethető, ez alapján országosan egy szakorvos átlagosan 15,6 percet fordított munkaidejéből egy betegre (esetre) és átlagosan 3,1 percet szánt egy beavatkozásra. A szakorvosok az átlagnál több időt fordítottak egy megjelenésre és egy beavatkozásra is Közép-Magyarországon és Dél-Dunántúlon a vizsgált évben.

16. ábra

A járóbeteg-szakellátás főbb jellemzői, 2009



Forrás: Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2009. KSH, 2010.

Míg a 19. század derekáig a kórházak csak a járványos betegek és szegények menedékhelyei voltak, addig napjainkban már természetesnek találjuk, hogy szegények és gazdagok egyaránt tömegesen keresik fel a kórházakat, ahol tökéletesebb orvosi kezelésben részesülhetnek, mint amit otthonukban biztosítani lehet.¹⁴ Mára a magyarországi egészségügyi ellátórendszer egyik legfőbb strukturális problémájává vált annak kórházközpontúsága: az ellátás túlságosan gyakran és sokszor indokolatlanul történik – az alapellátás és/vagy a járóbeteg-szakellátás helyett, azokat mintegy átugorva – az ellátórendszer legfelső és legköltségesebb szintjén. A kórházak magas költségigénye mellett népességföldrajzi elhelyezkedésük egyenetlensége is problémák forrása.¹⁵ Magyarországon 2009 végén összesen 175 kórház mintegy 71,1 ezer ágygal működött (a tartósan szünetelők nélkül), amelyek 62–38 százalék arányban aktív, illetve krónikus ellátás célját szolgálták. A fekvőbeteg-ellátó intézmények közel kétharmada önkormányzati, 11% alapítványi, 7–7% állami, illetve magánkórházként, a többi pedig egyházi és egyéb fenntartásuként üzemelt.

A kórházi ellátásban a kapacitáskihasználtság mérésére általában az ágykihasználtságot alkalmazzák. Természetesen a 100%-os ágykihasználás se nem reális, se nem kívánatos, hiszen a betegforgalom természetes hullámozása folytán ez azt jelenti, hogy bizonyos időszakokban ellátási nehézségek mutatkoznak. A kapacitási adatok vizsgálatakor figyelembe kell venni, hogy vannak jellemzően eset importáló és exportáló régiók. A betegmigráció döntően a központi régióba irányul, hiszen bizonyos esetekben az ellátás csak a fővárosban szervezhető

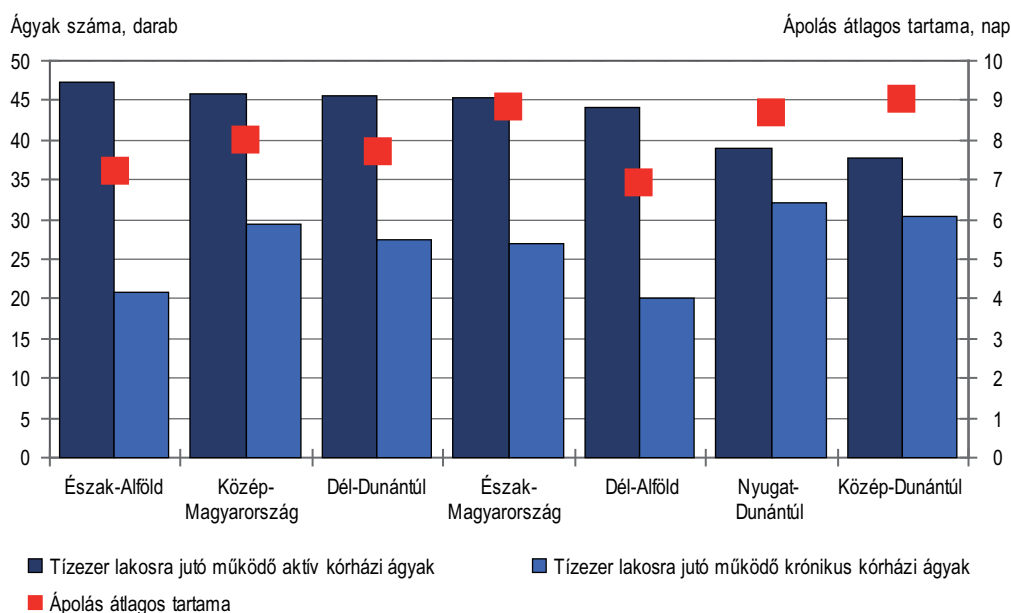
¹⁴ Fejezetek az egészségügyi statisztika történetéből 2. KSH, 2004.

¹⁵ Dr. Kincses Gyula: Magyarország egészségügye és szociális rendszere. MEDINFO és a Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet, Budapest, 2004.

meg. (Korábban a Közép-Dunántúlról és Észak-Magyarországról aránytalanul nagy esetáramlás irányult Közép-Magyarországra.) A már meglévő kapacitások megtartása a szolgáltatók (részben vélt, részben valós) érdeke.¹⁶ 2009. december 31-én hazánkban az ágykihasználás az aktív és krónikus ellátásban összesen 78%, az országos átlaggal egyezett Dél-Dunántúlon, a legmagasabb Közép-Dunántúlon (81%), a legalacsonyabb pedig Dél-Alföldön (75%) volt, a többi régióban e két érték között szóródott. Az ágykihasználás Közép-Dunántúlon – ahol viszonylag kevés az aktív és sok a krónikus ágy – az onkológiai, onkoradiológiai osztályokon kiugróan magas (közel 130%), de a krónikus ellátásban is (rehabilitáció, tartós ápolás) meghaladta a hazai átlagot. A térségben a magas ágykihasználtság kialakulásának okai között szerepelhet továbbá a Közép-Magyarországra irányuló betegexport mérséklődése is. Dél-Alföldön – amely a harmadik legnépesebb régió – ezzel szemben relatíve kevés a krónikus és az aktív ágy is.

17. ábra

A tízezer lakosra jutó működő kórházi ágyak száma, az ápolás átlagos tartama, 2009



Forrás: Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2009. KSH, 2010.

A korábbi évek ágyszám csökkentései következtében a működő kórházi ágyak tízezer lakosra jutó száma 71 volt 2009 végén. Az intézkedések hatására mérséklődtek ugyan a területi különbségek, a mutató értéke továbbra is Közép-Magyarországon (75) a legmagasabb, Dél-Alföldön (64) a legalacsonyabb. A régiókban jelentős eltérések mutatkoznak az aktív és a krónikus ágyak megoszlásában. Az öregedő népesség miatt vélhetően a jelenlegi arányok megváltoznak, vagyis eltolódnak a krónikus ellátásban – jellemzően hosszabb időt igénybe vevő ápolási forma – működő ágyak felé. A tízezer lakosra jutó működő aktív ágyak száma kiemelkedett Észak-Alföldön (47), de az átlagot meghaladta Közép-Magyarországon, Dél-Dunántúlon és Észak-Magyarországon is, míg a Dunántúl középső és nyugati területein, valamint Dél-Alföldön az országos átlag (44) alatt maradt. A krónikus ágyak tízezer lakosra vetített száma Dél-Alföldön csupán kéttized (annak ellenére, hogy ott a legmagasabb az öregedési index), Közép-Dunántúlon és Nyugat-Dunántúlon viszont háromtizedet meghaladó volt, az alföldi régiókon kívül minden területen fölülmulta az országos átlagot (27).

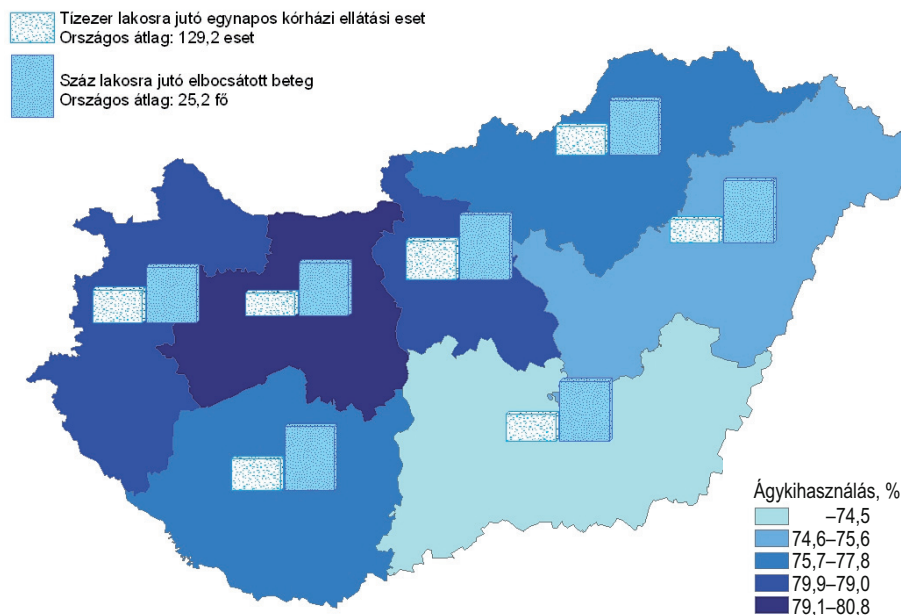
¹⁶ Tanulmány Magyarország régióinak egészségügyi helyzetéről. Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, Budapest, 2003.

A szakellátás területén az erőforrások hatékonyabb kihasználását az egynapos műtétekkel, beavatkozásokkal lehet javítani. Országosan 129,5 ezer egynapos ellátási esetet regisztráltak, a legtöbbet Közép-Magyarországon, ott tízezer lakosra 163, Közép-Dunántúlon 97 jutott. Az utóbbi területen terjedt el legkevésbé ez a beavatkozási forma, annak ellenére, hogy magas az ágykihasználtság, de vélhetően az ilyen beavatkozások egy részét a fővárosban végezték. Az egynapos ellátások alkalmazása leginkább a szülészet-nőgyógyászatban jellemző (47%), de jelentős a sebészet, valamint a szemészet és urológia szakmákban is.

Országosan több mint 2,5 millió beteget bocsátottak el a kórházi osztályokról a 2009. év során. Döntő többségük távozott a fekvőbeteg-ellátó intézményből, 9%-uk más osztályra került, a halálozási arány 3,1% volt. A száz lakosra vetített elbocsátott betegek száma a központi régióban a legmagasabb (27), Dél-Dunántúlon és Észak-Alföldön a hazai átlag (25) fölötti, Dél-Alföldön, Nyugat-Dunántúlon, Észak-Magyarországon, valamint Közép-Dunántúlon az átlag alatti (utóbbi régióban a legalacsonyabb a mutató értéke, ami kéttizeddel maradt el a közép-magyarországitól).

18. ábra

A fekvőbeteg-szakellátás főbb jellemzői, 2009



Forrás: Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2009. KSH, 2010.

2009-ben Magyarországon a kórházi ápolás átlagos tartama 8 nap volt, az aktív betegellátási osztályokon 5, míg a krónikus ellátásban 28. Azokban a régiókban, ahol a krónikus ellátásban viszonylag magas az ágyszám, a betegek kórházban töltött átlagos ápolási ideje is hosszabb (Közép-Dunántúl, Észak-Magyarország, Nyugat-Dunántúl), és ez fordítva is igaz, általában a magas aktív ágyzámmal rendelkező területeken kevesebb ideig tartott az ápolás (Észak-Alföld, Dél-Dunántúl).

Az egészségügyi szolgáltató rendszer áttekintéséhez szükséges a gyógyszerterek működésének, főbb adatainak vizsgálata is. A gyógykezelés sikere nagymértékben attól függ, hogy mindenütt, mindenkor mérsékelt árú, kifogástalan minőségű, jól elkészített gyógyszer áll-e rendelkezésre. Az orvos tanácsa mit sem ér, ha a beteg a rendelt gyógyszereket nem kapja meg.¹⁷ Az országban összesen 2,4 ezer gyógyszerter állt a betegek rendelkezésére, a települések 28%-

¹⁷ Fejezetek az egészségügyi statisztika történetéből 2. KSH, 2004.

án működött legalább egy patika. A legjobb az ellátottság Közép-Magyarországon, valamint Dél-Alföldön, ahol 60% feletti ez az arány, Észak-Alföldön négytizedet meghaladó, míg Nyugat-Dunántúl településein csupán 13%-os (legnehezebb az ellátáshoz való hozzáférés), a szintén aprófalvas településszerkezetű Dél-Dunántúlon és Észak-Magyarországon az országos átlag alatti. Közép-Dunántúl településeinek ellátottsága megegyezett a hazai átlaggal. 2009-ben egy gyógyszerértár átlagosan 4 ezer lakosnak nyújtott szolgáltatást. Egy észak-magyarországi patikára hárult átlagosan a legtöbb beteg ellátása (4,3 ezer), egy dél-alföldire a legkevesebb (3,5 ezer). A közforgalmú gyógyszerertárakban dolgozó gyógyszerészek (5,3 ezer fő) egyharmada, az asszisztensek háromtizede Közép-Magyarországon állt a betegek szolgálatában.

5. Az egészségügyi ellátórendszer igénybevétele az ellátással való elégedettség lakossági adatok alapján

Az egészségfelmérés egyik kérdése volt, hogy az emberek egészségük megőrzése érdekében, illetve betegségük során milyen mértékben veszik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat.

A lakosság betegség esetén panaszával általában először a háziorvoshoz fordul. A referencia időszakban (a felmérést megelőző 12 hónapban) a férfiak 71%-a, a nők nyolctizede legalább egyszer felkereste háziorvosát, a megkérdezettek 23%-a egy évnél régebben, több mint 1%-a viszont még soha nem járt háziorvosánál. Egy éven belül a leggyakoribb az orvos-beteg találkozás Dél-Alföldön (80%), míg a legritkább Közép-Magyarországon (74%). A dél-dunántúli férfiak és nők, akik a megadott 12 hónap alatt felkeresték orvosukat, átlagosan kilencszer találkoztak vele, míg Közép- és Nyugat-Dunántúlon mindössze ötször. Ez utóbbiak jobb egészségnek örvendtek, nem tartottak szükségesnek több találkozást orvosukkal.

Fogorvosnál a lakosság 38%-a jelent meg egy éven belül (a férfiak 35%; a nők 40%-a), legnagyobb hányadban (40–41%) Közép-Magyarország és Közép-Dunántúl, legkevesebb Észak-Magyarország (33%) lakossága tartotta ezt szükségesnek. A megkérdezettek egyötöde viszont öt évnél is régebben járt fogorvosnál, ebben magas arányt (24%) képviseltek a déli országrészek lakói.

Járó betegként, sürgősségi osztályon, munkahelyi vagy iskolai vizsgálaton a megkérdezettek közel hattizede találkozott szakorvossal a felmérést megelőző egy évben. Egy éve vagy annál is régebben járt szakorvosnál a lakosság 37%-a, míg 100-ból négyen még soha. Az általában háziorvosi javaslatra történő szakorvosi vizsgálaton az egy éven belüli szakorvosi ellátást az átlagosnál (60%) nagyobb arányban vették igénybe Dél-Alföldön, Közép-Magyarországon, Dél-Dunántúlon és Közép-Dunántúlon.

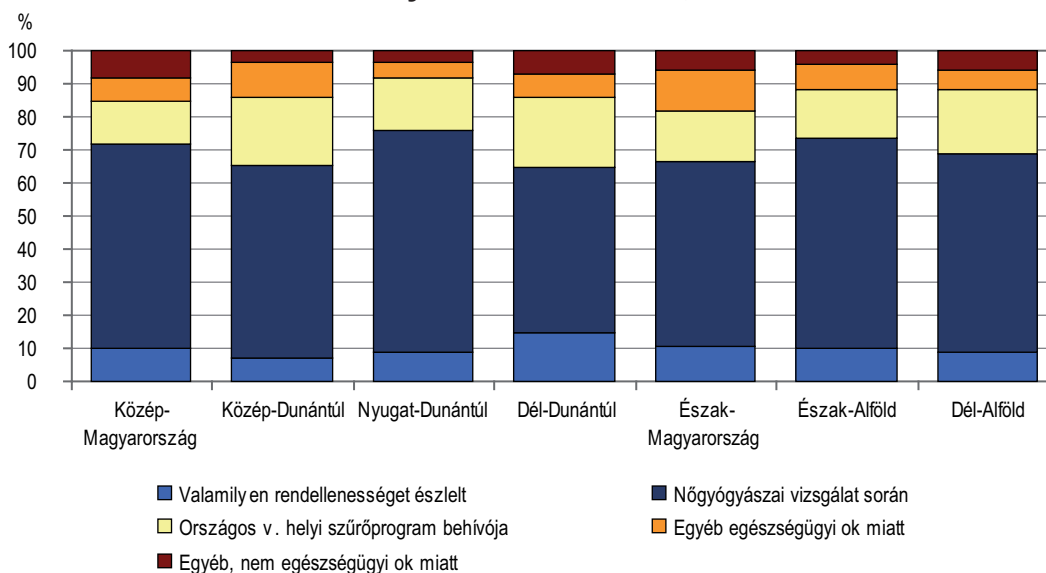
A férfiak 12, a nők 16%-a nyilatkozta azt, hogy a felmérés előtti 12 hónapban legalább egy éjszakát töltött fekvőbeteg-intézményben, legnagyobb arányban Dél-Alföld (19%), legkevesebb a Közép-Dunántúl lakossága (12%) kényszerült erre. A kórházban legalább egy éjszakát tartózkodók kétharmada „csak” egy alkalommal szorult kórházi kezelésre a vizsgált időszakban. Egynapos kórházi ellátásban a felnőtt lakosság 9%-a részesült, ez az ellátási forma Dél-Dunántúlon volt a legnagyobb arányú, Közép-Dunántúlon a legkisebb.

A lakosság jelentős része gyakran ellenőrizteti vérnyomását, koleszterin- és vércukorszintjét. Leggyakoribb a háziorvosnál történő vérnyomásmérés, bár feltételezhetően a népesség nagy hányada rendelkezik otthonában is erre alkalmas készülékkel. Az elkerülhető halálokok körébe tartozó daganatos betegségek korai, még tünetmentes állapotban szűrővizsgálattal többnyire felismerhetők és az időben elkezdett kezeléssel gyógyíthatók. Éppen ezért szükséges rendszeresen népegészségügyi szűrővizsgálatokon részt venni, ilyen pl. a nőket érintő méhnyakrák- és emlőrák szűrés. A méh rosszindulatú daganata miatt 2009-ben százezer női lakosra a legtöbb halálozás a központi régióban (8,6) és Észak-Magyarországon (8,3) jutott. Citológiai vizsgálaton egy éven belül legnagyobb arányban az országos átlagot (29%) meghaladva Közép-Dunántúlon (33%) és Közép-Magyarországon (32%) vettek részt a nők. A szűrés

okai között első helyen a nőgyógyászati vizsgálat állt (63%), a szűrésen megjelentek 17%-a országos vagy helyi szűrőprogramra kapott behívót és egytizedük valamilyen rendellenességet észlelt. Ez utóbbiak hányada – a szűrés okai közül – Dél-Dunántúlon volt a legmagasabb.

19. ábra

A méhnyakrákszűrés okai, 2009



Forrás: ELEF2009.

A nőket veszélyeztető daganatos betegségek leggyakoribb formája az emlőrák. Magyarországon százezer nőre 41 halálozás jutott, Dél-Dunántúlon az országos átlaggal egyező, Nyugat-Dunántúlon és az Alföldön az alatti (36–39), Észak-Magyarországon, Közép-Dunántúlon és Közép-Magyarországon átlagot meghaladó (42–45) a mutató értéke. A régiók között az emlőrák okozta halálozások és a szűrésen való részvétel között összefüggés nem mutatkozott. A nők több mint fele részt vett már emlőrákszűrésen, a megjelenés Közép-Magyarországon és Dél-Dunántúlon a leggyakoribb (54–54%), illetve Észak-Alföldön a legalacsonyabb (48%). Az alföldi nők maradtak távol leginkább a szűréstől, 50–52%-uk még soha nem volt mammográfiás vizsgálaton. A részvételi arány – minden régióban – a 45–64 évesek körében volt a legnagyobb, mivel ezt a korosztályt hívják be a lakóhelyéhez legközelebbi szűrőközpontba rendszeresen vizsgálat céljából.

A felmérés során a lakosság gyógyszerfogyasztásáról is képet kaphattunk. A felmérést megelőző két hétben a lakosság 53%-a (a férfiak 44; a nők 60%-a) szedett orvosi javaslatra gyógyszert (függetlenül attól, hogy vényköteles volt-e vagy sem). Legnagyobb arányban azokon a területeken szedtek gyógyszert, ahol kiemelkedő hányadban nyilatkoztak arról, hogy krónikus betegségük van, valamint ezekben a régiókban a 65 éves és idősebb lakosok népességben belüli részaránya az átlagot jelentősen meghaladta (17–18%) 2009-ben. A gyógyszerfogyasztók aránya Dél-Dunántúlon, Észak-Magyarországon és Dél-Alföldön a legmagasabb, de minden régióban nagyobb mint a referencia-időszakban gyógyszert nem fogyasztóké. A gyógyszer-szedés leggyakoribb okai a magas vérnyomás, az ízületi problémák, a szívritmuszavar, a magas koleszterin szint, a cukorbetegség, az asztma és a fejfájás, migrén.

A különböző egészségügyi ellátási szintekkel való elégedettség fontos fokmérője a bizalomnak, amely az eredményes gyógyítás alapja.

A legnagyobb megelégedéssel a házi orvosok tevékenységét nyugtázták, a lakosok 83%-a nagyon elégedett vagy elégedett volt munkájukkal. Az elégedetlenek és nagyon elégedetlenek aránya 5,4%-ot tett ki. Az elégedettség mértéke hasonló a férfiaknál és a nőknél, ötfokú skálán a férfiak 4,02-re, a nők 4,08-ra (összességében 4,05-re) értékelték a házi orvosi szolgáltatást.

A nagyon elégedettek hányada Nyugat-Dunántúlon (34%), a nagyon elégedetleneké pedig Közép-Magyarországon (2%) a legmagasabb. A háziiorvosi szolgáltatás minőségéről legnagyobb elismeréssel nyilatkoztak az alföldi régiókban éltek, ahol a nagyon elégedettek és elégedettek együttes aránya 86–87%. (Az elégedettségüket kifejező alföldi lakosok gyakrabban fordultak háziiorvosukhoz, mint az elégedetlen közép-magyarországiak.) A régiókban az ellátásról általában az idősebbek (65–74 évesek, illetve a 75 éven felüliek) kedvezőbben vélekedtek, mint a középkorúak és a fiatalok – Dél-Dunántúl és Dél-Alföld kivételével, ahol az 55–64 éves nyilatkoztak legpozitívabban – ami azért is értékes elismerés, mert ők gyakrabban veszik igénybe az ellátórendszer szolgáltatásait, köztük a háziiorvosokét is.

A fogorvosok, fogszabályzó szakorvosok és fogászati szakemberek tevékenységét a lakosság 3,87-re (a férfiak 3,83, a nők 3,91-re) értékelte, 78%-uk nagyon elégedett vagy elégedett volt a fogászati ellátással (a felmérés nem tett különbséget a magánpraxisokban és az állami egészségügyben tevékenykedők között). Legnagyobb hányadban Dél-Dunántúlon (83%), Nyugat-Dunántúlon és Észak-Alföldön (81–81%) juttatták ezt kifejezésre. Legelégedetlenebbek a központi régió lakói, 8,5%-uk a két legrosszabb minősítés valamelyikét (elégedetlen és nagyon elégedetlen) adta. A legmagasabb „osztályzat” a nyugat-dunántúli 55–64 évesektől (4,21), a legalacsonyabb a közép-dunántúli 15–18 évesektől (3,49) származott.

A nyilatkoztók kevésbé jó véleménnyel voltak a szakorvosi ellátásról, mint a háziiorvosiról és a fogorvosiról, összességében 3,59-re értékelték. A lakosság legnagyobb arányban (69%) Észak-Alföldön és Dél-Dunántúlon fejezte ki elégedettségét, míg Észak-Magyarországon és Közép-Magyarországon egyaránt 14%-uk nyilatkozta, hogy elégedetlen vagy nagyon elégedetlen. Az ellátást közepesre értékelők aránya 21 és 27% között szóródott a régiókban. A járóbeteg- és a sürgősségi ellátásban dolgozó szakorvosokkal is általában az idősebb korosztály elégedettebb, mint a fiatalabbak.

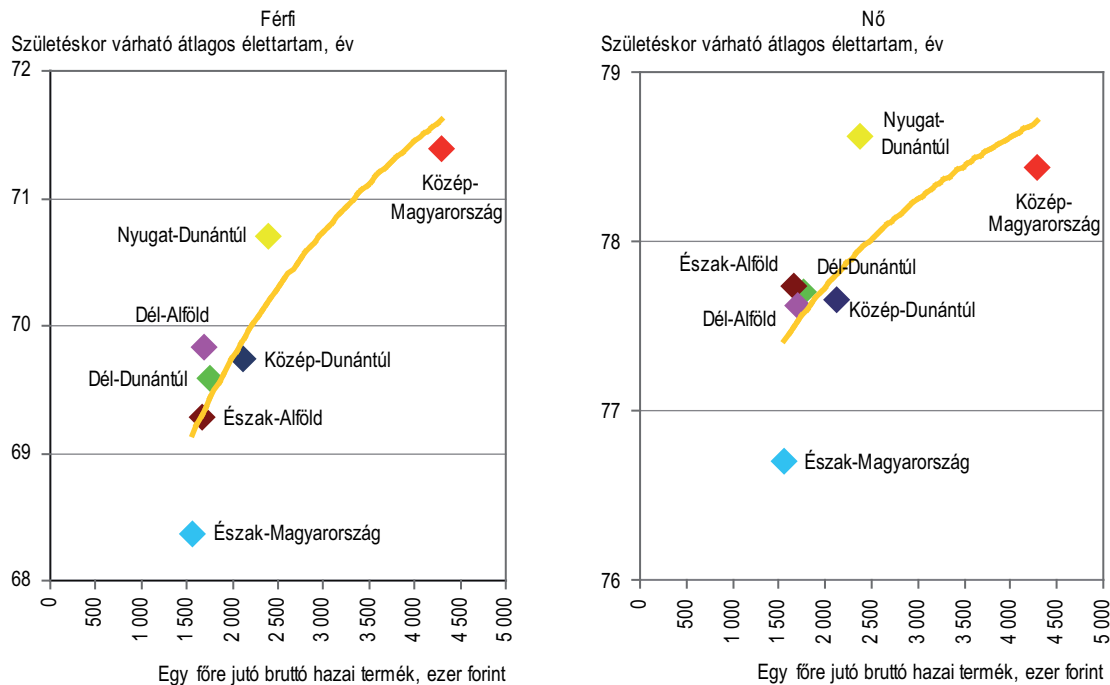
A fekvőbeteg-ellátásról nyilatkoztak a legkevésbé elismerően (3,31), az egészségügynek erről a szintjéről a férfiak és a nők véleménye gyakorlatilag megegyezett. Az elégedettek és a nagyon elégedettek összesített aránya országosan nem érte el az 50%-ot, Dél-Dunántúlon (55%), Észak-Alföldön (54%) és Nyugat-Dunántúlon (53%) azonban meghaladta azt. Szembetűnő a központi régió lakóinak elégedetlensége, az egyes és kettes osztályzatot adók együttes aránya 26%-ot tett ki, annak ellenére, hogy az ellátáshoz való hozzáférés ott a legkedvezőbb. Száz válaszadóból 31 közepesre értékelte a kórházak működését. A fekvőbeteg-ellátó tevékenységről a régiókban a 65 évnél idősebbek nyilatkoztak inkább elismerően, a fiatalabbak kritikusan.

6. Összefoglalás

A régiók lakosságának társadalmi-demográfiai összetétele és gazdasági teljesítőképessége szorosán összefügg, amit a magas korrelációs hányadosok (indexek) is jeleznek. Az eltartottsági ráta és az egy főre jutó GDP közötti lineáris kapcsolat erőssége $r = -0,88$, eltekintve Közép-Magyarország nagyon sajátos adataitól. A foglalkoztatottsági arány kapcsolatának erőssége a fajlagos GDP-vel $r = 0,96$, a felsőfokú iskolai végzettséggel rendelkező népességi arányáé még erősebb, $r = 0,97$, míg a közüzemi szennyvízcsatorna-hálózatba bekapcsolt lakások arányáé $r = 0,99$.

Vizsgálataink alátámasztották, hogy a meglévő társadalmi-gazdasági fejlettségbeli különbségek az egészségi állapot terén is megmutatkoznak. Az ismert összefüggés kimutatható, miszerint minél nagyobb az egy főre jutó GDP annál magasabb a születéskor várható élettartam. Ez különösen a férfiaknál látható, ahol a korrelációs index 0,85 volt. Közép-Magyarország főlény e tekintetben is látványos, a sereghajtó pedig Észak-Magyarország, ahol a GDP nagysága alapján várható életkilátásoktól a tényleges mutató értéke mindkét nem esetén jelentősen elmarad. Az egy főre jutó GDP és a vélt egészség között azonban nem találtunk szoros összefüggést. Szembetűnő, hogy a közép-magyarországi előnyös gazdasági potenciálnak nem feltétlen velejárója a jobb egészségi állapot.

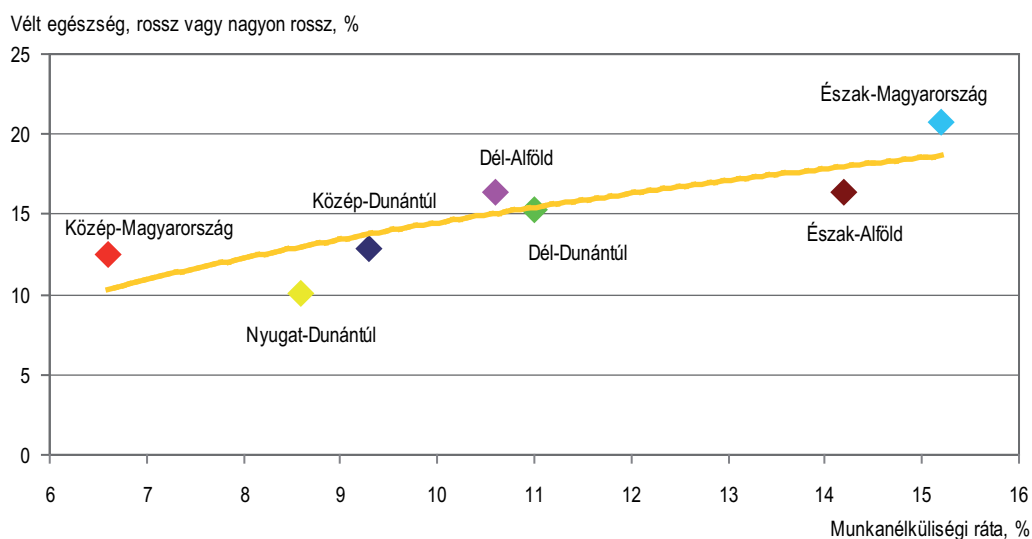
Összefüggés a születéskor várható élettartam és az egy főre jutó bruttó hazai termék (GDP) között, 2009



Forrás: Magyar statisztikai évkönyv, 2009. KSH, 2010.

A halandósági vizsgálatok szinte bármely mutatója alapján is e két terület (Közép-Magyarország és Észak-Magyarország) képviseli a szélső értékeket, viszonylag kedvező adatok jellemzik még Nyugat-Dunántúlt és Közép-Dunántúlt. (Az előbbi régió a daganatos halálozások terén azonban nem rendelkezett jó mutatókkal – a százezer lakosra jutó rosszindulatú daganatos halálozást tekintve Közép-Magyarországon kívül az Alföld két régiója is megelőzte – valamint kiemelkedő volt a házi orvosoknál nyilvántartott betegek száma is.)

Az egészségi állapot és a munkanélküliség közötti összefüggés, 2009



Megvizsgáltuk néhány társadalmi indikátor és a vélt egészség kapcsolatának (munkanélküliségi ráta, foglalkoztatási arány) területi eltéréseit. A KSH munkaerő-felmérése alapján számított munkanélküliségi ráta és az egészségi állapot között erős kapcsolat áll fenn (0,86 korrelációs

hányados), vagyis a munkanélküliség szempontjából jobb helyzetű területeken (Közép-Magyarország, Nyugat-Dunántúl, Közép-Dunántúl) az emberek kevésbé ítélték rossznak vagy nagyon rossznak egészségi állapotukat, mint a hátrányos térségekben, illetve ahol a lakosságot kevésbé sújtotta a munkanélküliség, ott többen vélték nagyon jónak vagy jónak egészségüket.

Kevésbé szoros a kapcsolat a foglalkoztatottság és a vélt egészség között a régiókban. A foglalkoztatottság önmagában nem eredményez kedvezőbb egészségi állapotot, míg a munkanélküli lét kedvezőtlenül befolyásolja azt.

A gazdasági és társadalmi mutatókat számba véve megállapítható Közép-Magyarország fölénye, Nyugat-Dunántúl és Közép-Dunántúl kedvező pozíciója. Dél-Alföld helyzetét rontotta, hogy ott a legmagasabb a 65 éves és idősebbek népességen belüli hányada, Észak-Alföld lakosságának egészségi állapota viszont annak ellenére kedvezőtlen, hogy a gyermekkorúak népességen belüli aránya nagy, és az idős korosztályé viszonylag alacsony.

A 15 éves és idősebb népesség többsége jónak, vagy kielégítőnek tartotta egészségi állapotát. Összességében Nyugat-Dunántúlon vélekedtek legkedvezőbben egészségükről, ezt követően Közép-Magyarországon, Közép-Dunántúlon, Dél-Alföldön, Észak-Alföldön és végül Észak-Magyarországon (a nyugat-dunántúli aránynál 10 százalékponttal kevesebben). Rossz vagy nagyon rossz egészségi állapotról Észak-Magyarországon nyilatkoztak legmagasabb hányadban, mindkét nem esetében. A vizsgált korcsoportok többségében az észak-magyarországi, a dél-dunántúli és a dél-alföldi megkérdezettek állították legnagyobb arányban, hogy krónikus, illetve tartós betegségük van, míg legkisebb hányadban a nyugat- és közép-dunántúliak számoltak be erről (az átlaghoz közeli értékeket a központi és az Alföld északi régiójában regisztráltak). Mindezt lényegében a háziiorvosi morbiditási adatok is megerősítették, lényeges eltérés csak néhány betegségcsoportnál, főleg Észak-Magyarország esetében mutatkozott és a már említett nyugat-dunántúli daganatos betegekénél.

A lakossági felmérés során Magyarország régióiban a férfiak több mint kétharmada, a nők közel háromnegyede számolt be legalább egy tartós betegségről. A betegségek többségét nagyobb arányban említették a nők, mint a férfiak – ez alól a cukorbetegség és a baleset, sérülés miatti egészségkárosodás kivétel – ezt a háziiorvosi morbiditási adatok is alátámasztották.

A felmérésben szereplő és a háziiorvosi morbiditási adatokat néhány betegség esetében hasonlítottuk össze régióként.

A háziiorvosi nyilvántartásban a főbb vizsgált betegségek esetében – az asztma és a csontsűrűség- és csontszerkezet-rendellenességek (ami így is magas arányban fordul elő) kivételével – Dél-Dunántúlon mérték a legnagyobb betegséggyakoriságot, amint azt a régiós átlagtól való legnagyobb negatív eltérések mutatták. Ez összecseng azzal az eredménnyel, hogy a felmérés szerint is itt tudtak legnagyobb arányban csonttritkulásos betegségekről. Ezt részben magyarázza a lakosság korösszetétele is (a régiók között a nőknél itt legjelentősebb a 45-64 évesek aránya). A felmérés adatai alapján Dél-Dunántúl kiemelkedett a rosszindulatú daganatos betegségek terén. A régióban élők mind az alap, mind a szakellátást jobbra értékelték az országos átlagnál.

Az asztma előfordulása a háziiorvosi adatok alapján Észak-Alföldön a legkiemelkedőbb, de ezt a lakossági felmérés nem támasztotta alá. A cukorbetegség, valamint a rosszindulatú daganatok legkevésbé ebben a régióban fordultak elő a felmérés szerint, de a háziiorvosi nyilvántartásokban is kedvezőek voltak ezek az adatok. Az ellátásokkal – fogorvosit kivéve – elégedettebbek az észak-alföldiek az országosnál, viszont Észak-Magyarország után itt ítélték legkevésbé jónak egészségi állapotukat.

Dél-Alföldön a magasvérnyomást és szívbetegségüket említették a leggyakrabban, ezt részben megerősítették a háziiorvosi morbiditási adatok is, ahol viszont a csontsűrűség- és csontszerkezet-rendellenességei álltak az első helyen. A régió lakosságának csupán 51%-a tartotta jónak vagy nagyon jónak egészségét (amit a viszonylag idős korösszetétel indokol), ennek ellenére az egészségügyi ellátást az országos átlagnál jobbnak ítélték. Egy éven belül a leggyakoribb háziiorvos-beteg találkozás Dél-Alföldön történt.

Észak-Magyarországon mondták legnagyobb arányban rossznak, vagy nagyon rossznak egészségi állapotukat (itt a legmagasabb a halandóság), ezt a felmérés is alátámasztotta, amely alapján az asztma, és a cukorbetegség gyakoriságában vezet a régió. A háziorvosi adatok ennél lényegesen kedvezőbbek. Feltételezhetően ennek oka, hogy az ország más területeihez képest itt kevesebben fordultak időben orvoshoz. Általában az ellátás minőségét kedvezőtlennek tartották.

Közép-Dunántúl a jobb helyzetben lévő régiók közé tartozik: a lakosság 57%-a vallotta jó-nak vagy nagyon jó-nak egészségét. E mutató alapján a régiók között a harmadik állt, ennek ellenére a kórház kivételével az ellátásokat az országos átlagnál rosszabbnak ítélték. A felmérés szerint az asztma itt fordul elő legkevésbé.

Közép-Magyarország lakói 58%-ban jó-nak vagy nagyon jó-nak tartották állapotukat. Az asztma, a magasvérnyomás, a rosszindulatú daganatok, valamint a szívbetegségek gyakorisága a legalacsonyabb a régiók között, amiket viszont a felmérés adatai nem erősítettek meg. A lakosság legritkábban e régióban kereste fel háziorvosát egy éven belül. A közép-magyarországiak megítélése az ellátás minőségét illetően kedvezőtlenebb az országosnál.

Nyugat-Dunántúl lakóinak megítélésük szerint a legjobb az egészségi állapotuk. A felmérés alapján a csonttritkulás, a magasvérnyomás és a szívbetegségek itt jellemzőek legkevésbé. Mind az alap, mind a szakellátással elégedettebbek az itt élők, mint az országos átlag.

A felmérés során a lakosság gyógyszerfogyasztásáról is képet kaphattunk. A gyógyszert szedők legnagyobb arányban azokon a területeken élnek, ahol kiemelkedő hányadban nyilatkoztak arról, hogy krónikus, illetve tartós betegségük van, valamint ezekben a régiókban a 65 éves és idősebb lakosok népességén belül a részaránya az átlagot jelentősen meghaladta. A gyógyszerfogyasztók aránya a legmagasabb Dél-Dunántúlon, Észak-Magyarországon és Dél-Alföldön, de minden régióban magasabb, mint a referencia időszakban gyógyszert nem fogyasztóké.

Az egészségügyi ellátórendszer kapacitás adatai (orvosellátottság, kórházi ágyak száma) és az ellátáshoz való hozzáférés csak közvetetten befolyásolja az egészségi állapotot. Az alapellátáshoz való hozzáférés különösen az aprófalvas területeken okoz nehézséget: a Dunántúl nyugati és déli régiójában, valamint Észak-Magyarországon mindez nincs összefüggésben az említett területek lakosainak egészségi állapotával, Nyugat-Dunántúl az „egészségesebb”, míg Dél-Dunántúl és Észak-Magyarország a „betegebb” régiók közé sorolható. Az egészségügyi szakellátás erősen főváros centrikus, amit alátámaszt az is, hogy az egészségügyi álláshelyek egyharmada Közép-Magyarországon koncentrálódott. Mind az orvosi, mind a szakdolgozói állásokat tekintve Közép-Dunántúl helyzete a legrosszabb, ennek ellenére ez a régió a kedvezőbb egészségi állapotú területek közé tartozik, hiszen földrajzi helyzetéből adódóan könnyebb a fővárosi egészségügyi szolgáltatások igénybevétele, mint a többi régió lakói számára. A klinikával és orvosképzéssel bíró Észak-Alföldön, Dél-Alföldön és Dél-Dunántúlon viszont kisebb arányban vallottak jó vagy nagyon jó egészségi állapotról.

Orosz Éva* – Németh Renáta:**

Mennyit költünk „zsebből” egészségügyre? A lakosság közvetlen egészségügyi kiadásai az ELEF2009 alapján

A lakosság közvetlen – az ellátás igénybevételekor történő – fizetése az egészségügyi ellátásért mind egészségpolitikai, mind módszertani szempontból fontos kérdés, nem csak Magyarországon. A magyar egészségügy problémáinak enyhítése érdekében egyidejűleg van szükség az állam és az egyének felelősségének az erősítésére, a közkiadások és a magánkiadások szerepének a növelésére. Ez csak látszólag ellentmondás: az egészségügy különböző területei és problémái eltérő megoldásokat igényelhetnek. A finanszírozás feszültségeinek a kezelésére elvileg a következő eszközök állnak rendelkezésre: a közkiadások növelése, a hatékonyság növelése (ugyanabból az erőforrásból a korábinál több szükséglet kielégítése), a szolgáltatási csomag szűkítése (azaz a magánszolgáltatások szerepének a növelése) és a társadalombiztosítás szolgáltatásai esetében a betegek által fizetett térítési díj növelése, azaz a költségmegosztás arányainak módosítása. Valójában ezen eszközök mindegyikére szükség lenne. Az egészségpolitika számára megválaszolandó kérdés, hogy a népegészségügyi prioritásokat figyelembe véve mely ellátási területekre kellene több társadalombiztosítási forrást biztosítani, ugyanakkor mely területeken lenne elviselhető a betegek terheinek a növekedése. Ezen kérdések körültekintő megválaszolásához megfelelő információ kell, hogy rendelkezésre álljon arról, hogy a lakosság különböző helyzetű csoportjai jelenleg mennyit és mire költenek, a kiadások mekkora terhet jelentenek a számukra. Módszertani szempontból az egészségügyi kiadások¹ számbavételének egyik legtöbb problémával terhelt területe a lakosság közvetlen kiadásainak megbecslése. Más országokban is megfigyelt tapasztalat szerint a különböző módszereken alapuló becslések jelentősen eltérő eredményeket adhatnak. Ezért alapvető fontosságú az eredmények megfelelő interpretálása. Továbbá szükség lenne annak a mélyebb elemzésére is, hogy milyen okok miatt térnek el a különböző felmérésekből kapott eredmények, ami hozzájárulhatna a lakossági kiadások számbavétele módszertanának a fejlesztéséhez is.

Tanulmányunk a felnőtt lakosság egészségügyi ellátásra fordított közvetlen kiadásait az Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF2009) adatai alapján elemzi. A kutatás a nem intézményben élő, bejelentett magyarországi állandó lakcímmel rendelkező lakosokat célozta, mintájából 4899 fő töltötte be 18. életévét, az ő adataikat használtuk fel. A felmérést koordináló Központi Statisztikai Hivatal előzetes elemzése során készített statisztikai adatbázist elemeztük: a becsléseket súlyoztuk a KSH által készített, a válaszhiányt és a mintavételi hibát korrigáló súlyokkal, továbbá a háztartási jövedelmi adatokat a KSH által megadott, az outlierok kiszűrésével és a válaszhiányok pótlásával kapott formában használtuk.

A tanulmány csak első lépését jelenti az ELEF2009 egészségügyi kiadások adatai feldolgozásának, továbbá adatai csak előzetes eredményeknek tekinthetők. Ennek egyik oka, hogy amikor a lakosság 2009-re vonatkozó közvetlen kiadásaira és annak szerkezetére vonatkozó becslést összevetettünk más kutatások eredményeivel és a nemzeti egészségügyi számlákhoz (NESZ) használt makroszintű becsléssel, több összetevőben jelentős eltérést találtunk. További elemzést igényel az eltérések okainak feltárása, továbbá annak eldöntése, hogy melyik forrás tekinthető a megbízhatóbbnak.

* ELTE Társadalomtudományi Kar, Egészségpolitika és egészség-gazdaságtan tanszék

** ELTE Társadalomtudományi Kar, Statisztika tanszék

¹ Az egészségügyi kiadások összetevői: a költségvetés, a kötelező egészségbiztosítás, az önkéntes biztosítások, a lakosság közvetlen kiadásai, a vállalatok és a nonprofit szervezetek közvetlen egészségügyi kiadásai.

Az elemzés elsősorban a következő kérdésekre kereste a választ:

- Az egyének egészségügyre fordított közvetlen kiadásai² mekkora terhet jelentenek (a nettó jövedelmükhöz képest) a lakosság különböző helyzetű csoportjai számára?
- Hogyan befolyásolja a lakosság életkora, egészségi állapota és anyagi helyzete az egyének egészségügyre fordított kiadásainak nagyságát és azok egyes összetevőit? Milyen különbség mutatkozik a krónikus betegek és nem krónikus betegek, a különböző életkori csoportok és különböző jövedelmi helyzetű csoportok egészségügyi ellátásra fordított kiadásainak nagyságában és szerkezetében?

Számos korábbi vizsgálat megközelítése elsősorban a kiadások egyes típusaira fókuszált, arra helyezve a hangsúlyt, hogy az egyes ellátási típusokra (például gyógyszerkiadásokra, vagy hálapénzre) fordított kiadás hogyan oszlik meg a népesség különböző helyzetű csoportjai között. A kutatás nem mellőzte teljesen ezt a kérdést sem, azonban a fő hangsúlyt az ellátás (kiadások) típusai helyett a lakosság különböző helyzetű csoportjaira helyezte. Elsősorban azt törekedett feltárni, hogy milyen különbség mutatkozik a lakosság különböző helyzetű csoportjainak a kiadási szerkezetében; abban milyen részarányt foglalnak el az ellátás (kiadások) különböző típusai. A tanulmánynak a korábbi elemzésekhez képest legfontosabb újdonságát a krónikus betegek helyzetének a középpontba állítása jelenti. A tanulmány több szempontból elemzi a krónikus betegek és krónikus betegségtől mentes egyének egészségügyi kiadási szerkezetében mutatkozó eltéréseket. Vizsgáltuk továbbá, hogy mekkora terhet jelentenek a gyógyszerkiadások a krónikus betegek és a krónikus betegségtől mentesek számára.

Az ELEF2009 külön blokkban (önkitöltős kérdőív az egészségügyi kiadásokról) tett fel kérdéseket az egészségügyi ellátásra fordított kiadásokra, beleértve a hálapénzt is. Ez nem jelentette azonban a közvetlen kiadások teljes körű felmérését. A következő tételeket nem tartalmazzák az ELEF2009 adatai: gyógyászati segédeszközök (beleértve a szemüveget), az utazásra és gyógyfürdőre fordított kiadásokat, a természetgyógyászatból pedig csak a gyógyhatású termékekre fordított kifizetéseket foglalják magukba. Ezek az ELEF2009-ből kimaradt tételek – más források alapján – a lakosság kiadásainak 10–12%-ára becsülhetők.³ Az ELEF-en alapuló kiadásbecslés másik bizonytalansága abból fakad, hogy a (2009. szeptember–október során zajló) kérdezést megelőző 4 hétre vonatkoztak a kiadást érintő kérdések, amiből az éves kiadás nagysága csak óvatosan becsülhető. A kiadásokban érintett lakosság számára vonatkozó éves becslés még problémásabb, ilyent nem is kísérelünk meg adni a jelen tanulmányban, ezért a kiadások alanyaira vonatkozó információk esetén a „vizsgált időszak” kifejezés – a gyógyszerkiadásokat kivéve – mindig 2009. szeptember–októberének a kérdezést megelőző 4 hetét jelenti. A kérdőív gyógyszerkiadásokat érintő blokkjából a „Mennyit költ Ön általában havonta saját céljára gyógyszerekre?” kérdésre adott válaszokat vettük figyelembe.

A kérdőív csak a megkérdezett saját egészségével kapcsolatos kiadásait vette számba. Ebbe nem tartoztak bele a család más tagja által a megkérdezett egészségével kapcsolatban kifizetett összegek (pl. ha az idős szülő helyett a vele egy háztartásban élő gyermeke veszi meg a gyógyszereket).

Az „egészségügyi ellátásra fordított kiadás” kifejezés a továbbiakban magában foglalja a kiadások összes típusát. Az egészségügyi ellátáson belül megkülönböztethetjük a szolgáltatásokat és a termékeket (gyógyszer, gyógyhatású készítmény).

² A továbbiakban a „lakosság kiadásai” alatt csak a lakosság közvetlen kiadásait (*out-of-pocket payment*) értjük. Ha a kiadások ennél szélesebb kategóriájára (pl. az önkéntes biztosítást is magába foglaló) magánkiadásokra utalunk, akkor ezt külön jelezzük.

³ Ezek a tételek a Medián által végzett felmérés szerint (Csaba Iván 2009) 2007-ben a lakosság kiadásainak 15,5%-át tették ki. Mivel ezen ellátások egy részét (gyógytorna és természetgyógyászati termékek) viszont tartalmazza az ELEF2009, továbbá a gyógyfürdő kiadások egy része nem tekinthető egészségügyi kiadásnak, így azt feltételezzük, hogy a lakosság egészségügyi kiadásainak kb. 10–12%-ára nem terjedt ki az ELEF2009.

Az egészségügyi szolgáltatások összetevőit két módon csoportosítottuk. Az egyik csoportosítás szerint az egyének kiadásainak öt fő kategóriája:

- a) a kötelező egészségbiztosítás szolgáltatásaiért fizetett térítési díjak
- b) a magánszolgáltatóknak fizetett díjak; ez többnyire – de nem kizárólag – olyan szolgáltatásokért történő fizetést jelent, amelyek nem tartoznak kötelező egészségbiztosítás csomagjába;
- c) a gyógyszerekre fordított közvetlen kiadások, beleértve a receptre felírt és recept nélkül vásárolható gyógyszereket is;
- d) a gyógyhatású készítményekre fordított kiadások; és
- e) a hálapénz.

A kiadások másik csoportosítása szerint a szolgáltatásokért fizetett díjak kategóriái: a fogászati ellátásra, a háziorvosi és járóbeteg-szakorvosi ellátásra, fekvőbeteg-ellátásra, otthoni ápolásra és gyógytornára fizetett kiadások.

A tanulmány következő része röviden bemutatja a közvetlen kiadások szerepét a magyar egészségügy finanszírozásában – ez a fejezet teremt kontextust az ELEF2009 adatainak értelmezéséhez. Az ELEF2009-adatokat elemző fejezetek a következő kérdéseket tárgyalják:

- a kiadások nagysága és szerkezete;
- a krónikus betegek és a krónikus betegségtől mentesek kiadásainak nagysága és szerkezete közötti különbségek;
- a fiatal felnőttek, középkorúak és időskorúak kiadásainak nagysága és szerkezete közötti különbségek; továbbá, hogy
- a lakosság különböző jövedelmi helyzetű csoportjai számára mekkora terhet jelentenek a gyógyszerkiadások.

Az összefoglaló a főbb következtetéseken kívül röviden vázolja a további vizsgálatot igénylő módszertani kérdéseket is.

1. A közkiadások és a magánkiadások⁴ alakulása

Az elmúlt két évtizedben a magánkiadások szerepének (az összes egészségügyi kiadásokon belüli részarányának) jelentős növekedése ment végbe Magyarországon. A magánkiadások 2009-ben az összes egészségügyi kiadás 30%-át tették ki, míg 1992-ben ez az arány 13% volt. A lakosság közvetlen egészségügyi kiadásai 2009-ben a magánkiadások 78, az összes egészségügyi kiadásnak pedig 24%-át érték el.⁵ Ez az arány az európai OECD-országokban az egyik legmagasabb volt 2009-ben (az európai OECD-országok átlaga 17% volt). A magánkiadások reálértéke is jelentősen növekedett – szemben a közkiadásokéval (1. ábra).

Magyarországon – a domináns nemzetközi trendtől eltérően – az egészségügyi közkiadások éves átlagos növekedési üteme a rendszerváltás utáni időszak egészét tekintve alacsonyabb volt, mint a GDP növekedési üteme. Az 1992 és 2007 közötti időszakban a GDP éves átlagos növekedési üteme 3,3, az egészségügyi közkiadásoké 2,1, az egészségügyi magánkiadásoké pedig 9,4% volt. (Az adatok természetesen reálértéken számított adatokat jelentenek.) Az egészségügyi közkiadásoknak a növekedési üteme az egyik legalacsonyabb volt az OECD-országokban. Az említett időszakban az OECD-országok átlagát tekintve, a GDP éves átlagos növekedési üteme 3,1, az egészségügyi közkiadásoké 4,6% volt. Az előzőek következtében Magyarországon – az OECD-országok túlnyomó többségétől eltérően – az egészségügyi közkiadások részesedése a GDP-ből 1992 és 2007 között csökkent: a GDP 6,6%-áról a GDP 5,2%-ára. (2009-ben a magyar egészségügyi közkiadások a GDP 5,1%-át tették ki, az OECD-átlag 7,0% volt.) Az egészségügyre fordított erőforrásokat a szolgáltatások szempontjából az

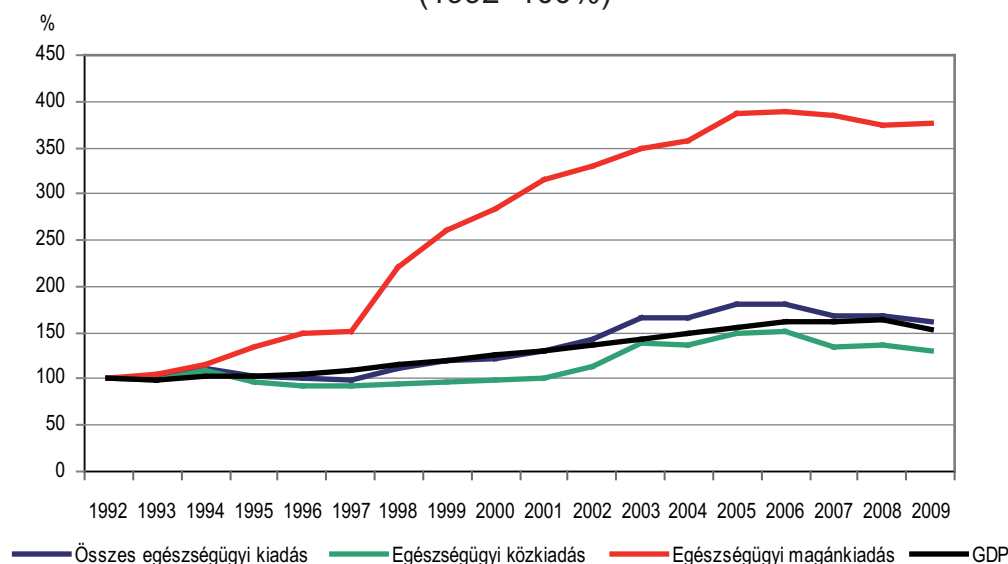
⁴ Ebben a fejezetben közölt adatok forrása: OECD Health Data, 2011. Az OECD Health Data az egészségügyi kiadásokra vonatkozóan a tagországok által – a nemzeti egészségügyi számlák (*System of Health Accounts*) módszer alapján – jelentett és az OECD által validált adatokat tartalmazza.

⁵ A magánkiadások további 22%-át az önkéntes biztosítás, a vállalatok (pl. üzemegekészségügyi) és nonprofit szervezetek kiadásai.

egy főre jutó egészségügyi kiadások jellemzik legjobban. A rendszerváltás óta a különbség tovább növekedett az egy főre jutó közkiadásokban Magyarország és az EU-15 (azaz a 2004-es bővítés előtti EU tagállamok) átlaga között: 1992-ben az egy főre jutó egészségügyi közkiadás az EU-15-átlag 52%-a volt, ez 2007-ra 38%-ra csökkent. Ez nem volt jellemző minden rendszerváltó országra. A cseh és a magyar egy főre jutó egészségügyi közkiadás közel azonos volt 1992-ben, 2007-ben pedig a magyar kiadások a csehországinak már csak a 71%-át érték el.

1. ábra

Az egészségügyi kiadások, közkiadások, magánkiadások és a GDP reálértékének alakulása (1992=100%)



Forrás: OECD Health Data, 2011.

A lakosság egészségügyi kiadásainak alakulását az egészségpolitikai döntések és a piaci folyamatok együttes hatása alakítja. A lakosság kiadásainak növekedésére több – eltérő jellegű – folyamat is hat. Az egészségpolitikai folyamatok közül elsősorban a gyógyszer-támogatás mértékének csökkentése, a szolgáltatásokra fordított közkiadások drasztikus visszafogása (ennek következtében pl. a várólisták növekedése) említendő. A piaci folyamatok közül a fogyasztói igények növekedésének és differenciálódásának a hatása jelentős. Ezek a hatások eltérően befolyásolhatják a kiadások egyes összetevőinek és a lakosság különböző társadalmi helyzetű csoportjai kiadásainak az alakulását.

2. A lakosság közvetlen kiadásainak nagysága és szerkezete

A kutatás jelenlegi szakaszában a lakosság közvetlen kiadásainak nagyságára két forrás alapján egy „től-ig” értéket adhatunk csak meg. Az ELEF2009 mellett a KSH által az OECD Health Accounts módszere alapján készített nemzeti egészségügyi számlák (NESZ) képezi a másik forrást.⁶ A NESZ a lakossági kiadások esetében átveszi a nemzeti számlák céljára készített becslést. Az ELEF2009 egy hónapra vonatkozó adatai alapján végzett éves becslést - ahogy a bevezetőben említettük - csak előzetes eredménynek lehet tekinteni. A két forrás alapján a lakosság közvetlen egészségügyi kiadásainak értéke 460,5 milliárd forint és 685,9 milliárd forint közé esett 2009-ben (1. tábla). A jelentős eltérés okainak elemzése és annak eldöntése, hogy az egyes kiadási tételek esetében (pl. fogászat), melyik módszer becslése tekinthető a megbízhatóbbnak, további elemzést igényel.⁷

⁶ Fontos megjegyezni, hogy a NESZ-ben a háztartások közvetlen kiadásai tartalmazzák a 18 évesnél fiatalabb népesség ellátására vonatkozó kiadásokat is.

⁷ Irreálisan magasnak tűnik az ELEF2009 fogászati adata. Ezért bizonyos elemzéseknél a szolgáltatásokat a fogászati kiadások nélkül vettük figyelembe.

1. tábla

A lakosság közvetlen kiadásainak nagysága és szerkezete, 2009

(milliárd forint)

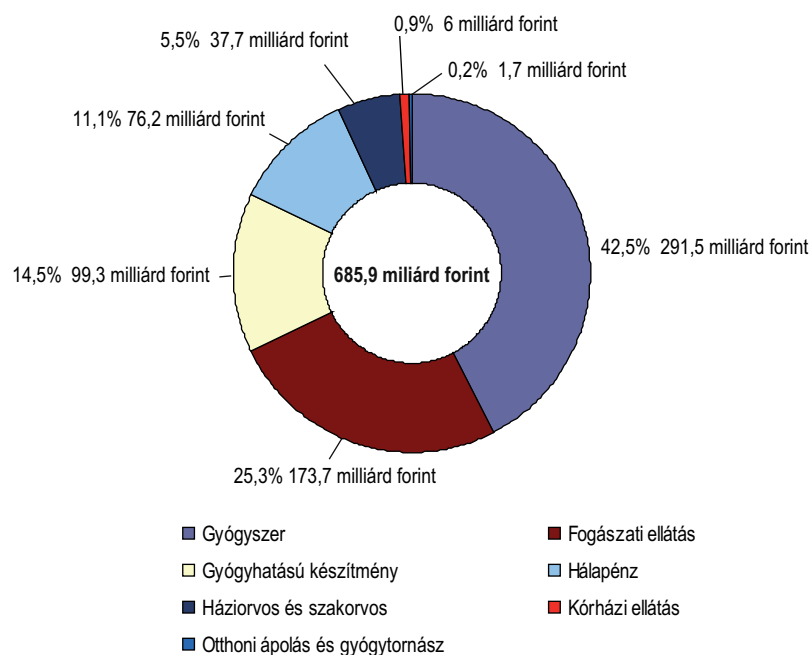
A kiadás típusa	Havi összeg	Éves összeg	Hálapénz ^{a)}	Éves összeg együtt	NESZ2009 ^{b)}
	ELEF2009-ből				
Fogászati ellátás	14,47	173,7	9,2	182,9	92,3
Háziorvosi és járóbeteg-szakorvosi ellátás	3,14	37,7	27,1	64,8	63,2
Fekvőbeteg-ellátás	0,50	6,0	38,2	44,3	39,6
Otthoni ápolás és gyógytornász	0,12	1,4	1,7	3,1	0,1
Gyógyszer	24,29	291,5		291,5	243,7
Gyógyhatású készítmény	8,28	99,3		99,3	
Hálapénz	6,35	76,2			
Gyógyászati segédeszköz					21,6
Egészségügyi ellátás összesen	57,2			685,9	460,5

a) Az ELEF2009 és a NESZ adatainak összehasonlíthatóvá tételéhez a szolgáltatásokra fizetett összeghez hozzá kellett adnunk a hálapénzt, mivel a NESZ adatai együtt tartalmazzák ezeket a tételeket. Ezért a táblában külön közöljük az ELEF2009 hálapénzre kapott értékeit.

b) Szolgáltatások hálapénzzel együtt. A NESZ-adatok is tartalmaznak hálapénzre vonatkozó becslést.

Az ELEF2009 adatai alapján a felnőtt lakosság 2009 szeptembere/októbere folyamán havi 57,2 milliárd forintot költött egészségügyi kiadásra, aminek alapján az éves kiadás 685,9 milliárd forintra becsülhető. A vizsgált időszakban a kiadások közel 70%-át két tétel, a gyógyszerkiadások (43%) és a fogászati ellátás (25%) tették ki (2. ábra). A gyógyhatású készítményekre fordított összeg is megelőzte a hálapénzt. A hálapénz 2009. évi összege 76,2 milliárd forintra becsülhető. Magánszolgáltatásokra 11,4 milliárd forintot fordított a lakosság a vizsgált időszakban, a kötelező egészségbiztosítás körébe tartozó szolgáltatások utáni részleges térítési díj havi összege pedig 6,9 milliárd forintra becsülhető (2. tábla). Szembeötlő az alap-, járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátásra fordított közvetlen kiadások alacsony súlya – a hálapénzzel együtt is csak a lakosság kiadásainak 18%-át tették ki.

2. ábra

A lakosság közvetlen kiadásainak éves nagysága és szerkezete, 2009

Megjegyzés: N=4899.
Forrás: ELEF2009.

A lakosság 60%-a fizetett valamilyen egészségügyi ellátásért. Jelentős a különbség a gyógyszerkiadások és a szolgáltatások között. Gyógyszerért a lakosság 54%-a fizetett, gyógyhatású készítményért 32, szolgáltatásokért részleges térítési díjat a lakosság 4,4, magánszolgáltatásért 4,8, hálapénzt pedig 7,1%-a fizetett a vizsgált időszakban.⁸

Az összes kiadást (illetve az egyes típusokra fordított összes kiadást) viszonyíthatjuk a fizető egyének (igénybevevők) számához és a lakosok számához is. Az előbbi esetben kapott indikátor, az egy fizető egyénre jutó kiadás a fizető egyének szempontjából jobban jellemzi a kiadások tényleges nagyságát, míg az egy lakosra jutó kiadás az adott kiadási típusról a népesség nézőpontjából nyújt információt. Az egy fizetőre jutó kiadás nevezője a tábla minden kiadási típus esetén (az oszlop minden cellájában) más érték, ezért az utolsó sorban szereplő egy fizetőre jutó összkiadás értéke (11 697 forint) nem egyezik meg az oszlopban szereplő többi érték összegével.

2. tábla

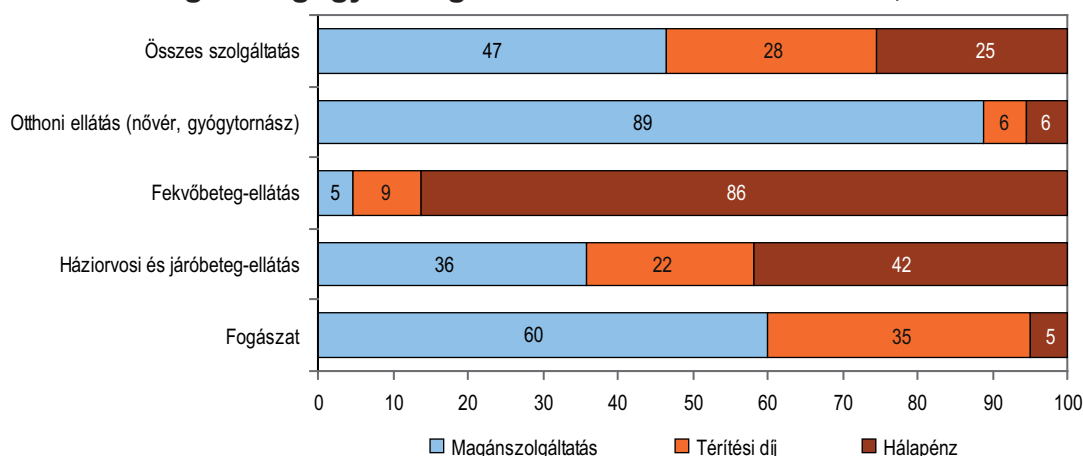
Az ELEF2009 a lakosság kiadásaira vonatkozó összefoglaló adatai, 2009

A kiadás típusa	Havi összeg, milliárd forint	Fizetők népesség-beli aránya, %	Egy fizetőre jutó havi kiadás	Egy lakosra jutó havi kiadás	Éves összeg, milliárd forint	A kiadások megoszlása ellátási területek között, %
TB-szolgáltatás térítési díja	6,9	4,4	19 338	842	82,2	12,0
Magánszolgáltatás	11,4	4,8	29 408	1 399	136,5	19,9
Gyógyszer	24,3	53,5	5 580	2 986	291,5	42,5
Gyógyhatású készítmény	8,3	31,7	3 208	1 018	99,3	14,5
Hálapénz	6,4	7,1	11 021	781	76,2	11,1
Egészségügyi ellátás összesen	57,1	60,0	11 697	7 025	685,9	100,0

A szolgáltatásokra fordított összes közvetlen kifizetés három fő összetevője: a magánszolgáltatásokra kifizetett pénzek, a térítési díjak és a hálapénz (3. ábra). A szolgáltatásokra fordított kiadás közel felét (47%) a magánszolgáltatásokra kifizetett pénzek teszik ki, 28%-át a térítési díjak, 25%-át pedig a hálapénz jelentik. Ennek a három fizetési formának az aránya alapvetően különbözik az egyes szolgáltatási típusok esetében. Míg az otthoni és a fogászati ellátásban a magánszolgáltatásokért való fizetés, addig a kórházi ellátásban a hálapénz dominál.

3. ábra

Az egészségügyi szolgáltatások kiadási szerkezete, 2009



Megjegyzés: N=4899.
Forrás: ELEF2009.

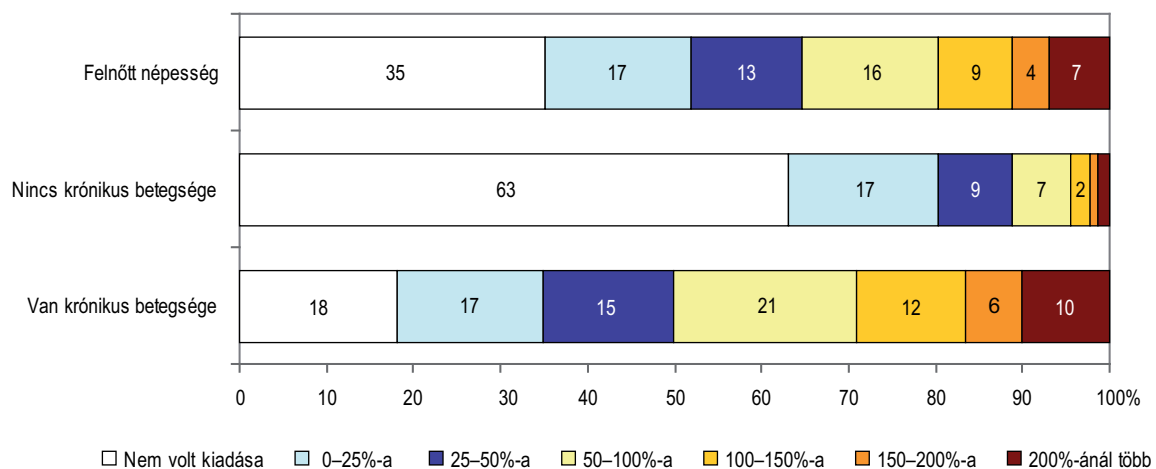
⁸ További elemzést igényel, hogy a fizetők/lakosság arány havi adataiból hogyan becsülhetjük meg, hogy az egész évet tekintve a lakosság mekkora hányada költött az egyes ellátásokra.

3. A lakosság megoszlása az egészségügyi kiadások nagysága szerint

A lakoságnak a kiadások nagysága szerinti megoszlása az egyik fontos elemzési szempontot jelenti.⁹ A felnőtt lakosság 65%-a költött egészségügyi ellátásra a vizsgált időszakban, azaz a felmérést megelőző 4 hétben. A lakosság 30%-a az átlag felénél kevesebbet költött, 16%-a az átlag felénél többet, de az átlagnál kevesebbet. A lakosság 20%-a költött az átlagot meghaladó, ezen belül a lakosság 7%-a az átlag kétszeresét meghaladó összeget (4. ábra). Ezek az adatok azonban önmagukban nem elégségesek arra, hogy a kiadások megoszlásáról megfelelő képet kapjunk; szükséges az egészségi állapot, életkor és jövedelmi helyzet szerinti elemzés is.

4. ábra

A kérdezést megelőző négy heten a felnőtt népesség magánkiadásainak* megoszlása, 2009



* A megelőző négy heti kiadása a felnőtt népesség átlagos kiadásának.

Megjegyzés: N=4899.

Forrás: ELEF2009.

4. A kiadások egészségi állapot szerinti jellemzői¹⁰

A kiadások szempontjából a legfontosabb differenciáló tényező a krónikus betegség.¹¹

A felnőtt lakosság 62%-ának van valamilyen krónikus betegsége. Az egészségügyi ellátásért fizetők 78%-a volt krónikus beteg. A közvetlen kiadások 84%-át a krónikus betegek fizették ki. Még inkább koncentrálnak a gyógyszerkiadások: a lakossági gyógyszerkiadások 94%-át a krónikus betegek fizették ki.

A 4. ábra mutatja, hogy a krónikus betegeknek és a nem krónikus betegeknek a kiadások nagysága szerinti megoszlása alapvetően eltér egymástól. Egészségügyi ellátásért a krónikus betegek 82%-a fizetett, a nem krónikus betegeknek pedig csak 37%-a. A krónikus betegek 29%-a az átlagot meghaladó összeget, ezen belül 10%-uk az átlag kétszeresét meghaladó ösz-

⁹ A kiadások osztályközeinek kialakításához az összes kiadás és a főbb kiadási tételek esetében is az adott kiadási típus átlagából indultunk ki, ahol az átlagot a fizetőkre számoltuk, tehát a 0-nál nagyobb tételeket átlagoltuk. Az osztályközök határait – a 0 forint kiadáson kívül az átlag 25, 50, 100, 150 és 200%-a jelentette.

¹⁰ Az ELEF2009 több lehetőséget is ad a kiadások egészségi állapot szerinti elemzésére (pl. a kiadásoknak a vélt egészségi állapot szerinti különbségei is elemzést érdemelnek.) A tanulmány az egészségi állapot szempontjából a krónikus betegek és a krónikus betegséggel nem rendelkezők kiadásainak a különbségeit elemezte.

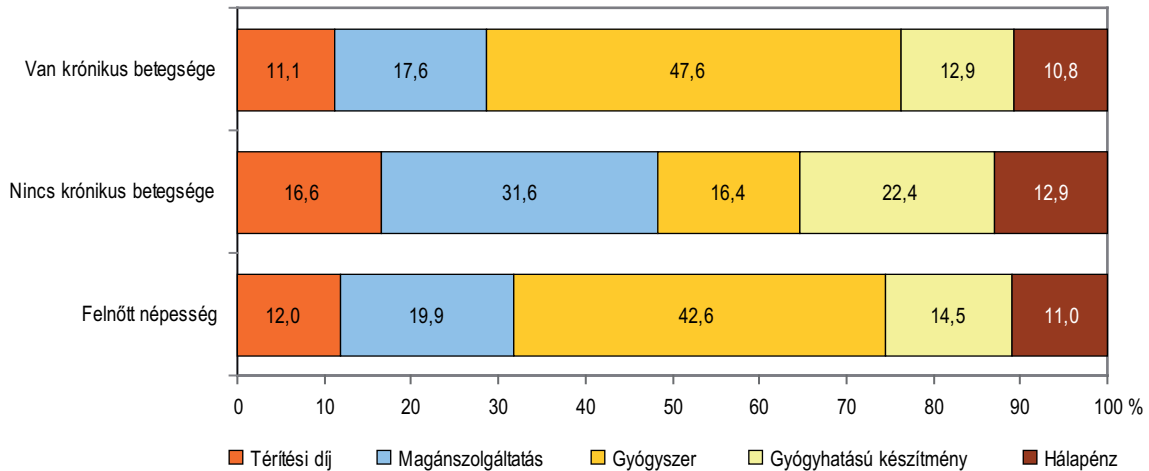
¹¹ Az alapkérdőív 19-es kérdése alapján soroltuk az egyéneket a két csoportba, mégpedig akkor definiálva valakit krónikus betegnek, ha az ott felsorolt krónikus betegségek (asztma, bronchitisz/tüdőtágulás, szívroham/szívinfarktus, angina, hipertónia, stroke, reuma, ízületi kopás, derékfájás/krónikus gerincprobléma, nyaki fájdalom/krónikus nyaki gerincprobléma, cukorbetegség, allergia, gyomor- vagy nyombélfekély, krónikus májbetegség, rosszindulatú daganat, erős fejfájás/migrén, inkontinencia, krónikus szorongás/depresszió/pszichés probléma, maradandó fogyatékoság, magas koleszterinszint, szívritmuszavar, egyéb szívbetegség, csontritkulás) bármelyikét orvos diagnosztizálta, és az fennállt a kérdezést megelőző 12 hónapban is.

szeget fordított egészségügyi ellátásra. A nem krónikus betegeknek csupán 4,5%-a költött az átlagot meghaladó összeget.

Alapvetően eltér a krónikus betegek és nem krónikus betegek kiadási szerkezete is (5. ábra). A krónikus betegek legtöbbet gyógyszerekre (a kiadásaiak 48%-át) és magánszolgáltatásokra (18%) fordítottak, és a térítési díjak, a gyógyhatású készítmények, valamint a hálapénz a kiadásaiak 11–13%-át tették ki. A nem krónikus betegek a legtöbbet magánszolgáltatásokra (32%) és gyógyhatású készítményekre (22%) fizettek. A gyógyszerkiadás az összes kiadásaiuknak csak 16%-át tette ki.

5. ábra

A kiadások megoszlása a krónikus betegség fennállása szerint, 2009

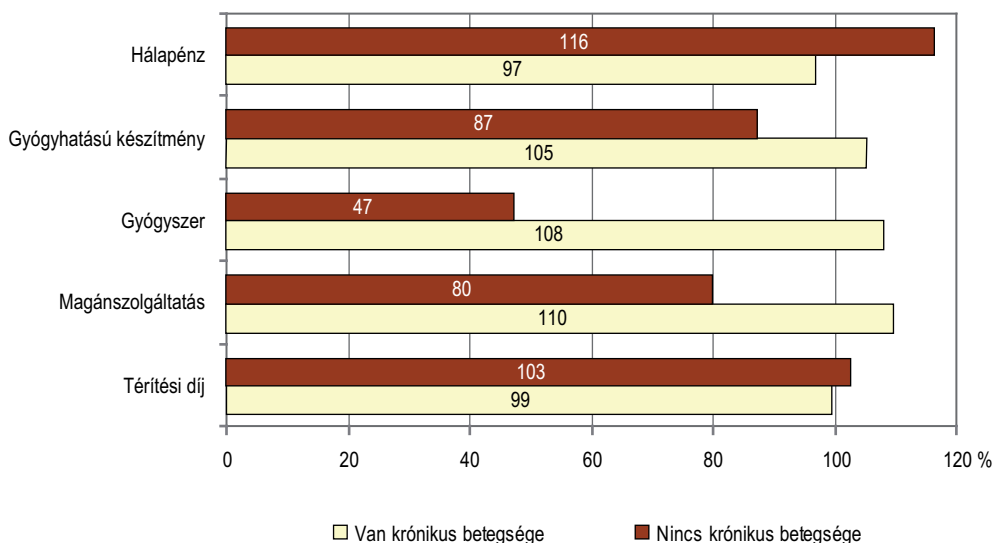


Megjegyzés: N=4899.
Forrás: ELEF2009.

Az egy fizető egyénre jutó kiadás nagyságában is jelentős a különbség a krónikus betegség fennállása szerint. A gyógyszerekért a krónikus betegek átlagosan kétszer akkora összeget fizetnek ki, mint a nem krónikus betegek. A magánszolgáltatások és a gyógyhatású készítmények esetén is a krónikus betegek fizetnek (jelentősen) többet, viszont hálapénzre kevesebbet fordítanak, mint a nem krónikus betegek. A legkisebb a különbség a térítési díjknál.

6. ábra

Egy fizetőre jutó átlagos kiadás a krónikus betegség fennállása szerint, 2009
(átlagos fizető = 100%)

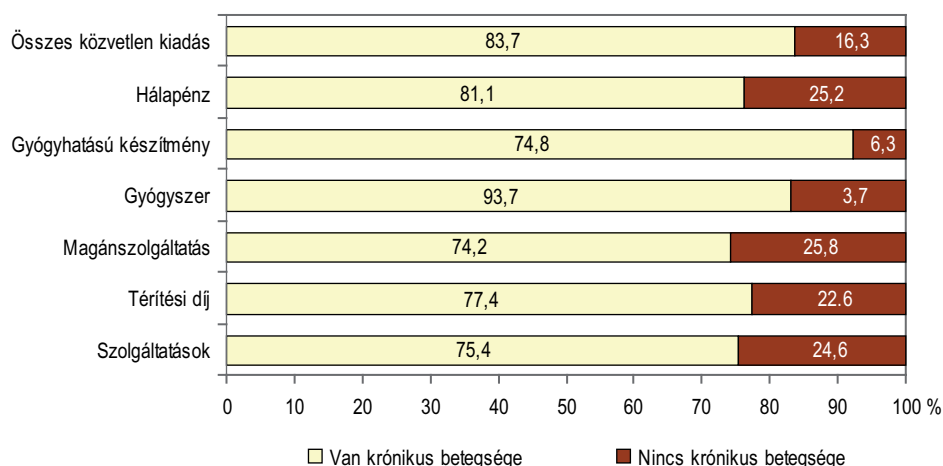


Megjegyzés: N=4899.
Forrás: ELEF2009.

A kiadások a krónikus betegség szerint viszonylag nagy mértékben koncentrálnak. Az egészségügyi kiadásért fizetők 78%-a krónikus beteg volt, akik a kiadások 84% fizették ki. Az ellátásért fizetők 22%-ának nem volt krónikus betegsége, akik a kiadások 16%-át fizették ki. A krónikus betegek részesedése a gyógyszerkiadások és a hálapénz esetében a legnagyobb (7. ábra).

7. ábra

A kiadások megoszlása a krónikus betegség fennállása szerint, 2009

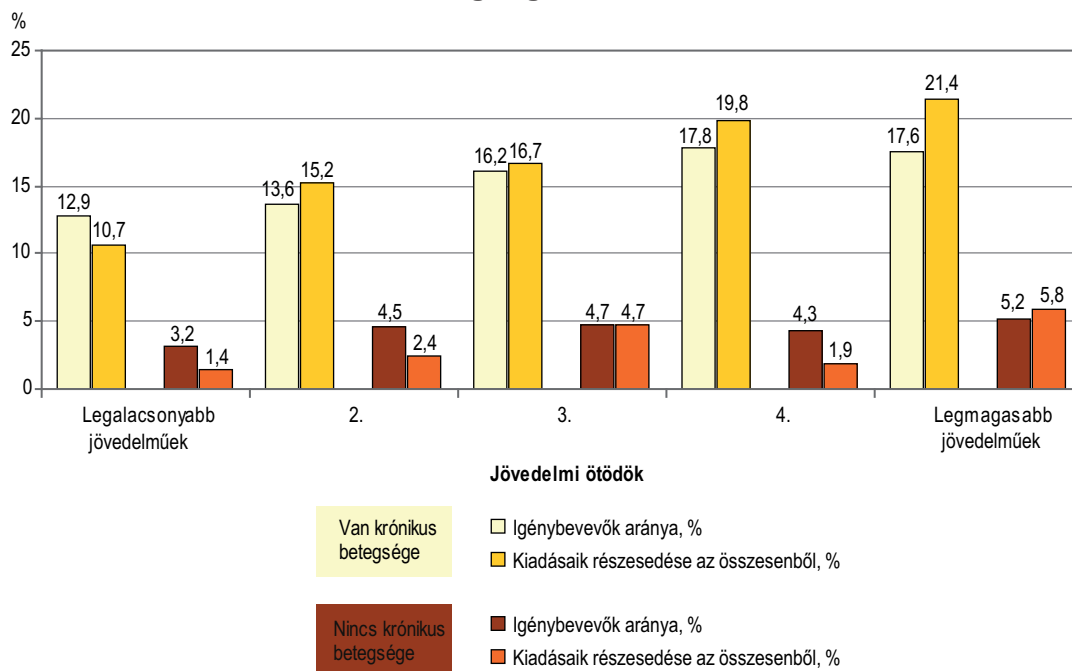


Megjegyzés: N=4899.

Forrás: ELEF2009.

8. ábra

Az igénybevevők és a kiadások aránya a jövedelmi ötödök és a krónikus betegség fennállása szerint, 2009



Megjegyzés: N=4899.

Forrás: ELEF2009.

Tovább árnyalja a képet, ha figyelembe vesszük az egyének jövedelmi helyzetét is (8. ábra). A krónikus betegek csoportján belül egyértelmű a jövedelmi helyzet szerinti koncentráció: a magasabb jövedelműek nagyobb hányada költ egészségügyi ellátásra, továbbá a kiadások még nagyobb mértékben koncentrálnak a jövedelem növekedésével. Az ellátásért fizetők

13%-át tették ki a legalacsonyabb jövedelmű krónikus betegek, akik a kiadások 11%-át fizették ki. Az ellátásért fizetők 18%-át tették ki a legmagasabb jövedelmi kvintilisbe tartozó krónikus betegek, akik a kiadások 21%-át fizették ki. A kiadások jelentette terhet azonban ezek az adatok még nem mutatják. Ehhez a kiadásokat a háztartások jövedelméhez szükséges viszonyítanunk. A tanulmány következő fejezete részletesen foglalkozik ezzel a kérdéssel. A probléma súlyát jelzi, hogy a legalacsonyabb jövedelmű krónikus betegek átlagos (egy igénybevevőre eső) kiadása 64%-át tette ki a legmagasabb jövedelmű krónikus betegekének, míg az egy főre jutó jövedelmük csupán 27%-át.

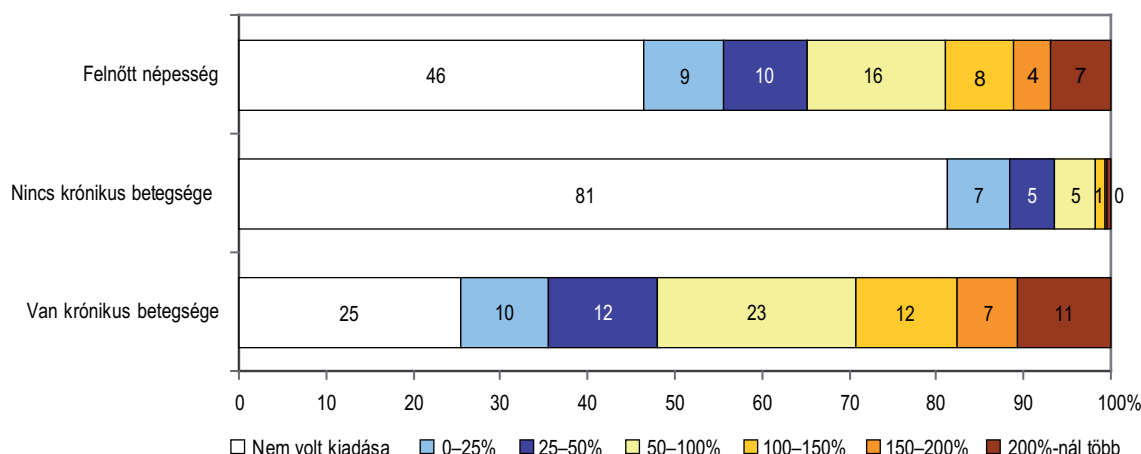
A nem krónikus betegségek esetében a jövedelmi helyzet hatása csak a legrosszabb és a legjobb jövedelmi helyzetűek közötti különbségben nyilvánul meg egyértelműen. (A többi jövedelmi ötödbe tartozók esetében nem teljesül egyértelműen, hogy a jövedelem növekedésével növekszik az egészségügyre költők aránya és a kiadások összege.)

5. Gyógyszerkiadások

Külön figyelmet érdemelnek a gyógyszerkiadások. Egyrészt a kiadásokban elfoglalt nagy súlyuk (43%, a gyógyhatású készítményekkel együtt 57%) miatt, másrészt mert a gyógyszerkiadások kiugró mértékben érintik a krónikus betegeket. **Az adatok azt jelzik, hogy a krónikus betegek egy része számára a kötelező egészségbiztosítás csak korlátozottan nyújt védelmet a gyógyszerkiadások által jelentett anyagi terhekkel szemben.** A vizsgált időszakban a krónikus betegek 25%-a nem költött gyógyszerre, 45 százalékuk az átlagnál (5580 forint/hó) kevesebbet, 30 százalékuk pedig az átlagot meghaladó összeget költött gyógyszerre (9.ábra). A krónikus betegek 11%-a (több mint 540 ezer ember) havi 11600 forintot meghaladó összeget költ gyógyszerre. Ugyanakkor a krónikus betegség nélkül élők 81%-a egyáltalán nem költött gyógyszerre, további 17%-uk az átlagnál kevesebbet, és csupán 1,7%-uk költött az átlagot meghaladó összeget.

9. ábra

A kérdézt megelőző négy hétben a felnőtt népesség gyógyszerkiadásainak* megoszlása, 2009



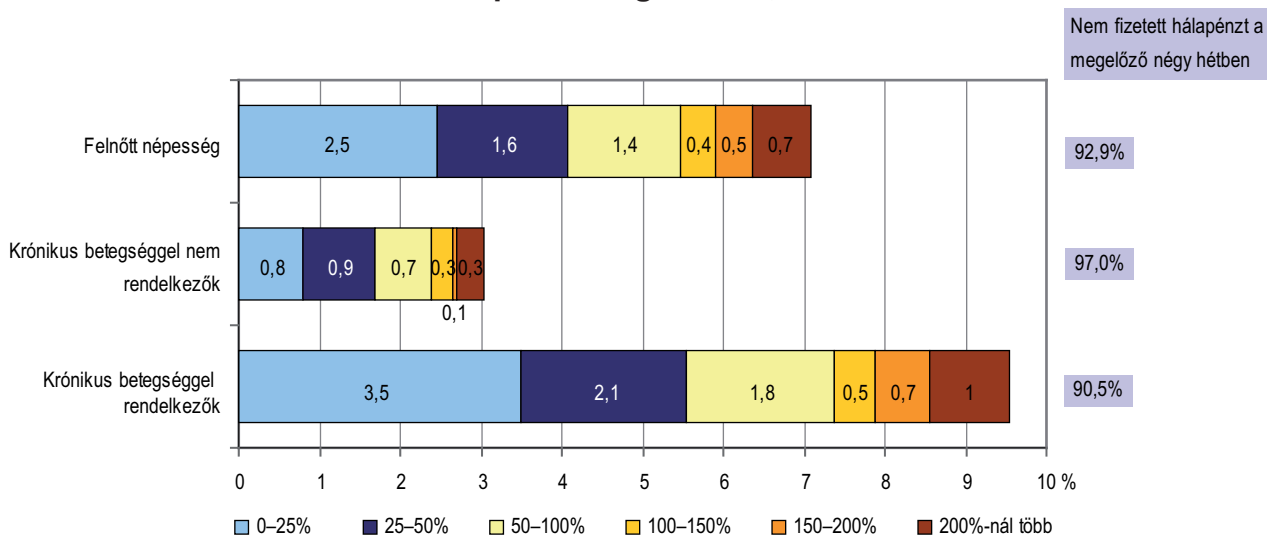
* A kérdézt megelőző négy hét gyógyszerkiadása a felnőtt népesség átlagos gyógyszerkiadásának százalékában.
 Megjegyzés: N=4899.
 Forrás: ELEF2009.

6. A hálapénzre fordított kiadások

Az ELEF2009 szerint a felnőtt lakosságnak 7,1%-a fizetett hálapénzt a vizsgált időszak 4 hetében.¹² A krónikus betegek 9,5%-a, a nem krónikus betegeknek pedig 3 százaléka fizetett hálapénzt. A hálapénz egy fizető betegre jutó átlagos összege 11 ezer forint volt. A krónikus betegek 2,2%-a, a nem krónikus betegek 0,7%-a fizetett ezt meghaladó összeget (10. ábra). A hálapénz 91%-át krónikus betegek fizették.

10. ábra

A kérdezést megelőző négy hétben a felnőtt népesség által fizetett hálapénz* megoszlása, 2009



*A megelőző négy hétben kifizetett hálapénz a felnőtt népesség átlagos hálapénz-kiadásának a százalékában.

Megjegyzés: N=4899.

Forrás: ELEF2009.

Alapvető kérdés, hogy az egészségügyi ellátásért, illetve annak egyes típusaiért az igénybevételekor történő közvetlen fizetés mekkora terhet ró az egyénekre, háztartásokra.

Ennek jellemzésére azt vizsgáltuk, hogy az egy főre (egy fizető egyénre) jutó gyógyszerkiadások mekkora hányadát teszik ki az egy főre jutó nettó jövedelemnek az egyes jövedelmi ötödökben.¹³ Itt az egy főre jutó gyógyszerkiadás alatt a kérdezett számára vásárolt gyógyszerre kiadott összeget értjük. Nagyon fontos az adatok megfelelő interpretációja: ugyanis ha a háztartások szintjén hasonlítanánk az egészségügyi és jövedelmi adatokat, más arányt kaphatnánk, mint a dolgozatban alkalmazott megközelítés esetén.¹⁴

A kutatás eredményei újabb empirikus adalékot szolgáltatnak ahhoz a közismert tényhez, hogy a közvetlen kifizetések a legnagyobb terhet az alacsonyabb jövedelműekre róják. Amiben a kutatás új eredményeket jelent, a krónikus betegek és a krónikus betegségben nem szenvedők helyzetében lévő különbségek feltárása. A teljes felnőtt népességet tekintve érvényesül az a tendencia, hogy a legmagasabb jövedelmi kvintilistól a legalacsonyabb felé haladva – miközben abszolút értékben csökken az egy főre jutó kiadás – fokozatosan növekvő terhet jelentenek a gyógyszerkiadások az egyének számára.

A vizsgált időszakban a népesség legalacsonyabb jövedelmű ötöde esetében átlagosan az egy főre jutó nettó jövedelem 17%-át tették ki az egy főre (egy gyógyszerért fizető egyénre) eső gyógyszerkiadások, míg a legjobb jövedelműek esetében csak a 4,9%-át. A felnőtt népesség

¹² Ebből azonban nem tudunk arra vonatkozó következtetést levonni, hogy egész évben a lakosság hány százaléka fizetett hálapénzt.

¹³ A kiadás/jövedelem arányra vonatkozó becslés eredményét befolyásolja, hogy milyen szintű, részletezettségű jövedelmi adatok állnak rendelkezésre. Az ELEF2009 felmérésből nem álltak rendelkezésünkre pontos háztartási jövedelmi adatok, hanem csak a jövedelmi ötödök egy főre jutó nettó jövedelmének átlaga. A kiadási tételek közül ezt az elemzést csak a gyógyszerkiadásokra végeztük el.

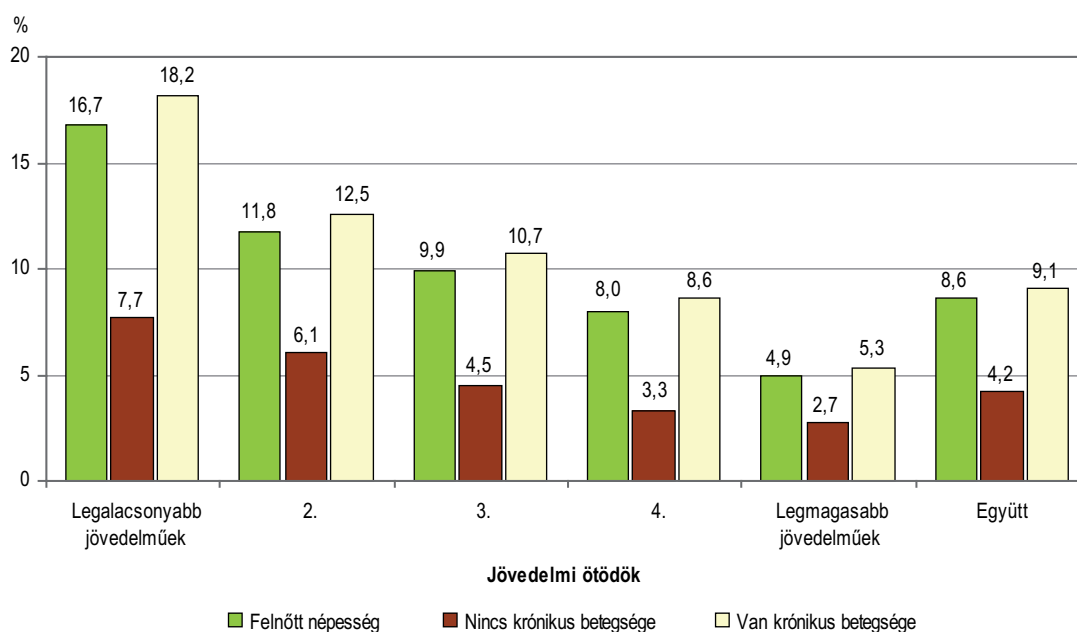
¹⁴ Attól függően, például, hogy a háztartásban egy vagy több krónikus beteg van-e, továbbá hány kereső van a családban.

egésztét tekintve pedig 8,6%-át (11. ábra). Ugyanakkor az egy főre jutó gyógyszerkiadás nominális értéke a legrosszabb jövedelmű ötödben volt a legalacsonyabb: 89%-át tette ki a legmagasabb jövedelműek egy főre jutó kiadásának.¹⁵

Fokozottan igaz ez a tendencia a krónikus betegekre. A krónikus betegség súlyos terhet jelent a háztartásoknak. Természetesen a krónikus betegség, az életkor és a jövedelem nem függetlenek egymástól: az életkor előrehaladtával növekszik a krónikus betegség valószínűsége, továbbá a rossz anyagi helyzetűek között is nagyobb a valószínűsége a krónikus betegségeknek. A vizsgált időszakban a népesség legrosszabb jövedelmű ötödébe tartozó krónikus betegek esetében átlagosan az egy főre jutó nettó jövedelem 18%-át tették ki a gyógyszerkiadások, míg a legjobb jövedelműek esetében csak 5,3%-át. A legjobb jövedelmi kvintilistól a legrosszabb felé haladva fokozatosan növekvő terhet jelentenek az egyének számára a gyógyszerkiadások. (A közepes jövedelmű egyének esetében az egy főre jutó nettó jövedelem 10-12%-át tették ki a gyógyszerkiadások.) Nominális értékben a 4. jövedelmi ötödben volt a legmagasabb az egy főre jutó gyógyszerkiadás. A jövedelmi „létrán” lefelé haladva kismértékben csökken csak az egy főre jutó kiadások nominális értéke: a legrosszabb jövedelmű ötödbe tartozók kiadásai 84%-át érték el a 4. jövedelmi ötödbe tartozók egy főre jutó gyógyszerkiadásának.

11. ábra

Az egy igénybe vevőre jutó gyógyszerkiadás aránya az egy főre jutó nettó jövedelemhez jövedelmi ötödek szerint, 2009



Megjegyzés: N=4899.

Forrás: ELEF2009.

Sokkal kisebb terhet jelentenek a gyógyszerkiadások a krónikus betegségtől mentes egyének számára. A háztartási egy főre eső nettó jövedelemnek átlagosan 4,2%-át fordítják gyógyszerkiadásra, míg a krónikus betegek jövedelmük 9,1%-át. A nem krónikus betegek esetében szintén megfigyelhető, hogy a jövedelem növekedésével növekszik a gyógyszerkiadás egy főre jutó nominális értéke. A krónikus betegségtől mentes legalacsonyabb jövedelműek egy főre jutó kiadása csak a 74%-át érte el a legmagasabb jövedelműek kiadásának. Azaz az egy főre jutó kiadás nagyságát tekintve a nem krónikus betegek esetében nagyobbak a különbségek, mint a krónikus betegek esetében. Fontos megjegyezni azonban, hogy a krónikus betegségtől

¹⁵ A gyógyszerkiadások egy havi, egy igénybevevőre számolt értéke 5000 forint volt a legalacsonyabb jövedelműek és 5600 forint a legmagasabb jövedelműek esetében.

mentes legmagasabb jövedelműek gyógyszerkiadásai nominális értékben csak 57%-át érték el a legalacsonyabb jövedelmű krónikus betegek hasonló célú kiadásainak.

Az ugyanabba a jövedelmi kategóriába tartozó krónikus betegek és krónikus betegségben nem szenvedők között a gyógyszerre fordított kiadási részarány szempontjából több mint kétszeres a különbség. A legrosszabb jövedelmi helyzetű krónikus betegek 2,4-szer nagyobb hányadát fordították a nettó jövedelmüknek gyógyszerkiadásra, mint ugyanebben a jövedelmi csoportban a krónikus betegségtől mentesek. A legmagasabb jövedelműek esetében a legkisebb a különbség a krónikus betegek és a nem krónikus betegek között (1,9-szeres): a krónikus betegek átlagosan az egy főre jutó jövedelmük 5,3, a nem krónikus betegek pedig 2,7%-át fordították gyógyszerkiadásra.

A krónikus betegség anyagi terhe ennél természetesen lényegesen nagyobb: a munkából való átmeneti vagy teljes kiesést, vagy a betegségnek a karrier lehetőségeket korlátozó voltát, a család áldozatvállalását, a napi életvitelre (pl. táplálkozásra, közlekedésre) gyakorolt hatást is figyelembe kellene venni, ha a krónikus betegség teljes körű anyagi terhét akarnánk megbecsülni. Ebben a tanulmányban csak a gyógyszerkiadásokat vettük figyelembe.

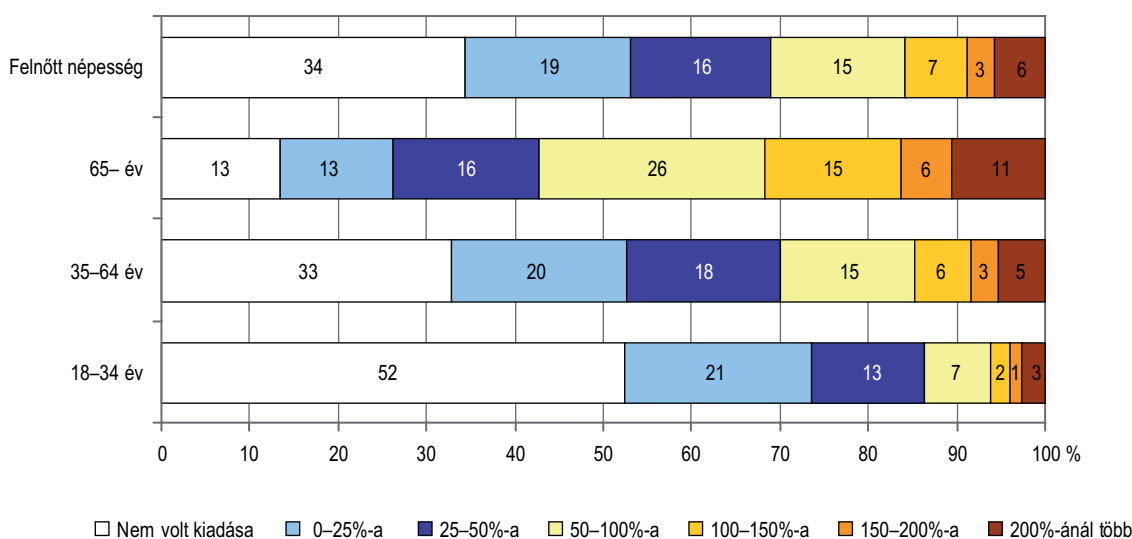
8. A kiadások életkor szerinti jellemzői

A kiadások elemzésének fontos szempontja volt, hogy a népesség különböző életkori csoportjai egészségügyi kiadásának a nagyságában és szerkezetében milyen különbségek mutatkoznak. Az adatok tükrözik a jól ismert tendenciát: az időskorúak közül többen és többet költenek egészségügyi ellátásra, mint a középkorúak és fiatalok. A kutatás új eredményét elsősorban az jelenti, hogy az egyes életkori csoportokon belül megkülönböztettük a krónikus betegeket és a nem krónikus betegeket. Továbbá, annak a kérdésnek a vizsgálata, hogy népesség krónikus betegség és életkor szerinti csoportjai számára mekkora terhet jelentenek a gyógyszerkiadások.

Az időskorúak (65 év felettiek) megoszlása lényegesen eltérő képet mutat a többi korcsoporthoz képest (12. ábra): csupán 14%-uk nem költött egyáltalán egészségügyi ellátásra; 55%-uk az átlagnál kevesebbet költött. Közel egyharmaduk (32%-uk) költött az átlagot meghaladó összeget.

12. ábra

A kérdezést megelőző négy hétben a felnőtt népesség magánkiadásainak* megoszlása, 2009



*A megelőző négy hét kiadása a felnőtt népesség átlagos kiadásának.

Megjegyzés: N=4899.

Forrás: ELEF2009.

A kiadásokból a legnagyobb részarányt, a kiadások körülbelül felét a középkorúak (35–64 évesek) fizetik. Ez megegyezik a népességen belüli részarányukkal. Az idősök népességen belüli részarányukat jelentősen meghaladó részesedése a kiadásokból, illetve a fiatalok jelentősen alacsonyabb részesedése a kiadásokból elsősorban a gyógyszerkiadásoknak és a hálapénznek tudható be. A többi kiadási tételnél csak kismértékben érvényesül ez a tendencia (3. tábla).

3. tábla

A lakosság egészségügyi kiadásainak megoszlása életkori csoportok szerint

(%)

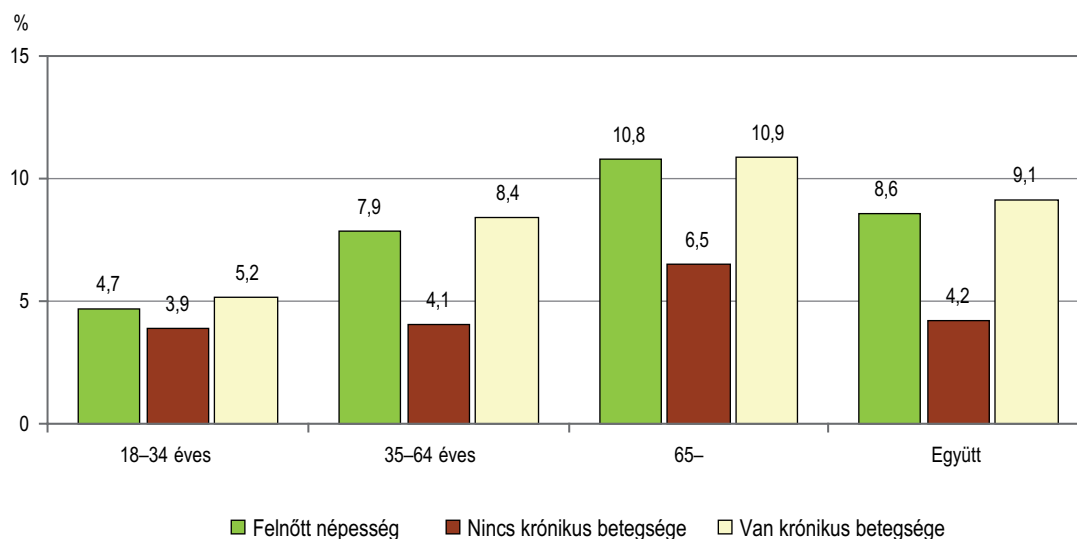
Korcsoport, év	Népesség	Összes kiadás	Térítési díj	Magánszolgáltatás díja	Hálapénz	Gyógyszer	Gyógyhatású készítmény
18–34	28,6	16,2	24,2	25,6	14,3	8,0	22,4
35–64	50,5	49,9	51,0	51,7	52,0	47,1	53,1
65–	20,9	33,9	24,8	22,7	33,7	44,9	24,6
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Alapvető kérdés, hogy mekkora terhet jelentenek az egészségügyi kiadások a lakosság különböző korcsoportjai számára. Ezt a kérdést csak a gyógyszerkiadások esetében vizsgáltuk. Az elemzés fő kérdése egyrészt a különbségek mértéke volt, másrészt, hogy ezt hogyan módosítja, ha figyelembe vesszük, hogy az egyének rendelkeznek-e krónikus betegséggel. Az elemzésnél fontos figyelembe venni, hogy az egy főre jutó nettó jövedelem korcsoportok közötti különbsége meglehetősen kicsi: a fiatal felnőttek és a középkorúak egy főre jutó nettó jövedelme közel azonos (havi 63 ezer forint), míg a 65 éven felüliek egy főre jutó nettó jövedelme ezt kb. 15%-kal haladja meg. Ismét megjegyezzük, hogy a felmérésből nem álltak rendelkezésünkre pontos háztartásijövedelem-adatok, hanem csak a háztartási jövedelmi ötödök egy főre jutó nettó jövedelmi adatainak átlaga.

Az életkor növekedésével a jövedelmük növekvő hányadát fordítják az egyének gyógyszerkiadásra (13. ábra): a fiatal felnőttek a rájuk eső háztartási jövedelemnek átlagosan 4,7, a középkorúakénak 7,9, az időskorúakénak pedig 11%-át fordították gyógyszerekre.

13. ábra

Az egy igénybevevőre jutó gyógyszerkiadás aránya az egy főre jutó nettó jövedelemhez viszonyítva korcsoportok szerint, 2009



Megjegyzés: N=4899

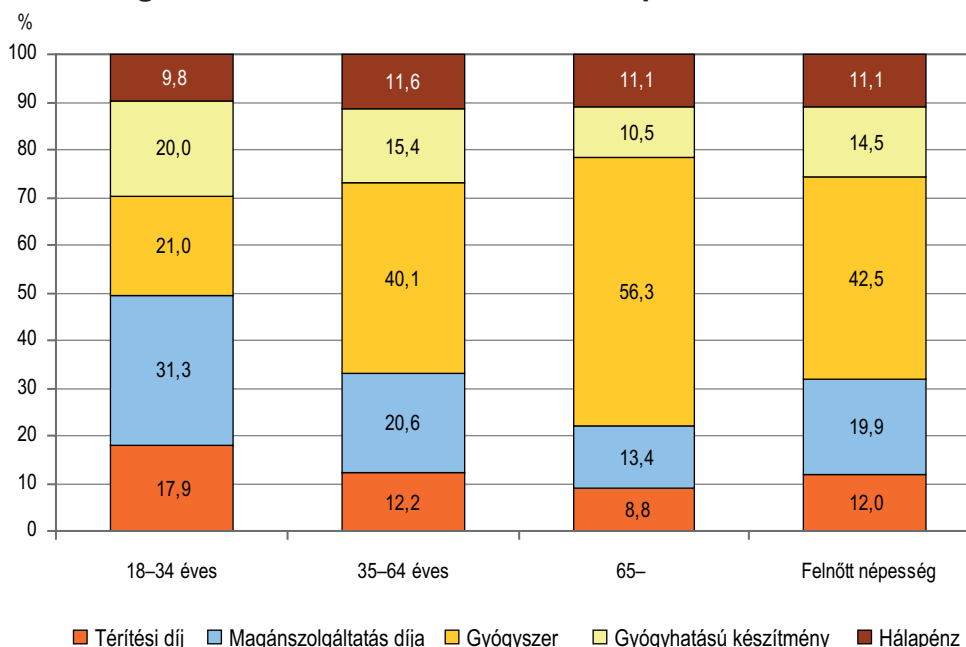
Forrás: ELEF2009

A krónikus betegek és nem krónikus betegek között minden életkori csoportban jelentős a különbség a gyógyszerkiadás jövedelemhez viszonyított arányát tekintve. A fiatal krónikus betegek átlagosan az egy főre eső háztartási jövedelem 5,2, a középkorúak 8,4, az időskorúak pedig 11%-át költötték gyógyszerekre. A nem krónikus betegek a jövedelmük lényegesen kisebb hányadát fordították gyógyszerekre.

A korcsoportok kiadási szerkezetének a különbségeit két szempontból vizsgáltuk: az adott életkori csoport összes kiadásán belül mekkora súlyuk van az egyes kiadási típusoknak (14. ábra); és a korcsoportból ellátásért fizetők egy főre jutó kiadása milyen mértékben tér el az átlagos kiadástól (15. ábra).

14. ábra

A magánkiadások szerkezete a korcsoportok szerint, 2009



Megjegyzés: N=4899.

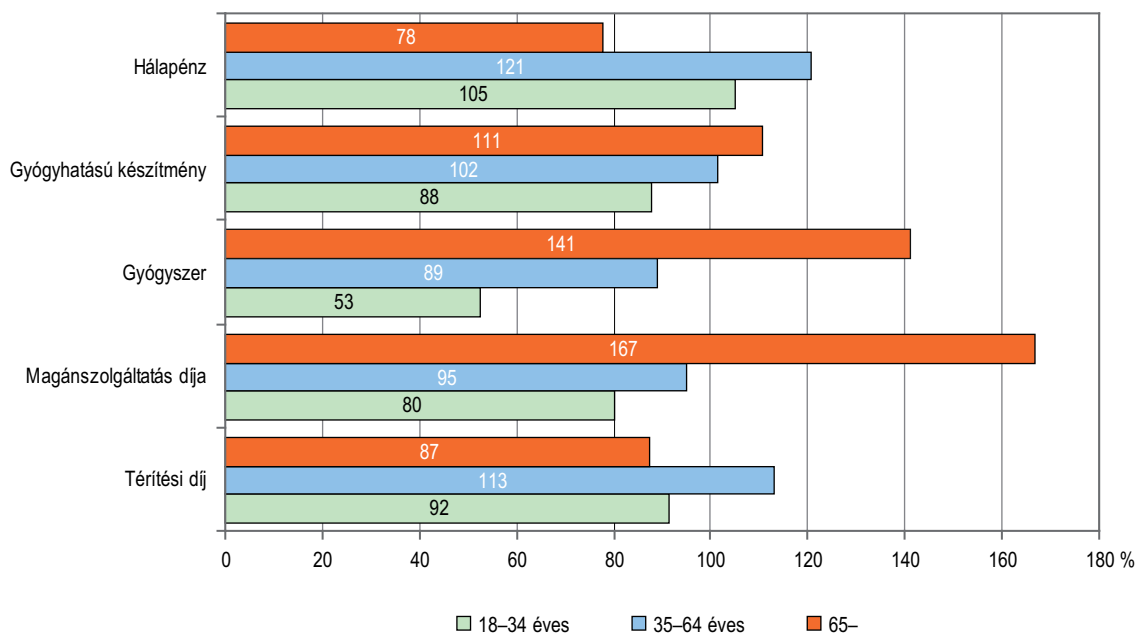
Forrás: ELEF2009.

A fiatal felnőttek egészségügyi kiadásain belül a magánszolgáltatások díjának a legnagyobb a részaránya (31%). Ez a részarány lényegesen magasabb az átlagnál. Magas a gyógyhatású készítmények aránya is – közel akkora, mint a gyógyszerekre fordított kiadásoké. Ezek az adatok azt jelzik, hogy **az alternatív gyógymódok és a magánszektor szolgáltatásai iránt lényegesen nagyobb a fiatal felnőttek relatív kereslete, mint a középkorúaké, ill. időskorúaké.** (Ez nem jelenti azonban azt, hogy ha a szolgáltatási típus felől nézzük, akkor a fiatal felnőttek részaránya a legmagasabb ezekre a szolgáltatásokra fordított pénzekből.) A középkorúak egészségügyi kiadásainak 40%-át a gyógyszerekre fordított kiadások teszik ki. Ezt a magánszolgáltatásokra és a gyógyhatású készítményekre fordított kiadások követik. Az időskorúak egészségügyi kiadásainak 56%-át a gyógyszerekre fordított kiadások teszik ki. Ezt a magánszolgáltatások és a hálapénz követik. Az átlagnál lényegesen kisebb arányban költenek gyógyhatású készítményekre.

Az egy főre (egy ellátásért fizető egyénre) jutó kiadás életkori csoportonként és kiadástípusonként is meglehetősen eltérő mintázatot mutat (15. ábra).¹⁶ A középkorúak a térítési díjakra és hálapénzre költenek az átlagot meghaladó összeget. Az időskorúak (egy főre vetítve) a magánszolgáltatásokra az átlagnál 67, a gyógyszerekre pedig 40%-kal többet költenek. A fiatal felnőttek az átlaghoz viszonyítva a gyógyszerekre költenek a legkevesebbet; a többi kiadási típusnál az átlag 80–90%-át.

¹⁶ A 15. ábra a felnőtt népesség egy főre jutó kiadásának az adott kiadás típusra jellemző átlagához viszonyítja a három korcsoport egy főre jutó kiadásait.

Egy fizetőre jutó kiadás a kiadások típusai és korcsoportok szerint a felnőtt népesség egy főre jutó átlagos kiadásainak százalékában, 2009



Megjegyzés: N=4899.

Forrás: ELEF2009.

9. Összefoglalás

A lakosság egészségügyi kiadásainak alakulását az egészségpolitikai döntések és a piaci folyamatok együttes hatása alakítja. A lakosság kiadásainak növekedésére több – eltérő jellegű – folyamat is hat. Az egészségpolitikai folyamatok közül elsősorban a gyógyszer-támogatás mértékének csökkentése, a szolgáltatásokra fordított közkiadások drasztikus visszafogása, ennek következtében a várólisták növekedése. A piaci folyamatok közül a fogyasztói igények növekedése és differenciálódása. A magasabb jövedelműek fogyasztói igényeinek egy részét egy, a jelenleginél lényegesen nagyobb forrásokkal rendelkező kötelező biztosítás sem tudná kielégíteni. Erre a nálunk lényegesen magasabb színvonalú egészségügyi rendszerrel rendelkező nyugat-európai országokban is a magánkiadások, az önkéntes biztosítás vagy közvetlen fizetés szolgál.

A NESZ adatai szerint a lakosság közvetlen egészségügyi kiadásainak értéke 460,5 milliárd forint, míg az ELEF2009 685,9 milliárd forintot mért. Alapvető módszertani feladat a „től-ig” háttér csökkentése – ami az egyes kiadási tételek további elemzését igényli. Jelen elemzésünk az ELEF 2009 adatai alapján készült.

A vizsgált időszakban a kiadások 42%-át a gyógyszerkiadások tették ki. A szolgáltatásokra fordított kiadások három fő összetevője: a magánszolgáltatásokra kifizetett pénzek, a kötelező biztosítás szolgáltatásaiért fizetett térítési díjak és a hálapénz. A szolgáltatásokra fordított kiadás közel felét (47%) a magánszolgáltatásokra fordított kifizetések teszik ki, a térítési díjak 28, a hálapénznek pedig 25%-át. Ennek a három kiadási területnek az aránya alapvetően különbözik az egyes szolgáltatási típusok esetében. A fogászati ellátásban a magánszolgáltatások dominálnak, a hálapénz pedig elhanyagolható mértékű. A házi orvosi és járóbeteg-szakorvosi ellátás esetében a hálapénz 42, a magánszolgáltatások díjai 36, a térítési díjak pedig 22%-ot tettek ki. A kórházi ellátás esetében a kifizetések túlnyomó része a hálapénz volt. Az otthoni ellátás igénybevétele szinte kívül esik a társadalombiztosításon: gyakorlatilag a magánszolgáltatóktól teljes mértékben fizetve veszik igénybe a háztartások.

A tanulmánynak a korábbi elemzésekhez képest legfontosabb újdonságát a krónikus betegek helyzetének a középpontba állítása jelenti. A tanulmány több szempontból elemzi a krónikus betegek és a nem krónikus betegek egészségügyi kiadásai nagyságában és szerkezetében mutatkozó eltéréseket; továbbá, hogy mekkora terhet jelentenek a gyógyszerkiadások a krónikus betegség hiánya, illetve annak fennállása esetén. A felnőtt lakosság 62, az egészségügyi ellátásért fizetők 78%-ának van valamilyen krónikus betegsége. A kiadások 84%-át a krónikus betegek fizették ki. Az ellátásért fizető népesség és az összes kiadás megoszlását vizsgáltuk a lakosság jövedelmi helyzete (jövedelmi ötödök) és az egészségi állapot (van, illetve nincs krónikus betegsége) szerint kialakított tíz csoport között. Mind az ellátásért fizetők, mind a kiadások jelentősen koncentrálnak a krónikus betegekre, továbbá megfigyelhető – a krónikus betegeket és a krónikus betegségben nem szenvedőket külön tekintve – a rosszabb jövedelmi helyzet felől a jobb felé haladva mind az ellátásért fizetők, mind a kiadások részarányának növekedése. Ugyanakkor a gyógyszerkiadások elemzése azt mutatja, hogy a kiadások növekvő terhet jelentenek a magasabb jövedelmi ötöd felől az alacsonyabb felé haladva, azaz a rendelkezésre álló jövedelem mind nagyobb arányát emésztik fel.

A krónikus betegek kiadásain belül a legmagasabb az elsősorban egészségpolitikai döntések által befolyásolt gyógyszerkiadások részaránya. A nem krónikus betegek kiadásaiban a piaci folyamatok által befolyásolt kiadási típusok aránya a magasabb: a legtöbbet magánszolgáltatásokra és gyógyhatású készítményekre fizették. A gyógyszerkiadás a krónikus betegek kiadásainak 48, a nem krónikus betegek kiadásaiknak csak 16%-át tették ki.

Alapvető kérdés, hogy az egészségügyi ellátásért, illetve annak egyes típusaiért az igénybevételkor történő közvetlen fizetés mekkora terhet ró az egyénekre, háztartásokra. A krónikus betegség súlyos terhet jelent a háztartásoknak. A legjobb jövedelmi kvintilistől a legrosszabb felé haladva a krónikus betegek saját pénzügyi forrásaikból csökkenő volumenű ellátáshoz jutnak,¹⁷ azonban – a jövedelmi helyzetükhöz viszonyítva – ez fokozatosan növekvő terhet jelent a számukra. A népesség legrosszabb jövedelmű ötödébe tartozó krónikus betegek esetében átlagosan az egy főre jutó nettó jövedelem 18%-át tették ki a gyógyszerkiadások, míg a legjobb jövedelműek esetében csak 5,3%-át. Sokkal kisebb terhet jelentenek a gyógyszerkiadások a nem krónikus betegek számára: a nettó háztartási jövedelem rájuk eső részének átlagosan 4,2%-át fordítják gyógyszerkiadásra, a krónikus betegek pedig jövedelmük 9,1%-át. A nem krónikus betegek esetében szintén megfigyelhető, hogy a jövedelem növekedésével növekszik a gyógyszerkiadás egy főre jutó nominális értéke. A nem krónikus beteg legmagasabb jövedelműek gyógyszerkiadásai az 57%-át érték el a legalacsonyabb jövedelmű krónikus betegek kiadásainak. Természetesen a krónikus betegség, életkor és jövedelem nem függetlenek egymástól: az életkor előre haladtával növekszik a krónikus betegség valószínűsége, továbbá a rossz anyagi helyzetűek között is nagyobb a valószínűsége a krónikus betegségeknek.

Az adatok tükrözik a jól ismert tendenciát: az időskorúak közül többen és többet költenek egészségügyi ellátásra, mint a középkorúak és fiatalok. A kiadásokból a legnagyobb részarányt, a kiadások körülbelül felét a középkorúak (35–64 évesek) fizetik. Ez megegyezik a népességen belüli részarányukkal. Az idősek részesedése a kiadásokból a népességen belüli részarányukat jelentősen meghaladó, ellentétben a fiatalokkal,

A kiadások életkor szerinti mintázata jelentős eltérést mutat. A fiatal felnőttek egészségügyi kiadásain belül a magánszolgáltatások díjának és a gyógyhatású készítmények a magas részaránya azt jelzi, hogy az alternatív gyógymódok és a magánszektor szolgáltatásai iránt lényegesen nagyobb a fiatal felnőttek relatív kereslete, mint a középkorúaké, illetve időskorúaké. (Ez nem jelenti azonban azt, hogy ha a szolgáltatási típus felől nézzük, akkor a fiatal felnőttek részaránya a legmagasabb ezekre a szolgáltatásokra fordított pénzekből.) A középkorúak és az

¹⁷ A legjobb jövedelmi kvintilistől a legrosszabb felé haladva csökken az egy fizető egyénre jutó kiadás.

időskorúak egészségügyi kiadásain belül meghatározó a gyógyszerekre fordított kiadások: a középkorúak kiadásainak 40, az időskorúak egészségügyi kiadásainak pedig 56%-át teszik ki.

Magyarország jelenlegi helyzetében a gazdasági fejlődés emberi erőforrás feltételei, a társadalmi kohézió erősítése és az egészségi állapot javítása egyaránt igényli a nemzeti kockázatközösség, az esélyegyenlőség alapvető értékeinek erősítését. Ugyanakkor új felelősség- és feladatmegosztás kialakítására van szükség az egyén, a piaci szereplők és az állam között, figyelembe véve az egészségügy sajátosságait, az egészségügyi technológia fejlődéséből adódó kihívásokat, és a változó gazdasági és társadalmi feltételeket. Egyaránt és egyidejűleg van szükség az állam és az egyének felelősségének az erősítésére, a közkiadások és a magánkiadások a növelésére. Ez csak látszólag ellentmondás: az egészségügy különböző területei és problémái eltérő megoldásokat igényelhetnek. Az egészségpolitikával szembeni egyik elvárás, hogy olyan módon befolyásolja a közkiadások és magánkiadások alakulását, hogy a betegség ne veszélyeztesse az egyének jövedelembiztonságát. (Ez nem jelenti azt, hogy a szolgáltatásoknak az igénybevételek ingyenesnek kellene lenniük.) Ezért fontos, hogy megfelelő információkkal rendelkezünk a lakosság egészségügyi kiadásainak az alakulásáról. Ehhez kívánt hozzájárulni a tanulmány.

Végezetül ismételten hangsúlyozzuk, hogy az ELEF2009 adataival kapcsolatban több módszertani kérdés további elemzést igényel. Mindenekelőtt arra kell választ találni, hogy az ELEF egy hónapra vonatkozó adataiból milyen módon lehetséges az éves, illetve havi átlagos kiadásokra a jelenleginél megbízhatóbb becslést előállítani a gyógyszerkiadásokon kívüli többi kategóriában. Más adatforrásokkal összevetve leginkább a fogászatra fordított kiadások jelenlegi becslése mutat eltérést. Ennek a kérdésnek a megválaszolása után a kutatás második szakaszában többváltozós regressziós elemzéssel vizsgáljuk a rendelkezésre álló adatokat, beleértve további változókat, így pl. iskolai végzettség, a település típusa, a vélt egészségi állapot figyelembe vételét is.

Irodalom

Csaba Iván (2009): Zsebből fizetve: az egészségügyi lakossági kiadások Magyarországon (kézirat)

OECD Health Data, 2011. www.oecd.org/health/healthdata

Nemzeti Egészségügyi Számlák (NESZ) adatai. Forrás: <http://stats.oecd.org/Index.aspx> (Health)

A magyar idősgondozási rendszer mikrodatok alapján

Ez a tanulmány egy nemzetközi összehasonlító projekt számára készült.¹ A projekt az európai idősgondozási rendszerek osztályozására, az egyes típusok hatékonyságának összehasonlító elemzésére és költség-előrejelzésre vállalkozott. Ennek keretében egységes sorvezető alapján a nemzeti intézményrendszerek leírását tartalmazó országtanulmányok készültek, amelyeket a <http://www.ancien-longtermcare.eu/node/27> címről lehet letölteni. Az alábbiakban a magyar országtanulmány e kötet számára átszerkesztett változatát mutatjuk be.

Az eredeti, angol nyelvű változat még a 2003-as Országos lakossági egészségfelmérés (OLEF) alapján készült, meglehetősen régi adatokat tartalmaz, ezért az OLEF-adatokra épülő táblázatokat újraszámoltuk az Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF) alapján.²

1. A magyarországi LTC-rendszer

1.1. A rendszer áttekintése

A magyar LTC³-rendszer még mindig magán viseli az 1950 és 1990 közötti központi tervezéskor jellemző jegeit. A tervező szervezeti logikája központosítást diktál, és egyfajta szervezeti vakság jellemzi, ami nem veszi észre a működési szféráján kívül eső szükségleteket. Ennek következménye, csakúgy, mint más tevékenységi területeken, egy kettős szerkezet kialakulása: az intézmények központosított rendszere és a háztartásokban zajló tevékenységek széles köre, melyekkel az emberek alkalmazkodnak a helyzethez. A központi tervezés másik jellemzője, hogy a tervezési folyamat elfogult azon szektorok iránt, amelyeket könnyebben lehet mérni. Mivel a humántőke-befektetések hatékonyságát és kimenetét, illetve az életút-finanszírozást általánosságban nehezebb mérni, ráadásul az időhorizontja sokkal hosszabb, mint az ötéves tervé, ezek a szektorok csak mellékesek a tervező szempontjából az olyan ágazatokkal összevetve, mint például a nehézipar.

Ez a szerkezet még mindig felismerhető, bár jelentősen átalakult 1990 óta. Új ellátók, főként egyházi és civil szolgáltatók léptek színre; a közigazgatás decentralizáltabb lett; sok, korábban informális tevékenység formalizálódott; és sok olyan szükséglet, ami korábban kielégítetlen maradt, most kínálatra talált.

Az univerzális ellátás a társadalmi egyenlőség elvén alapszik, a magyar LTC-rendszer kiemelt szakpolitikai célja. 2008-ig kizárólag az életkor volt a jogosultság előfeltétele. Bárki, aki betöltötte a 62. életévét, azaz a nyugdíjkorhatárt, jogosulttá vált. Nem írtak elő jövedelemvizsgálatot, és a fizikai vagy mentális képességek elvesztésének mértékét sem vizsgálták. Az egyének biztosításban töltött idejét sem ellenőrizték 2006-ig. Bár az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) 2007-től bevezette az egyéni egészségbiztosítási számlát, ez sem azt a célt szolgálta, hogy szűkítsék a rászorultságot, hanem hogy növeljék az aktív korú népességtől beszedett járulékok mennyiségét. Nagyobb változás 2008-ban következett be, amikor

* Magyarországi Református Egyház Szeretetszolgálati Iroda.

** TÁRKI Társadalomkutatási Intézet.

¹ Ez a tanulmány az Assessing Needs of Care in European Nations (ANCIEN) elnevezésű kutatási projekt első munkacsomagjának részeként készült; a projektet az Európai Bizottság finanszírozza a hetedik keretprogram költségvetéséből (FP7 Health-2007-3.2.2, Grant no. 223483). A tanulmány angol változata (Czibere és Gál 2010) 2010 márciusában készült el és júniusban jelent meg. Az azóta történt intézményi változásokat jelezzük. A fordítás Bíró Ildikó munkája.

² Ezúton is köszönetet mondunk a Központi Statisztikai Hivatalnak, hogy az adatokat hozzáférhetővé tette a kutatás számára.

³ Az idősgondozás része annak, amit az angol long-term care-nek mond. A long-term care (LTC) kifejezés áttünetese magyar nyelvre még nem megoldott. Jelen tanulmányban az angol betűszót használjuk, és kizárólag az idősgondozást értjük alatta, beleértve a természetbeni és kórházi ellátásokat is.

bevezették a jogosultsági vizsgálatot, felmérni a kérelmezők gondozási szükségletét és szociális körülményeit.

A magyar LTC-rendszer nem ad készpénzt az ellátottaknak, hogy könnyítse a szolgáltatáshoz való hozzáférést. Egyetlen fajta készpénzes juttatás létezik, az ápolási díj, azok számára, akik tartósan gondozásra szoruló családtagjukat ápolják. Minden egyéb kiadás természetbeni szolgáltatást fedez.

Az egészségügyi rendszeren belüli szolgáltatás az ápolás kórházak ápolási osztályán, valamint az otthoni ápolás. A szociális ellátórendszerben a három fő szolgáltatástípus az otthoni gondozás (beleértve az ebédkiszállítást), a napközbeni ellátás és a bentlakásos ellátás. Az intézményi ellátásban hivatalosan regisztrált ellátási férőhelyek száma valamivel több mint 50 ezer (nem számítva az átmeneti gondozást nyújtó intézményeket), ezek szinte teljesen kihasználtak. A várólistán jegyzett mintegy 10 ezer személy kissé túlbecsült; számításaink szerint a valós várólista kb. 7–8 ezres.

1.2. A szükségletek felmérése

Az ápolási szükséglet fogalmára nem létezik hivatalos definíció Magyarországon. 2008-ban bevezettek egy felmérési rendszert, de ez csak az otthoni gondozásra és az intézményi gondozásra vonatkozik, a szociális ellátás többi szegmensére (mint például az étkeztetés) és az egészségügyi ellátórendszerre nem.

2008. január 1-jétől az intézményes ellátásra jogosultak körét leszűkítették azokra, akik naponta több mint 4 órányi ápolásra szorulnak. Azok, akiknek a gondozási igénye nem haladja meg a 4 órát, otthoni ellátásra jogosultak. A szükségletet egy összetett felmérés révén állapítják meg. Az igénylőket 8 nagy értékelési dimenzióba csoportosított 16 különböző önellátási faktor alapján értékelik. Ilyen például az önállóság a napi tevékenységekben (táplálkozás, tisztálkodás, öltözés, WC-használat), az önellátás (a háztartási gépek használata, pénzkezelés, terápiás utasítások betartása), a mozgásfunkciók (helyváltoztatás), a mentális funkciók (térben és időben való tájékozódás, kommunikáció), a látás és a hallás, az egészségügyi ellátás iránti szükséglet, a felügyelet szükségessége, a szociális körülmények (társas kapcsolatok, lakhatás, pénzügyi háttér).⁴ A képességeket és az erőforrásokat egy 0–5-ös skálán mérik, és egy algoritmus fordítja le az eredményül kapott értékeket időre. Ezek a jogosultságszűkítések jelentősen csökkentették az igénybevételt az új kérelmezők körében. A korábbi 17 ezres várólista 10 ezresre csökkent.

A felmérési folyamatot eredetileg, az idős felvételi kérelme alapján az intézményvezető kezdeményezte. Házigondozás esetében a jegyző által felkért, idősothon esetében az Országos Orvosszakértői Intézet által kijelölt szakértői bizottság végezte. 2010 augusztusa óta a szakértői bizottságok helyett maguk az intézményvezetők pontoznak és állapítják meg a jelentkező óraszámát, gondozási szükségletét.

Ezek a kritériumok országos sztenderdek és kötelező érvényűek, de, mint azt fentebb megjegyeztük, a szociális ellátáson belül is csak egy szegmensre vonatkoznak, az egészségügyi ellátásra pedig nem.

Az egészségügyi ellátásra való jogosultság elvben biztosításhoz kötött, de valójában csaknem univerzális. A gyakorlatban szinte kivétel nélkül minden állampolgárnak van társadalombiztosítási kártyája, ami az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés feltétele.

⁴ Az egyes skálák, különösen a két első kialakítása során figyelembe vették a napi aktivitások (*activities of daily living*, ADL) Katz-féle listáját (Katz et al. 1970), valamint a Lowton és Brody (1969) által kidolgozott skálát a napi aktivitás során felmerülő eszközök alkalmazásáról (*instrumental activities of daily living*, IADL).

1.3. A rendelkezésre álló LTC-szolgáltatások

1.3.1. Milyen szolgáltatások?

Alapszolgáltatások: házi segítségnyújtás, szociális étkeztetés

Minden önkormányzat köteles házi segítségnyújtást és étkeztést biztosítani azoknak, akik otthonukban, mindennapi életükben arra rászorulnak, életkoruk vagy rossz egészségi állapotuk miatt. 2009-ben 63 400 ember részesült házi gondozásban, és 124 700 szociális étkeztetésben.

Napközbeni ellátást nyújtó intézmények: idősek klubja

A napközbeni ellátást biztosító intézmények a családi ápolást hivatottak napközben helyettesíteni, azáltal, hogy lehetőséget teremtenek az időseknek másokkal való találkozásra, az étkezésre, egészségügyi és higiénés szükségleteik kielégítésére és a magányosság elkerülésére. 2009-ben az 1209 idősek klubjában 38 200 idős ember kapott segítséget.

Tartós bentlakásos gondozást nyújtó intézmények: időskorúak otthona, gondozóháza

A bentlakásos intézményeket olyan személyek számára hozták létre, akik nem tudnak gondoskodni magukról, vagy tartós segítségre szorulnak. A bentlakásos intézmények napi háromszori étkeztést nyújtanak, ruházatot biztosítanak (amennyiben ez szükséges), valamint mentális és egészségügyi ellátást nyújtanak. 2009-ben a 814 időotthonban 48 100 idős személyt gondoztak.

Az LTC-be tartozó magyarországi egészségügyi ellátásnak két fő fajtája van: ápolás kórházak ápolási osztályán és otthoni szakápolás. Az otthoni szakápolást a kezelő orvos rendelheti meg. A szakápolást végző szolgáltatók túlnyomórészt magánvállalkozások, amelyek szerződésben állnak az egészségbiztosítási pénztárral. A legtöbb kórházban vannak krónikus ágyak fenntartva olyanoknak, akik tartós ápolásra szorulnak. Ezek a szolgáltatások magukba foglalják az egészségi állapot stabilizálását és javítását, a betegségek megelőzését és a fájdalomcsillapítást, valamint a családtagok felkészítését az otthoni ápolásban való részvételre. 2009-ben 49 900 ember részesült otthoni szakápolásban. A kórházak a 27 100 krónikus ágyából 2700 volt tartós ápolási osztályon, 7400 utógondozói osztályon.

1.3.2. Ki jogosult?

Az otthoni és intézményi szociális ápolásra való jogosultságot az 1.2.-es részben leírt értékelési eljárás állapítja meg. Az egészségügyi ellátás esetében a jogosultság csaknem univerzális.

1.4 Irányítás és szervezés (a különböző aktorok szerepe)

Az LTC-rendszer duális, az egészségügyi és a szociális ellátás külön szerveződik. A két intézményrendszer működése nincs összehangolva.

Az egészségügyi ellátásra vonatkozó törvényeket az országgyűlés hozza, a kormányzat alkotja meg a specifikus jogszabályokat. Az önkormányzatok (mintegy 3200) helyi rendeleteket hozhatnak az országos aktorok által meghatározott kereteken belül. A rendszert a Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI) valamint az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) igazgatja, ez utóbbi engedélyező és felügyeleti szervként. 2007 és 2010 között az Egészségbiztosítási Felügyelet (EF) ellenőrizte az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést és az ellátás minőségét, illetve a szolgáltatók munkájáról értékelést készített. Az EF 2010 szeptemberében megszűnt.

A finanszírozás főként az OEP-en keresztül történik, az OEP szerződik a szolgáltatókkal, illetve a EMMI is részt vesz benne, amennyiben projekt alapú finanszírozáskiegészítést nyújt. A szolgáltatásokat helyi szinten elsősorban az önkormányzatok nyújtják.

A szociális ellátásban a törvényi szabályozás struktúrája megegyezik az egészségügyi ellátásával, azzal a különbséggel, hogy ezen a területen az önkormányzatok aktívabbak, mint az egészségügyben. A jogi keretszabályozás engedte határokon belül az önkormányzatok befolyásolják a jogosultság kritériumait, csakúgy, mint a segítségnyújtás mértékét és az ellátás fajtáját, és néhány egyéb feltételt is.

A szociális ellátást a közigazgatási hivatalok felügyelik, a Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium (KIM) hatáskörében. A közigazgatási hivatal adja ki a működési engedélyeket is. Ezen felül az EMMI fenntartja a módszertani intézetek regionális hálózatát, abból a célból, hogy a szakmai minőséget folyamatosan javítsa a számos helyi hatóságon belül (2006-ban, az átszervezés előtt, a hálózat megyei szinten működött). A finanszírozás az EMMI kezében van, amely kiszámítja a szolgáltatóknak járó egy főre és egy esetre jutó állami normatív támogatást. Az EMMI a KIM-hez hasonlóan ezen kívül projekteket is támogat; utóbbi dönt az önkormányzatokat megillető pénzek többségéről. A szolgáltatásokat elsősorban a helyi hatóságok biztosítják, és ezek felelősek a befektetési döntésekért is, illetve ők határozzák meg a szolgáltatásokért kért díjakat. A nem kormányzati szervezetek mint szolgáltatók szerepe másodlagos, bár a közszolgáltatást nyújtó civil szervezeteket (NGO⁵) ugyanolyan központi állami normatív támogatás illeti meg, mint az önkormányzatokat (a helyi hivatalokkal történő szerződéskötést követően). Ezen felül az egyházak által fenntartott intézmények kiegészítő pénzügyi támogatást kapnak, ami a normatív támogatás kb. 70%-át teszi ki. (Korábban ez az érték 50% körül volt, 2009-ben azonban jelentősen emelték.) A kiegészítő támogatást az indokolja, hogy az NGO-k a közszolgáltatókkal szemben nem rendelkeznek örökölt ingatlanvagyonnal, és kevesebb pénzügyi eszköz áll rendelkezésükre saját tulajdonú épületek megvásárlására a szolgáltatások helyének biztosítására. A normatív támogatást kizárólag a fenntartási költségek fedezésére lehet fordítani, beruházási költségekre nem.

1.5. LTC-integráció

1.5.1. Integráció az LTC-rendszeren belül

Az LTC-szolgáltatásokat különállóan nyújtják az egészségügyi, illetve a szociális ellátórendszerben. Mindkét rendszernek megvan a saját, megkülönböztetett jogszabályi kerete, finanszírozási mechanizmusa és megvannak a saját szolgáltatásai. A két rendszer párhuzamos intézményhálózatot tart fenn. Ez mind az intézményi, mind az otthoni ápolásra igaz. A két rendszer között nincs együttműködés és egyik sem alkalmazza és nem is egyeztetni egymással az esetenedzselést. Az Állami Számvevőszék (ÁSZ) jelentése szerint (ÁSZ 2008) a munkamegosztás optimális módja az lenne, ha azokról a személyekről, akiknek speciális egészségügyi ellátásra van szükségük, az egészségügyi ellátórendszer gondoskodna, míg azokról, akiknek nincs ilyenre szükségük, de a fizikai és mentális stabilitásuk különleges ellátást igényel, az idősothonokban maradnának. A jelentés megállapítja, hogy ez gyakran nem valósul meg.

2. Finanszírozás

Általánosságban elmondható, hogy a közszolgáltatásként nyújtott LTC finanszírozási rendszere a kínálatot támogatja. A szolgáltatásokat közvetlenül finanszírozzák, és a rászorulóknak nem kapnak pénzügyi juttatást azért, hogy megvásárolhassák a szolgáltatásokat. Magánbiztosítási megoldások nincsenek a rendszerben.

A működési költségeket az Egészségbiztosítási Alap finanszírozza az egészségügyi ellátás esetében, az állami költségvetés a szociális ellátórendszer esetében.

Az önkormányzatok normatív támogatást kapnak a kormánytól az ellátottak számától függően. Minden évben a kormány határozza meg a normatíva nagyságát minden egyes szolgálta-

⁵ NGO = non-governmental organization; nem kormányzati szervezet, civil szervezet.

tásfajta. A támogatás a szolgáltatást finanszírozza, nem a feladatot. A helyi hatóságok gyakran kiegészítik a normatív támogatást saját bevételeikből, ez elsősorban a rendelkezésre álló forrásoktól függ. 2009-ben az önkormányzatoknak mintegy 80%-kal kellett kiegészíteniük a központi költségvetéstől kapott normatív támogatásaikat, országosan, átlagosan.

Ezen felül a helyi hatóságok térítési díjakat is fizettethetnek. A pontos összeg minden szolgáltatás esetében más és más. A számítási algoritmusokat törvény szabályozza a felhasználó személyi jövedelmének figyelembevételével. Az ingatlanvagyon a jövedelemszámítás része, az egyéb vagyonelemek nem. Azt sem vizsgálják, hogy rendelkezésre állnak-e családtagok ápolásra. A legmagasabb kiszabható díj a havi jövedelem 80%-a a bentlakásos gondozás esetében, 60% az átmeneti bentlakásos ellátásért.

A házi gondozásban alkalmazott maximális díjak a következők: 2% a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás esetében, 20% a hagyományos otthoni gondozásért, 25% az otthoni étkeztetésért, és 30% az étkeztetéssel egybekötött otthoni gondozásért (a százalékokat az ellátott havi jövedelméhez mérik). A nappali ellátás esetében a plafon a jövedelem 15%-a, vagy 30%-a, ha az étkeztetést is magában foglalja. A térítési díjak nagysága eltérő a kormányzati és a nem kormányzati szektorban.

A három forrás, a központi állami, az önkormányzati és a kedvezményezettek által fizetett rész aránya eltérhet, az igénybevett szolgáltatás típusától és az adott önkormányzat pénzügyi helyzetétől függően. Általánosságban elmondható, hogy az elmúlt négy évben a központi költségvetés által finanszírozott arány jelentősen csökkent, így az önkormányzat által és a kliensek által finanszírozott rész megnövekedett, miközben a kényszerű megszorítások következtében az egy ellátottra jutó költségek emelkedése alacsonyabb volt az infláció üteménél.

3. Az LTC iránti kereslet és kínálat

3.1. Az LTC iránti szükséglet (beleértve a demográfiai jellegzetességeket)

Nem állnak rendelkezésre hivatalos szükségletfelmérések. Az egyetlen létező költség-előrejelzés az Európai Bizottság standardizált projekciós eljárása. A rokkantságra vonatkozó adminisztratív mikrodatok nem hozzáférhetőek. A 2000-es és 2003-as Országos lakossági egészségfelmérés (OLEF) után hosszú ideig nem készült átfogó lakossági kikérdezés. Az európai sztenderd alapján 2009-ben készült Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF) adatai viszont frissek. Az ELEF széleskörű információkat tartalmaz az idősebb személyek önállóságáról egy négyfokú skálán: 1. önálló, 2. önállóságában kismértékű, 3. jelentős és 4. súlyos nehézségekkel küzdő.⁶

A 20. században lassú idősödés ment végbe; ez a folyamat az elkövetkező évtizedekben felgyorsul. 1901 és 1951 között a 65 év feletti népesség csaknem megduplázódott, 304 000-ről 739 000-re (területi változásokra kiigazítva). Ez a szám a század második felében, 2001-re ismét megduplázódott, és a 65 év felettek száma elérte az 1 545 000-et. Ez a korcsoport sokkal gyorsabban növekedett, mint a népesség többi része. Ugyanebben az időszakban a 19 éves és annál fiatalabb népesség létszáma erőteljesen csökkent, 3 090 000-ről (1951) 2 360 000-re (2001).

Az 1953–1956 között született baby-boom nemzedék tagjai 2018–2021-ben érik el a 65 éves kort. A másik kiugró létszámú generáció, az 1974–1978-as születésűek, 2039–2043-ban lesznek ennyi idősök. A népesség-előrejelzés szerint 2050-re a 65 év felettek száma 50%-kal tovább nő, 2 715 000-re, ami addigra a teljes népesség több mint 30%-kal lesz (Habicsek 2004, 2010).

⁶ A négy kategória elnevezését magunk alakítottuk ki az ELEF-kérdőív fokozatai alapján: olyan személyek, akiknek az adott tevékenység elvégzése nem okoz nehézséget, kisebb nehézséget okoz, nagy nehézséget okoz, illetve akik a szóban forgó tevékenységet nem tudják egyedül elvégezni.

Korfüggőségi hányadosok*

Összehasonlított korcsoportok	1901, 1951, 2001, 2051 (%)			
	1901	1951	2001	2050
–19 éves/ összes	44,9	33,3	23,2	17,1
20–64 éves/ összes	50,7	59,2	61,7	52,6
65+ éves/ összes	4,4	7,5	15,1	30,3
65+ éves/20–64 éves	8,8	12,7	24,5	57,6
80+ éves/ összes	na	0,9	2,7	10,1
80+ éves/ 65+ éves	na	11,5	18,0	33,2
Teljes népesség, millió fő	6,9	9,2	10,2	9,0

Forrás: 1901, 1951: Hablicsek (2004), 2001, 2051: Hablicsek (2010).

* A különböző életkorú korcsoportok egymáshoz viszonyított létszámarányai százalékos formában.

A legidősebbek (80 feletti) száma az 1951-es 85 000-ről (a népesség 0,9%-a) 278 000-re (2,7%) nőtt 2001-re. A projekciók azt mutatják, hogy 2050-re jelentős, akár 7,2 százalékpontos növekedés is várható. A legidősebb idősök aránya nem csak a teljes népességhez viszonyítva nőtt meg, hanem az idősök (65 év feletti) között is, 12%-ról (1951) 18%-ra (2001); a várakozások szerint 2050-re ez az arány még tovább, 33%-ra bővül.

Az ápolási szükségletet az ELEF2009 alapján tudjuk megbecsülni. A felmérés kérdőíve számos, a függőségre vonatkozó kérdést tesz fel. A 2009-es ELEF árnyaltabb képet fest az idősök önellátási képességéről, mint a 2003-as OLEF, mert az önellátási képesség faktorait szétbontotta ADL- és IADL-típusúakra.⁷ 2003-ban 7 dimenzió szerint mérték a függőséget: ágyból felkelés, székéről felállás, felöltözés, kézmosás, evés, ételfelvágás, WC-használat, 5 kilogrammos szatyor cipelése. 2009-ben az ADL-korlátozottságot 6 dimenzióban mérték (ágyból felkelés, székéről felállás, felöltözés, evés, WC-használat, fürdés), ugyanakkor további 7 dimenziót alkalmaztak az IADL-korlátozottság mérésére (ételkészítés, telefonálás, bevásárlás, gyógyszereszedés, könnyebb házimunkák, nehezebb házimunkák, pénzkezelés és hétköznapi adminisztráció). Jelen elemzésben külön táblázatot készítettünk az ADL- és az IADL-típusú korlátozottság korcsoport és nem szerinti megoszlásáról.

2. tábla

Kor és nem szerinti függőségi arányok* (ADL-függőség), 2009

Férfi				Nő			
60–69 éves	70–79 éves	80– éves	60 évesnél idősebbek együtt	6–69 éves	70–79 éves	80– éves	60 évesnél idősebbek együtt
20,6	34,5	47,4	28,6	26,5	47,0	69,8	42,2

Forrás: ELEF2009.

*Önellátásukban kismértékű, jelentős és súlyos nehézségekkel küzdők aránya a megfelelő népességcsoportban.

Eszerint 2009-ben a valamilyen mértékben segítségtől függő (tehát a 2., a 3. és a 4. kategóriába eső, ADL-szerint definiált függőségű) személyek aránya 15, a 65 év feletti népességben 39, a 80 év feletti népességben pedig 56% volt. A 2. tábla részletesebb függőségi szinteket tartalmaz, korcsoport és nem szerinti bontásban.

Összességében az ELEF2009 definíciói szerint a 65 év feletti népességben mintegy 650 000 fő, a 80 év feletti népességben pedig 220 000 fő önellátásában valamilyen mértékben korlátozott. Megjegyezzük, hogy ezek alacsonyabb létszámok, mint amelyeket a 2003-as OLEF

⁷ Lásd az 4. lábjegyzetet.

alapján becsültünk (Czibere és Gál 2010), mert az ELEF2009 néhány dimenzió esetében más tartalmú kérdésekkel méri az önellátási képességet.

3. tábla

Kor és nem szerinti függőségi ráták* (IADL-függőség), 2009

(%)

Férfi				Nő			
60–69	70–79	80–	60 évesnél idősebbek együtt	60–69	70–79	80+	60 évesnél idősebbek együtt
éves				éves			
40,9	56,4	81,3	51,2	38,4	65,6	94,2	58,9

Forrás: ELEF2009.

*Önellátásukban kismértékű, jelentős és súlyos nehézségekkel küzdők aránya a megfelelő népességcsoportban.

Az Európai Bizottság által 2009-ben kiadott *Ageing Report* 594 000-re tette a gondozásra szoruló idős emberek számát Magyarországon, akik közül 508 000-en csak informális gondozásban részesültek (vagy semmilyenben).

3.2. Az informális és formális gondozás szerepe az LTC-rendszeren belül (beleértve a pénzügyi ellátások szerepét is)

Az LTC az egyik olyan terület, ahol az állami-önkormányzati szociálpolitika az alternatív szolgáltatók három típusával, a piaci, a nonprofit és a háztartási szereplőkkel egyszerre működik. Az ellátások egy része a hivatalos statisztika számára látható (ilyenek az állami-önkormányzati szolgáltatások és a legális piaci szerződésekre épülő piaci és nonprofit ellátások). Az ellátások másik része olyan piaci tranzakció révén valósul meg, amely adóelkerülő tevékenység, tehát az informális gazdaság része. Informális piaci tevékenységként fogunk rá utalni. Ezek azok az esetek, ahol a szolgáltató pénzt kap a szolgáltatásért, de ezt az adóhivatal nem látja, és a GDP-be is becsülni kell. Végül az idősgondozás jelentős része olyan informális tevékenység (a továbbiakban ezt fogjuk szűkebb értelemben informális gondozásnak nevezni), ahol a szolgáltatók nem részesülnek anyagi ellenszolgáltatásban. Az efféle munkát jellemzően rokoni-szomszédsági kapcsolatok alapján végzik az emberek; fogalmilag sem része a GDP-nek, csak a GDP kiegészítéseként készült háztartási szatelitszámlának.

2009-ben a 2,2 millió 60 éves vagy idősebb népesség 2,1%-a lakott bentlakásos otthonban, 2,8%-uk pedig házi gondozásban részesült. Szociális étkeztetést 5,5% kapott; az étkeztetésben részesülők negyede egyben házi gondozást is kapott. Össességében a 60 éves és idősebb népesség 9,0%-a részesült valamilyen formális ellátásban 2009-ben.

Az egészségügyi rendszerben 2009-ben az ápolási osztályokon lévő ágyak száma 2700 volt, az utókezelői osztályokon 7400. Az ápolás átlagos időtartama 66, illetve 29 nap volt. Ezekről az osztályokról 2009-ben 81 000 – főként idős – embert bocsátottak el. E számban többszörözés is lehet, ha valaki többször is volt ápolási vagy utókezelői osztályon; továbbá az elbocsátások száma 20 ezer halálozást is tartalmaz.⁸ Ha ezeket a számokat összevetjük az *Ageing Report* fenti adataival, akkor látjuk, hogy számottevő kielégítetlen szükségletről beszélhetünk.

3.3. Az informális gondozás iránti kereslet és kínálat

Az LTC-tevékenységek java a háztartásokra vagy az informális piacra marad. Ezt a problémát tovább súlyosbítja az a tény, hogy az idős emberek többsége vagy egyedül, vagy egy másik idős személlyel él egy háztartásban (lásd 4. tábla).

⁸ A számok a KSH demográfiai, egészségügyi és szociális statisztikai évkönyveinek 2009-re vonatkozó köteteiből származnak.

A 60 év feletti népesség családi állapot szerint, 2009

	(%)			
Nem	Hajadon/nőtlen	Házias	Özvegy	Elvált
Férfi	4	74	14	7
Nő	4	36	51	9

Azoknak a háztartásoknak az aránya, amelyekben az idős személyek számíthatnak a fiatalabb generáció segítségére, folyamatosan csökken, annak ellenére, hogy az idős emberek többségének vannak gyermekei és unokái. Az Eurofamcare-felmérés szerint (Széman 2004), a 60 év feletti 86%-ának van élő gyermeke. Azok között, akiknek unokája is van, 14%-nak hat vagy több van, ami növeli a családon belüli potenciális gondoskodók számát. Betegség és ápolási szükséglet esetén az idősebb emberek 88%-a számíthat rájuk, 85%-uk tudna segítséget találni a háztartási munkák elvégzéséhez, 88%-uk a hivatali ügyek végzéséhez, 73%-uk pedig a pénzügyek intézéséhez.

Miközben azoknak a segítőknek az átlagos száma, akikre egy 20–39 éves személy számíthat, 5,3–5,4, a 60-as éveikben járók esetében mindössze 3,7, és ez a szám tovább csökken 2,6-ra a 70 év felettiéknél. Összességében a megkérdezettek 34%-a számíthat a szomszédokra és 19%-a barátokra. Az idősek 14%-a igénybe tudja venni a szomszéd segítségét betegség esetén, 17%-a a háztartási munkákban, 34%-a hivatali ügyek intézésében és 5% pénzügyi segítséget is kapna tőlük. A szomszédokra leginkább kisvárosokban lehet számítani.

Az idősek másik 8%-a barátoktól vár ápolási segítséget. Az ő szerepük Budapesten és más nagyvárosokban a legnagyobb.

Családtagot ápolóknak a kormányzat csak egyféle készpénzes juttatást nyújt, az ápolási díjat. Az ez iránti kérelmet a háziorvos szakvéleményére alapozva az önkormányzatnak kell benyújtani. Az ápolási díjra a súlyosan fogyatékos vagy tartósan beteg családtagot ápoló személy jogosult. Az ápolási díj nem specifikusan az idősek hosszú távú ápolását célozza. Két típusa van. A normatív ápolási díj a súlyosan fogyatékos, illetve a tartósan beteg 18. év alatti hozzátartozó ápolása, gondozása esetén jár. A méltányossági ápolási díj a tartósan beteg 18. életévét betöltött hozzátartozó ápolása, gondozása esetén állapítható meg. Bár mindkettőt az önkormányzat állapítja meg, az első típus esetében jóval szűkebb az önkormányzat mérlegelési lehetősége.

Ezen kívül a szociális ellátásokról szóló törvények lehetőséget adnak az önkormányzatoknak arra, hogy pénzügyi támogatásban részesítsék a 18 évesnél idősebb családtagot ápoló személyt. 2009-ben 16 700 családi ápoló kapott ilyen segítséget; ezt a számot azonban nem tudjuk tovább bontani az ápolat személy életkora szerint. Az ápolási díj átlagos havi összege 22 200 forint volt 2009-ben.

3.4. Piaci szerződéseken alapuló gondozás iránti kereslet és kínálat

Általánosságban elmondható, hogy a formális piaci szerződéseken alapuló gondozás⁹ nem elégíti ki a keresletet. Miközben az idősek több mint 40%-a bizonyos fokú segítségre szorul, csak mintegy 9%-uk jut intézményes ellátáshoz. A segítségre szoruló többi idős ember kénytelen szomszédokhoz vagy családtagokhoz fordulni. A legtöbb segítség, amit az idős emberek kapnak, informális.

Az 5. táblázatban bemutatjuk, hogy az önellátásukban súlyos nehézséggel küzdők közül hányan kapnak bentlakásos ellátást. A táblázatból az derül ki, hogy 60 év felett egyetlen korcsoport, a 60–69 éves nők kivételével az önellátásukban súlyos nehézséggel küzdők minden

⁹ Ez a meghatározás az angol *formal care* magyarítása. Nem azonos az intézményi ellátással; utóbbi az előbbi része. A piaci szerződések jelenthetnek adóelkerülő, „informális” megállapodásokat is, az utóbbi mégsem sorolandó az informális ellátások közé, amelyeket az jellemz, hogy nem csere alapon nyújtják őket.

csoportjára igaz, hogy kevesebben élnek a bentlakásos rendszerben, mint azon kívül.¹⁰ A nők közül többen laknak ilyen intézményekben. A nők ugyanis – mivel átlagosan tovább élnek – nagyobb valószínűséggel maradnak egyedül, mint a férfiak.

5. tábla.

Bentlakásos ellátásban részesülők aránya a súlyos önellátási nehézséggel küzdő személyek között, kor és nem szerint, 2009

(%)

Az ellátás típusa	Férfi				Nő			
	60–69	70–79	80–	60 évesnél idősebbek együtt	60–69	70–79	80–	60 évesnél idősebbek együtt
	éves				éves			
Idősek otthona (szociális ellátás)	17,3	20,9	28,1	21,6	37,5	28,0	26,7	28,0
Ápolási osztály (egészségügy)	18,3	15,5	13,0	15,8	44,5	16,8	9,8	15,0

Forrás: homogén gondozási csoportok projekt.

A 6. táblában egy szélesebb csoport, az önellátási nehézséggel élők házi segítségnyújtáshoz, szociális étkeztetéshez és jelzőrendszeres házi segítségnyújtáshoz való hozzáférése látható. Ezek a számok a kielégítetlen szükségletek még nagyobb arányát mutatják.

6. tábla

Házi segítségnyújtásban, szociális étkeztetésben és jelzőrendszeres házi segítségnyújtásban részesülők aránya az önellátási nehézséggel küzdő személyek között kor és nem szerint, 2009

(%)

Az ellátás típusa	Férfi				Nő			
	60–69	70–79	80–	60 évesnél idősebbek együtt	60–69	70–79	80–	60 évesnél idősebbek együtt
	éves				éves			
Házi segítségnyújtás	1,8	3,8	6,1	3,4	3,2	6,1	7,7	5,7
Szociális étkeztetés	6,1	8,0	10,3	7,6	6,7	8,3	9,7	8,2
Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás	0,5	1,6	2,4	1,3	1,3	3,2	3,5	2,7

Forrás: ELEF2009.

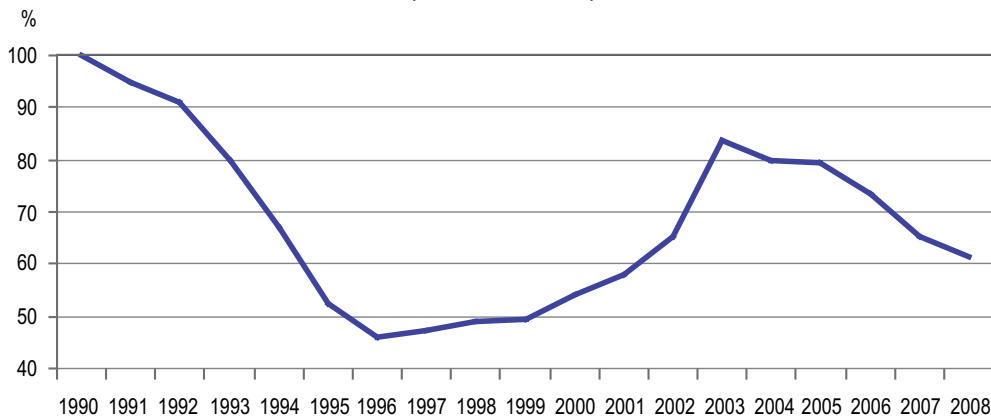
A még mindig nagymértékű ellátatlanság azonban még így is számottevő javulás eredménye. Az időseknek nyújtott bentlakásos ellátás jelentősen elterjedt az elmúlt két évtizedben. Az 1990-es évek elején kb. 30 000 ágyat működtettek szociális intézményekben. 2000-re ez a szám 40 000-re nőtt a gyorsan csökkenő állami támogatás dacára (lásd az 1. ábrát). A támogatások gyors növekedése 1999 és 2003 között az ágyszám további emelkedését eredményezte, amit még felgyorsítottak a kormány fejlesztési programjai. 2006-ban az idősotthonokban rendelkezésre álló ágyak száma elérte a 47 000-et, 2009-re 50 600-at, amit további 4000 ágyszített ki átmeneti intézményekben, amelyek időszakos bentlakásos ápolást nyújtanak, legfeljebb egy évig.

A bentlakásos otthonok átlagos infrastrukturális színvonala meglehetősen alacsony. A szobák 75%-ában három vagy több gondozott lakik, és nincs szobánként külön fürdőszoba.

A kórházak ápolási osztályain 1800 ágy volt, az utókezelői osztályokon további 4900 a 2006-os egészségügyi reformig. A reform csaknem megduplázta az ágyszámot (lásd a fentiekben: 2700 ápolási ágy és 7400 utókezelői ágy 2009-re.) Az 1990-es évek elején évente 27 000 embert bocsátottak el ezekről az ágyakról, és további 6100 halt meg. Ezt kell összevetni a fentiekben már említett 2009-es adattal (81 ezer elbocsátás, 20 ezer elhalálozás).

¹⁰ Az ELEF2009 csak a magánháztartásokban élő, 14 évnél idősebb népességet vizsgálja. A táblázatban szereplő arányokat úgy számoltuk, hogy az intézményi háztartásokban élőket súlyos önellátási nehézségekkel küzdőknek tekintettük és létszámokat hozzáadtuk őket mind a számlálóhoz, mind a nevezőhöz.

Bentlakásos otthonok állami fejkvótája reálértékben (1990=100%)



3.5. Házi segítségnyújtás

Az önkormányzatok kötelesek megszervezni a házi segítségnyújtási szolgáltatásokat. Jelenleg a mintegy 3200 közül 860 önkormányzat van, ahol nem tartanak fenn ilyen szolgáltatást. 1990 után erőteljesen lecsökkent az ellátottak száma (1990: 85 000; 1995: 44 500; 1999: 40 000). 2000-tól kezdve a szolgáltatást igénybevevők száma kissé növekedni kezdett. 2009-ben 63 400 idős ember részesült házi segítségnyújtásban, 74%-uk nő volt. A segítők száma 2008-ig szinte alig változott (1990: 4900; 2006: 5100, de 2009-ben már 7500). 2008-ról 2009-re mind a gondozók, mind a gondozottak száma jelentősen megnövekedett, ami a szolgáltatás új szabályozásának volt köszönhető. A gondozási szükséglet vizsgálatok az elérhető maximális 80 pontból már 6 pont elegendő a szolgáltatásra történő jogosultság megszerzéséhez.

A szociális étkeztetés esetében az önkormányzatoknak kötelessége ilyen szolgáltatás működtetése, amit a legtöbben meg is tesznek, ám 851 helyen még mindig nem. 2006-ban, 109 000 idős embert étkeztettek. 1990 után az ellátottak száma kissé emelkedni kezdett (1990: 91 000; 2000: 98 000; 2009: 124 700). Jelentős hányaduk otthoni ápolást és egyben szociális étkeztetést is kap.

A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás a házi segítségnyújtás kiegészítő típusa. A 10 000 főnél nagyobb települések a törvény szerint kötelesek jelzőrendszeres ellátást szervezni. 2009-ben 27 200 idős volt így módon ellátva.

Otthoni szakápolásban 2009-ben 49 800 rászoruló részesült, 52%-uk valamilyen speciális terápiát kapott (például fizioterápiát, beszédterápiát stb.). Az esetek száma 99 000 körül alakult, ennek 40%-a speciális terápia volt; a vizitek száma elérte az 1,2 milliót. Az egy ellátottra jutó vizitek évenkénti átlagos száma lassan növekedett az elmúlt évtizedben (2000: 21,9; 2006: 24,7). Az egy esetre jutó átlagos vizitek száma stabilan 12 körül maradt ugyanebben az időszakban (2000: 11,5; 2009: 11,9). Az egy betegre jutó vizitek száma a 2000-es években 25-ről 30-ra emelkedett.¹¹

Az otthoni ápolás viszonylag új formája a hospice-ellátás.¹² Ezt a fajta otthoni ápolási szolgáltatást az Egészségbiztosítási Alap csak 2004 óta finanszírozza. A hospice-ellátáson belül az ápolási napok száma 2009-ben 96 000 volt 3900 esetre vetítve.

¹¹ Vizit: az otthoni szakápolás finanszírozási egysége. A Megyei Egészségbiztosítási Pénztár és a szakápolási szolgáltató szerződése alapján a biztosított ellátására naponta egy vizit számolható el az egy napon történt többszöri ellátás esetén is.

Eset: azon ellátottak száma, akik otthoni szakápolásban vagy hospice-ellátásban részesültek, függetlenül az ellátás időtartamától. Az ellátás csak akkor számít új esetnek, ha az ellátás befejeződött, de az év folyamán újra szükséges szakápolási ellátásba vétele. Tehát amennyiben az év folyamán egy betegnek a fentiek szerint újra elrendelik a szakápolást vagy hospice ellátást, az két vagy akár több esetnek számít.

Beteg: az év folyamán szakápolásban, hospice-ellátásban részesülő személyek száma függetlenül attól, hogy egy egyén hány alkalommal került új elrendeléssel az ellátandók közé. Tehát ha egy beteg részére az év folyamán többször – lezárás után – elrendelték a szakápolást, a hospice ellátást, akkor is csak egyszer kellett az adatszolgáltatásban szerepeltetni.

¹² Súlyos betegségük végstadiumában levő betegek humánus, összetett ellátása multidiszciplináris csoport segítségével. Az ellátás célja a betegek életminőségének javítása: testi és lelki szenvedéseik enyhítése, fizikai és szellemi aktivitásuk támogatása, valamint a hozzátartozók segítése.

4. LTC-szakpolitika

4.1. Szakpolitikai célok

A magyar kormánynek az LTC-rendszerre vonatkozó szakpolitikai céljait a szociális védelemről és a társadalmi összetartozásról szóló 2008–2010-es nemzeti stratégiai jelentés foglalja össze. A jelentés átfogó célkitűzésként említi egy olyan rendszer létrehozását, ami megfelelő választ tud adni a demográfiai változások következtében előálló kihívásokra. Ennek két alapvető összetevője a tartós ápolás intézményi kereteinek megszilárdítása, és a két ellátórendszer, az egészségügy és a szociális ellátások közös standardizált szabályainak megalkotása. A jelentés az átfogó célkitűzéseket specifikus célokra is lebontja: például

- a két különálló rendszer megőrzése és továbbfejlesztése, de a kettő közötti hatékony együttműködéssel;
- a két említett ág interoperabilitásának és együttműködésének javítása;
- a szolgáltatásokhoz való hozzáférésben létező egyenlőtlenségek kiküszöbölése;
- a rendszer rugalmassá tétele, hogy tudjon reagálni az egyéni szükségletekre;
- a pénzügyi fenntarthatóság biztosításához szükséges lépések megtétele;
- a szolgáltatások nyújtásához és azok finanszírozásához szükséges mechanizmusok létrehozása;

végül egységes standardok és eljárásmenetek kidolgozása.

2009 végén született meg a nemzeti idősügyi stratégia, amelyet a parlament nagy többséggel fogadott el. A stratégia többek között célul tűzi a speciális intézmények létrehozását (demensek, Alzheimer-kórban szenvedők részére), a szolgáltatásokhoz történő hozzáférés területi egyenlőtlenségeinek csökkentését, a komplex és integrált szolgáltatások kialakításának ösztönzését. A stratégiára épülő cselekvési terv 2010 tavaszára készült el, így a végrehajtása már az új kormányra maradt.

4.2. Integrációs politika

Az egészségügyi és szociális ellátások LTC-n belüli jobb együttműködésének programja nem újdonság. Az erre irányuló korábbi erőfeszítések azonban csak előzetes eredményeket hoztak. A Szociális és Munkaügyi Minisztérium 2007-ben elindított egy projektet „homogén gondozási csoportok” néven, azzal az explicit céllal, hogy felmérje a bentlakásos intézményekben folyó ápolási tevékenységet, illetve a kórházakban zajló szociális munkát, annak érdekében, hogy feltérképezze a szociális ellátások és az egészségügyi ellátás közötti határvonalat. Egy másik projekt, az integrált szociális és egészségügyi rendszer (ISZER) azzal a céllal jött létre, hogy az idősebb emberek önellátási képességét megőrizze és előmozdítsa, illetve elérje a közösségi, kórházi és intézményi erőforrások optimális felhasználását a szolgáltatások összehangolásával (Juhász 2008). Olyan jogszabály-alkotási erőfeszítések is történtek a szolgáltatások profil-tisztításának érdekében, mint például a speciális ápolási ellátások nyújtására vonatkozó engedélyek visszavonása a bentlakásos otthonoktól 2008-tól kezdődően.

4.3. A közelmúlt reformjai és a jelenlegi szakpolitikai vita

A 2008-as jogosultsági korlátozást, aki a közelmúlt fejleménye, már részletesen tárgyaltuk fentebb. Egy másik, az egészségügyi rendszerben végbevitt reform megváltoztatta a kórházi ágyak elosztását. Konkrétan, a kormányzat jelentősen lecsökkentette az aktív ágyak számát és azok koncentrációját a kórházakban. Ez a krónikus ágyak számának növekedéséhez és így a tartós ápolási kapacitások bővüléséhez vezetett.

A jelenlegi szakpolitikai viták fókuszában a következők állnak:

- az LTC-szolgáltatások egységes szabályozásának kidolgozása (2011-es és 2007-es kormányhatározat);
- az ápolás szakmai feltételeinek javítása („biztonság és partnerség”, az egészségügy fejlesztéséről szóló kormányprogram, 2008);
- az otthoni ellátásra épülő szolgáltatások kapacitásfejlesztése a bentlakásos ellátás expansziójának megállítása érdekében (“paradigmaváltás”, a szociális szolgáltatások fejlesztéséről szóló kormányprogram, 2007);
- az ápolást lefedő új társadalombiztosítási ág létrehozása, melyből az idősek ápolási és szociális ellátását finanszíroznák („zöld könyv az egészségügyről”, kormányprogram, 2007);
- idősügyi nemzeti stratégia (2009); Semmelweis-terv az egészségügyi ellátórendszer átalakításáról (2010).

4.4 Az LTC-rendszer kritikai értékelése

A magyar ápolási-gondozási rendszer legkritikusabb pontja az alacsony hozzáférés a szolgáltatásokhoz. A korlátozott mennyiségű közpénz, amit erre a célra lehet fordítani, az LTC-szükségletek nagy részét kielégítetlenül hagyják. Ráadásul ezen erőforrások felhasználása nem hatékony. Ahelyett, hogy a rendszer feladatokat finanszírozná és az alternatív szolgáltatókkal, mint pl. a háztartásokkal vagy NGO-kal való együttműködésre koncentrálna, intézmények finanszírozására fókuszál. Az intézményrendszer hangsúlyosan duális, a szociális és az egészségügyi rendszerre vonatkozó jogszabályok, azok finanszírozása és az általuk nyújtott ellátások közötti korlátozott, vagy nem létező összehangoltsággal, bár néhány újabb kezdeményezés ezt megváltoztathatja a jövőben.

Ez a kettősség a hasonló feladatok párhuzamos finanszírozásához vezet, ami csökkenti a hatékonyságot. Mivel nem állnak rendelkezésre releváns adatok, melyek egy tényekre alapuló szakpolitika követelményei lennének, a döntéshozatal gyakran lobbierdekek mentén történik.

Az intézményháló vékony, s a hozzáférés esélyei aszimmetrikusak. A vidék különösen gyengén lefedett. Ezzel szemben a szociális ellátórendszer egyes részei túlságosan decentralizáltak, több mint 3200 önkormányzathoz delegált feladatokkal egy 10 milliós népességű országban.

Irodalom

- ÁSZ (Állami Számvevőszék) (2008): Jelentés az önkormányzati kórházak és bentlakásos szociális intézmények ápolásra, gondozásra fordított pénzeszközei felhasználásának ellenőrzéséről. Budapest: *Állami Számvevőszék Jelentések 0820*. [http://www.asz.hu/ASZ/jeltar.nsf/0/24CB3F07C598D096C1257497004B40FE/\\$File/0820J000.pdf](http://www.asz.hu/ASZ/jeltar.nsf/0/24CB3F07C598D096C1257497004B40FE/$File/0820J000.pdf)
- Czibere K és Gál RI (2010): Long-term care in Hungary. *ENEPRI Research Reports 79*, Brussels, ENEPRI. <http://shop.ceps.be/book/long-term-care-hungary>
- Hablicsek L (2004): Demographics of population ageing in Hungary, 2004. *PIE Discussion Papers*, 207. Tokyo: Hitotsubashi University, Institute of Economic Research.
- Hablicsek L (2010): Népeség-előreszámítás. Budapest: Népeségtudományi Kutatóintézet. https://teir.vati.hu/rqdist/main?rq_app=icsszm&rq_proc=demof_init
- Juhász J (2008): Idős emberek szociális és egészségügyi ellátásában rejlő hazai lehetőségek. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben 7/9*, 10-13. http://biloba.hu/ime/2008_9/10_13.pdf
- Katz, S., Down, T.D., Cash, H.R., és Grotz, R.C. (1970): Progress in the development of the index of ADL. *The Gerontologist*, 10(1), 20-30.
- Lawton, M.P. és Brody, E.M. (1969): Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist* 9:179-186.
- Széman Zs. (2004): *Eurofamcare: National background report for Hungary*. Budapest: Institute of Sociology of the Hungarian Academy of Sciences, Manuscript.