

## 2.3. A HÁLAPÉNZ, A MAGÁNEGÉSZSÉGÜGY IGÉNYBEVÉTELE ÉS A KIELÉGÍTETLEN EGÉSZSÉGÜGYI SZÜKSÉGLETEK SZOCIOÖKONÓMIAI STÁTUS SZERINTI ELOSZLÁSA

BAJI PETRA

A Közelkép legtöbb alfejezete adminisztratív adatok alapján vizsgálja az egészségi állapotnak és az egészségügyi ellátások igénybevételének munkapiaci és szocioökonómiai státus szerinti eloszlását, így viszont természetesen kevesebb figyelem jut például a hálapénzre, a magánegészségügy igénybevételére és a kielégítetlen egészségügyi szükségletekre, amelyek a felhasznált adatbázisokban nem jelennek meg. A következőkben egy rövid összefoglalót nyújtunk néhány, ezekkel foglalkozó tanulmány társadalmi és gazdasági helyzet szerinti egyenlőtlenségekre vonatkozó eredményeiről.

Egy korábbi, reprezentatív felmérés adatai alapján (*Baji és szerzőtársai, 2014*) a válaszadók közel 80 százaléka járt orvosnál a felmérést megelőző egy évben, és közülük 21 százalék fizetett hálapénzt. A válaszadók 21 százaléka volt kórházban, és közülük majdnem minden második ember (44 százalék) fizetett. Az orvosi vizitek számára és az egészségi állapotra kontrollálva, az orvosi ellátások esetében az idősebbek, a fővárosiak és a magasabb jövedelemmel rendelkezők nagyobb eséllyel fizettek hálapénzt, míg a nagyobb háztartással rendelkezők szignifikánsan kisebb eséllyel. Kórházi ellátás esetében a jövedelmi helyzet és a háztartás mérete voltak szignifikáns hatással a hálapénz fizetésére.

A hálapénzfizetés a szülészetben a legelterjedtebb. Itt azt találtuk, hogy elsősorban az orvosválasztás ténye befolyásolta a hálapénzfizetést, és nem az ellátás minősége (*Baji és szerzőtársai, 2017*). A 600 fős reprezentatív mintában a nők kétharmadának volt választott orvosa, közülük 79 százalék fizetett hálapénzt, szemben a választott orvossal nem rendelkezők 17 százalékával. Az idősebb és magasabb iskolai végzettségű anyáknak gyakrabban volt választott orvosuk, viszont az orvosválasztás tényére kontrollálva a társadalmi-demográfiai változóknak már nem volt szignifikáns hatása a hálapénzfizetés előfordulására. A magasabb jövedelműek, a budapestiek és a házasságban/párkapcsolatban élők viszont szignifikánsan magasabb összegű hálapénzt fizettek. Fontos eredmény, hogy az ellátás minősége különbözött a választott orvossal rendelkezők és nem rendelkezők esetében: a választott orvossal rendelkezők körében több orvosi beavatkozás történt (császármetszés, szülésindítás), de több tiszteletet is kaptak az anyák.

Egy kapcsolódó tanulmányunkban (*Baji és szerzőtársai, 2012*) a háztartási egészségügyi kiadások regresszivitását vizsgáltuk a 2005 és 2008 közötti időszakban (amely a gyógyszerre és gyógyászati segédeszközökre költött kiadá-

sokat (önrész), térítési díjakat és a hálapénzt foglalja magában). A hálapénz az összes egészségügyre fordított kiadások csupán 4–9 százalékát tette ki a vizsgált időszakban, ami a háztartások összes bevételeinek körülbelül 0,2–0,3 százaléka volt. (Viszonyításképpen: a háztartások legtöbbit gyógyszerekre és gyógyászati segédeszközre költöttek, ez tette ki a háztartások egészségügyre fordított kiadásainak 78–85 százalékát.) Az éves hálapénzkiadás regresszív volt, vagyis az alsó jövedelmi ötödökbe tartozó, szegényebb háztartások a jövedelmük magasabb százalékát fordították hálapénzkiadásra, mint a gazdagabb, felső jövedelmi ötödbe tartozó háztartások. A hálapénzfizetés tehát nagyobb terhet rótt a szegényebb háztartásokra. Azt is láttuk viszont, hogy 2007-ben, a vizitdíj (átmeneti) bevezetésével a hálapénzfizetés jövedelemarányossá vált. Ennek két oka lehet: a szegényebb háztartások vagy kevesebb hálapénzt fizettek, vagy el sem mentek orvoshoz.

A háztartások egészségügyi kiadásait vizsgálva az is megállapítható, hogy a háztartások (hivatalos) egészségügyi szolgáltatási díjakra költött kiadásai az összes háztartási egészségügyi kiadás 11–15 százalékát, a háztartási bevételek átlagosan 0,5–0,6 százalékát tették ki 2005–2008 között. Ezek a kiadások jövedelemarányosak voltak (*Baji és szerzőtársai*, 2012), vagyis a felső jövedelmi ötödökbe tartozó háztartások reálértelemben több pénzt költöttek térítési díjakra. Ez leginkább a magán-egészségügyi ellátások gyakoribb igénybevételével magyarázható. Egy 2019-es reprezentatív felmérésünk (*Lucevic és szerzőtársai*, 2019; *Zrubka és szerzőtársai*, 2020) adatai szerint a felmérést megelőző egy évben a legutóbbi orvoslátogatások 11 százaléka történt magán-egészségügyi szolgáltatónál (*Zrubka és szerzőtársai*, 2020). A 25–44 éves korosztályban, a fizetett munkával rendelkezők körében és a felsőfokú végzettségűek között gyakrabban fordult elő, hogy a legutóbbi orvoslátogatás magánrendelőben zajlott.

Gyakori az is, hogy a lakosság inkább nem veszi igénybe az amúgy szükségessé vált egészségügyi ellátást annak költsége vagy az esetleges utazási nehézségek miatt. A 2019-ben készült ezerfős reprezentatív felmérésünk szerint a válszadók 27 százaléka halasztott el orvoslátogatást utazási nehézségek miatt; valamint a költségek miatt 24 százalék nem váltott ki gyógyszert, 21 százalék orvoslátogatást és 17 százalék diagnosztikai vizsgálatot vagy előírt orvosi kezelést halasztott el a felmérést megelőző egy évben (*Lucevic és szerzőtársai*, 2019). A regressziós elemzések azt mutatták, hogy a nők, a fiatalabbak, illetve az alacsonyabb jövedelműek (1. és 2. jövedelmi ötöd) szignifikánsan többször jelezték, hogy volt valamilyen kielégítetlen egészségügyi szükségletük. Az alacsonyabb iskolázottságúak (általános, illetve középiskolai végzettségűek) hajlamosabbak voltak nem kiváltani a gyógyszereket, illetve orvosi ellátást halasztani az utazási nehézségek miatt. A munkaerőpiaci státus azonban nem befolyásolta szignifikánsan az eredményeket. A kielégítetlen egészségügyi szükségletekről szóló ezen eredmények nagyrészt összhangban vannak az Eurostat

által végzettség és jövedelmi ötödök szerint közölt, az EU–SILC-felmérésen alapuló statisztikákkal.

Összességében elmondható, hogy a hálapénzfizetés, a magán-egészségügyi szolgáltatások igénybevétele és a kielégítetlen egészségügyi szükségletek jelenléte is erősen összefügg a jövedelmi helyzettel, ami veszélyeztetheti az egészségügyi ellátásokhoz való egyenlő hozzáférést.

### Hivatkozások

- BAJI PETRA–PAVLOVA, M.–GULÁCSI LÁSZLÓ–GROOT, W. (2012): Changes in equity in out-of-pocket payments during the period of health care reforms: evidence from Hungary. *International Journal for Equity in Health*, Vol. 11. No. 36.1–31. o.
- BAJI PETRA–PAVLOVA, M.–GULÁCSI LÁSZLÓ–FARKAS MIKLÓS–GROOT, W. (2014): The link between past informal payments and willingness of the Hungarian population to pay formal fees for health care services: results from a contingent valuation study. *The European Journal of Health Economics*, Vol. 15. No. 8. 853–867 o. <https://doi.org/10.1007/s10198-013-0531-y>.
- BAJI PETRA–RUBASHKIN, N.–SZEBIK IMRE–STOLL, K.–VEDAM, S. (2017): Informal cash payments for birth in Hungary: are women paying to secure a known provider, respect, or quality of care? *Social Science & Medicine*, Vol. 189. 86–95. o. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.07.015>.
- LUCEVIC, A.–PÉNTEK MÁRTA–KRINGOS, D.–KLAZINGA, N.–GULÁCSI LÁSZLÓ–FERNANDES, Ó. B.–BONCZ IMRE–BAJI PETRA (2019): Unmet medical needs in ambulatory care in Hungary: forgone visits and medications from a representative population survey. *The European Journal of Health Economics*, Vol. 20. No. 1. 71–78.o.
- ZRUBKA ZSOMBOR–BRITO FERNANDES, Ó.–BAJI PETRA–HAJDU OTTÓ–KOVÁCS LEVENTE–KRINGOS, D.–KLAZINGA, N.–GULÁCSI LÁSZLÓ–BRODSZKY VALENTIN–RENCZ FANNI–PÉNTEK MÁRTA (2020): Exploring eHealth Literacy and Patient-Reported Experiences With Outpatient Care in the Hungarian General Adult Population: Cross-Sectional Study. *Journal of Medical Internet Research*, Vol. 22. No. 8. e19013. <https://doi.org/10.2196/19013>.