



Közzététel: 2022. június 25.

A tanulmány címe:

Az egészségi okból fakadóan korlátozottak társadalmi helyzete, egészségi állapota és hozzáférése az egészségügyi szolgáltatásokhoz az ELEF2019 tükrében

Szerzők:

GÁRDOS ÉVA BEÁTA,

a Központi Statisztikai Hivatal ny. vezető hivatali főtanácsosa

E-mail: eva.gardos@ksh.hu

FÖLDVÁRI MÓNKA,

a Központi Statisztikai Hivatal vezető hivatali főtanácsosa

E-mail: monika.foldvari@ksh.hu

DOI: <https://doi.org/10.20311/stat2022.7.hu0671>

Az alábbi feltételek érvényesek minden, a Központi Statisztikai Hivatal (a továbbiakban: KSH) Statisztikai Szemle c. folyóiratában (a továbbiakban: Folyóirat) megjelenő tanulmányra. Felhasználó a tanulmány vagy annak részei felhasználásával egyidejűleg tudomásul veszi a jelen dokumentumban foglalt felhasználási feltételeket, és azokat magára nézve kötelezőnek fogadja el. Tudomásul veszi, hogy a jelen feltételek megszegéséből eredő valamennyi kárért felelősséggel tartozik.

1. A jogszabályi tartalom kivételével a tanulmányok a szerzői jogról szóló 1999. évi LXXVI. törvény (Szt.) szerint szerzői műnek minősülnek. A szerzői jog jogosultja a KSH.
2. A KSH földrajzi és időbeli korlátozás nélküli, nem kizárólagos, nem átdadható, térítésmentes felhasználási jogot biztosít a Felhasználó részére a tanulmány vonatkozásában.
3. A felhasználási jog keretében a Felhasználó jogosult a tanulmány:
 - a) oktatási és kutatási célú felhasználására (nyilvánosságra hozatalára és továbbítására a 4. pontban foglalt kivétellel) a Folyóirat és a szerző(k) feltüntetésével;
 - b) tartalmáról összefoglaló készítésére az írott és az elektronikus médiában a Folyóirat és a szerző(k) feltüntetésével;
 - c) részletének idézésére – az átvevő mű jellege és célja által indokolt terjedelemben és az eredetihez híven – a forrás, valamint az ott megjelölt szerző(k) megnevezésével.
4. A Felhasználó nem jogosult a tanulmány továbbértékesítésére, hasznoszerzési célú felhasználására. Ez a korlátozás nem érinti a tanulmány felhasználásával előállított, de az Szt. szerint önálló szerzői műnek minősülő mű ilyen célú felhasználását.
5. A tanulmány átdolgozása, újra publikálása tilos.
6. A 3. a)–c) pontban foglaltak alapján a Folyóiratot és a szerző(ke)t az alábbiak szerint kell feltüntetni:
„Forrás: Statisztikai Szemle c. folyóirat 100. évfolyam 7. számában megjelent, **Gárdos Éva Beáta és Földvári Mónika** által írt, **Az egészségi okból fakadóan korlátozottak társadalmi helyzete, egészségi állapota és hozzáférése az egészségügyi szolgáltatásokhoz az ELEF2019 tükrében** című tanulmány (link csatolása)”
7. A Folyóiratban megjelenő tanulmányok kutatói véleményeket tükröznek, amelyek nem feltétlenül esnek egybe a KSH vagy a szerzők által képviselt intézmények hivatalos álláspontjával.

Gárdos Éva Beáta – Földvári Mónika

Az egészségi okból fakadóan korlátozottak társadalmi helyzete, egészségi állapota és hozzáférése az egészségügyi szolgáltatásokhoz az ELEF2019 tükrében

Social and health status of people with activity limitations for health reasons in Hungary and their access to health services in the light of EHIS2019

Gárdos Éva Beáta, a Központi Statisztikai Hivatal ny. vezető hivatali főtanácsosa. E-mail: eva.gardos@ksh.hu
Földvári Mónika, a Központi Statisztikai Hivatal vezető hivatali főtanácsosa. E-mail: monika.foldvari@ksh.hu

Jelen tanulmány – a szerzők egy korábbi, a fogyatékoság és korlátozottság hivatalos statisztikában alkalmazott mérési módszereit bemutató írásának (*Földvári–Gárdos, 2021*) folytatásaként – az Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF) 2019-es hullámának adataira építve vizsgálja a korlátozottság főbb mutatóinak összefüggéseit. A mindennapi életben fennálló hosszú távú korlátozottság mérőeszköze alapján górcső alá veszi a súlyosan és a mérsékelten korlátozott¹ lakosság jellemzőit. A leíró elemzésen túl szociodemográfiai változók, valamint egészségi állapotra és egészségi ellátásra vonatkozó változócsoportok esetében logisztikus regressziós modellek segítségével elemzi, hogy közülük melyek mutatnak kapcsolatot a korlátozottság egyes típusaival.

Bár a súlyos korlátozottság kialakulása jelentős mértékben egyéni kockázat függvénye, gyakran jár együtt hátrányos társadalmi helyzettel, rossz egészségi állapottal és az egészségügyi szolgáltatások (különösen a kórházi ellátás) intenzívebb igénybevételével. Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést a súlyosan korlátozottak esetében elsősorban a közlekedési nehézségek, illetve a gyógyszerkiváltáshoz és a mentálhigiénés ellátáshoz kapcsolódó anyagi okok akadályozzák a nem korlátozottakhoz viszonyítva.

A mindennapi életében egészségi okból fakadóan mérsékelten korlátozott lakosság a vizsgált mutatók tekintetében a súlyosan korlátozottakhoz képest közelebb áll a nem korlátozott lakossághoz, még inkább a lakosság átlagához, ugyanakkor a társadalmi részvétel szempontjából ez a csoport is veszélyeztetettnek tekinthető.

Tárgyszó: ELEF2019, a korlátozottság standard mérőeszközei, a mindennapi életben korlátozott lakosság jellemzői

¹ Jelen tanulmányban a *nem súlyosan* és a *mérsékelten korlátozott* kifejezéseket szinonimaként használjuk.

In this study, as a continuation of the authors' previous work on methods for measuring disability and activity limitations in official statistics (*Földvári–Gárdos, 2021*), the relationship between the main indicators of activity limitations is examined, using data from the 2019 wave of the European Health Interview Survey (EHIS). Then, selecting from these the measure of long-term limitations in everyday life, the characteristics of severely and moderately limited population is analysed. In addition to the descriptive analysis, the factors that are associated with the two types of activity limitation are studied using logistic regression models for socio-demographic variables, health status, and groups of health care variables.

Although severe limitation is highly dependent on individual risk, it is often connected to social disadvantages, poor health, and increased use of health services (especially hospital care). Access to health services for those who are severely limited compared to the non-limited has been mainly hampered by transport difficulties and financial reasons related to the purchase of medicines or mental health care.

The moderately limited population is generally closer to the non-limited population, even more so to the average population, than the severely limited, but is also considered to be at risk in terms of social participation.

Keyword: EHIS2019, standard measurement tools of disability, characteristics of the population limited in everyday activities

A fogyatékoság, egészségi ok miatti korlátozottság vizsgálatában a nemzetközi hivatalos statisztikai gyakorlat egyik kiindulópontja a Fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló egyezmény (*UN, 2006*), amelyet Magyarországon a 2007. évi XCII. törvényben hirdettek ki (*Magyar Közlöny, 2007*). Az egyezmény fontos szemléletbeli sajátossága, hogy az egészségi problémákkal érintett személyek társadalmi részvételére helyezi a hangsúlyt, s az egyenlő esélyek biztosítását tűzi ki célul. Ez a korábbi, medikális/orvosi szemlélethez képest tágabb perspektívát jelent, mivel tekintetbe veszi az egyént körülvevő környezetet is. Az ugyanis, hogy egy adott fogyatékoság vagy betegség mennyiben jelent korlátozottságot, nehézséget az érintettek mindennapi életében, nagyban függ a körülményektől: a fogyatékos vagy egészségi problémákkal küzdő emberekkel kapcsolatos társadalmi felfogástól és a nekik nyújtott támogatás formáitól (legyen az a kibontakozásukat, társadalmi részvételüket támogató anyagi, jogi segítség vagy az akadálymentesített fizikai környezet) (*Chikán, 2001; Mont, 2007; Palmer–Harley, 2012; Altman, 2014*).

A medikális szemlélettől a szociális szemlélet felé való elmozdulás azt is jelentette, hogy a statisztikai adatgyűjtés során hangsúlyosabbá vált a mindennapi életben és a különböző tevékenységekben, funkciókban fennálló nehézségek, korlátozottság felmérése. Az EU (Európai Unió) harmonizált egészségfelmérésének harmadik, 2019-es

hullámában az egészségi ok miatti korlátozottságot számos kérdés vizsgálta, melyek a mindennapi életben fennálló és a funkcionális korlátozottságot, valamint az önellátás és a háztartási tevékenységek területeit egyaránt érintették. Ez lehetővé teszi egyfelől a korlátozottság egyszerre többszempontú vizsgálatát, másfelől a korlátozottak társadalmi helyzetének, egészségi állapotának és az egészségi ellátásokhoz való hozzáféréseinek felmérését, illetve összevetését a nem korlátozott lakosság jellemzőivel.

Tanulmányunkban, amely a fogyatékos és a korlátozott hivatalos statisztikában alkalmazott mérési módszereit bemutató írásunk (*Földvári–Gárdos, 2021*) folytatásának tekinthető, tovább elemezzük a korlátozottság ELEF-ben alkalmazott mérőeszközeinek egymással kapcsolatos viszonyát, és ezek egyike alapján ismertetjük a korlátozottak jellemzőit. Fő célunk annak feltárása, hogy az egészségi okból korlátozott személyek a nem korlátozottakhoz viszonyítva milyen nehézségekkel szembesülnek: korlátozottságuk mennyiben jár együtt hátrányos társadalmi helyzettel, milyen problémákat tapasztalnak az egészségi állapot különböző mutatói szerint vizsgálva, és nehézségeik enyhítése érdekében milyen szolgáltatásokat kapnak az egészségügyi ellátás keretein belül.

1. A korlátozottság mérőeszközeinek egymáshoz való viszonya

Az ELEF a KSH (Központi Statisztikai Hivatal) ötévente ismétlődő nagymintás felvétele a lakosság egészségi állapotára, az egészséget befolyásoló tényezőkre és az egészségügyi ellátás igénybevételére vonatkozóan szolgáltat adatokat. Az adatgyűjtés a 15 éves és annál idősebb, magánháztartásokban élő lakosságra terjed ki. A választadók száma 2019-ben 5 603 fő volt, akiket a korábbi felvételek gyakorlatával megegyezően kétlépcsős, rétegzett, véletlen mintavétellel választottak ki.²

Elemzéseink során a következő standard, ELEF-adatokból számított, nemzetközi összehasonlításra is alkalmas mutatókat használjuk:³

– a tevékenységeket és a társadalmi részvételt érintő korlátozottság általános mérésére szolgáló globális mutató (global activity limitations indicator, GALI); ennél a

² A felvételtől és annak eredményeiről további információk találhatóak a KSH honlapján (<https://www.ksh.hu/elef/kiadvanyok.html>). Az ELEF2019-ről készült kiadványok közül az *Egészségi okból fakadó korlátozottság, 2019* (KSH, 2021) és a *Tehetünk az egészségünkért* című gyorsjelentés (KSH, 2020) tartalmaz korlátozottságra vonatkozó adatokat.

³ A 2019. évi ELEF kérdőívben (https://www.ksh.hu/elef/elef2019_kerdoiv.pdf) a mindennapi életben fennálló korlátozottságot a B4–B5., a funkcionális korlátozottságot a C1–C10., az önellátásban és a háztartási tevékenységek terén tapasztalt nehézségeket a D1–D3., illetve az E1–E3. kérdések mérték fel. A mérőeszközöket részletesen bemutattuk korábbi tanulmányunkban (*Földvári–Gárdos, 2021*).

korlátozottság meghatározásakor a mindennapi életben egészségi okból legalább fél éve fennálló problémákat vesszük figyelembe;

- a funkcionális korlátozottság területei közül a látás, hallás, járás és emlékezés terén tapasztalt nehézségeket magában foglaló, ún. alapvető tevékenységekben fennálló korlátozottság (basic activity limitations, BAL) mutatója; eszerint súlyosan korlátozottak azok, akik legalább az egyik területen nagy nehézségeket élnek meg, vagy egyáltalán nem képesek az adott tevékenységre, míg a mérsékelten korlátozottak kisebb nehézségeket tapasztalnak egy vagy több területen;⁴

- az önellátásban és a háztartási tevékenységekben tapasztalt nehézségek összevont mutatói, amelyeket a BAL-mutatóval azonos módon képzünk; ezek szerint súlyosan korlátozottak tekintjük azokat, akik legalább az egyik területen nagy nehézségeket tapasztalnak, vagy nem képesek az adott tevékenységre; mérsékelten korlátozottak pedig azokat, akiknek csak kisebb nehézségük van egy vagy több területen;

- annak mutatója, hogy az érintetteknek szükségük lenne-e az eddig kapott személyes segítségen vagy segédeszközön kívül további segítségre az önellátásban vagy a háztartási tevékenységek ellátásában.

A lakosság előbb felsorolt mutatók szerinti megoszlását az 1. táblázat ismerteti. A két általános mutató közül a GALI alapján szűkebb csoport tekinthető korlátozottnak, mint a funkcionális területeken alapuló BAL szerint. Ez az eredmény összhangban áll azzal, hogy a GALI a hosszabb távon fennálló nehézségeket vizsgálja, míg a funkcionális területeket érintő kérdések kifejezetten az adatfelvétel idejére vonatkoznak, és a belőlük képzett összevont mutatók célja a társadalmi részvétel szempontjából veszélyeztetett lakosság lehatárolása (*Van Oyen et al., 2018; Madans et al., 2004*). Egy egészségi probléma, például a súlyos halláskárosodás, a társadalmi kirekesztődés kockázatát jelenti, ami azonban nem feltétlenül jár együtt súlyos korlátozottsággal a társadalmi részvételben. Az, hogy a mindennapi életben mennyi gondot okoz, a fizikai és a társadalmi környezettől, az egészségügyi ellátás elérhetőségétől és minőségétől, illetve nem utolsósorban a halláskárosodással élő személy hozzáállásától függ (*Mont, 2007; Altman, 2014; Chikán, 2001*).

⁴ Megjegyezzük, hogy az ELEF adatai alapján számolt BAL-mutató szerinti megoszlás nagyon közel esik az Egyesült Nemzetek Szervezete fogyatékosági statisztikákkal foglalkozó washingtoni csoportjának (Washington Group on Disability Statistics, WG) rövid kérdéssora (short set on functioning, WG-SS) alapján kapott megoszláshoz (amely a látáson, halláson, járáson és emlékezésen kívül tekintetbe veszi a kommunikáció terén tapasztalt korlátozottságot is). Mindkét mutató standard, jól alkalmazható mérőeszköze a funkcionális korlátozottságnak (*Földvári-Gárdos, 2021*). Az ELEF adataiból a WG-SS-nek csak a közelítő értékei határozhatók meg, mivel a funkcionális korlátozottság területeire vonatkozó kérdések eltérnek a standard formától.

1. táblázat

**A 15 éves és annál idősebb lakosság megoszlása
a korlátozottság különböző mutatói szerint, 2019**

*Distribution of the population aged 15 and over
by various indicators of disability, 2019*

(%)

Mutató	Súlyosan	Mérsékelt	Nem
	korlátozott		
GALI	6,4	19,3	74,3
BAL	11,8	29,8	58,4
Látás	2,0	14,7	83,4
Hallás	2,6	15,3	82,1
Járás	8,6	11,5	79,9
Emlékezés	1,4	12,6	86,0
Korlátozottság az önellátás területein	2,1	8,8	89,1
Korlátozottság a háztartási tevékenységekben	8,2	12,5	79,3

Megjegyzés: itt és a következő táblázatokban a megoszlásadatok a kerekítés miatt nem minden esetben adják ki az összesen értéket vagy a 100,0%-ot.

Forrás: ELEF2019.

2. táblázat

**A funkcionális és a mindennapi életben fennálló tartós korlátozottság
összefüggése (becsült népességszám és -megoszlás a 15 éves és annál idősebb
lakosságra vonatkozóan), 2019**

*Relationship between functional and daily activity limitations
(estimated number and distribution of the population aged 15 and over), 2019*

Tartós korlátozottság a mindennapi életben (GALI)		Funkcionális korlátozottság (BAL)			Összesen
		súlyos	mérsékelt	nem korlátozott	
Súlyos	fő	370 512	111 435	35 009	516 956
	%	4,6	1,4	0,4	6,4
Mérsékelt	fő	388 047	741 733	435 693	1 565 473
	%	4,8	9,2	5,4	19,3
Nem korlátozott	fő	203 234	1 546 649	4 264 767	6 014 650
	%	2,5	19,1	52,7	74,3
Összesen	fő	961 793	2 399 817	4 735 469	8 097 079
	%	11,9	29,6	58,5	100,0

Forrás: ELEF2019.

Mindazonáltal a GALI és a BAL szerinti besorolás között jelentős átfedés van (2. táblázat). A mindennapi életben magukat tartósan, súlyosan korlátozottnak vallóknak (akiknek becsült nagysága a 15 évesek és annál idősebbek körében több mint félmillió fő) a 72%-a súlyos, 22%-a mérsékelt funkcionális korlátozottsággal is küzd. A látás, hallás, járás és emlékezés közül legalább egy területen súlyosan korlátozott a 15 éves és annál idősebb lakosság bő egytizede, csaknem 962 ezer fő; ezek 39%-a súlyos, 40%-a mérsékelt súlyos hosszú távú nehézségekkel éli mindennapjait. A GALI és a funkcióképesség mérőszámainak szoros összefüggése tekintetében egyhangú a nemzetközi szakirodalom (*Van Oyen et al., 2018; Berger et al., 2015; Cabrero-García et al., 2020*).

Korábbi kutatásunk kiegészítéseképpen a korlátozottságra vonatkozó változóinkat többváltozós elemzéssel, többdimenziós skálázással⁵ is vizsgáltuk. Ez alapján a következő főbb megállapításokat tehetjük:

– Leginkább a mindennapi életben való (GALI szerinti) súlyos korlátozottságot és a funkcióképesség (BAL szerinti) legalább egy területét (a látást, hallást, járást vagy emlékezést) érintő súlyos korlátozottságot jellemzik az önellátás és a háztartási tevékenységek terén tapasztalt nehézségek, illetve igény ezen a téren a segítségre. A GALI szerinti súlyos korlátozottság a legnagyobb nehézségeket megjelenítő sűrű változócsoporthoz centrumában helyezkedik el (lásd a Függelék ábráját), így a többváltozós elemzés is megerősíti, hogy amennyiben a mindennapi életben, a társadalmi részvételben súlyos nehézségeket tapasztaló válaszadók körülhatárolása az egyik fő cél, a GALI ideális választás.

– A mérsékelt korlátozottság, különösen, ha a funkcióképesség területein jelentkezik, nem feltétlenül, illetve kevésbé jár együtt a mindennapi életben, az önellátásban vagy a háztartási tevékenységek terén tapasztalt nehézségekkel. A GALI szerinti mérsékelt korlátozottság közel esik a háztartás terén tapasztalt mérsékelt nehézségekhez, ami a mindennapokban megélt nehézségek egy enyhébb fokát képviseli.⁶ A funkcionális korlátozottság (BAL) súlyos formája pedig a nagy nehézségeket megjelenítő változócsoporthoz mellett helyezkedik el, viszont enyhébb változata nem feltétlenül jelenti a mindennapi életben a korlátozottság megtapasztalását.⁷

⁵ A változók listáját és az eredményeket lásd a Függelékben. A többdimenziós vagy sokdimenziós skálázás (multidimensional scaling, MDS) lehetőséget kínál arra, hogy a változók csoportjait úgy helyezzük el egy redukált dimenziószámú térben, hogy a változók távolságának sokdimenziós térben mért sorrendje a lehető legkevésbé változzon meg (*Borg–Groenen, 2005; Székelyi–Barna, 2005; Ding, 2018; Füstös–Meszéna–Simonné Mosolygó, 1997*).

⁶ Az önellátás és a háztartási tevékenységek terén súlyos nehézségeket megélt, valamint a jelenleginél több segítséget, segédeszközt igénylők arányát a GALI szerinti kategóriákban a Függelék 3. táblázata mutatja be.

⁷ Korábban már jeleztük, hogy a BAL-mutató a WG-SS-hez hasonló értéket vesz fel. A WG-SS esetében nemzetközi összehasonlításra elsősorban a súlyos korlátozottságot megtapasztalók arányát javasolják. (Lásd <https://www.washingtongroup-disability.com>)

Mint láthattuk, a GALI alkalmas standard mutatószám a különböző tevékenységek és a társadalmi részvétel terén mutatkozó súlyos és mérsékelt nehézségek, korlátozottság általános mérésére, ezért a további elemzéseink során a súlyosan és a mérsékelt korlátozott lakosságot e mutató szerint különítjük el.

2. Az egészségi ok miatt korlátozott lakosság jellemzői

A GALI több célt szolgáló statisztikai mérőszám. Felvételekor az egyéneket arra kéri, hogy értékeljék a szokásos tevékenységeiket érintő, egészségi problémából fakadó, hosszú távú (legalább 6 hónapig fennálló) korlátozottságukat. Ez az egyszerű, de egyben átfogó mutató

- alkalmas arra, hogy felmérjük, a lakosság mekkora része kényszerül súlyos, illetve mérsékelt mindennapi nehézségekkel élni;
- képezi az egyik alapját az „egészségesen várható élettartam” elnevezésű EU-s indikátor számításának;
- a minimális európai egészségmodul részeként, két másik mutatóval együtt, a népesség egészségi és aktivitási állapotának figyelemmel kísérésére szolgál az EU-ban;
- a felnőtt népesség halálozásának erős előrejelzője (*Berger–Van der Heyden–Van Oyen, 2015; Földvári–Gárdos, 2021*).

Az EU-ban a GALI a korlátozottság felmérésének alapmutatójaként számos EU-standardizált kutatás részét képezi (*Eurostat, 2015; Berger–Van der Heyden–Van Oyen, 2015; Földvári–Gárdos, 2021*).

A GALI szerint 2019-ben a 15 éves és annál idősebb magyarországi lakosság csaknem negyede (26%-a), 2 millió 82 ezer személy volt a mindennapi életben tartósan korlátozott, és a közéjük tartozó súlyosan korlátozottak 6,4%-ot tették ki a népességben belül.

2.1. Az egészségi ok miatt korlátozottak szociodemográfiai összetétele

A szakirodalom szerint az egészségi állapot az életkor és a nem mellett leginkább a családi állapottal,⁸ az iskolai végzettséggel mérhető társadalmi pozícióval és az anyagi helyzettel van kapcsolatban (*Kovács, 2006*). A fogyatékosság és az egészségi okból fakadó

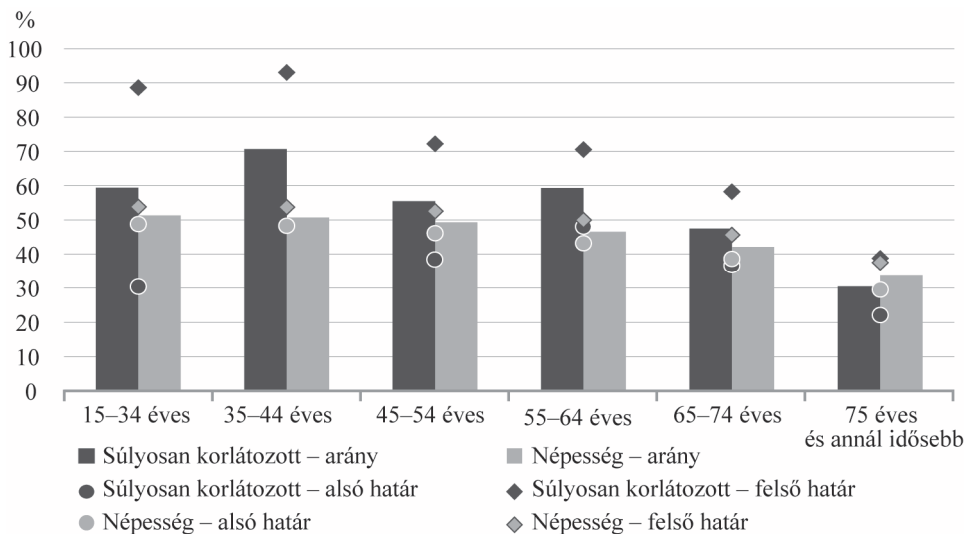
⁸ Családi állapot szerint a nem házasok – kiváltképp az özvegyek – veszélyeztetettebbek, és ez nem csak az eltérő kormegoszlás következménye (*Kovács, 2006*).

korlátozottság is erősen összefügg az életkorral, valamint jelentős társadalmi gradienssel rendelkezik. Emellett, illetve ezzel összefüggésben, a fogyatékkal élők/súlyosan korlátozottak másokhoz képest aránytalanul hátrányosabb helyzetben vannak az egészségi állapotuk miatt és az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférésük tekintetében. A környezeti hátrányok (például szegénység, rossz lakáskörülmények) akadályokat teremtenek a társadalmi befogadásuk szempontjából (Berghs et al., 2016).

1. ábra

**A férfiak aránya (95%-os megbízhatósági intervallum mellett)
a 15 éves és annál idősebb súlyosan korlátozottak, valamint
az ugyanezen korcsoportba tartozó teljes népesség körében**

*Proportion of men (with a 95% confidence interval)
in the severely limited and total population aged 15 and over*



Forrás: ELEF2019.

Lauer és Houtenville (2018) több kutatás utóelemzésével arra az eredményre jutottak, hogy korlátozottság tekintetében azoknak a személyeknek kisebb a kockázata, akiknek legalább főiskolai végzettségük van, gazdaságilag aktívak, háromtagú vagy annál nagyobb háztartásban élnek, egészségi állapotuk kiváló vagy nagyon jó, illetve van házaspár vagy élettársa. Ezzel szemben növeli a korlátozottság esélyét a szegénység.

Az előbb említett megállapításokat az ELEF2019-adatok is többnyire alátámasztják. A továbbiakban az egészségügyi ok miatt korlátozott népesség szociodemográfiai jellemzőinek eltéréseit vesszük számba a nem korlátozottakéhoz képest.

1. A nők aránya a súlyosan korlátozottak között (53%) eléri, a nem súlyosan korlátozottak között (58%) pedig meghaladja a népességbeli értéket,⁹ mégis az 1. ábra adatainak tendenciáját tekintve azt kell valószínűsíteni, hogy a súlyos korlátozottság inkább a férfiak problémája. A 15–64 évesek között ugyanis a súlyosan korlátozottak többsége férfi, akiknek aránya a legidősebbek kivételével minden korcsoportban¹⁰ meghaladja a nem korlátozottakra vonatkozó, illetve a népességbeli hányadot. Hozzá kell azonban tenni, hogy a súlyosan korlátozottak alacsony száma miatt a becslés bizonytalansága nagy. A mérsékeltén korlátozottak korcsoportjainak nemek szerinti megoszlása sokkal közelebb áll a népességi adatokhoz.

2. Az egészségi problémával összefüggő korlátozottság – különösen annak súlyos esetei – jórészt az idős kor velejárója. A súlyosan korlátozottak harmada elérte a 75 éves kort, közel negyede 65–74 éves, vagyis mintegy hattizede (58%) időskorú. A 65 éves és annál idősebbek aránya a mérsékeltén korlátozottak esetében valamivel több négytizednél (43%), de a teljes népesség negyedét (23%) nem éri el. Ezzel szemben a nem korlátozottak több mint fele legfeljebb 44 éves, és csak 15%-uk időskorú.

3. A korlátozottság szerinti csoportokat összevetve, részben az eltérő korösszetételből adódóan, a súlyosan korlátozottak között a legalacsonyabb a házások¹¹ (42%), illetve az egyedül élő nőtlenek/hajadonok (12%), és legmagasabb az egyedül élő özvegyek aránya (32%). A nem súlyosan korlátozottak között fordul elő a legtöbb házas (53%). A nem korlátozottak kategóriájában viszont az egyedül élő hajadonok/nőtlenek aránya a legmagasabb (28%), az egyedül élő özvegyeké (6,3%) pedig a legalacsonyabb.¹²

4. A súlyosan korlátozottak kevésbé iskolázottak, mint a népesség többi része. Közöttük a legfeljebb alapfokú végzettségűek aránya (43%) meghaladja a népességbeli arány (20%) dupláját, és magasabb az érettségi nélküli középfokú végzettségűek hányada is (28 vs. 22%), bár abszolút értékben e tekintetben mutatkozik a legkisebb szóródás. Ez azt is jelenti, hogy ebben a csoportban van a legkevesebb érettségizett vagy annál iskolázottabb (29%), fele annyi, mint a vizsgált népesség egészében. A nem súlyosan korlátozottak iskolai végzettség szerinti megoszlása hasonló mintázatot mutat, mint a súlyosan korlátozottaké, de lényegesen egyenletesebb.

⁹ A 15 éves és annál idősebb lakosság körében 2019-ben 51% volt az arányuk.

¹⁰ A tanulmányban a következő hat életkor-kategóriát használjuk: 15–34, 35–44, 45–54, 55–64, 65–74 éves, 75 éves és annál idősebb. Az első kategória kétszeres nagyságát az indokolja, hogy ebben a korcsoportban alacsony a súlyosan korlátozottak száma.

¹¹ A házások közé értjük a bejegyzett élettársi kapcsolatban élőket is.

¹² A családi állapotot vizsgálva figyelembe kell venni, hogy egy keresztmetszeti minta keretében sokféle előélet adatai ötvöződnék az eredményekben. Minden bizonnyal másként van hatással a családi állapotra egy születéskor szerzett sérülés, mint a közelmúltban bekövetkezett baleset vagy egészségkárosodás. A korai korlátozottság hátrányt jelenthet a „házassági piacon”, a középkoruként elszenvedett egészségkárosodás pedig növelheti a válás kockázatát. A családi állapot és a korlátozottság lehetséges ok-okozati kapcsolatára az ELEF adatai alapján még csak feltételesen sem tudunk következtetni, mivel nincs információnk a korlátozottság pontos tartamáról.

5. Az ELEF2019 adatai szerint a 15 éves és annál idősebb lakosság nagyobb része (55%) gazdaságilag aktív, a súlyosan korlátozottak között azonban ennek a mutatónak az értéke sokkal alacsonyabb (15%), viszont a nem súlyosan korlátozottak körében is csak 37%.

6. A személyes tulajdonságok között vizsgáltuk a társas támogatottságot is.¹³ A gyenge támogatottság valószínűsége a súlyosan korlátozottak között a legmagasabb (23%), a nem korlátozottakra jellemző értéknek (10%) több mint kétszerese.

A háztartás jellemzői között hét változót vettünk számba, amelyek annak összetételét, földrajzi elhelyezkedését, iskolázottságát és jövedelmi helyzetét írják le.

7. A súlyosan korlátozottak esetében a legmagasabb az egyszemélyes háztartások aránya, több mint harmaduk (34%) egyedül él, míg a nem súlyosan korlátozottaknak csak bő ötöde (22%), a nem korlátozottaknak pedig mindössze 13%-a. A korlátozottaknak súlyosságtól függetlenül mintegy négytizede, a nem korlátozottaknak 29%-a él kétszemélyes háztartásban. Az ennél nagyobb háztartások aránya a korlátozottság súlyosságának csökkenésével párhuzamosan nő (26 vs. 58%).¹⁴ A 15 éves és annál idősebb lakosság 31%-ának háztartásában él 18 évesnél fiatalabb személy. A korlátozottság tekintetében a súlyosabbtól a kevésbé súlyos felé haladva csökken a gyermektelen háztartások aránya (89 vs. 64%), illetve emelkedik az egy (5,9 vs. 18%), a kettő (3,1 vs. 12%) és a három vagy annál több gyermekkel élőké (2,0 vs. 5,8%).

8. A gyermekkorúak számával összefügg az inaktívak aránya, mégis a korlátozottak háztartásában élő inaktívak jellemzően elmúltak 18 évesek. A súlyosan korlátozottak háztartásainak 63%-ában mindenki inaktív, míg a nem korlátozottak háztartásaiban ez az arány csak 17%. A legalább háromfős háztartásokban ötszörös a különbség a két csoport között (22 vs. 4,4%).

9. A lakóhely régiója szerinti megoszlás a nem korlátozottak esetében szinte azonos a teljes vizsgált népességével, de még a nem súlyosan korlátozottak esetében is nagyon közel áll ahhoz. A súlyosan korlátozottaké azonban számottevően eltér attól. Az átlaghoz viszonyítva az Alföld és Észak nagyrégióban¹⁵ (39 vs. 49%), valamint Dél-Dunántúlon (9 vs. 11%) nagyobb, Közép-Magyarországon (30 vs. 25%), illetve Nyugat- és Közép-Dunántúlon (21 vs. 15%) viszont kisebb a súlyosan korlátozottak aránya. A népesség egészével összehasonlítva a súlyos korlátozottság esélye az ur-

¹³ A társas támogatottságot a következő kérdések alapján három kategóriába soroltuk:

- Hány olyan, Önhöz közel álló ember van, akire számíthat, ha komoly személyes problémája van?
- Mennyire érdekli másokat az, amit Ön csinál, ami Önnel történik?
- Milyen könnyen kapna segítséget a szomszédoktól, ha szüksége lenne rá?

A válaszok alapján a társas támogatottság gyenge (3–8 pont), közepes (9–11 pont) vagy erős (12–14 pont) lehet.

¹⁴ A korlátozottság fokozódásával csökken annak valószínűsége, hogy az érintettnek van 25 évesnél fiatalabb gyermeke, aki vele azonos háztartásban él (31 vs. 8,5%), míg ezzel párhuzamosan nő azon háztartástípusoké, ahol minden gyermek legalább 25 éves (6,0 vs. 16%).

¹⁵ Az Alföld és Észak nagyrégió az Észak-Magyarország, az Észak-Alföld és a Dél-Alföld régiókat fedi le.

banizáltság szintjének csökkenésével nő. A fővárosban és a megyeszékhelyeken élő súlyosan korlátozottak aránya elmarad a lakossági átlagtól (29 vs. 37%).

10. A legmagasabb iskolai végzettség a háztartás tagjainak körében hasonló mintázatot mutat, mint a személyes iskolai végzettség, de érthető módon a kevésbé iskolázottak aránya minden korlátozottsági kategóriában alacsonyabb. A súlyosan korlátozottak háztartásában azonban még így is háromszor nagyobb annak a valószínűsége, hogy mindenkinek legfeljebb alapfokú végzettsége van, mint a vizsgált népesség egészében.

11. A korlátozottak – különösen a súlyosan érintettek – jövedelmi helyzete¹⁶ sokkal kedvezőtlenebb, mint a népesség egészéé. A 3. kvintilishez tartozók aránya a legstabilabb, a korlátozottság mértékétől függetlenül 20-22%. A népességi átlaghoz viszonyítva a súlyosan korlátozottak másfélszer annyian sorolódnak az alsó két ötödbe (40 vs. 60%) és kevesebb mint feleannyian a felső kettőbe (40 vs. 18%), illetve esetükben a legfelső kvintilis – melynek részesedése különösen nagy szóródást mutat – az átlagnak mindössze ötöde.

A korlátozottság szempontjából szignifikáns változókat logisztikus regresszióval határoztuk meg, amelyben a független változók a már bemutatott szociodemográfiai jellemzők; ezekből Stepwise-módszerrel állítottuk elő az optimális modelleket.¹⁷ Bár a független változóink mind kapcsolatot mutatnak a korlátozottsággal, súlyuk külön-külön gyenge, többségük pedig elhanyagolható. Összességükben a súlyos korlátozottságra vonatkozóan csak mérsékelt közepes magyarázóerőt képviselnek, a nem súlyos korlátozottságra pedig gyengét (Nagelkerke-féle $R^2 = 0,405$ és $0,228$). Mindez megerősíti azt a feltételezést, hogy a korlátozottság meglete, kialakulása jelentős mértékben egyéni kockázat függvénye, de – különösen a súlyos korlátozottság esetén – szerepe van benne a szociodemográfiai körülményeknek is. A következőkben a súlyosan és a mérsékelt korlátozottak jellemzőit a nem korlátozottakhoz viszonyítva külön tárgyaljuk.

A *súlyos korlátozottság* az életkorral és a gazdasági aktivitással mutatja a legszorosabb összefüggést. (Lásd az F3. táblázatot.) Lényegesen kisebb súllyal szerepel a modellben az iskolai végzettség, a társas támogatottság, a nem, a háztartás jövedelmi helyzete, a családi állapot és a háztartás tagjai közötti legmagasabb iskolai végzettség. A fennmaradó változók (a háztartás mérete és típusa, 18 év alatti gyermekek száma a háztartásban, inaktívok száma a háztartásban, régió, településtípus) kiesése alig csökkentette a modell erejét (Nagelkerke-féle $R^2 = 0,393$).

¹⁶ A kvintiliseket a nettó ekvivalizált háztartási jövedelem alapján számoltuk.

¹⁷ Az adatfeldolgozást az IBM SPSS v22 programcsomaggal végeztük. A háztartás mérete és típusa szorosan összefügg egymással (Cramer-féle $V = 0,893$), ezért egy változóba vontuk őket össze. Az eredményeket részletesen közöljük az F3. és az F4. táblázatokban.

A többdimenziós elemzés ugyanakkor a következőket erősíti meg:

- A súlyos korlátozottság a férfiakat inkább érinti, mint a nőket, az erre vonatkozó esélyhányadosokat tekintve mintegy 80%-os különbség tapasztalható a két nem között.

- A korcsoportok mentén felfelé haladva az esélyhányadosok emelkedő tendenciája figyelhető meg. A 15–34 évesek között szignifikánsan kisebb, a 75 évesek és annál idősebbek körében pedig szignifikánsan nagyobb a súlyos korlátozottság előfordulási esélye a többi korcsoporthoz képest. A legidősebbek esetén ez a mutató 46-szor nagyobb, mint a legfiatalabbaknál.

- A súlyos korlátozottság a családi állapot szempontjából a házastársi viszonyban élés esélyének a legnagyobb mértékű visszaesésével jár együtt. A házassági állapot esélye (az egyedül éléshez képest), alig több mint fele a korlátozottság nélkül élőknél tapasztalhatónak.

- A súlyosan korlátozott emberek körében a gazdasági aktivitás hiányának előfordulási esélye hétszer nagyobb, mint a nem korlátozottak között.

- A súlyos korlátozottság a magasabb szintű befejezett iskolai végzettség kisebb valószínűségével jár együtt. A súlyos korlátozottsággal élők legfeljebb alap- és felsőfokú iskolai végzettségre vonatkozó esélyhányadosait (2,806 vs. 1) tekintve majdnem háromszoros a különbség.

- A jövedelmi helyzet szempontjából az előbbiekhöz hasonló tendencia figyelhető meg, a legalacsonyabb ötévhöz tartozás esélye közel négyszer akkora, mint a legfelsőé.

- A súlyos korlátozottsággal érintettek esetén kétszer nagyobb az esélye annak, hogy gyenge társas támogatottsággal rendelkeznek, mint a nem korlátozottak.

A *nem súlyos korlátozottsággal* összefüggésben hat változó került be a modellbe: a korcsoport, az iskolai végzettség, a gazdasági aktivitás, a társas támogatottság, a háztartás mérete és típusa, valamint a háztartás jövedelmi helyzete. (Lásd az F4. táblázatot.) E korlátozottságtípus, szemben a súlyos korlátozottsággal, nem függ össze a nemmel és a családi állapottal. A kimaradó változók a modell illeszkedését alig rontották (Nagelkerke-féle $R^2 = 0,218$).

Az elemzés a következőket mutatta ki:

- A nem súlyos korlátozottság esélye is az életkorral együtt nő, de a két vizsgált szélső korcsoport között közel sincs olyan nagy különbség, mint a súlyos korlátozottsággal élők esetén. A legidősebbek esélye arra, hogy nem súlyos korlátozottsággal kelljen élniük, közel hétszer nagyobb, mint a 35 évesnél fiatalabbaké.

- E korlátozottság kapcsolata az iskolai végzettséggel és különösképpen a gazdasági aktivitással jóval szerényebb, mint a súlyos korlátozottságé: körükben mindössze közel 50%-kal nagyobb annak az előfordulási esélye, hogy legfeljebb alacsonyfokú végzettséggel rendelkeznek, minthogy felsőfokúval, és hasonló különbség áll fenn a gazdasági inaktivitás és aktivitás között is.

– A társas támogatottság és a korlátozottság kölcsönhatása független annak súlyosságától, mivel a nem súlyosan korlátozott emberek között is kétszer nagyobb a gyenge támogatottság előfordulási esélye a nem korlátozottakhoz viszonyítva.

– A háztartás méretét és típusát tekintve a mérsékelt korlátozott személyek esetén annak van a legnagyobb előfordulási esélye – közel háromszor akkora, mint a nem korlátozottak között –, hogy egyedülálló szülőként egy 25 éves vagy idősebb gyermekkel élnek együtt. Az olyan kétfős háztartások esélyhányadosa 2 körüli, amelyekben a másik személy nem házastárs vagy élettárs és nem gyermek családi állású.

– Nem súlyos korlátozottság esetén lényegesen kisebb jelentősége van a jövedelmi helyzetnek, mint a súlyos korlátozottságnál, a legalsó ötöd előfordulásának esélye a legmagasabbhoz viszonyítva 60%-kal nagyobb.

2.2. Az egészségi ok miatt korlátozottak egészségi állapota

Nemzetközi tapasztalatok azt mutatják, hogy a GALI szerinti korlátozottság összefüggést mutat mind az egészségi állapottal, mind az egészségi ellátás igénybevételével. A mindennapi életben való korlátozottság gyakrabban jár együtt krónikus megbetegedésekkel (*Van der Heyden et al., 2015*), fizikai és mentális problémákkal (*Van Oyen et al., 2006; Cabrero-García et al., 2014*). A korlátozottság még krónikus betegségek hiányában is magasabb egészségügyi kiadásokkal¹⁸ párosul (*Van der Heyden et al., 2015*).

Az egészségi állapotot és az egészségügyi ellátás igénybevételét, hozzáférhetőségét érintő, korlátozottsági csoportok szerinti különbségek vizsgálatába az előbb bemutatott modellekben maradt változókat egy lépésben vontuk be, mellyel a népeségscsoportok szociodemográfiai szempontból standardizált esélyeihez jutottunk.

Az egészségi állapotot több szempontból elemezzük. A modell változói a következők:

A válaszadónak

- milyen a vélt egészsége (összességében milyennek érzi az egészségi állapotát),
- van-e hosszan tartó betegsége vagy egészségi problémája,¹⁹
- vannak-e krónikus betegségei (a megnevezett idült betegségeket hét csoportba soroltuk):

1. magasvérnyomás- és anyagcsere-betegségek,
2. allergia és légzőszervi betegségek,
3. emésztő- és kiválasztórendszeri betegségek,
4. rosszindulatú daganatos betegségek, leukémia,

¹⁸ A szerzők az EHIS belga adatait egészségbiztosításra vonatkozó adatokkal kapcsolták össze.

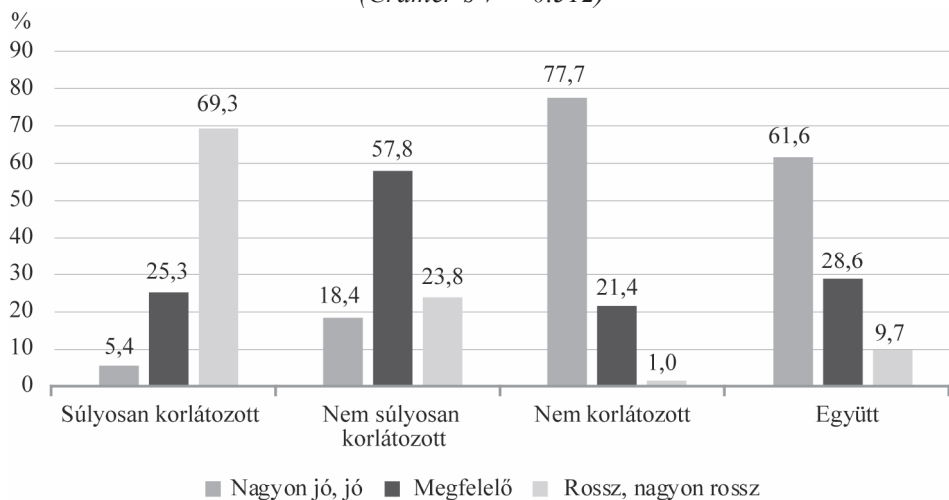
¹⁹ Az ELEF2019 harminc különböző krónikus betegséget sorol fel (https://www.ksh.hu/elef/elef2019_kerdoiv.pdf).

5. mozgásszervi betegségek,
6. mentális és viselkedészavarok,
7. szív- és érrendszeri betegségek.

2. ábra

A GALI korlátozottsági csoportok megoszlása a vélt egészség szerint, 2019
(Cramer-féle $V = 0,512$)

Distribution of GALI activity limitation groups, by perceived health status, 2019
(Cramer's $V = 0.512$)



Megjegyzés: a tanulmányban – ha másként nem minősítjük – minden Cramer-féle V -érték $p < 0,05$ szinten szignifikáns.

Forrás: ELEF2019.

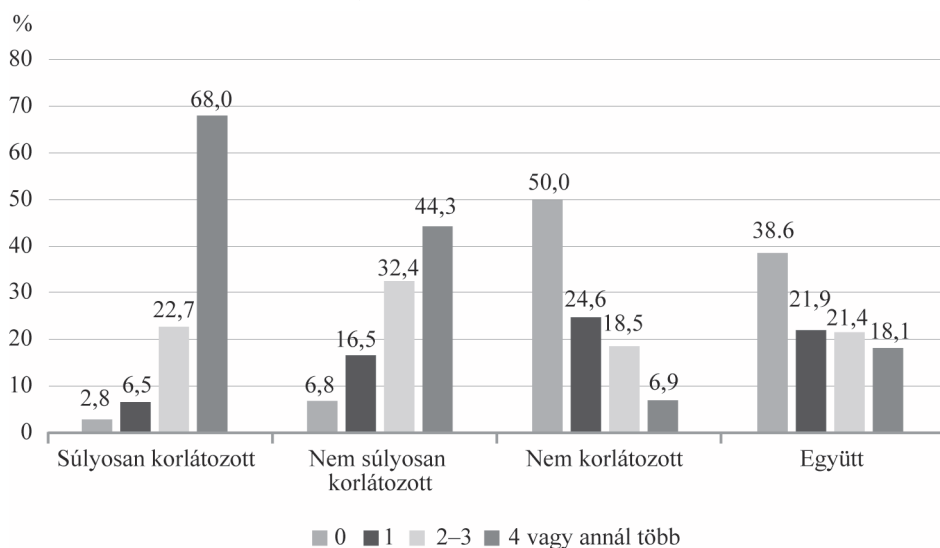
A nagyon jó vagy jó egészségi állapot csak a nem korlátozottak esetében tekinthető jellemzőnek, akiknek több mint háromnegyede ilyen állapotban lévőnek érzi magát. A súlyosan korlátozottaknak csak 5,4%-a, a nem súlyosan korlátozottaknak kevesebb mint ötöde érzi úgy, hogy nagyon jó vagy jó az egészsége.

A korlátozott személyeknek szinte kivétel nélkül van krónikus betegségük, ami egyáltalán nem meglepő, ha a GALI tartalmát tekintjük, vagyis azt, hogy ez a mutató az egészségi probléma miatti korlátozottságot méri. Ugyanakkor a nem korlátozottak felének is van orvos által megállapított betegsége, közöttük a legtöbbször csak egy, és csak kis részüknek négy vagy több. Ezzel szemben a súlyosan és a mérsékelten korlátozott emberek jelentős részének (68, illetve 44%-ának) több mint három betegsége van.

3. ábra

**A GALI korlátozottsági csoportok megoszlása
az orvos által megállapított betegségek száma szerint, 2019
(Cramer-féle $V = 0,554$)**

*Distribution of GALI activity limitation groups
by number of diseases/disorders diagnosed by a physician, 2019
(Cramer's $V = 0.554$)*



Forrás: ELEF2019.

A WHO (2011) jelentése szerint az alacsony és a közepes jövedelmű országokban a nem fertőző betegségek növekvő terhe a fogyatékoságban leélt évek kétharmadát érinti. Az ELEF2019-adatok szerint Magyarországon mindegyik általunk vizsgált krónikus betegségrcsoport nagyobb arányban sújtja a mindennapi életben gondot okozó egészségi problémával küzdőket, mint másokat. Sokkal gyakoribb körükben az emésztő- és kiválasztórendszeri betegségek, a mentális és viselkedészavarok, valamint a szív- és érrendszeri betegségek előfordulása, mint a nem korlátozottak körében (a súlyosan és a nem korlátozottak között 9–11-szeres a különbség).

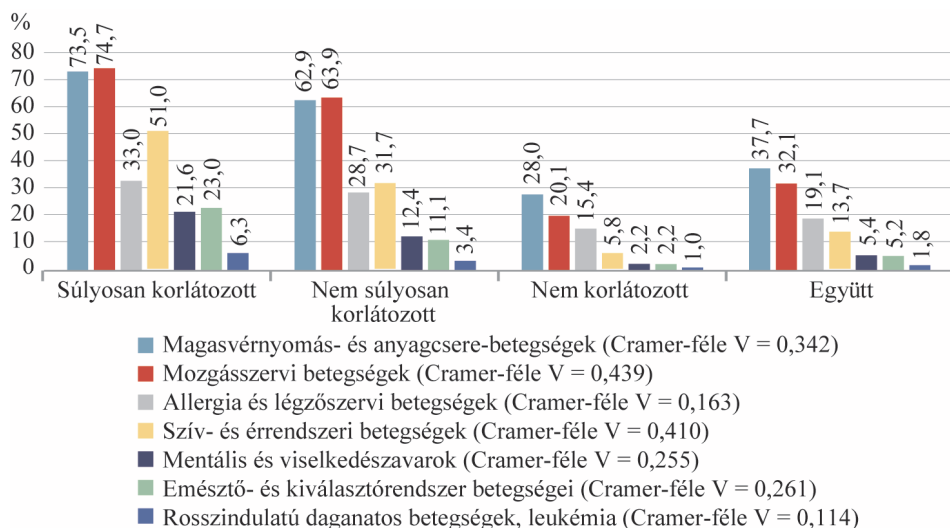
A rossz egészségi állapot – bármelyik mutató alapján is vizsgáljuk – összefüggésben lehet az egészségi állapot miatti korlátozottsággal és a szociodemográfiai helyzettel (Havasi–Horváth, 2011; Vokó, 2011), ezért a korlátozottság és az egészségi állapot közötti kapcsolat vizsgálata során standardizáljuk a mutatókat. Az egészségi adatok „standardizálása” érdekében olyan logisztikus regressziós modelleket építettünk, amelyekbe az egészségre vonatkozó adatok mellett a szociodemográfiai változókat egy

lépésben vontuk be. Tekintettel arra, hogy a vizsgált általános egészségindikátorok erősen korrelálnak, mindegyiket külön modellben elemezzük.

4. ábra

**Az orvos által megállapított betegségek prevalenciája
a GALI korlátozottsági csoportokban, 2019**

*Prevalence of physician-diagnosed diseases/disorders in the
GALI activity limitation groups, 2019*



Forrás: ELEF2019.

Standardizálás után is szignifikáns kapcsolatban áll a *súlyos korlátozottság* minden egészségi állapotra vonatkozó változóval. (Lásd az F5. táblázatot.) Mindegyik standardizált pontbecslés értéke kisebb, mint a nyers adat, a konfidenciaintervallumok azonban nem erősítik meg ezeket a relációkat. Ez azt jelenti, hogy népességi szinten a súlyos korlátozottság és a rossz egészség kapcsolata, illetve annak mértéke akkor is megmarad, ha kiszűrjük a szociodemográfiai változók hatását. A korlátozottság a nem jónak vélt egészségi állapotnak, a krónikus betegségek meglétének és nagyobb számának magasabb valószínűségével jár együtt. A súlyosan korlátozottak körében 30-szor nagyobb annak az esélye, hogy nem érzik jónak az egészségi állapotukat, mint a nem korlátozottak esetén, és több mint 200-szor nagyobb az esélye annak, hogy saját megítélésük szerint hosszan tartó betegségük vagy egészségi problémájuk van. A diagnosztizált betegségek számának növekedésével párhuzamosan az

esélyhányadosok értéke is emelkedik, és a négy vagy annál több bevallott krónikus betegség kategóriájában meghaladja a 100-at.

Az egyes betegségcsoportokat tekintve a súlyos korlátozottság leginkább a mentális és viselkedészavarok nagyobb valószínűségével jár együtt, amit a közel 10-es esélyhányados-érték jelez. A mozgásszervi, az emésztő- és kiválasztórendszeri, valamint a szív- és érrendszeri betegségek esetén az esélyek 7-8-szorosak. Ezeknél valamivel kisebb szerepe van a rosszindulatú daganatos betegségeknek ($EH^{20} = 4,6$). A súlyos korlátozottságnak az előzőeknél lényegesen lazább kapcsolata van a magasvérnyomás- és anyagcsere-betegségekkel, valamint az allergiával és a légzőszervi betegségekkel ($EH \approx 3$).

A *nem súlyos korlátozottság* tekintetében (lásd az F6. táblázatot) az egészségre vonatkozó indikátorok a súlyos korlátozottság változóihoz hasonlóan alakulnak abban az értelemben, hogy standardizálás után is megmarad mindegyikük kapcsolata a korlátozottsággal. Az esélyhányadosok azonban ennél a korlátozottságtípusnál lényegesen kisebbek, mint az előbbinél, ráadásul három változó – a nem jó vélt egészség, a magasvérnyomás- és anyagcsere-betegségek, valamint a mozgásszervi betegségek – esetében a standardizált esélyhányados a nyers adatnál statisztikailag igazoltan kisebb. Ez azt jelzi, hogy a nem súlyosan korlátozott emberek esetében a kedvezőtlenebb egészségi állapot lazább kapcsolatban áll a korlátozottsággal, mint a súlyosan érintettek vonatkozásában, s kialakult állapotukban jelentősebb szerepet játszik az életkoruk és a szociális környezetük. A többi vizsgált egészségi változó és a nem súlyos korlátozottság kapcsolatában a szociodemográfiai körülmények továbbra sem bizonyulnak meghatározónak.

A standardizált adatokat tekintve a nem korlátozottakhoz képest a mérsékelt korlátozottaknak sokszoros az esélyük arra, hogy nem jónak vélik az egészségüket, hosszasan tartó egészségi problémával vagy betegséggel, illetve egyszerre több krónikus betegséggel is küzdenek. A krónikus betegségek közül a mentális és viselkedészavarok esélyhányadosa a legnagyobb, értéke megközelíti a 6-ot, ugyanakkor nincs szoros kapcsolata e korlátozottságtípusnak a magasvérnyomás- és anyagcsere-betegségekkel, valamint az allergiával és a légzőszervi betegségekkel ($EH \approx 2$).

2.3. Az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele

Az egészségügyi ellátás igénybevételét vizsgálva abból a hipotézisből indultunk ki, hogy a korlátozottsággal élők rosszabb egészségi állapotuk miatt gyakrabban fordulnak orvoshoz, vesznek igénybe egészségügyi ellátást, mint mások. Egészségügyiellátás-igénybevételi gyakorlatukat a következő mutatók segítségével elemezzük:

²⁰ EH: esélyhányados.

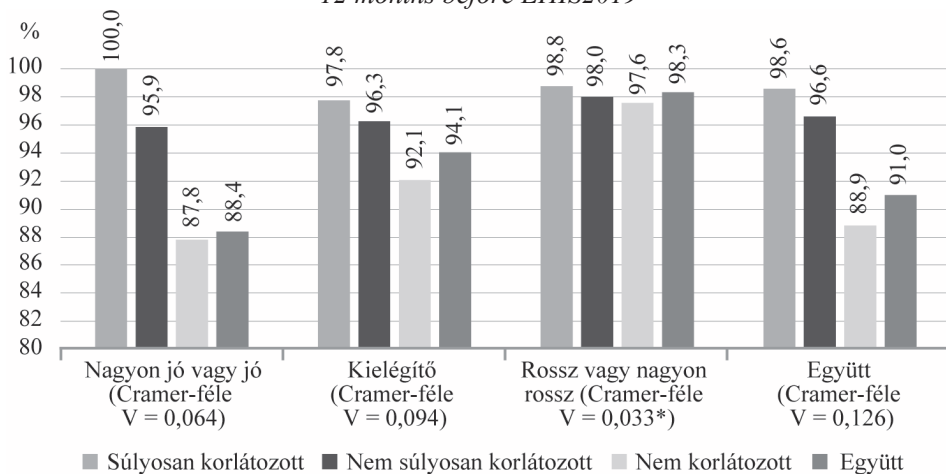
A 15 éves és annál idősebb emberek

- vettek-e igénybe egészségügyi szolgáltatást az adatfelvételt megelőző 12 hónapban,²¹
- hány alkalommal fordultak háziorvosukhoz az adatfelvételt megelőző 4 hétben,
- milyen hosszú volt a kórházi tartózkodásuk tartama fekvőbetegként az adatfelvételt megelőző 12 hónapban,
- hány alkalommal vettek részt egynapos kórházi ellátásban (bentfekvés nélkül) az adatfelvételt megelőző 12 hónapban,
- voltak-e fogorvosnál az adatfelvételt megelőző 6, illetve 12 hónapban,
- voltak-e pszichológusnál, pszichoterapeutánál vagy pszichiáternél az adatfelvételt megelőző 12 hónapban,
- vettek-e igénybe házi szakápolást az adatfelvételt megelőző 12 hónapban.

5. ábra

Az egészségügyi ellátást igénybe vevők aránya a GALI korlátozottsági csoportokban az ELEF2019-et megelőző 12 hónapban

Proportion of health care users in GALI activity limitation groups within 12 months before EHIS2019



* $p \geq 0,05$

Forrás: ELEF2019.

A vizsgált lakosság 91%-a vett igénybe egészségügyi szolgáltatást a megkérdezésüket megelőző 12 hónapban. A súlyosan korlátozottak szinte kivétel nélkül (99%), a

²¹ Ideértjük a kórházi, az egynapos, a fogorvosi, a háziorvosi, a szakorvosi, a fizio- és a pszichoterápiás ellátásokat, a táplálkozási tanácsadást, valamint az otthoni szakápolást.

nem súlyosan korlátozottak kevés kivétellel (97%) „kapcsolatba kerültek” az egészségügyi ellátórendszerrel. Ugyanakkor a nem korlátozottak tizede nem igényelt egészségügyi ellátást.

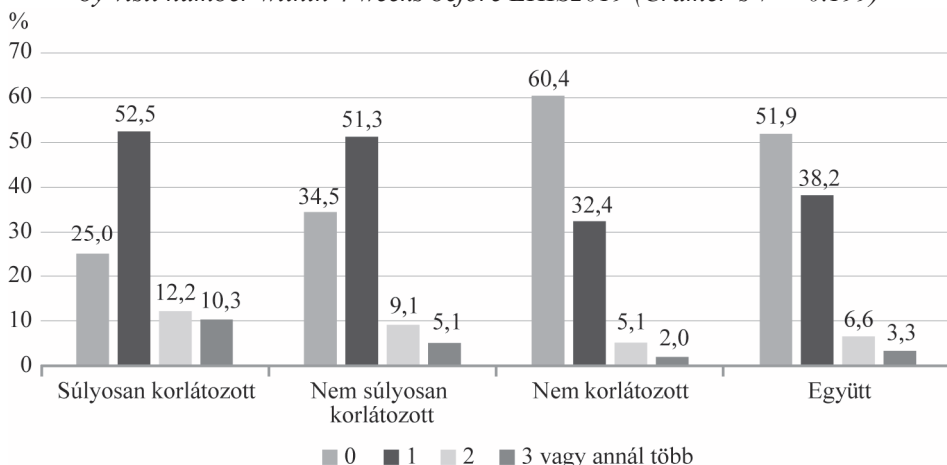
A nyers adatok alapján a korlátozottság – főként annak súlyos formája – a vélt egészség minden kategóriájában együtt járt az egészségügyi ellátórendszer igénybevételének nagyobb valószínűségével az adatfelvételt megelőző 12 hónap során. Rossz vagy nagyon rossz egészségi állapot esetén a korlátozottság szerinti különbségek már statisztikailag nem támaszthatók alá, azonban az értékek trendje továbbra is megmarad.

Az adatfelvételt megelőző 4 hétben az emberek több mint fele nem, közel négytizedük pedig egyszer fordult háziorvosához. Kétszer vagy annál többször csak tizedük vette igénybe a háziorvosi ellátást. Függetlenül állapotuk súlyosságától, a mindennapi életben tartós egészségi problémával küzdők bő fele egyszer konzultált háziorvossal az adatfelvétel előtti 4 hétben, míg a nem korlátozottaknak csak közel harmada. Az orvoshoz fordulás gyakorisága a korlátozottság súlyosságának fokozódásával nő: az orvosukat legalább két alkalommal megkeresők aránya a mérsékelt korlátozott személyek között megközelítőleg kétszer, a súlyosan korlátozottak esetén pedig több mint háromszor akkora, mint a korlátozottságtól mentesen élők körében (6. ábra).

6. ábra

A háziorvosi megkeresések megoszlása a GALI korlátozottsági csoportokban vizitszám szerint az ELEF2019-et megelőző 4 hétben (Cramer-féle $V = 0,199$)

Distribution of GP consultations in the GALI activity limitation groups by visit number within 4 weeks before EHIS2019 (Cramer's $V = 0.199$)



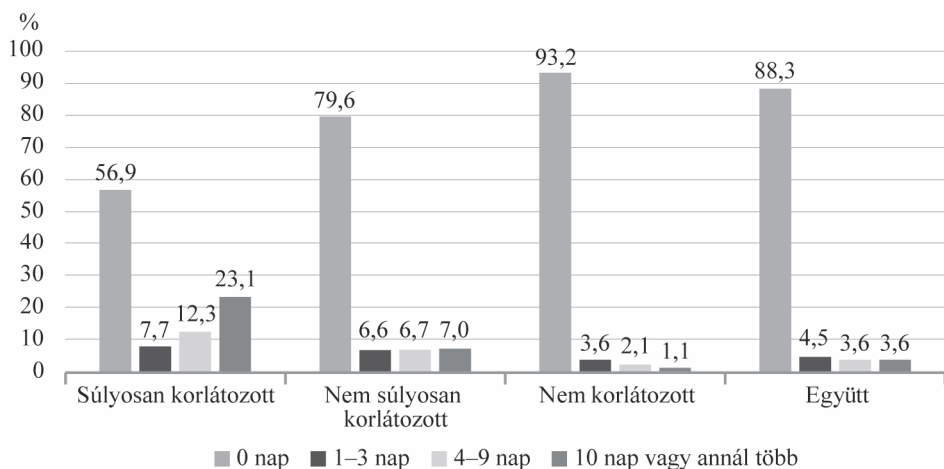
Forrás: ELEF2019.

Az ELEF2019-et megelőző 12 hónap alatt a 15 éves és annál idősebb népesség alig több mint tizede került kórházba, míg a nem súlyosan korlátozottak kevesebb mint tizede. Az utóbbiakhoz képest a nem súlyosan korlátozottak háromszor, a súlyosan korlátozottak több mint hatszor gyakrabban voltak kórházi fekvőbetegek. A mindennapjaik során mérsékelt korlátozottsággal küzdőknek egyformán 7-7%-a szorult 1–3, 4–9, illetve legalább 10 napig ellátásra, ugyanakkor a kórházi ellátást igénylő súlyosan korlátozottak aránya a bentfekvés tartamának növekedésével párhuzamosan 7,7%-ról 23%-ra emelkedett.

7. ábra

A kórházi tartózkodás megoszlása a GALI korlátozottsági csoportokban időtartam szerint az ELEF2019-et megelőző 12 hónapban (Cramer-féle $V = 0,249$)

Distribution of hospital stay in GALI activity limitation groups by duration within 12 months before EHIS2019 (Cramer's $V = 0.249$)



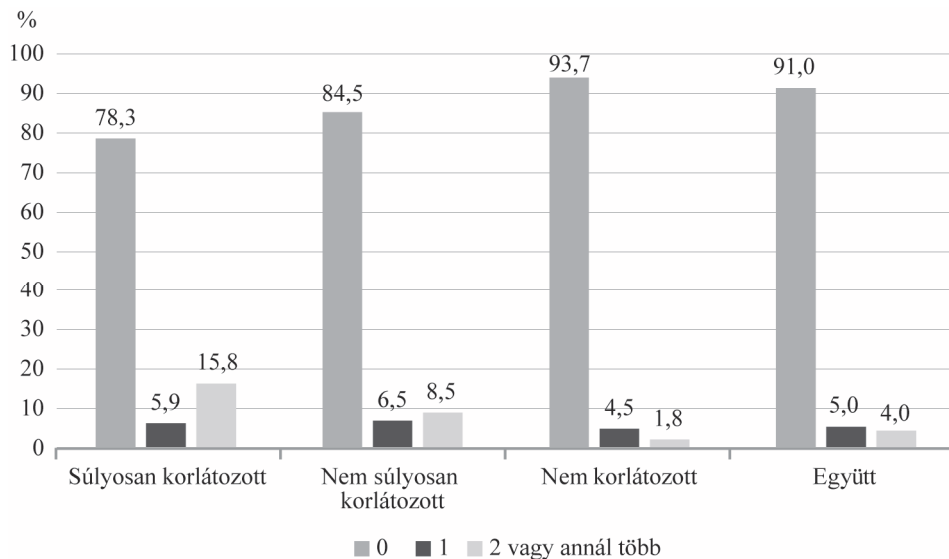
Forrás: ELEF2019.

Az adatgyűjtést megelőző 12 hónapban igénybe vett egynapos kórházi ellátások számának mintázata a többnapos fekvőbeteg-ellátására hasonlít. A nem súlyosan korlátozottak hasonló (6,5 és 8,5%) hányada szorult 1, illetve 2 vagy több alkalommal ilyen jellegű ellátásra. A súlyosan korlátozottak esetén ugyanakkor 5,9 és 16% volt az erre vonatkozó arány az egyénél több kórházban töltött napok javára.

8. ábra

Az egynapos kórházi ellátások megoszlása a GALI korlátozottsági csoportokban gyakoriság szerint az ELEF2019-et megelőző 12 hónapban (Cramer-féle $V = 0,151$)

Distribution of one-day hospital care in GALI activity limitation groups by frequency within 12 months before EHIS2019 (Cramer's $V = 0.151$)



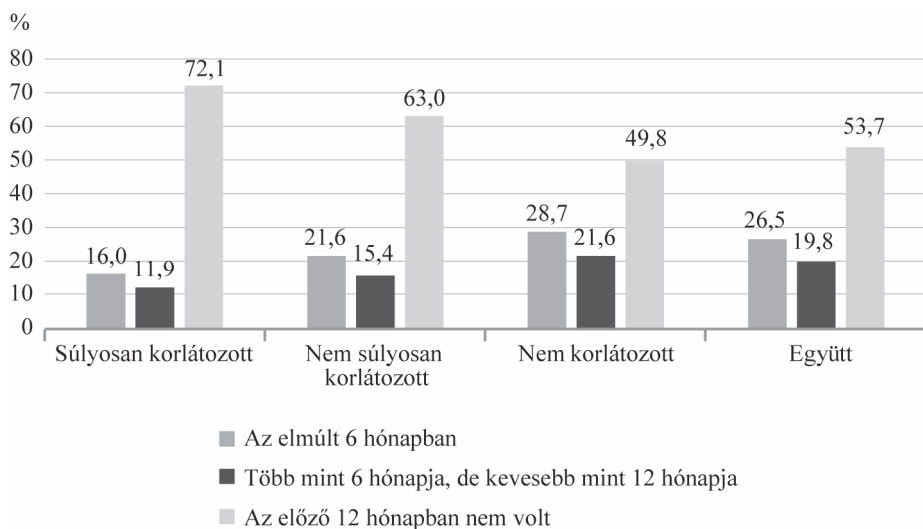
Forrás: ELEF2019.

Míg az eddig bemutatott eredmények arra utalnak, hogy az egészségi okok miatt korlátozott emberek gyakrabban fordulnak háziorvoshoz vagy mennek kórházba, mint a nem korlátozottak, a fogorvosi ellátással összefüggésben épp ellenkező kép rajzolódik ki. A súlyosan korlátozott személyek több mint héttizede ugyanis az adatfelvételt megelőző 12 hónapban nem járt fogorvosnál. A nem súlyosan korlátozottakra vonatkozó releváns arány ennél közel 10, a nem korlátozottaknál több mint 20 százalékponttal alacsonyabb. Az egyéves periódusban fogászati ellátást igénybe vevők között minden kategóriában (30–40%-kal) magasabb azoknak az aránya, akik az adatfelvétel előtti fél évben tették ezt, mint azoké, akik korábban.

9. ábra

A fogorvosi ellátások megoszlása a GALI korlátozottsági csoportokban időzítés szerint az ELEF2019-et megelőző 12 hónapban (Cramer-féle $V = 0,099$)

Distribution of dental care in GALI activity limitation groups by timing within 12 months before EHIS2019 (Cramer's $V = 0.099$)



Forrás: ELEF2019.

Pszichológus, pszichoterapeuta vagy pszichiáter támogatását a vizsgált lakosság 4,7%-a vette igénybe az adatfelvétel előtti 12 hónapban. Az egészségi okból fakadóan korlátozott személyek az átlagnál sokkal gyakrabban fordultak ilyen szakemberekhez, a súlyosan korlátozottaknak a 14%-a, a nem súlyosan korlátozottaknak pedig ennek mintegy fele (Cramer-féle $V = 0,136$).

Otthoni szakápolást a súlyosan korlátozottak 11%-a vett igénybe a 12 hónapos periódusban, a nem súlyos kategóriában pedig 1,9%. Összességében a 15 éves és annál idősebb lakosság 1,5%-ának nyújtott segítséget az otthoni szakápolás (Cramer-féle $V = 0,200$).

Az egészségügyi ellátórendszer igénybevétele mind a nyers, mind a standardizált mutatók alapján lazább összefüggést mutat a korlátozottsággal, mint az egészségi állapot. A tisztított adatok szerint a *súlyos korlátozottság* a vizsgálatba bevont változók közül a kórházi tartózkodás tartamával mutatja a legszorosabb kapcsolatot. (Lásd az F7. táblázatot.) Az esélyhányados mindegyik időkategória esetén jóval nagyobb, mint a nem korlátozottakra vonatkozó. Az ápolási idő hosszának növekedésével az esélyhányados értéke is emelkedik, és legalább évi 10 nap esetén eléri a 27-et.

A kórházi tartózkodáshoz kapcsolódik az egynapos ellátás is, amely ugyancsak viszonylag szorosan összefügg a súlyos korlátozottsággal. A 12 hónapos periódusban a súlyosan korlátozottak esélye arra, hogy legalább 2 alkalommal egynapos ellátásban részesüljenek, 9-szer nagyobb volt, mint a nem korlátozottaké. A háziorvosi ellátást is gyakrabban vették igénybe az adatfelvételt megelőző 4 hétben; és 12 hónap alatt többen mentek közülük pszichológushoz, pszichoterapeutához vagy pszichiáterhez, kaptak otthonukban szakápolást. Így összességében többen részesültek egészségügyi ellátásban. A fogorvosi ellátást tekintve viszont nem mutat eltérő mintázatot az összehasonlított két csoport.

A *nem súlyosan korlátozott* emberek esetében az egészségügyi ellátórendszer használata sokkal kevésbé tér el a nem korlátozottakétól, mint az előbbi típusnál. (Lásd az F8. táblázatot.) Ugyanez igaz a fogorvosi ellátás és az otthoni szakápolás igénybevétele szempontjából is. A többi vizsgált mutató alapján azonban a mérsékeltén korlátozottak gyakrabban kaptak egészségügyi szolgáltatásokat a nem korlátozottakhoz képest; a legmarkánsabb különbség közöttük a kórházban töltött napok alapján mutatkozik. A nem súlyos korlátozottsággal élők tekintve a logisztikus regressziós modell a kórházban töltött idő szerinti összes kategória esélyét nagyobbra becsüli, mint a kontrollcsoportnál; a legalább 10 napos kórházban tartózkodás esélyhányadosa a legnagyobb: 4,6.

2.4. Hozzáférés az egészségügyi szolgáltatásokhoz

Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáféréssel kapcsolatban azt vizsgáljuk, hogy akadályozta-e

- hosszú várólista,
- a lakóhely és az egészségügyi intézmény közötti nagy távolság vagy nehézkes közlekedés, illetve
- az orvosi ellátást, a fogorvosi ellátást, a gyógyszerkiváltást és a mentálhigiénés ellátást érintő anyagi ok

azt, hogy a tekintett populáció időben hozzájusson a szükséges egészségügyi ellátáshoz.

A 15 éves vagy annál idősebb lakosságot az ellátásokhoz való hozzáférésben leginkább az gátolta, hogy nem tudta azokat megfizetni. Az ELEF2019-et megelőző 12 hónapos periódusban csaknem minden negyedik ember szembesült ezzel a problémával. A magyarországi egészségügyi ellátórendszer finanszírozási szabályai és a megkérdezettek rövid, illetve középtávú racionális egyéni megfontolásai miatt érthető, hogy anyagi okok miatt miért inkább a fogorvosi ellátás és a gyógyszerkiváltás maradt el az orvosi, illetve mentálhigiénés ellátáshoz képest. A túl hosszú várakozási idő is viszonylag gyakori hátráltató tényező, bár a vizsgált népességnek csak

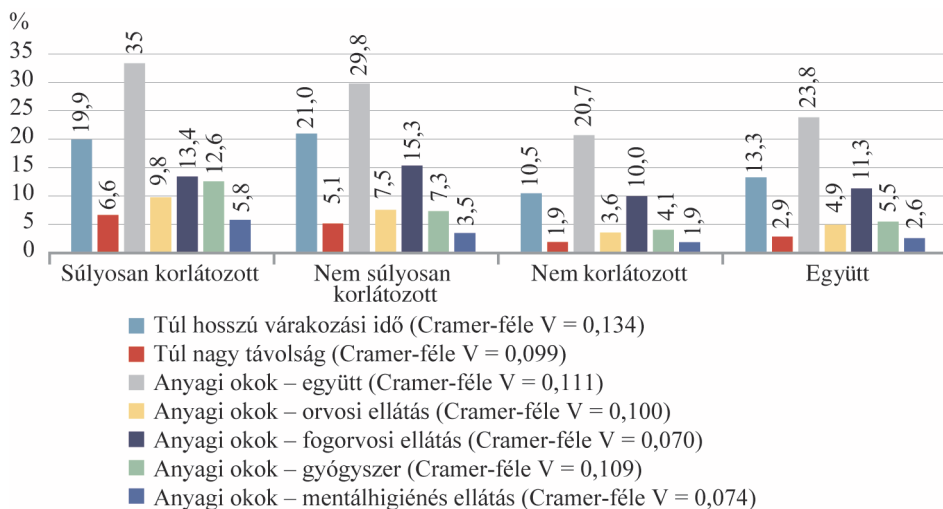
13%-át érintette. A túl nagy távolság a szolgáltatóig, illetve az odajutás közlekedési nehézségei csak keveseket, a válaszadók 2,9%-át gátolta.

A mindennapi életben fennálló tartós korlátozottság és az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének akadályozottsága minden vizsgált szempontból nagyon gyenge kapcsolatot mutat. A súlyosan korlátozott lakosságot a nem korlátozottakhoz viszonyítva a nagy távolság és a közlekedési nehézségek, valamint a gyógyszerkiváltáshoz és a mentálhigiénés ellátás igénybevételéhez kapcsolódó anyagi okok akadályozzák a legnagyobb mértékben. Az F9. táblázat szerint ezek esetén rendre 3,7-szeres, 3,4-szeres és 3,2-szeres a nyers esélyhányadosok értéke. A nem korlátozottakkal összevetve a mérsékelt korlátozottsággal élők körében szintén a nagy távolság és a nehézkes közlekedés okozza a legtöbb gondot (a kontrollcsoporthoz viszonyítva 2,8-szeres a különbség). (Lásd az F10. táblázatot.) A súlyosan korlátozottak tehát a vizsgált szempontok többsége alapján nagyobb kockázatnak vannak kitéve, mint a kevésbé korlátozottak.

10. ábra

A szükséges, de elmaradt egészségügyi ellátások aránya a GALI korlátozottsági csoportokban az elmaradás oka szerint az ELEF2019-et megelőző 12 hónapban

Proportion of required but missed health services in GALI activity limitation groups by reason for non-realization within 12 months before EHIS2019



Forrás: ELEF2019.

A standardizált adatok is azt mutatják, hogy a korlátozott emberek gyakrabban ütköznek akadályokba, ha egészségügyi szolgáltatást akarnak igénybe venni, mint a magukat nem korlátozottak vallók. A *súlyosan korlátozott* személyek fogorvosi ellátással összefüggő anyagi problémái nem bizonyultak gyakoribbaknak, mint a nem korlátozottak esetén. (Lásd az F9. táblázatot.) A mentálhigiénés ellátásuk elmaradására vonatkozó esély viszont csaknem 16-szoros, bár a kis esetszám miatt a kapcsolódó megbízhatósági intervallum is rendkívül nagy. Mindazonáltal elmondható, hogy fizetési nehézségek miatt számukra a mentálhigiénés konzultáció a vizsgált ellátási formák közül a legkevésbé elérhető egészségügyi szolgáltatások közé tartozik. Az esélyhányados (3,8) és a Nagelkerke-féle R^2 értéke (0,425) alapján emellett még a hosszú várakozási idő is a leggyakoribb problémák egyike.

A *nem súlyosan korlátozottak* esélyei a reprezentáns mutatók legtöbbje alapján kétszer-háromszor nagyobbak arra, hogy megghiúsult egészségügyi ellátási szükségletük legyen, mint a nem korlátozott embereknek. (Lásd az F10. táblázatot.)

3. Összegzés

Tanulmányunkban az ELEF 2019-es hullámának adatai alapján megvizsgáltuk a korlátozottság hivatalos statisztikában használt főbb mutatóinak összefüggéseit, majd kiválasztva közülük a mindennapi életben fennálló hosszú távú korlátozottság mérőeszközét, a GALI-t, górcső alá vettük a súlyosan és a mérsékelten korlátozott lakosság jellemzőit. A leíró elemzésen túl logisztikus regressziós modellek segítségével mind a szociodemográfiai változók, mind az egészségi állapotra és az egészségügyi ellátásra vonatkozó változócsoporthoz esetén megvizsgáltuk, hogy mely tényezők mutatnak kapcsolatot a korlátozottság egyes típusaival.

Magyarországon a 15 éves és annál idősebb lakosság 6,4%-a egészségi okból fakadóan *súlyosan korlátozott* a mindennapi tevékenységeiben. Közel háromnegyedük súlyos funkcionális korlátozottsággal küzd a látás, hallás, járás és emlékezés közül legalább az egyik tekintetében, és elsősorban ők azok, akik nehezebben is boldogulnak az önellátás és a háztartási tevékenységek terén. A súlyosan korlátozott lakosság körében felülreprezentáltak a férfiak, az időskorúak, az egyedül élő özvegyek, az alacsonyabb iskolai végzettségűek, az inaktívak és az alacsony társas támogatottságúak, illetve körükben a legmagasabb azoknak az aránya, akik egyszemélyes háztartásokban élnek, akiknek a háztartásában mindenki inaktív; akiknek a háztartása az alsó két jövedelmi ötödbe tartozik; akiknek a lakóhelye vidéki kistélepülés; illetve akik az Alföld és Észak nagy régióban vagy a Dél-Dunántúlon élnek.

A többváltozós elemzés is megerősítette a súlyos korlátozottság és a hátrányos társadalmi helyzet összefüggését, ugyanakkor az, hogy a logisztikus regressziós modellbe bevont független változók együttesen is csak közepes magyarázóerőt képviselnek, alátámasztja, hogy a súlyos korlátozottság megléte, kialakulása jelentős mértékben egyéni kockázat függvénye.

A leíró és a többváltozós elemzéseink eredményei arra utalnak, hogy a súlyos korlátozottság és a rossz egészségi állapot közötti kapcsolat akkor is megmarad, ha kiszűrjük a szociodemográfiai tényezők hatását. A súlyosan korlátozottak több mint kétharmada rossznak vagy nagyon rossznak ítéli egészségét, és ugyancsak kétharmaduk legalább négyféle krónikus betegséggel küzd (a nem korlátozott lakosság tekintetében a releváns arányok 1,0, illetve 6,9%). A nem korlátozottakhoz viszonyítva körükben leginkább a mentális és viselkedészavaroknak magasabb a valószínűsége, de számottevően nagyobb eséllyel fordulhatnak elő náluk mozgásszervi, szív- és érrendszeri, illetve emésztő- és kiválasztórendszeri betegségek is.

Az egészségügyi ellátórendszer igénybevétele az egészségi állapotnál gyengébb összefüggésben van a korlátozottsággal. A súlyos korlátozottság leginkább a kórházi tartózkodás esélyét növeli meg. A magukat súlyosan korlátozottnak érzők körében a legmagasabb azoknak az aránya, akik az ELEF 2019. évi hullámát megelőző évben legalább 10 napos kórházi ellátásban részesültek (23%, szemben a nem korlátozottak 1,1%-ával); akik legalább két alkalommal voltak egynapos kórházi ellátáson (16% vs. 1,8%); akik igénybe vették pszichológus, pszichoterapeuta vagy pszichiáter támogatását (14% vs. 3,2%); akik otthoni szakápolásban részesültek (11% vs. 0,6%); illetve akik a felvételt megelőző hónapban három vagy több alkalommal léptek kapcsolatba a háziorvosukkal (10% vs. 2,0%). Ugyanakkor ők jutnak el a legritkábban fogorvoshoz, közel háromnegyedük (míg a nem korlátozottak fele) legalább egy éve nem járt fogorvosnál.

Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést a súlyosan korlátozottak esetében elsősorban a közlekedési nehézségek, illetve a gyógyszerkiváltáshoz és a mentálhigiénés ellátáshoz kapcsolódó anyagi okok akadályozzák a nem korlátozottakhoz viszonyítva. A standardizált adatok megerősítik, hogy a mentálhigiénés ellátás az egyik, fizetési nehézségek miatt legkevésbé elérhető ellátási forma, melyen túl a hosszú várakozási idő jelent még gyakori problémát.

Mindennapi életében *mérsékeltlen korlátozott* a lakosság közel egyötöde. Egynegyedük jellemezhető legalább egy területen súlyos funkcionális korlátozottsággal, de esetükben kevésbé jelent gondot az önellátás, illetve a háztartási tevékenységek elvégzése.

A vizsgált mutatók tekintetében a mérsékeltlen korlátozottak közelebb állnak a nem korlátozott lakossághoz, még inkább a teljes lakosság átlagához, mint a súlyosan korlátozottak. A magukat mérsékeltlen korlátozottnak érzők körében felülreprezentáltak az időskorúak, a házasság és a gazdaságilag inaktívak. Az általunk végzett

többváltozós elemzés szerint ugyanakkor a korlátozottság e mértéke nem függ össze a nemmel és a családi állapottal, ellenben kapcsolatot mutat a háztartás méretével és típusával. Ebben a kategóriában a legnagyobb az esély arra, hogy a válaszadó két-személyes háztartásban éljen 25 éves vagy annál idősebb gyermekével, vagy olyan személlyel, aki nem a gyermeke, illetve nem a házas- vagy élettársa.

Egészségi állapot tekintetében a mérsékeltlen korlátozottak 58%-a „középre helyezi”, vagyis megfelelőknek ítéli egészségét. A krónikus betegségek számát illetően ugyanakkor körükben a legmagasabb – a súlyosan korlátozottakhoz hasonlóan, ám azoknál jelentősen alacsonyabb arányban (44%) – a 4 vagy több betegséggel küzdők aránya, és a legalacsonyabb a krónikus betegségek nélkül élőké. A kalkulált standardizált esélyhányadosok alapján leginkább a mentális és viselkedészavaroknak, a mozgásszervi, illetve a szív- és érrendszeri betegségeknek az esélye magasabb esetükben a nem korlátozottakhoz viszonyítva. Többváltozós elemzésünk szerint egészségi állapotukkal szorosabb összefüggést mutat az életkor és a szociális környezet, mint a súlyosan korlátozott személyek esetében.

A nem súlyosan korlátozottak kevés kivétellel az ELEF2019-et megelőző évben kaptak valamilyen egészségügyi ellátást. Bár a súlyosan korlátozottakhoz képest általában ritkábban vették igénybe a vizsgált egészségügyiellátás-típusokat, a nem korlátozottakhoz képest nagyjából kétszer gyakrabban fordultak háziorvoshoz, és körükben hatszor magasabb volt azoknak az aránya, akik legalább tiznapos kórházi ápolásra, és közel ötször nagyobb azoké, akik egynapos kórházi ellátásra szorultak. A fogorvosi ellátás és az otthonápolás kivételével a standardizált mutatók is az egészségügyi szolgáltatások gyakoribb igénybevételének esélyét mutatják a nem korlátozottakhoz képest; e megállapítás különösen a kórházi ápolásra igaz.

A mérsékelt korlátozottság és az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének elmaradása vagy elhalasztása közötti összefüggéseket tekintve e csoport kisebb kockázatnak van kitéve a súlyosan korlátozottaknál, ugyanakkor a standardizált mutatók alapján még esetükben is kétszer-háromszor nagyobb az esélye a kielégítetlen ellátási szükségletnek a nem korlátozottakhoz képest. Összességében a GALI szerint a nem súlyosan korlátozott lakosság is veszélyeztetettnek tekinthető a társadalmi részvétel lehetősége szempontjából.

Függelék

F1. táblázat

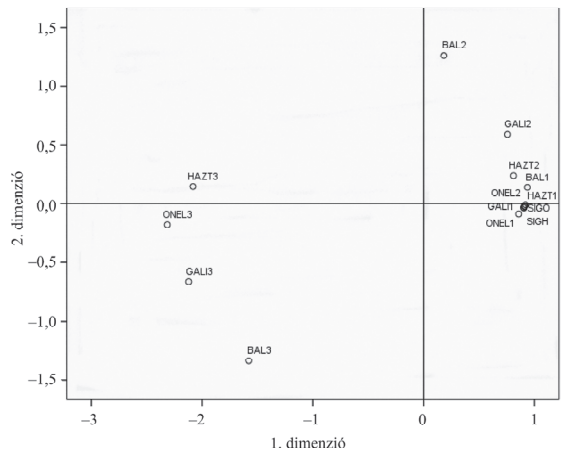
A többdimenziós skálázás korlátozottságra vonatkozó változói az ELEF2019-ből

Activity limitation variables for multidimensional scaling from EHIS2019

Jellemző neve	Képzett MDS-változó	
GALI (legalább fél évig tartó korlátozottság a mindennapi tevékenységek elvégzésében)	GALI1	súlyos korlátozottság
	GALI2	nem súlyos korlátozottság
	GALI3	nincs korlátozottság
BAL (korlátozottság alapvető tevékenységekben [látásban, hallásban, járásban, emlékezésben/koncentrációban])	BAL1	súlyos korlátozottság
	BAL2	nem súlyos korlátozottság
	BAL3	nincs korlátozottság
Korlátozottság az önellátás terén	ONEL1	súlyos korlátozottság
	ONEL2	nem súlyos korlátozottság
	ONEL3	nincs korlátozottság
Korlátozottság a háztartási tevékenységek terén	HAZT1	súlyos korlátozottság
	HAZT2	nem súlyos korlátozottság
	HAZT3	nincs korlátozottság
Igény segítségre/segédeszközre az önellátásban	SIGO	segítséget/segédeszközt igényelne
Igény segítségre/segédeszközre a háztartási tevékenységekben	SIGH	segítséget/segédeszközt igényelne

Megjegyzés: MDS (multidimensional scaling): több- vagy sokdimenziós skálázás.

A korlátozottság változóinak kétdimenziós MDS-tere
Two-dimensional multidimensional scaling (MDS)
space of activity limitation variables



Megjegyzés: *S-STRESS* = 0,04.
A változónevek rövidítésének kifejtését az F1. táblázat tartalmazza.
Forrás: ELEF2019.

F2. táblázat

Az önellátás és a háztartási tevékenységek terén súlyos nehézségeket
megtapasztalók, illetve a jelenleginél több segítséget igénylők aránya a GALI
szerinti kategóriákban, 2019

*Proportion of the population experiencing severe difficulties and those, who need
more help in self-sufficiency and household activities by GALI categories, 2019*

(%)			
Súlyos nehézség foka	Súlyosan	Mérsé- kelten	Nem
	korlátozott (GALI)		
Súlyos nehézsége van az önellátásban	23,3	1,7	0,4
A jelenleginél több segítségre, segédeszközre lenne szüksége az önellátáshoz	55,3	22,8	4,9
Súlyos nehézsége van a háztartási tevékenységek ellátásában	60,3	16,7	1,5
A jelenleginél több segítségre, segédeszközre lenne szüksége a háztartási tevékenységek ellátásához	48,1	20,9	11,0

Forrás: ELEF2019.

F3. táblázat

Az egészségügyi okból fakadó súlyos korlátozottsággal összefüggő szociodemográfiai változók, a korlátozottságtól mentességhez viszonyított esélyhányadosok megbízhatósági intervallummal és a változók magyarázó ereje

Sociodemographic variables connected to severe activity limitation due to health reasons, odds ratios related to non-limitation with a 95% confidence interval, and explanatory power of variables

Változó megnevezése	EH	95%-os konfidenciaintervallum		Szignifikanciaszint (p)
		alsó	felső	
		határa		
Korcsoport, év				0,000
15–34	0,022	0,010	0,048	0,000
35–44	0,197	0,102	0,379	0,000
45–54	0,454	0,262	0,786	0,005
55–64	0,640	0,422	0,972	0,036
65–74	0,474	0,328	0,685	0,000
75–	1 (referencia)			
Gazdasági aktivitás				0,000
Nem aktív	7,033	4,549	10,873	0,000
Aktív	1 (referencia)			
Iskolai végzettség				0,000
Legfeljebb alapfokú	2,806	1,310	6,008	0,008
Középfokú, érettségi nélkül	2,641	1,280	5,450	0,009
Középfokú, érettségivel	1,537	0,784	3,012	0,211
Felsőfokú	1 (referencia)			
Társas támogatottság				0,000
Gyenge	2,018	1,384	2,942	0,000
Közepes	0,862	0,643	1,156	0,322
Erős	1 (referencia)			
Nem				0,000
Férfi	1,824	1,347	2,471	0,000
Nő	1 (referencia)			

(A táblázat folytatása a következő oldalon)

(folytatás)

Változó megnevezése	EH	95%-os konfidenciaintervallum		Szignifikancia- szint (p)
		alsó	felső	
		határa		
Háztartás jövedelmi helyzete (jövedelmi ötöd)				0,005
Legalsó	3,762	1,727	8,196	0,001
2.	2,633	1,212	5,718	0,014
3.	2,826	1,311	6,090	0,008
4.	2,152	0,997	4,645	0,051
Legfelső	1 (referencia)			
Családi állapot				0,005
Házastárssal él	0,570	0,390	0,833	0,004
Élettárssal él	0,736	0,375	1,443	0,372
Egyedül él, nőtlen/hajadon	1,027	0,568	1,856	0,930
Egyedül él, elvált	0,923	0,538	1,583	0,770
Egyedül él, özvegy	1 (referencia)			
Legmagasabb iskolai végzettség a háztartásban				0,047
Legfeljebb alapfokú	1,638	0,834	3,215	0,152
Középfokú, érettségi nélkül	0,771	0,416	1,427	0,408
Középfokú, érettségivel	0,985	0,575	1,688	0,957
Felsőfokú	1 (referencia)			

Megjegyzés: itt és a további táblázatokban EH: esélyhányados.

Forrás: ELEF2019.

F4. táblázat

Az egészségügyi okból fakadó nem súlyos korlátozottsággal összefüggő szociodemográfiai változók, a korlátozottságtól mentességhez viszonyított esélyhányadosok megbízhatósági intervallummal és a változók magyarázó ereje

Sociodemographic variables connected to non-severe activity limitation due to health reasons, odds ratios related to non-limitation with a 95% confidence interval, and explanatory power of variables

Változó megnevezése	EH	95%-os konfidencia-intervallum		Szignifikancia-szint (p)
		alsó	felső	
		határa		
Korcsoport (év)				0,000
15–34	0,147	0,102	0,212	0,000
35–44	0,265	0,178	0,394	0,000
45–54	0,403	0,280	0,579	0,000
55–64	0,594	0,440	0,801	0,001
65–74	0,637	0,487	0,834	0,001
75–	1 (referencia)			
Iskolai végzettség				0,000
Legfeljebb alapfokú	1,524	1,146	2,027	0,004
Középfokú, érettségi nélkül	1,419	1,094	1,842	0,008
Középfokú, érettségivel	1,347	1,060	1,711	0,015
Felsőfokú	1 (referencia)			
Gazdasági aktivitás				0,000
Nem aktív	1,507	1,210	1,878	0,000
Aktív	1 (referencia)			
Társas támogatottság				0,000
Gyenge	2,097	1,649	2,668	0,000
Közepes	1,210	1,020	1,436	0,029
Erős	1 (referencia)			
Háztartás mérete és típusa				0,000
Egyszemélyes háztartás	1,753	1,218	2,522	0,002
Egy szülő egy 25 év alatti gyermekkel	1,869	0,851	4,107	0,119
Egy szülő több gyermekkel, akik közül legalább egy 25 év alatti	0,520	0,211	1,285	0,157
Egy szülő egy 25 éves vagy annál idősebb gyermekkel	2,686	1,510	4,776	0,001
Egy szülő több 25 éves vagy annál idősebb gyermekkel	1,757	0,964	3,202	0,066
Pár egyedül	1,727	1,220	2,443	0,002
Pár más háztartástaggal, de gyermek nélkül	0,934	0,518	1,683	0,821
Pár legalább egy 25 év alatti gyermekkel	0,960	0,677	1,360	0,816
Pár 25 éves vagy annál idősebb gyermekkel	1,662	1,073	2,575	0,023
Egyéb kétfős háztartás	1,984	1,301	3,026	0,001
Egyéb három- vagy annál többfős háztartás	1 (referencia)			

(A táblázat folytatása a következő oldalon)

(folytatás)

Változó megnevezése	EH	95%-os konfidencia-intervallum		Szignifikancia-szint (p)
		alsó	felső	
		határa		
Háztartás jövedelmi helyzete (jövedelmi ötöd)				0,001
Legalsó	1,627	1,178	2,247	0,003
2.	1,275	0,939	1,731	0,119
3.	1,047	0,775	1,414	0,764
4.	0,952	0,716	1,266	0,735
Legfelső	1 (referencia)			

Forrás: ELEF2019.

F5. táblázat

Az egészségi állapot összefüggése az egészségügyi okból fakadó súlyos korlátozottsággal, a korlátozottságtól mentességhez viszonyított esélyhányadosok megbízhatósági intervallummal és a változók magyarázó ereje

Relationship between health status and severe activity limitation due to health reasons, odds ratios related to non-limitation with a confidence interval, and explanatory power of variables

Változók megnevezése	Nyers		Standardizált	
	EH	Nagelkerke-féle R^2	EH	Nagelkerke-féle R^2
Szociodemográfiai változók				0,393
Vélt egészség		0,379		0,525
Nagyon jó, jó	1 (referencia)		1 (referencia)	
Megfelelő, rossz, nagyon rossz	61,1 (38,2–97,6)		30,2 (17,8–51,3)	
Hosszan tartó betegség vagy egészségi probléma		0,358		0,562
Igen	369,3 (94,5–1443,3)		224,7 (56,9–887,8)	
Nem	1 (referencia)		1 (referencia)	
Bevallott, orvos által diagnosztizált betegségek száma		0,415		0,563
0	1 (referencia)		1 (referencia)	
1	4,5 (2,2–9,4)		4,6 (2,0–10,7)	
2–3	21,1 (11,0–40,5)		17,8 (8,2–38,7)	
4 vagy annál több	167,5 (88,7–316,3)		120,5 (55,2–262,9)	

(A táblázat folytatása a következő oldalon)

(folytatás)

Változók megnevezése	Nyers		Standardizált	
	<i>EH</i>	Nagelkerke-féle R^2	<i>EH</i>	Nagelkerke-féle R^2
Magasvérnyomás- és anyagcsere-betegségek		0,146		0,411
Nincs	1 (referencia)		1 (referencia)	
Van	7,1 (5,5–9,1)		2,7 (2,0–3,6)	
Allergia és légzőszervi betegségek		0,032		0,412
Nincs	1 (referencia)		1 (referencia)	
Van	2,7 (2,2–3,5)		3,2 (2,4–4,3)	
Emésztő- és kiválasztórendszer betegségei		0,106		0,431
Nincs	1 (referencia)		1 (referencia)	
Van	13,4 (9,7–18,5)		7,6 (5,0–11,4)	
Rosszindulatú daganatos betegségek, leukémia		0,020		0,399
Nincs	1 (referencia)		1 (referencia)	
Van	6,7 (4,0–11,5)		4,6 (2,4–8,8)	
Mozgásszervi betegségek		0,221		0,464
Nincs	1 (referencia)		1 (referencia)	
Van	11,8 (9,2–15,2)		6,8 (5,0–9,3)	
Mentális és viselkedészavarok		0,094		0,432
Nincs	1 (referencia)		1 (referencia)	
Van	12,0 (8,6–16,7)		10,4 (6,6–16,3)	
Szív- és érrendszeri betegségek		0,235		0,470
Nincs	1 (referencia)		1 (referencia)	
Van	17,0 (13,3–21,8)		8,2 (6,0–11,1)	

Forrás: ELEF2019.

F6. táblázat

Az egészségi állapot összefüggése az egészségügyi okból fakadó nem súlyos korlátozottsággal, a korlátozottságtól mentességhez viszonyított esélyhányadosok megbízhatósági intervallummal és a változók magyarázó ereje

Relationship between health status and non-severe activity limitation due to health reasons, odds ratios related to non-limitation with a confidence interval, and explanatory power of variables

Változók megnevezése	Nyers		Standardizált	
	<i>EH</i>	Nagelkerke-féle R^2	<i>EH</i>	Nagelkerke-féle R^2
Szociodemográfiai változók				0,218
Vélt egészség		0,345		0,387
Nagyon jó, jó	1 (referencia)		1 (referencia)	
Megfelelő, rossz, nagyon rossz	15,4 (13,0–18,3)		10,4 (8,5–12,7)	
Hosszan tartó betegség vagy egészségi probléma		0,379		0,445
Igen	1 (referencia)		1 (referencia)	
Nem	27,4 (21,6–34,9)		19,9 (15,4–25,7)	
Bevallott, orvos által diagnosztizált betegségek száma		0,339		0,396
0	1 (referencia)		1 (referencia)	
1	4,9 (3,7–6,5)		4,9 (3,6–6,7)	
2–3	12,9 (9,9–16,8)		11,3 (8,3–15,3)	
4 vagy annál több	46,9 (35,6–61,8)		33,6 (24,3–46,6)	
Magasvérnyomás- és anyagcsere-betegségek		0,126		0,247
Nincs	1 (referencia)		1 (referencia)	
Van	4,4 (3,8–5,0)		2,3 (1,9–2,7)	
Allergia és légzőszervi betegségek		0,028		0,247
Nincs	1 (referencia)		1 (referencia)	
Van	2,2 (1,9–2,6)		2,5 (2,1–3,0)	
Emésztő- és kiválasztórendszer betegségei		0,041		0,240
Nincs	1 (referencia)		1 (referencia)	
Van	5,6 (4,2–7,4)		3,8 (2,7–5,3)	

(A táblázat folytatása a következő oldalon)

(folytatás)

Változók megnevezése	Nyers		Standardizált	
	<i>EH</i>	Nagelkerke-féle R^2	<i>EH</i>	Nagelkerke-féle R^2
Rosszindulatú daganatos betegségek, leukémia		0,009		0,222
Nincs	1 (referencia)		1 (referencia)	
Van	3,6 (2,3–5,7)		2,1 (1,3–3,5)	
Mozgásszervi betegségek		0,206		0,318
Nincs	1 (referencia)		1 (referencia)	
Van	7,0 (6,1–8,2)		4,9 (4,1–5,8)	
Mentális és viselkedészavarok		0,050		0,254
Nincs	1 (referencia)		1 (referencia)	
Van	6,2 (4,7–8,2)		5,8 (4,2–8,1)	
Szív- és érrendszeri betegségek		0,135		0,275
Nincs	1 (referencia)		1 (referencia)	
Van	7,6 (6,3–9,1)		4,2 (3,4–5,2)	

Forrás: ELEF2019

F7. táblázat

Az egészségi ellátások összefüggése az egészségügyi okból fakadó súlyos korlátozottsággal, a korlátozottságtól mentességhez viszonyított esélyhányadosok megbízhatósági intervallummal és a változók magyarázó ereje

Relationship between health services and severe activity limitation due to health reasons, odds ratios related to non-limitation with a confidence interval, and explanatory power of variables

Változók megnevezése	Nyers		Standardizált	
	<i>EH</i>	Nagelkerke-féle R^2	<i>EH</i>	Nagelkerke-féle R^2
Szociodemográfiai változók				0,393
Egészségügyi ellátás igénybevétele az előző 12 hónapban		0,025		0,410
Igen	8,3 (3,5–19,7)		9,2 (3,7–23,0)	
Nem	1 (referencia)		1 (referencia)	

(A táblázat folytatása a következő oldalon)

(folytatás)

Változók megnevezése	Nyers		Standardizált	
	<i>EH</i>	Nagelkerke-féle R^2	<i>EH</i>	Nagelkerke-féle R^2
Háziorvosi vizitek száma az elmúlt 4 hétben		0,110		0,426
0	1 (referencia)		1 (referencia)	
1	3,9 (3,0–5,2)		1,8 (1,3–2,5)	
2	5,8 (3,8–8,8)		3,6 (2,1–6,0)	
3 vagy annál több	12,6 (7,7–20,4)		7,4 (3,9–13,8)	
Kórházi ellátás tartama		0,197		0,497
0 nap	1 (referencia)		1 (referencia)	
1–3 nap	3,5 (2,3–5,4)		3,6 (2,1–6,3)	
4–9 nap	9,9 (6,7–14,6)		8,5 (5,0–14,4)	
10 nap vagy annál több	34,1 (23,1–50,5)		26,9 (15,8–45,9)	
Egynapos ellátás alkalmainak száma		0,066		0,440
0	1 (referencia)		1 (referencia)	
1	1,5 (0,9–2,5)		1,2 (0,6–2,2)	
2 vagy annál több	10,4 (7,1–15,1)		9,2 (5,5–15,5)	
Fogorvosi ellátás igénybevétele		0,034		0,390
Az előző 6 hónapban	0,4 (0,3–0,5)		1,3 (0,9–1,9)	
Több mint 6 hónapja, de kevesebb mint 12 hónapja	0,4 (0,3–0,5)		1,3 (0,8–1,9)	
Az előző 12 hónapban nem	1 (referencia)		1 (referencia)	
Pszichológus, pszichoterapeuta vagy pszichiáter az elmúlt 12 hónapban		0,032		0,417
Igen	4,8 (3,4–6,8)		7,2 (4,3–12,4)	
Nem	1 (referencia)		1 (referencia)	
Otthoni szakápolás az elmúlt 12 hónapban		0,059		0,414
Igen	19,6 (11,6–33,2)		11,5 (5,5–23,9)	
Nem	1 (referencia)		1 (referencia)	

Forrás: ELEF2019.

F8. táblázat

Az egészségi ellátások összefüggése az egészségügyi okból fakadó nem súlyos korlátozottsággal, a korlátozottságtól mentességhez viszonyított esélyhányadosok megbízhatósági intervallummal és a változók magyarázó ereje

Relationship between health services and non-severe activity limitation due to health reasons, odds ratios related to non-limitation with a confidence interval, and explanatory power of variables

Változók megnevezése	Nyers		Standardizált	
	<i>EH</i>	Nagelkerke-féle R^2	<i>EH</i>	Nagelkerke-féle R^2
Szociodemográfiai változók				0,218
Egészségügyi ellátás igénybevétele az előző 12 hónapban		0,020		0,237
Igen	3,3 (2,4–4,7)		3,4 (2,4–4,9)	
Nem	1 (referencia)		1 (referencia)	
Háziorvosi vizitek száma az elmúlt 4 hétben		0,075		0,234
0	1 (referencia)		1 (referencia)	
1	2,8 (2,4–3,3)		1,7 (1,4–2,0)	
2	3,1 (2,3–4,1)		2,3 (1,7–3,2)	
3 vagy annál több	4,5 (3,06,7)		3,1 (2,0–5,0)	
Kórházi ellátás tartama		0,054		0,250
0 nap	1 (referencia)		1 (referencia)	
1–3 nap	2,1 (1,6–2,8)		2,1 (1,5–3,0)	
4–9 nap	3,8 (2,8–5,3)		3,4 (2,3–4,9)	
10 nap vagy annál több	7,4 (5,1–10,8)		4,6 (3,0–7,1)	
Egynapos ellátás alkalmainak száma		0,033		0,239
0	1 (referencia)		1 (referencia)	
1	1,6 (1,2–2,1)		1,4 (1,0–2,0)	
2 vagy annál több	5,2 (3,8–7,1)		4,1 (2,9–6,0)	
Fogorvosi ellátás igénybevétele		0,018		0,224
Az előző 6 hónapban	0,6 (0,5–0,7)		1,0 (0,8–1,2)	
Több mint 6 hónapja, de kevesebb mint 12 hónapja	0,6 (0,5–0,7)		0,9 (0,7–1,1)	
Az előző 12 hónapban nem	1 (referencia)		1 (referencia)	

(A táblázat folytatása a következő oldalon)

(folytatás)

Változók megnevezése	Nyers		Standardizált	
	<i>EH</i>	Nagelkerke-féle R^2	<i>EH</i>	Nagelkerke-féle R^2
Pszichológus, pszichoterapeuta vagy pszichiáter az elmúlt 12 hónapban		0,009		0,230
Igen	2,3 (1,7–3,1)		2,8 (2,0–4,0)	
Nem	1 (referencia)		1 (referencia)	
Otthoni szakápolás az elmúlt 12 hónapban		0,004		0,221
Igen	3,1 (1,7–5,7)		1,9 (0,9–3,9)	
Nem	1 (referencia)		1 (referencia)	

Forrás: ELEF2019

F9. táblázat

Az elmaradt egészségi ellátások összefüggése az egészségügyi okból fakadó súlyos korlátozottsággal, a korlátozottságtól mentességhez viszonyított esélyhányadosok megbízhatósági intervallummal és a változók magyarázó ereje

Relationship between lack of health services and severe activity limitation due to health reasons, odds ratios related to non-limitation with a confidence interval, and explanatory power of variables

Változók megnevezése	Nyers		Standardizált	
	<i>EH</i>	Nagelkerke-féle R^2	<i>EH</i>	Nagelkerke-féle R^2
Szociodemográfiai változók				0,393
Anyagi okok együtt		0,017		0,400
Igen	1,9 (1,4–2,6)		2,1 (1,4–3,0)	
Nem	1 (referencia)		1 (referencia)	
Anyagi okok – fogorvos		0,002		0,383
Igen	1,4 (1,0–2,0)		1,3 (0,8–2,1)	
Nem	1 (referencia)		1 (referencia)	
Anyagi okok – vényköteles gyógyszer		0,022		0,399
Igen	3,4 (2,3–4,9)		3,0 (1,8–4,9)	
Nem	1 (referencia)		1 (referencia)	
Anyagi okok – orvos		0,014		0,404
Igen	2,9 (2,0–4,4)		4,1 (2,3–7,3)	
Nem	1 (referencia)		1 (referencia)	

(A táblázat folytatása a következő oldalon)

(folytatás)

Változók megnevezése	Nyers		Standardizált	
	<i>EH</i>	Nagelkerke-féle R^2	<i>EH</i>	Nagelkerke-féle R^2
Anyagi okok – mentálhigiénés ellátás		0,010		0,401
Igen	3,2 (1,7–6,1)		15,5 (5,3–45,5)	
Nem	1 (referencia)		1 (referencia)	
Túl hosszú várakozási idő		0,013		0,425
Igen	2,1 (1,6–2,8)		3,8 (2,6–5,6)	
Nem	1 (referencia)		1 (referencia)	
Nagy távolság vagy nehézkes közlekedés		0,013		0,409
Igen	3,7 (2,3–6,0)		3,7 (1,9–7,1)	
Nem	1 (referencia)		1 (referencia)	

Forrás: ELEF2019.

F10. táblázat

Az elmaradt egészségi ellátások összefüggése az egészségügyi okból fakadó nem súlyos korlátozottsággal, a korlátozottságtól mentességhez viszonyított esélyhányadosok megbízhatósági intervallummal és a változók magyarázó ereje

Relationship between lack of health services and non-severe activity limitation due to health reasons, odds ratios related to non-limitation with a confidence interval, and explanatory power of variables

Változók megnevezése	Nyers		Standardizált	
	<i>EH</i>	Nagelkerke-féle R^2	<i>EH</i>	Nagelkerke-féle R^2
Szociodemográfiai változók				0,218
Anyagi okok együtt		0,013		0,238
Igen	1,6 (1,3–2,0)		1,9 (1,5–2,4)	
Nem	1 (referencia)		1 (referencia)	
Anyagi okok – fogorvos		0,007		0,225
Igen	1,6 (1,3–2,1)		1,7 (1,3–2,3)	
Nem	1 (referencia)		1 (referencia)	

(A táblázat folytatása a következő oldalon)

(folytatás)

Változók megnevezése	Nyers		Standardizált	
	<i>EH</i>	Nagelkerke-féle R^2	<i>EH</i>	Nagelkerke-féle R^2
Anyagi okok – vényköteles gyógyszer		0,006		0,220
Igen	1,9 (1,4–2,5)		2,0 (1,4–2,9)	
Nem	1 (referencia)		1 (referencia)	
Anyagi okok – orvos		0,009		0,234
Igen	2,2 (1,6–3,0)		3,2 (2,2–4,6)	
Nem	1 (referencia)		1 (referencia)	
Anyagi okok – mentálhigiénés ellátás		0,003		0,243
Igen	1,9 (1,1–3,2)		4,2 (2,1–8,4)	
Nem	1 (referencia)		1 (referencia)	
Túl hosszú várakozási idő		0,023		0,252
Igen	2,3 (1,9–2,7)		2,9 (2,3–3,7)	
Nem	1 (referencia)		1 (referencia)	
Nagy távolság vagy nehézkes közlekedés		0,009		0,229
Igen	2,8 (2,0–4,0)		2,4 (1,5–3,7)	
Nem	1 (referencia)		1 (referencia)	

Forrás: ELEF2019.

Irodalom

- Altman, B. M. (2014): Definitions, concepts, and measures of disability. *Annals of Epidemiology*. Vol. 24. Issue 1. pp. 2–7. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2013.05.018>
- Berger, N. – Van der Heyden, J. – Van Oyen, H. (2015): The global activity limitation indicator and self-rated health: two complementary predictors of mortality. *Archives of Public Health*. Vol. 73. No. 1. No. 25. <https://dx.doi.org/10.1186%2Fs13690-015-0073-0>
- Berger, N. – Van Oyen, H. – Cambois, E. – Fouweather, T. – Jagger, C. – Nusselder, W. – Robine, J.-M. (2015): Assessing the validity of the Global Activity Limitation Indicator in fourteen European countries. *BMC Medical Research Methodology*. 2015;15:1.
- Berghs, M. – Atkin, K. – Graham, H. – Hatton, C. – Thomas, C. (2016): Implications for public health research of models and theories of disability: a scoping study and evidence synthesis. *Public Health Research*. Vol. 4. No. 8. Article No. 27512753. <https://doi.org/10.3310/phr04080>
- Borg, I. – Groenen, P. J. F. (2005): *Modern Multidimensional Scaling. Theory and Applications*. Springer. New York.

- Cabrero-García, J. – Juliá-Sanchis, R. (2014): The Global Activity Limitation Index mainly measured functional disability, whereas self-rated health measured physical morbidity. *Journal of Clinical Epidemiology*. Vol. 67. No. 4. 468–476. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.10.005>
- Cabrero-García, J. – Juliá-Sanchis, R. – Richart-Martínez, M. (2020): Association of the global activity limitation indicator with specific measures of disability in adults aged below 65. *European Journal of Public Health*. Vol. 30. No. 6. 1225–1230. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa066>
- Chikán Cs. (2001): *Esélyegyenlőség, fogyatékoság. Mozgáskorlátozottak Pest Megyei Egyesülete*. Vác.
- Ding, C. S. (2018): *Fundamentals of Applied Multidimensional Scaling for Educational and Psychological Research*. Springer. New York.
- Eurostat (2015): *Global Activity Limitation Indicator (GALI) as a core variable*. DSS/2015/Sept/04.3, Meeting of the European Directors of Social Statistics, Luxembourg 15–17 September 2015. <https://circabc.europa.eu/sd/a/8eec189a-3389-47d3-999e-c12afc4a0f7d/DSS-2015-Sep-04.3%20GALI%20as%20a%20core%20variable.pdf>
- Földvári M. – Gárdos É. (2021): A fogyatékoság és az egészségi okok miatti korlátozottság mérésének módszerei a hivatalos statisztikában. *Statisztikai Szemle*. 99. évf. 2. sz. 142–172. old. <https://doi.org/10.20311/stat2021.2.hu0142>
- Füstös L. – Meszéna Gy. – Simonné Mosolygó N. (1997): *Térstatisztika. Három és többdimenziós adattömbök elemzési módszerei*. Aula. Budapest.
- Havasi É. – Horváth Gy. (2011): „A betegség anyja a szegénység” – A szegények egészségi állapota a mai Magyarországon. In: Tokaji K.-né (szerk.): *Európai lakossági egészségfelmérés – Magyarország, 2009. Tanulmányok I. A lakosság egészségi állapota*. KSH. Budapest. 57–79. old. https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/elef_2009_1.pdf
- Kovács K. (2006): Az özvegyek, az elváltak és az egyedülállók egészségi állapota. Arányos vagy koncentrálódó terhek? *Demográfia*. 49. évf. 1. sz. 7–45. old.
- KSH (Központi Statisztikai Hivatal) (2020): *Tehetünk az egészségünkért – ELEF2019 gyorsjelentés*. https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/te_2019/index.html
- KSH (2021): *Egészségi okból fakadó korlátozottság 2019*. https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/korlatozottsag_2019/korlatozottsag_2019.pdf
- Lauer, E. A. – Houtenville, A. J. (2018): Estimates of prevalence, demographic characteristics and social factors among people with disabilities in the USA: a cross-survey comparison. *BMJ Open*. Vol. 8. No. 2. Article No. e017828. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017828>
- Madans, J. H. – Altman, B. M. – Rasch, E. K. – Mbogoni, M. – Synneborn, M. – Banda, J. – Me, A. – DePalma, E. (2004): *Washington Group Position Paper. Proposed Purpose of an Internationally Comparable General Disability Measure*. 23 January. https://www.cdc.gov/nchs/data/washington_group/WG_purpose_paper.pdf
- Magyar Közlöny (2007): 2007. évi XCII. törvény a Fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről. Július 6. 90. sz. 6804–6840. old.
- Mont, D. (2007): Measuring health and disability. *Lancet*. Vol. 369. Issue 9573. pp. 1658–1663. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60752-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60752-1)

- Palmer, M. – Harley, D. (2012): Models and measurement in disability: an international review. *Health Policy and Planning*. Vol. 27. Issue 5. pp. 357–364.
<https://doi.org/10.1093/heapol/czr047>
- Székelyi M. – Barna I. (2005): *Túlélőkészlet az SPSS-hez. Többváltozós elemzési technikákról társadalomkutatók számára*. Typotex. Budapest.
- UN (United Nations) (2006): *Convention on Rights of People with Disabilities*.
<https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>
- Van der Heyden, J. – Van Oyen, H. – Berger, N. – De Bacquer, D. – Koen Van Herck, K. (2015): Activity limitations predict health care expenditures in the general population in Belgium. *BMC Public Health*. 15:267. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1607-7>
- Van Oyen, H. – Van der Heyden, J. – Perenboom, R. – Jagger, C. (2006): Monitoring population disability: evaluation of a new Global Activity Limitation Indicator (GALI). *Sozial- und Präventivmedizin*. 51. 153–161 (2006). <https://doi.org/10.1007/s00038-006-0035-y>
- Van Oyen, H. – Bogaert, P. – Yokota, R. T. C. – Berger, N. (2018): Measuring disability: a systematic review of the validity and reliability of the Global Activity Limitations Indicator (GALI). *Archives of Public Health*. Vol. 76. Article No. 25. 28 May.
<https://doi.org/10.1186/s13690-018-0270-8>
- Vokó Z. (2011): Az egészségi állapot demográfiai és társadalmi-gazdasági meghatározó tényezői. In: Tokaji K.-né (szerk.): *Európai lakossági egészségfelmérés – Magyarország, 2009. Tanulmányok I. A lakosság egészségi állapota*. KSH. Budapest. 31–55. old.
https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/elef_2009_1.pdf
- WHO (World Health Organization) (2011): *World Report on Disability*. Geneva.
<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/world-report-on-disability>