

2. JÖVEDELMI, MUNKAPIACI ÉS TERÜLETI EGYENLŐTLENSÉGEK

2.1. A MORTALITÁS ÉS MORBIDITÁS JÖVEDELMI EGYENLŐTLENSÉGEI

BÍRÓ ANIKÓ, ELEK PÉTER, HAJDU TAMÁS, KERTESI GÁBOR & PRINZ DÁNIEL

Az alacsony társadalmi státusú – iskolázatlan, alacsony jövedelmű – emberek halálozási esélyei magasabbak, várható élettartamuk pedig alacsonyabb, mint a magasabb társadalmi státusú embereké. Mivel mortalitási adatokat szinte a világ minden országában hosszú idő óta gyűjtenek, ez az összefüggés robusztus módon nagyon sok ország adatain megfigyelhető.¹ Az összefüggés hatáserőssége általában nagy, időbeli alakulása pedig sok mindent elárul az illető ország vagy társadalmi csoport helyzetéről. A várható élettartam a legfontosabb társadalmi indikátorok egyike.

Ebben a fejezetben a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) teljes körű, egyéni szintű országos halálozási regisztere, a Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont (KRTK) Adatbankja által összeállított Admin3 adminisztratív adatállomány, valamint járás- és településszintű jövedelemre és népességszámra vonatkozó adminisztratív adatok alapján vizsgáljuk a halálozási rátákban, a várható élettartamban és morbiditásban mérhető társadalmi egyenlőtlenségek mértékét és eredetét Magyarországon az 2011 és 2016 közötti időszakban. A 45 évesnél idősebb – középkorú és idősebb – népesség várható élettartamában és morbiditásában mutatkozó társadalmi különbségek elemzésére összpontosítunk. Magyarország a világ magas jövedelmű országai közé tartozik,² s mint ilyen, egy korábbi történelmi időszakban sikeresen csökkenteni tudta a – szegény országokban még ma is komoly gondot jelentő – fiatalabb korosztályokat érintő halálozást.

Elemzésünk nem előzmények nélküli. Demográfusok sora vizsgálta az ezredforduló utáni magyarországi mortalitási helyzetet, a társadalmi státus szerinti különbségeket többnyire a legmagasabb iskolai végzettség szerinti különbségekkel mérve.³ Ehhez az irodalomhoz képest elemzésünk több szempontból is újdonságot jelent. Egyrészt, a társadalmi egyenlőtlenségeket egy térben is időben univerzálisan összehasonlítható ismérv – a relatív jövedelem – szerinti különbségekkel mérjük. Másrészt, kimutatjuk, hogy a várható élettartamban megfigyelhető jövedelmi egyenlőtlenségek igen nagy része elkerülhető (megelőzhető, illetve kezelhető betegségekkel összefüggő) halálokokra vezethető vissza, ami rávilágít arra, hogy egy megfelelően célzott egészségpolitikának van mozgásteret a mortalitás társadalmi különbségeinek csökkentésében. Harmadrészt pedig megmutatjuk, hogy jelentős jövedelem szerinti egyenlőtlenségek figyelhetők meg számos fontos egészségmutatóban is, amelyek az egyének

¹ Lásd például *Chetty és szerzőtársai* (2016), *Marmot* (2005), *Mackenbach és szerzőtársai* (2018, 2019).

² Lásd: [Világbank](#).

³ *Bálint–Németh* (2018), *Klinger* (2001), (2003) *Kovács–Bálint* (2014, 2018).

egészségmagatartását, egészségi ellátórendszerhez való hozzáférési esélyeit, illetve az ellátórendszer tényleges igénybevételét jellemzik. Ezek a különbségek szoros összefüggésben állhatnak a várható élettartam-egyenlőtlenségekkel.

Halálozás és várható élettartam

Vizsgálatunk alapját a KSH országos halálozási regisztere jelenti. A halálozási regiszter minden egyes magyarországi halálozás esetében rögzíti az elhunyt nemét, életkorát, lakóhelyét és a halálokot is. A halál okára és az elhunyt életkorára vonatkozó információk alapján elkülöníthetők az elkerülhető (megelőzhető, illetve kezelhető betegségekkel összefüggő) és nem elkerülhető halálozások (ONS, 2011).

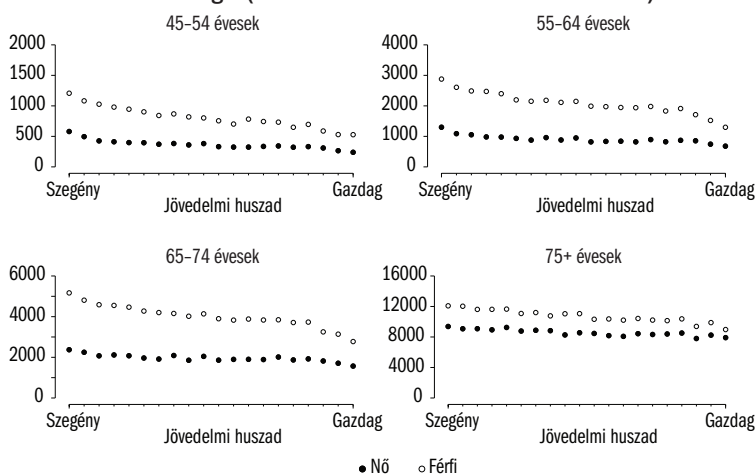
A településszintű nem- és életkorspecifikus népességadatok forrása a KSH TSTAR adatbázisa. A települések átlagos jövedelmét az egy lakosra jutó belföldi jövedelemmel közelítjük. Erre a mutatóra a településen lakók egy főre jutó háztartási jövedelmének közelítő változójaként (*proxy*) tekintünk. A halálozási rátákat, várható élettartamot és az egy főre jutó jövedelmet is a 2011–2016-os évek átlagában vizsgáljuk annak érdekében, hogy az adatokban lévő zajt csökkentjük. A településszintű jövedelmek alapján húsz településcsoportot képzünk, amelyek mindegyikébe a magyarországi népesség nagyjából 5 százaléka tartozik. A legalsó jövedelmi kategória így a népesség legszegényebb településen élő 5 százalékát foglalja magában, míg a legmagasabb jövedelmi a leggazdagabb településeken élő 5 százaléknyi népességet reprezentálja.

Minden egyes településcsoportra elsőként nem- és életkorspecifikus halálozási rátákat számolunk a 2011 és 2016 közötti átlagos éves halálozási és népességadatok alapján. Ezt követően egy standard eljárással várható élettartamot számolunk (lásd *Arias és szerzőtársai*, 2019). Az elkerülhető halálozásoknak a várható élettartam jövedelem szerinti különbségeiben játszott szerepének megértéséhez a várható élettartamnak egy korrigált mutatóját képezzük. Ennek során minden egyes jövedelmi csoport esetében az elkerülhető halálozások alapján számolt halálozási rátákat egyenlővé tesszük a leggazdagabb jövedelmi csoportban megfigyelt értékekkel, míg a nem elkerülhető halálozások alapján számolt halálozási rátákat változatlanul hagyjuk. Ezt követően „újraszámoljuk” a várható élettartamokat. Így tehát a korrigált várható élettartam egy olyan „tényellentétes” állapotot tükröz, ahol a korszpecifikus elkerülhető halálozási ráták egyenlőtlenségeit kiküszöböltük. A várható élettartam számításainak részletei megtalálhatók a *Bíró és szerzőtársai* (2020) tanulmányban. A halálozási ráták és a várható élettartam számításai során a 45 éves és idősebb korosztályra fókuszálunk.

A korszpecifikus halálozási ráták jövedelmi huszadok szerinti értékeit az *2.1.1. ábra* mutatja. Minden életkori kategórián belül jelentős eltérések figyelhetők meg a szegény és gazdag településeken élők között, mind a férfiak, mind pedig a nők esetében. Ugyanakkor az egyenlőtlenségek a férfiak esetében szá-

mottevéően nagyobbak, jellemzően nemcsak az abszolút számok tekintetében, de relatív értelemben is. Például, a legidősebb korosztályban (75 évesek és idősebbek) a legszegényebb településeken élő népesség halálozási rátája 35 százalékkal haladja meg a leggazdagabb településeken élő népesség halálozási rátáját a férfiak, és 18 százalékkal a nők esetében. Továbbá, mindkét nem esetében elmondható, hogy a halálozási ráták jövedelem szerinti relatív különbségei a fiatalabb korosztályokban jelentősebbek. A 45–54 éves korcsoportban a legszegényebb és leggazdagabb települések halálozási rátája között közel két és félszeres az eltérés, míg a 55–64 évesek esetében nagyjából kétszeres. Az eltérés az idősebb korcsoportokban tovább csökken.

2.1.1. ábra: Életkorspecifikus halálozási ráták települési jövedelem szerinti különbségei (halálozások száma 100 000 főre vetítve)



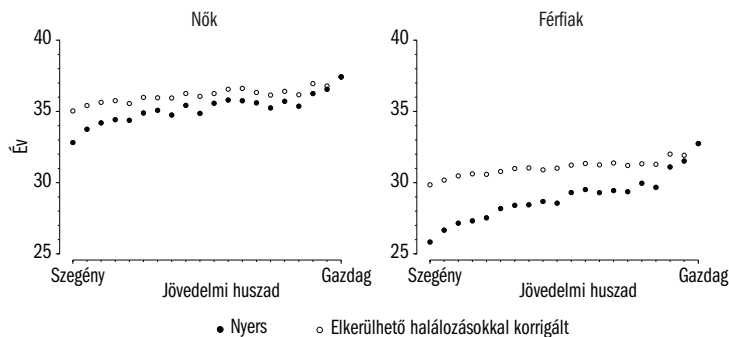
Forrás: Saját számítás a KSH halálozási regisztere és TSTAR adatbázisa alapján.

A halálozási ráták esetében megfigyelt egyenlőtlenségeknek tömör összefoglalását adja a 45 éves életkorban várható élettartam (2.1.2. ábra). A halálozási egyenlőtlenségek esetében megfigyeltékhez hasonlóan a várható élettartam különbségei is számottevőbbek a férfiak, mint a nők esetében. A nők között a legelső és legfelső jövedelmi csoport közötti különbség 4,6 év (37,4 év versus 32,8 év), ami relatív értelemben 14 százalékos különbséget jelent. A férfiak között a különbség 6,9 év (32,7 év versus 25,8 év), vagy relatív értelemben számítva 27 százalék. Figyelemre méltó, hogy a jövedelmi eloszlás közepén (az 5. és 15. jövedelmi huszad között) a várható élettartam csak kismértékben különbözik: az eltérés 0,8 év a nők és 1,8 év a férfiak esetében.

Az elkerülhető halálozások szerepének jelentőségét a korábban említett korrigált várható élettartam mutatójával vizsgáljuk. Ha a legelső és legfelső jövedelmi csoportok között az elkerülhető halálozások tekintetében fennálló különbségeket eltüntetjük, akkor az eltérés a nők esetében 4,6 évről 2,4 évre, a férfiak esetében pedig 6,9 évről 2,9 évre csökken. Mindez azt mutatja, hogy

a szegényebbek körében magasabb elkerülhető halálozás a 45 éves korban várható élettartam jövedelem szerinti különbségének legalább felét magyarázza, tehát a jövedelmi egyenlőtlenségek csökkentése tekintetében számottevő mozgásteret lehet az egészség- és társadalompolitikának.

2.1.2. ábra: A 45 éves életkorban várható élettartam jövedelem szerinti különbségei



Megjegyzés: A korrigált várható élettartam egy olyan tényellentétes állapotot tükröz, ahol minden jövedelmi csoport korszpecifikus elkerülhető halálozási rátái egyenlők a legfelső jövedelmi csoport esetében megfigyelt rátákkal. A várható élettartam fennmaradó különbségei a nem elkerülhető halálozások eltéréseit mutatják.

Forrás: *Bíró és szerzőtársai (2020)*.

Egészségügyi ellátórendszer igénybevétele és morbiditás

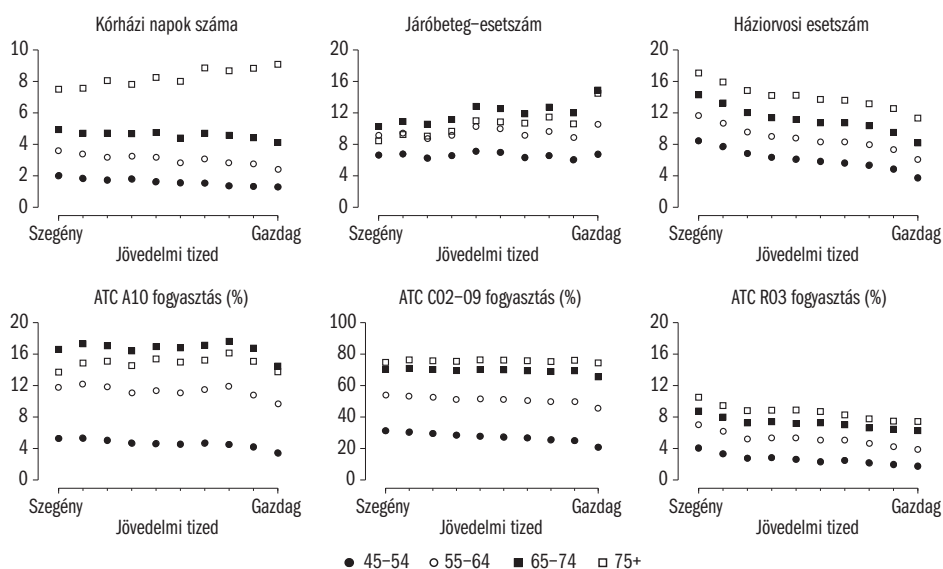
Az egészségügyi ellátórendszer igénybevétele és néhány krónikus betegség előfordulásának jövedelmi egyenlőtlenségeit a KRTK Adatbankja által összeállított adminisztratív egészségügyi paneladatbázis (Admin3) alapján vizsgáljuk, amely a magyarországi népesség felének véletlen mintáját tartalmazza.⁴ Mivel az Admin3 adatbázisban az egyének települése nem, csak a járási szerepel, itt járási szintű elemzést végzünk. A járásokat a KSH TSTAR adataiból számolt egy főre jutó belföldi jövedelem alapján jövedelmi tizedekbe osztjuk (minden tizedbe a lakosság körülbelül 10 százaléka esik), majd tizedenként vizsgáljuk a 45 év feletti lakosság kórházban töltött napjainak, járóbeteg-szakellátási eseteinek és háziorvosi megjelenéseinek számát, valamint három fontos gyógyszercsoport (a cukorbetegség kezelésére használt inzulinok és orális antidiabetikumok, a vérnyomáscsökkentők, illetve az obstruktív légúti betegségek gyógyszereinek) fogyasztását.

A 2.1.3. ábra felső paneljei mutatják, hogy a háziorvosi esetszám minden 45 év feletti korcsoportban csökken a járási jövedelem emelkedésével, a járóbeteg-esetszám viszont inkább emelkedik, ami a hozzáférési különbségek szerepére utal. Érdekes (az aktív és krónikus) kórházi tartózkodás napjainak alakulása: míg a 45–74 év közötti korcsoportokban egyértelműen negatív az összefüggés a járási átlagjövedelemmel, 75 év felett ez megfordul. Ehhez hasonló a helyzet a vérnyomáscsökkentők (ATC C02-09 kategóriák) fogyasztásában: a 45–64 év közötti negatív jövedelmi összefüggés 65–74 év között

⁴ Az adatbázis rövid leírását lásd a Közelkép Függelékében és részletesebben *Sebők (2019)* tanulmányában.

– és még inkább 75 év felett – megszűnik, ami azzal a fent bemutatott ténynyel lehet magyarázható, hogy a szegényebb járásokban/településeken lakók a gazdagabbakhoz képest jóval nagyobb eséllyel halnak meg 45–64 év között, továbbá nagyobb arányú körükben a krónikus betegségek, például magas vérnyomás előfordulása. Hasonló – bár kisebb erősségű – összefüggés az antidiabetikumok fogyasztásában is megfigyelhető (ami a diagnosztizált cukorbetegek egy mérőszáma), ugyanakkor az obstruktív légúti betegségek gyógyszerjeinek fogyasztása minden 45 év feletti korcsoportban negatív kapcsolatban van a járási jövedelemmel.

2.1.3. ábra: Az egészségügyi ellátórendszer igénybevételének és néhány gyógyszerfogyasztási mutatónak járási jövedelem szerinti különbségei



Megjegyzés: Éves szintű, nemre standardizált változók négy korcsoport (45–54, 55–64, 65–74, 75+ év) szerint, a 2011–2016. évek átlagában. Az alsó panel azok százalékos arányát mutatja, akik az adott gyógyszercsoportból évente legalább három hónapban váltottak ki gyógyszert.

ATC-gyógyszerkategóriák: A10: inzulinok és orális antidiabetikumok; C02-09: vérnyomáscsökkentők; R03: obstruktív légúti betegségek gyógyszerjei.

Forrás: Saját számítás az *Admin3* adatbázis és *KSH TSTAR* adatok alapján.

Egészségmagatartás, ellátórendszerhez való hozzáférés és ellátás

Végül több, az egészségmagatartással, az egészségügyi ellátórendszerhez való hozzáféréssel és a szűrővizsgálatokon való részvétellel kapcsolatos indikátor segítségével mutatunk rá arra, hogy a mortalitás és morbiditás egyenlőtlenségeiben milyen tényezők játszhatnak szerepet. A célunk nem oksági kapcsolatok feltárása, hanem a számos indikátor jövedelem szerinti eltéréseinek egységes keretben történő vizsgálata. Azt kívánjuk illusztrálni, hogy az egészség- és

társadalompolitika milyen úton lehet képes az egyenlőtlenségek csökkentésére. A jövedelmi különbségeket – a halálozási ráták és várható élettartam egyenlőtlenségeinek vizsgálatához hasonlóan – a településszintű jövedelmek alapján képzett húsz településcsoport segítségével vizsgáljuk. A vizsgált indikátorok listáját és az adatok forrását az *2.1.1. táblázat* mutatja.

2.1.1. táblázat: Az egészségmagatartással és egészségügyi ellátórendszerhez való hozzáféréssel kapcsolatos indikátorok

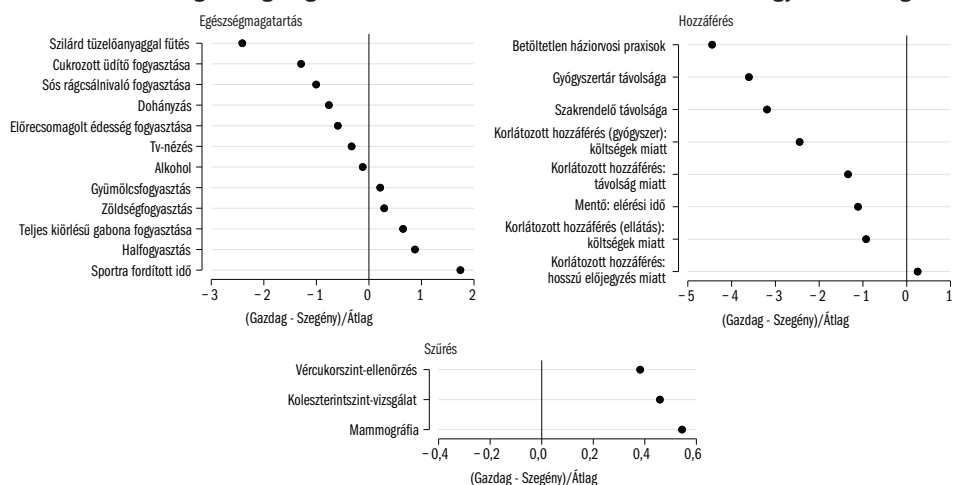
Mutató	Megjegyzés	Adatforrás
Szilárd tüzelőanyaggal fűtés	Háztartások szintjén mérve	Népszámlálás 2011
Tv-nézés ^a	Percben mérve, 25 éves és idősebb népesség	Időmérleg-felmérés 2009/2010
Sport ^a	Percben mérve	Időmérleg-felmérés 2009/2010
Halfogyasztás ^a	2014. évi adatok, legalább hetente fogyasztva	Európai lakossági egészségfelmérés
Előrecsomagolt édesség fogyasztása ^a	2014. évi adatok, naponta vagy csaknem naponta fogyasztva	Európai Lakossági Egészségfelmérés
Cukrozott üdítő fogyasztása ^a	2014. évi adatok, naponta vagy csaknem naponta fogyasztva	Európai lakossági egészségfelmérés
Sós rágcsálnivaló fogyasztása ^a	2014. évi adatok, naponta vagy csaknem naponta fogyasztva	Európai lakossági egészségfelmérés
Teljes kiőrlésű gabona fogyasztása ^a	2014. évi adatok, naponta vagy csaknem naponta fogyasztva	Európai lakossági egészségfelmérés
Zöldségfogyasztás ^a	2014. évi adatok, naponta vagy csaknem naponta fogyasztva	Európai lakossági egészségfelmérés
Gyümölcsfogyasztás ^a	2014. évi adatok, naponta vagy csaknem naponta fogyasztva	Európai Lakossági Egészségfelmérés
Alkohol ^a	2014. évi adatok. közepes vagy magas kockázati kategória	Európai lakossági egészségfelmérés
Dohányzás ^a	2014. évi adatok, naponta	Európai lakossági egészségfelmérés
Betöltetlen háziorvosi praxisok aránya	2016. évi adatok	Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő
Gyógyszertár távolsága	2014. évi adatok	T-STAR
Szakrendelő távolsága	2014. évi adatok	T-STAR
Mentő elérési idő	2009. évi adatok, percben mérve.	<i>Kemkers</i> és szerzőtársai (2010)
Egészségügyi ellátáshoz való korlátozott hozzáférés: hosszú előjegyzési idő miatt ^a	2014. évi adatok	Európai lakossági egészségfelmérés
Egészségügyi ellátáshoz való korlátozott hozzáférés: távolság miatt ^a	2014. évi adatok	Európai lakossági egészségfelmérés
Orvosi ellátáshoz való korlátozott hozzáférés: költségek miatt ^a	2014. évi adatok	Európai Lakossági Egészségfelmérés
Gyógyszerhez való korlátozott hozzáférés: költségek miatt ^a	2014. évi adatok	Európai lakossági egészségfelmérés
Mammográfia ^a	2014. évi adatok	Európai lakossági egészségfelmérés
Koleszterinszint-vizsgálat ^a	2014. évi adatok	Európai lakossági egészségfelmérés
Vércukorszint-ellenőrzés ^a	2014. évi adatok	Európai lakossági egészségfelmérés

^a 25 éves és idősebb népességre vonatkozó adatok.

További információkért lásd: *Bíró és szerzőtársai* (2020).

A 2.1.4. ábra mutatja az indikátorok legfelső és legsó települési jövedelmi huszad közötti eltéréseit, a mintaáttaggal standardizálva. Az egészségmagatartással kapcsolatos indikátorok közül a szilárd tüzelőanyaggal történő fűtés és a sportra fordított idő esetében látjuk a legnagyobb mértékű eltéréseket. Előbbi azt mutatja, hogy a szegényebb településeken élők számára jelent komoly problémát a fűtésből eredő légszennyezés. Utóbbi indikátor szerint a leggazdagabb településeken élők sokszor több időt fordítanak sportra a legszegényebb településeken élőkhez képest. Minden további indikátor azt jelzi, hogy a legsó jövedelmi huszadban jellemzőbbek az egészséggel negatív kapcsolatban álló fogyasztási és viselkedési szokások (például dohányzás, cukrozott üdítőitalok fogyasztása), és kevésbé jellemzők az egészséggel pozitívan korreláló fogyasztási szokások (például hal- vagy zöldségfogyasztás).

2.1.4. ábra: Az egészségmagatartás és ellátórendszerhez való hozzáférés egyenlőtlenségei



Megjegyzés: Az indikátorok jövedelmi huszadok szerinti értékeit megtalálhatók *Bíró és szerzőtársai* (2020) munkájában.

Forrás: *Bíró és szerzőtársai* (2020).

Az egészségügyi ellátórendszerhez való hozzáférést jelző indikátorok szintén jelentős különbségeket mutatnak a szegény és gazdag településeken élők között. A legsó jövedelmi huszadban lévő településeken magasabb a betöltetlen háziiorvosi praxisok aránya, távolabb van a gyógyszertár és a szakrendelő, illetve lassabban éri el a mentő ezeket a településeket. Összességében csaknem az összes indikátor a szegényebb településeken élők egészségügyi ellátórendszerhez való nehezebb hozzáférést jelzi.

A szűrővizsgálatokon való részvételt három indikátorral vizsgáltuk. Mindhárom indikátor esetében elmondható, hogy a legfelső jövedelmi huszadban jellemzőbb a szűrővizsgálatok igénybevétele. Ezen indikátorok értékeit természetesen az egyéni viselkedés és az egészségügyi ellátórendszerhez való hozzáférési lehetőségek együttesen határozzák meg.

Összegzés

Tanulmányunkban bemutattuk, hogy Magyarországon a halálozási ráták és a várható élettartam tekintetében jelentős jövedelem szerinti egyenlőtlenségek vannak. Megmutattuk ugyanakkor, hogy a várható élettartamban mért jövedelemegyenlőtlenségeknek mintegy fele (férfiak esetében több mint a fele) elkerülhető halálokokra vezethető vissza. Az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférésben, azok igénybevételében, valamint az egészséget befolyásoló viselkedésekben is jelentős jövedelemegyenlőtlenségeket mértünk, ami alapján, összhangban az elkerülhető halálokok jelentős szerepével, arra következtetünk, hogy az egészségpolitikának van lehetősége a mortalitási egyenlőtlenségek csökkentésére. A Közelkép többi fejezete rámutat az itt bemutatott összefüggések mögött álló további lehetséges mechanizmusokra. A 2.2. *alfejezet* vizsgálja a morbiditás és az egészségügyi kiadások munkapiaci státus szerinti egyenlőtlenségeit, a *K2.1. keretes írás* a szívinfarktus incidenciájának és kezelésének egyenlőtlenségeit, valamint a 3.2. *alfejezet* a munkajövedelem szerinti egyenlőtlenségeket.

Hivatkozások

- ARIAS, E.–XU, J.–KOCHANÉK, K (2019): [United States Life Tables, 2016](#). National Vital Statistics Reports, Vol. 68. No. 7. 1–65. o.
- BÁLINT LAJOS–NÉMETH LÁSZLÓ (2018): Az alkoholos halandóság szerepe a várható élettartam iskolai végzettség szerinti egyenlőtlenségeiben. Magyar Tudomány, 179. évf. 11. sz. 1666–1679. o. <https://doi.org/10.1556/2065.179.2018.11.8>.
- BÍRÓ ANIKÓ–HAJDU TAMÁS–KERTESI GÁBOR–PRINZ DÁNIEL (2020): [The Role of Place and Income in Life Expectancy Inequality: Evidence from Hungary](#). CERS-IE Working Papers – 2020/19.
- CHETTY, R.–STEPNER, M.–ABRAHAM, S.–LIN, S.–SCUDERI, B.–TURNER, N.–BERGERON, A.–CUTLER, D. (2016): The Association Between Income and Life Expectancy in the United States, 2001–2014. Journal of the American Medical Association, Vol. 315. No. 16. 1750–1766. o. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.4226>.
- KLINGER ANDRÁS (2001): [Halandósági különbségek Magyarországon iskolai végzettség szerint](#). Demográfia, 44. évf. 3–4. sz. 227–258. o.
- KLINGER ANDRÁS (2003): [Mortality differences between the subregions of Hungary](#). Demográfia, English Edition, Vol. 48. No. 5. 21–53. o.
- KOVÁCS KATALIN–BÁLINT LAJOS (2014): [Education, Income, Material Deprivation and Mortality in Hungary Between 2001 and 2008](#). Demográfia, 57. évf. 5. sz. 73–89. o.
- KOVÁCS KATALIN–BÁLINT LAJOS (2018): [Halandóság](#). Megjelent: *Monostori Judit–Őri Péter–Spéder Zsolt* (szerk.): Demográfiai Portré, 2018. Jelentés a magyar népesség helyzetéről. KSH Népeségstudományi Kutatóintézet, Budapest.
- KEMKERS, R.–PIRISI GÁBOR–TRÓCSÁNYI ANDRÁS (2010): [A mentőellátás területi jellemzői Magyarországon](#). Területi Statisztika, 50. évf. 4. sz. 420–437. o.
- MARMOT, M. (2005) Social Determinants of Health Inequalities. Lancet, Vol. 365. No. 9464. 1099–1104. o. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6).
- MACKENBACH, J. P.–VALVERDE, J. R.–ARTNIK, B.–BOPP, M.–BRØNNUM-HANSEN, H.–DEBOOSERE, P.–KALEDIENE, R.–KOVÁCS, K.–LEINSALU, M.–MARTIKAINEN, P.–MENVIELLE, G.–REGIDOR, E.–RYCHTARÍKOVÁ, J.–RODRIGUEZ-SANZ, M.–VINEIS, P.–WHITE, C.–WOJTYNIAK, B.–HU, Y.–NUSSELDER, W. J. (2018): Trends in Health Inequalities in 27 European Countries. Proceedings of the National Academy of Sciences, Vol. 115. No. 25. 6440–6445. o. <https://doi.org/10.1073/pnas.1800028115>.
- MACKENBACH, J. P.–VALVERDE, J. R.–BOPP, M.–BRØNNUM-HANSEN, H.–COSTA, G.–DEBOOSERE, P.–KALEDIENE, R.–KOVÁCS, K.–LEINSALU, M.–MARTIKAINEN, P.–MENVIELLE, G.–RODRIGUEZ-SANZ, M.–NUSSELDER, W. J. (2019): Progress Against Inequalities in Mortality: Register-Based Study of 15 European Countries Between 1990 and 2015. European Journal of Epidemiology, Vol. 34. 1131–1142. o. <https://doi.org/10.1007/s10654-019-00580-9>.
- ONS (2011): [Definition of avoidable mortality](#). Office for National Statistics, London.
- SEBŐK ANNA (2019): A KRTK Adatbank Kapcsolt Államigazgatási Paneladatbázisa. Közgazdasági Szemle, 66. évf., 11. sz. 1230–1236. o. <https://doi.org/10.18414/KSZ.2019.11.1230>.

K2.1. A szívinfarktus előfordulásának és ellátásának egyenlőtlenségei a munkaerőpiaci összefüggések tükrében¹

UZZOLI ANNAMÁRIA

Évente átlagosan 15 ezer szívinfarktot regisztrálnak Magyarországon, és közel 40 százalékuk, hat-ezer ember halálát okozza ez a betegség. A Nemzeti Szívinfarktus Regiszter (<https://ir.kardio.hu/ir/fooldal>) adatai alapján a betegek mintegy harmada 60 év alatti, általában 20–25 százalékkal több férfi kap infarktust, és közülük másfélszer többen bele is halnak, mint a nők. Az infarktus miatti korai halálozás leginkább a középkorú férfiakat veszélyezteti, míg a nőket főleg idősebb korban érinti a betegség (Jánosi, 2019). A szívinfarktus tehát az aktív korú népességet erőteljesen érinti, így a megbetegedésekben és a halálozásokban tapasztalható hazai egyenlőtlenségek komoly munkaerőpiaci következményekkel is együtt járnak.

Javuló hozzáférés, csökkenő halálozás, növekvő területi különbségek

A szívinfarktus korszerű ellátásának, a szívkatéteres beavatkozásnak a fejlesztése a 2000-es évek közepén kezdődött Magyarországon, ami által felére csökkent a halálozási arányszám. Az ellátási feltételek és a hozzáférés esélyei ugyan javultak, mégis ellentmondásos helyzet alakult ki. Európai összehasonlításban még mindig sokan betegszenek meg – és bár a többségük életét megmentik – 2014 után kismértékben romlottak a hosszú távú túlélési esélyek (Uzzoli, 2020).

A szívinfarktus előfordulásában és ellátásában meglévő egyenlőtlenségek területileg, nemek szerint és az infarktusellátás egyes szakaszai alapján jelentkeznek. Az országon belül számottevők a területi különbségek: a nők infarktushalálozása nö-

vekedett a 2008/2009-es válság után (Tóth és szerzőtársai, 2018). A magasabb halálozási arány főként a kórházaktól távolabbi helyeket érinti, például az észak- és délkeleti vagy a délnyugati országhatár mentén fekvő térségeket (K2.1.1. ábra).

Jellemző a budapesti agglomeráció megosztottsága is, hiszen az északi és déli területeken akár ötször nagyobb lehet a halálozás gyakorisága, mint az agglomeráció nyugati részeiben. A 2000-es évek közepétől a szívkatéteres ellátás széles körű elterjedésével a halálozási arányszám országosan a felére csökkent, de ez főleg a rövid távú túlélési esélyekben mutatkozott meg, míg a hosszú távú túlélési esélyek inkább romlottak.

Ugyanakkor a hozzáférés esélyeinek javulása nem járt együtt a megbetegedések nagyobb mértékű mérséklődésével, sőt a 2010-es évek közepére a férfiaknál enyhén nőtt a szívinfarktus-megbetegedések aránya. Ráadásul a betegség előfordulási gyakorisága az elmúlt években enyhén növekedett a fiatalabb (40–60 év közötti) korosztályokban (Uzzoli és szerzőtársai, 2019). A betegek kevesebb mint 40 százaléka vesz részt a rehabilitációban, aminek pedig elsődleges szerepe van a fizikai aktivitás visszaállításában és az életkilátások növelésében (Mérték, 2017).

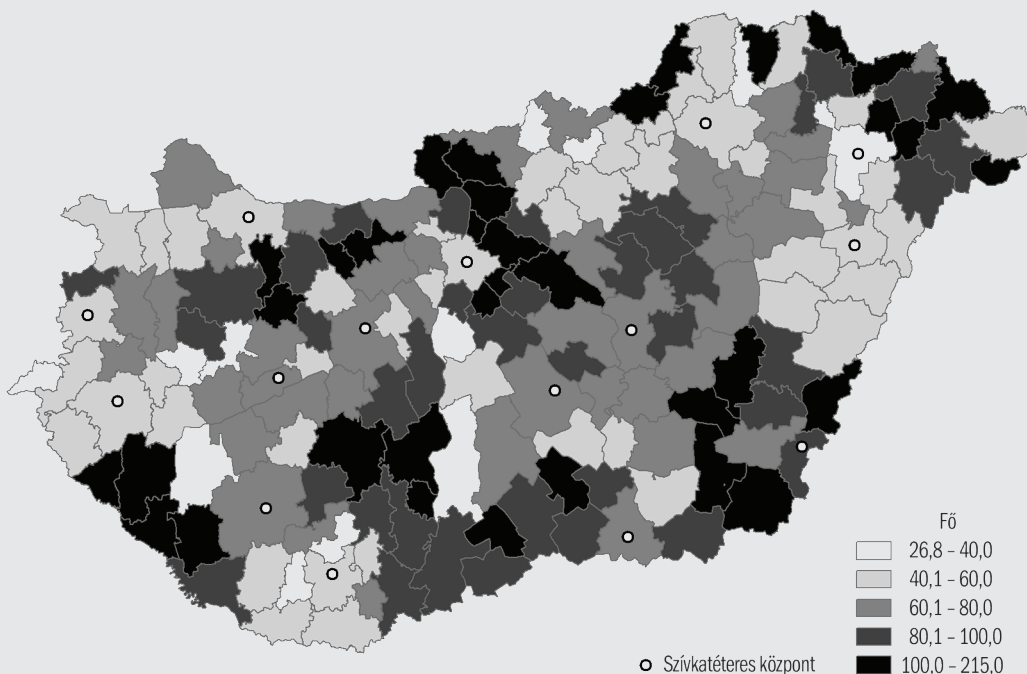
Mi az oka annak, hogy a szívkatéteres ellátáshoz való hozzáférés javítása mégsem egyenlő mértékben érintette a betegeket? A kérdés megválaszolására interjúk készültek Békés megyében 2018-ban a kardiológiai ellátás fontos szereplőivel (mentősökkel, orvosokkal, nővérekkel, dietetikusokkal, gyógytornászokkal stb.), valamint magukkal a betegekkel.

Munkaerőpiaci összefüggések

Az interjúk tapasztalatainak feldolgozása számos adalékkal szolgált a magyarországi szívinfarktus-helyzet és a munkaerőpiaci hatások közötti összefüggések megértéséhez. A 60 év alatti, azaz aktív korú betegek megmentése, később pedig munkaképességük helyreállítása nemzetgazdasági érdek

¹ A tanulmány alapját képező kutatás a K 119574 számú projekt támogatásával készült, amely a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Alap finanszírozásában valósult meg (<https://egeszseguyihozzaferhetoseg.wordpress.com/>).

K2.1.1. ábra: Az akut miokardiális infarktus standardizált halálozási arányszám a járásokban 2015-ben (fő/100 ezer lakos)



Adatok forrása: ksh.hu, nefi.hu.

is. Több mint háromszoros különbség is lehet a járások között abban, hogy milyen arányban kap szívinfarktust ez a korosztály. Az aktív korú megbetegedettek területi koncentrációja szembevetendő Északkelet- és Délnyugat-Magyarország határmenti területein.

Az interjúkban részt vevő egészségügyi szakemberek és betegek egybehangzó véleménye alapján a következő feltételek relevánsak munkaerőpiaci szempontból a betegség kialakulásában és a kardiológiai ellátáshoz való hozzáférésben:

1. Munkahelyi stressz: a betegség kockázati tényezői között (például dohányzás, egészségtelen életmód) meghatározók a stresszhatások, amelyek kiváltó okainak nagy része éppen a munkahelyhez köthető.

„Nemcsak a munkahelyen kell megfelelni, hanem rohantam a másodállásba, hogy valamiből megéljünk.” (53 éves férfi beteg.)

2. Jövedelemkiesés: gyakori, hogy az aktív korú betegek nem vállalják a többhetes fekvőbeteg-rehabilitációt azért, hogy minél hamarabb újból munkába állhassanak, ezzel csökkentve az esélyt a betegség előtti életminőség visszaállítására.

„Kevesen tudják megtenni a teljes életmódváltást, és azt, hogy másként álljanak a munkához, ... mert sokan féltik a munkájukat, egzisztenciájukat.” (Kardiológiai diplomás ápoló.)

3. Megváltozott munkaképesség: ha a beteg nem kapja meg vagy nem vállalja a rehabilitációt, és nem történik meg az életmódváltás, akkor nagyobb a valószínűsége az újabb infarktusnak és a komoly szövődményeknek. Ezek már rövid távon a beteg munkaképességének megváltozásához, így legtöbbször romló munkaerőpiaci pozícióhoz vezethetnek.

„Ha vége [a rehabilitációnak], akkor elkezdem a leszázalékolást. Aztán keresni kell valamit. Ha nem találok meg azt a munkát, amire elengednek,

nekem akkor is pénz kell... nem akarom elhagyni magamat, 44 évesen nem az a célom, hogy otthon legyek.” (44 éves női beteg.)

Általános tapasztalat, hogy a szívkatéteres ellátáshoz való hozzáférés javulása az egyéni felelősségérzet gyengülését eredményezte. A gyors és hatékony beavatkozás miatt egyes betegeknél nem, vagy csak kismértékben alakul ki betegségtudat, amely pedig akadályozza az orvosi utasítások szigorú betartását, az eredményes orvos–beteg együttműködést és a rehabilitációban való részvételt (*Uzzoli és szerzőtársai 2019*).

Javaslatok

A kutatási eredményeken alapuló szakpolitikai javaslatok egy része felhívja a döntéshozók figyelmét

arra, hogy a magyarországi szívinfarktus-megbetegedések és halálozások további csökkentése közvetlenül is kedvező munkaerőpiaci hatásokkal jár. A jövőben nagyobb arányban kell bevonni a rehabilitációs programokba az aktív korú betegeket – akár ambuláns keretek között is –, ami fontos szerepet játszik az újabb infarktus elkerülésében, a munkaképesség visszaállításában, a jó életminőség biztosításában és végső soron a túlélési esélyek növelésében. Emellett az infarktussal kapcsolatos betegedukáció fejlesztésében hangsúlyozni kell a munkahelyi stressz kezelésének különböző lehetőségeit. A tartós életmódváltáson és a megfelelő fizikai aktivitáson alapuló stabil állapot fenntartásában az üzemorvosi ellátás szerepét is meg kell erősíteni.

Hivatkozások

JÁNOSI ANDRÁS (2019): Adatok a szívinfarktus miatt kezelt betegek ellátásának helyzetéről. *Nemzeti Szívinfarktus Regiszter 2014–2018*. *Cardiologia Hungarica*, Vol. 49. 249–254. o. <https://doi.org/10.26430/CHUNGARICA.2019.49.4.249>.

MÉRTÉK (2017): *Fókuszterület: Szívinfarktus-ellátás*. ÁEEK, Budapest, 49 o.

TÓTH GERGELY–BÁN ATTILA–VITRAI JÓZSEF–UZZOLI ANNAMÁRIA (2018): Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés szerepe az egészségügyenlétlenségekben. *A szívizominfarktus-megbetegedések és -halálozások*

területi különbségei. *Területi Statisztika*, 58. évf. 4. sz. 346–379. o.

UZZOLI ANNAMÁRIA (2020): *Miért halnak meg ilyen sokan szívrohamban Magyarországon?* *Portfolio-KRTK Blog*, 4.

UZZOLI ANNAMÁRIA–PÁL VIKTOR–BEKE SZILVIA–BÁN ATTILA (2019): Egészségügyenlétlenség, hozzáférés, térbeliség. *A szívizominfarktus ellátásának néhány földrajzi jellegzetessége Magyarországon*. *Földrajzi Közlemények*, 143. évf. 2. sz. 107–123. o. <https://doi.org/10.32643/fk.143.2.2>.

2.2. A MUNKAERŐPIACI STÁTUS, EGYES KRÓNIKUS BETEGSÉGEK ELŐFORDULÁSA ÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK ÖSSZEFÜGGÉSEI

FADGYAS-FREYLER PETRA & FADGYAS TIBOR

Ebben az alfejezetben a munkaerőpiaci státus, a legismertebb krónikus betegségek előfordulása és az egészségügyi kiadások összefüggéseit vizsgáljuk a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőhöz (NEAK, volt OEP) jelentett 2019. évi ellátási adatok alapján. Bemutatjuk, hogy a gazdaságilag aktív csoportokat milyen arányban kezelik krónikus betegséggel, mennyien fordulnak szakorvoshoz, és mekkora összeget fordít rájuk évente a társadalombiztosító.

Adatok

A vizsgált személyek a 20–65 év közötti korosztályból mindazok, akik valamilyen foglalkoztatási viszony által a társadalombiztosítási törvény (régii Tbj. 5. paragrafus) alapján biztosított státussal rendelkeznek, vagy pedig – biztosítási kötelezettség hiányában – úgynevezett szolgáltatási járulék fizetésével (2019-ben havi 7500 forint) szereznek jogosultságot az egészségügyi ellátásra.

Vizsgálatunk középpontjában a munkaviszony (jogviszony) jellege és a végzettség áll. Alanyainkat (mindösszesen 4 469 926 személy)¹ munkavégzésük típusa szerint – az NEAK-nál jelentett jellemző jogviszonyuk alapján – összesen öt csoportra osztottuk: 1) munkaviszony jellegű foglalkoztatás (2 838 212 fő), 2) munkanélküliek vagy közfoglalkoztatottak (129 430 fő), 3) egyéni vagy csoportos vállalkozási tevékenység (536 628 fő), 4) közszolgálati jellegű munka, közalkalmazottak, kormánytisztviselők, rendvédelmi szerveknél dolgozók (647 466 fő), 5) szolgáltatási járulékot fizetők (318 190 fő). Ez utóbbi csoportban vannak mindazok a személyek, akik hivatalosan nem dolgoznak, és nincsen olyan státusuk (például gyermekápolás, rokkantság, szociális helyzet stb.), amely hozzáférést biztosítana számukra az ellátórendszerhez. A több mint hatmillió aktív korú népességből 1 549 226 személy marad ki, ők azok, akik más jogviszonnal rendelkeznek, például egyetemi hallgatók, gyesen, gyeden lévők, rokkantsági ellátásban részesülők, hajléktalanok stb., vagy pedig az év során meghaltak.

Ezt kiegészítve a munkaviszonyban és a közszférában dolgozó személyeket – a beállásban rögzített FEOR-kód alapján – három csoportba osztottuk becsült végzettségük szerint: 1) képzetlen (9-es és 03-as kezdetű FEOR, 610 329 fő), 2) középfokú végzettség (3–8-as, illetve 02-es kezdetű FEOR, 2 196 038 fő) és 3) felsőfokú végzettség (1-es és 2-es, illetve 01-es kezdetű FEOR, 1 007 930 fő). Végül mindegyik elemzésben kontrollálunk az élet-

¹ Az egészségügyi kiadásokra való hatások miatt (Koczor-Keul, 2017 és Fadgyas-Freyler, 2019) két szempontból is szűkítettük a vizsgálatot: egyrészt kizártuk az adott évben elhunytakat, másrészt pedig kizártuk a rendkívül drága, vér- és vérképzőszervi betegségekkel vagy endokrin és anyagcsere-betegségekkel kapcsolatos kiadásokat.

korra (ötéves korcsoportos bontásban), nemre és a lakhely fejlettségére is,² mint olyan tényezőkre, amelyek befolyásolják az egészségi állapotot és igénybevételt (lásd *OECD*, 2019; illetve a lakhely fejlettségével kapcsolatban a *2.1. alfejezetet*).

Módszer

Az egyes jogviszony- és végzettségi csoportok kor, nem és lakhelyfejlettség arányai jelentősen eltérnek, és e jellemzők köztudottan erősen hatnak az igénybevételekre, ezért ezek hatását standardizálással semlegesítjük. Ennek érdekében az egyes csoportokban véletlen kiválasztással duplikáljuk az elemeket úgy, hogy a kor, a nem és a lakhelyfejlettség szempontjából minden jogviszony és végzettségi csoport arányai azonosak legyenek. Ebben a standardizált állományban elemezzük a betegségek előfordulásának arányát, az ellátórendszer igénybevételi arányait és az egy igénybe vevőre jutó átlagkiadást.

Először a morbiditási arányt vizsgáljuk, vagyis azt, hogy a különböző csoportokban az egészségbiztosító háziiorvosi indikátorrendszerében (*NEAK*, 2019) használt besorolás szerint mennyi az ismert szívbeteg száma,³ illetve hány főt gondolnak magas vérnyomással, cukorbetegséggel vagy – a leginkább a dohányosok közt kialakuló – krónikus obstruktív tüdőbetegséggel. Külön figyelmet szentelünk az úgynevezett multimorbiditásnak, amellyel azt vizsgáljuk, hogy hány olyan embert találunk, akit a fenti betegségek közül több is érint. Hangsúlyozzuk, hogy a kezelték száma nem feltétlenül egyezik meg a betegek számával, lehet, hogy sokkal többen is szenvednek egy adott betegségben, de nincsenek rendszeres gondozásban. A betegek és a kezelték számának különbségét többek között egyéni egészségmagatartással (lásd például a *2.1. alfejezetet*), vagy akár a kielégítetlen egészségügyi szükséglettel (lásd például a *2.3. alfejezetet*) magyarázhatjuk.

Másodszor azt vizsgáljuk, hogy a közfinanszírozott ellátórendszer három jellemző szegmensében, az ambuláns ellátásban, a fekvőbeteg-szakellátásban, illetve a gyógyszer- és segédeszköz-ellátásban milyen gyakran fordulnak meg a vizsgált személyek (igénybevételi arány).⁴ Ezt egyrészt a személyek egészségi állapota befolyásolja, másrészt a közfinanszírozott és a magánegészségügyi ellátórendszer elérhetősége – ez utóbbi bizonyos esetekben akár egészségpénztáron, akár vállalati biztosításokon keresztül csökkenti a közfinanszírozott ellátórendszer igénybevételét. (A magánegészségügyről lásd a *2.3. alfejezetet*.) Külön kiemelünk két ellátási formát, a fogászatot és a tételes gyógyszerellátást, amelyek ugyan részei a fenti nagy csoportoknak, azonban a magánellátási kapacitások szempontjából a hazai egészségügyi rendszer két végletét képviselik: a fogászati ellátást az aktív korúak körében csak rendkívül korlátozottan fizeti a társadalombiztosító, tehát óriási a magánellátás súlya (*Babarczy és szerzőtársai*, 2016), a nagyértékű (úgynevezett tételes) gyógyszerellátás pedig olyan terület, ahol szinte biztosan csak közfinanszírozott ellátás létezik.

² A lakhelyfejlettséghez a KSH település-fejlettségi kompozit indikátorát használtuk (*KSH*, 2016), összesen négy kategóriában (40 év alattiak, 41–60 évesek, 61–80 évesek, 80 év felettek).

³ Szívbeteg: az infarktuson és/vagy coronaria bypass műtéten (CABG) és/vagy szívkatéteres tágtátáson (PTCA) átesett betegek.

⁴ Az ambuláns szegmenshez tartozik a járóbeteg- és laboratóriumi szakellátás, nagyértékű diagnosztikai vizsgálatok (CT, MRI), művesekezelés, a fogászat, valamint a betegszállítás. A fekvőbeteg-szakellátáshoz tartozik bármilyen fajtájú kórházi bennfekvés és az ehhez kapcsolódó kezelések, valamint az otthoni szakápolás és hospice. A gyógyszer- és segédeszköz-ellátáshoz tartozik bármilyen receptre írt terápia (gyógyszer, segédeszköz, fűdőellátás), valamint a tételes gyógyszerek, amelyeket a páciensek intézményi keretek között kapnak meg. A háziiorvosi ellátást nem vizsgáljuk, mivel ott az igénybevétel külön költséget nem generál.

Harmadszor arra a kérdésre keressük a választ, hogy mindazokra, akik igénybe veszik a közfinanszírozott ellátórendszer adott szegmensét, mekkora öszszeget fordít a társadalombiztosító (biztosítói kiadás). A vizsgált populációra költött összeg 368,3 milliárd forint, amely pontosan az egynegyede a – hasonló módszerrel számolt – betegekhez köthető éves egészségbiztosítói összkiadásnak.

Eredmények

Morbiditási mutatók

A 2.2.1. táblázat betegcsoportonként tartalmazza a morbiditási mutatókat.

2.2.1. táblázat: Betegcsoportonkénti morbiditási arányok eltérései a 20–65 éves populációban a jogviszony jellege és végzettség szerint, 2019

	Magas vérnyomás	Cukorbetegség	Szívbetegség	Krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD)	Multi-morbiditás
100 főre jutó morbiditás	17,5	3,2	0,8	0,9	3,1
A morbiditási arányok eltérése a munkaviszonyban dolgozók átlagától jogviszonycsoportonként (százalék)^a					
Munkaviszony	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Közfoglalkoztatott, munkanélküli	-6,34	-2,67	-3,46	+91,75	+11,28
Vállalkozó	-14,10	-7,00	-3,44	-31,66	-13,86
Közfűzéra	+5,24	-1,74	-6,09	-21,98	-4,93
Szolgáltatási járulékot fizető	-27,61	-14,60	+7,71	-12,85	-16,15
A morbiditási arányok eltérése a munkaviszonyban középfokú végzettséggel dolgozók átlagától (százalék)^a					
Munkaviszony, felsőfok	-20,14	-22,77	-20,27	-47,63	-30,30
Munkaviszony, középfok	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Munkaviszony, képzetlen	-0,13	-3,66	+26,48	+88,90	+14,16
Közfűzéra, felsőfok	-5,21	-14,01	-13,54	-38,59	-19,40
Közfűzéra, középfok	+0,31	-6,64	-5,72	-11,35	-7,19
Közfűzéra, képzetlen	+35,96	+30,67	+51,91	+80,76	+50,05

^a Korra, nemre és lakhelyfejltségre standardizált adatbázis alapján.

Forrás: Saját számítás a NEAK 2019. évi adatok alapján.

Az 2.2.1. táblázat első sorából láthatók a különböző betegségek előfordulásának valós populációs átlagértékei, köztük messze a leggyakoribb a magas vérnyomás előfordulása; közel minden ötödik vizsgált személyt ezzel a betegséggel kezelnek. Alanyaink több mint 3 százaléka cukorbeteg, és ugyanilyen arányban találtunk olyanokat is, akiknek legalább két betegségük van a négy vizsgált betegség közül (multimorbid betegek). Egy százalék körüli azoknak az aránya, akik súlyos tüdő- vagy szívbeteg. Ezek a számok különösen riasztók, ha belegondolunk, hogy itt az aktív korú lakosság ténylegesen jövedelemszerző tevékenységet folytató vagy munkaképes részéről beszélünk.

A 2.2.1. táblázat felső része mutatja a legnagyobb csoporthoz (munkaviszonyban lévők) képest a korra, nemre és lakhelyfejlettségre standardizált morbiditási arányok eltéréseit a különböző jogviszonycsoportokban. A közfoglalkoztatottak, munkanélküliek tűnnek a legbetegebbeknek, mert náluk több mint 11 százalékkal nagyobb a multimorbiditással küzdők aránya. Ehhez az értékhez a COPD drámai mértékű aránya járul hozzá leginkább, hiszen a többi (kezelt) betegség ritkábban fordul elő náluk, mint a munkaviszonyban lévőkénél. Ez alapvető egészség-magatartási, egészségnevelési és ellátórendszerhez való hozzájutási kérdéseket vet fel. A vállalkozóknál a legalacsonyabbak a megfigyelt morbiditási értékek, őket követik a szolgáltatási járulékot fizetők, akiknél egyedül a szívbetegségben szenvedők (nem feltétlenül a kezelték!) aránya magasabb a munkaviszonyban lévők ezen arányszámánál. Vagyis náluk éppen egy olyan betegség tűnik ki, amely nem a kezelés tényét rögzíti. Mindez jogos kételyt ébreszt abban, hogy vajon a többi – kedvezőnek tűnő – érték nem éppen egy kielégítetlen szükségletre (kezeletlen betegsége) utal-e. A közszférában dolgozók közül többen szenvednek magas vérnyomásban, viszont ők a többi betegségben az átlagnál kevésbé érintettek.

A 2.2.1. táblázat alsó része a morbiditási eltéréseket végzettség szerint bontja fel a két legnagyobb elemszámú csoportban, a munkaviszonyban, valamint a közszférában dolgozóknál.⁵ Az adatok alapján a végzettség tűnik vízválasztónak. A képzetlenek esetében ez javarészt a dohányzással kapcsolatos COPD, a szívbetegség és a multimorbiditás fokozott jelenlétében figyelhető meg (COPD esetében +90 százalékos előfordulás a középfokú végzettségűekhez képest mindkét foglalkoztatási szegmensben), különösen betegek a közszféra képzetlen dolgozói. A felsőfokú végzettségűek megbetegedési mutatói mindenütt kisebbek, mint a középfokú végzettségűeké, és a különbség a munkaviszonyban állók esetében jelentősebb. A közszférában középfokú végzettséggel dolgozók mutatói jellemzően kisebbek, mint a munkaviszonyban dolgozó középfokú végzettségűekéi.

Igénybevételi arányok

A 2.2.2. táblázat kasszánként tartalmazza a szakellátási igénybevételi mutatókat. A táblázat felső része szerint az összes vizsgált személy több mint négyötöde egy év alatt valahol megfordult a szakellátórendszerben. Fekvőbeteg-jellegű ellátásban körülbelül 10 százalék, gyógyszer- és segédeszköz-ellátásban 67 százalék, a járóbeteg-ellátásban pedig 70 százalék volt érintett. A hozzáférés szempontjából specifikus fogászati ellátásban a populáció 17,4 százaléka, tételes gyógyszerellátásban pedig 0,28 százaléka látható.

Az igénybevétel szempontjából két szélsőséget a közszféra dolgozói, illetve a szolgáltatási járulékot fizetők jelentik (2.2.2. táblázat alsó része). A közszférában dolgozók a munkaviszonyban lévők átlagánál nagyobb mértékben (+11,3 százalék) fordulnak valamelyik szakellátóhoz, a különbség a fogászatban a legnagyobb (+38,3 százalék), és ezt követi a tételes gyógyszerkassza (+19,2 szá-

⁵ A közszférában dolgozók átlagosan magasabb végzettségűek, mint a munkaviszonyban foglalkoztatottak.

zalék). A szolgáltatási járulékfizetők pedig jóval a munkaviszonyos átlag alatt veszik igénybe a szakellátást, a legnagyobb különbség (negatív irányban! –20 százalék körüli érték) itt is a fogászatban van, de a gyógyszerellátásban is hasonlóan alakul. Érdekes ugyanakkor, hogy a tételes gyógyszerkasszákat éppen olyan arányban veszik igénybe a szolgáltatási járulékfizetők, mint a munkaviszonyban lévők. Viszont rendkívül alacsony az igénybevételi arány a közfoglalkoztatottak, munkanélküliek körében, ami azért meglepő, mert ők a fekvőbeteg-ellátásban az átlagnál gyakrabban megjelennek, és a korábban bemutatottak szerint az ő egészségi állapotuk a legkedvezőtlenebb a jogviszonycsoportok között.

2.2.2. táblázat: Szakellátási igénybevételi arányok eltérései a 20–65 éves populációban a jogviszony jellege és végzettség szerint, 2019

	Fekvőbeteg- szakellátás	Járóbeteg- szakellátás	Gyógyszer és segédeszköz	Fogászat	Tételes gyógyszerellátás	Bármely kassza
100 főre jutó igénybevételi arány	10,3	70,0	67,0	17,4	0,28	81,3
Igénybevételi arányok eltérése a munkaviszonyban dolgozók átlagától jogviszonycsoport szerint (százalék)^a						
Munkaviszony	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Közfoglalkoztatott, munkanélküli	+3,04	-4,16	-6,33	+2,39	-46,15	-4,22
Vállalkozó	-4,46	-3,57	-3,41	-13,39	+11,54	-2,46
Közsféra	+8,32	+18,68	+9,50	+38,30	+19,23	+11,35
Szolgáltatási járulékot fizető	-1,12	-18,15	-20,90	-21,13	0,00	-17,19
Igénybevételi arányok eltérése a munkaviszonyban középfokú végzettséggel dolgozók átlagától végzettség és jogviszonycsoport szerint (százalék)^a						
Munkaviszony, felsőfok	-9,16	-5,63	-1,02	-30,44	+19,23	-1,39
Munkaviszony, középfok	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Munkaviszony, képzetlen	+2,29	-6,14	-8,64	-3,13	-11,54	-7,00
Közsféra, felsőfok	+6,08	+10,38	+6,59	+4,70	+26,92	+6,69
Közsféra, középfok	+6,37	+20,39	+7,43	+51,16	+11,54	+11,46
Közsféra, képzetlen	+11,55	+12,72	+5,80	+25,47	+23,08	+7,06

^a Korra, nemre és lakhelyfejllettségre standardizált adatbázis alapján.
Forrás: Faját számítás a NEAK 2019. évi adatok alapján.

Ha a munkaviszonyban és közsférában dolgozók végzettségre bontott igénybevételi arányait elemezzük (2.2.2. táblázat alsó része), azt látjuk, hogy a választóvonal (a morbiditási mutatóktól eltérően) a foglalkoztatási csoport. A közsférában dolgozók – végzettségtől függetlenül – jóval nagyobb mértékben fordulnak a szakellátói rendszerhez, mint a munkaviszonyban állók. A végzettség szerepe sem elhanyagolható: például a felsőfokú végzettségűek kiemelt mértékben jelennek meg a tételes gyógyszerellátásban, függetlenül a foglalkoztatási formától.

Az egy igénybe vevőre jutó szakellátási kiadás

Utolsó vizsgálati szempontunk az, hogy mekkora összeget fordít a társadalombiztosító az ellátórendszerhez forduló egészségügyi ellátására. Hangsúlyoz-

zuk, hogy itt nem az egy főre jutó átlagos éves kiadással számolunk, hanem az éves összes kasszánkénti kiadást az abban a kasszában ténylegesen megjelenő betegek (igénybe vevők) számával osztjuk el. A különbséget a 2.2.3. táblázat első két sora szemlélteti.

2.2.3. táblázat: Az egy igénybe vevőre jutó kiadási arányok eltérései a 20–65 éves populációban a jogviszony jellege és végzettség szerint, 2019

	Fekvőbeteg- szakellátás	Járóbeteg- szakellátás	Gyógyszer és segédeszköz	Fogászat	Tételes gyógyszer	Bármely kassza
Egy főre jutó kiadás (forint)	31 613	18 452	31 053	1 585	5 690	81 117
Egy igénybe vevőre kiadás (forint)	308 203	26 331	46 370	9 118	2 029 433	99 722
Az egy igénybe vevőre jutó kiadás eltérése a munkaviszonyban dolgozók átlagától jogviszonycsoport szerint (százalék)^a						
Munkaviszony	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Közfoglalkoztatott, munkanélküli	-1,80	+2,60	-9,02	-7,17	+19,29	-1,45
Vállalkozó	+1,57	+0,33	-0,02	-2,77	-2,19	-0,79
Közszféra	-3,31	+9,05	+6,53	-10,72	+7,46	+3,15
Szolgáltatási járulékot fizető	+17,50	+10,78	+25,97	-3,55	+7,85	+25,70
Az egy igénybe vevőre jutó kiadás eltérése munkaviszonyban középfokú végzettséggel dolgozók átlagától, végzettség és jogviszonycsoport szerint (százalék)^a						
Munkaviszony, felsőfok	+1,09	+1,14	+16,66	+1,30	+9,35	+2,94
Munkaviszony, középfok	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Munkaviszony, képzetlen	+8,01	+9,71	+16,10	-5,62	+1,05	+15,14
Közszféra, felsőfok	-1,47	+12,82	+22,71	-3,40	+13,92	+11,50
Közszféra, középfok	-2,45	+9,43	+1,63	-17,80	+5,28	+0,69
Közszféra, képzetlen	+5,68	+12,18	+37,05	-4,43	+16,93	+21,43

^a Korra, nemre és lakhelyfejlésre standardizált adatbázis alapján.

Forrás: Saját számítás a NEAK 2019. évi adatai alapján.

Az aktív korosztály vizsgált részének szakellátására éves szinten személyenként átlagosan 82 ezer forintot költött az egészségbiztosító,⁶ ez 56 százaléka a teljes lakosságra számított átlagértéknek (évi 146 ezer forint/fő). Az egy főre jutó kiadás nagyobb részét a fekvőbeteg-szakellátás és a gyógyszerkassza tette ki (31–31 ezer forint), az egy igénybe vevőre jutó összeg viszont a tételes gyógyszerellátás (több mint 2 millió forint) és a fekvőbeteg-szakellátás (308 ezer forint) esetében volt a legmagasabb.

Az egy igénybe vevőre jutó kifizetés esetén elég vegyes mintázatot látunk, nem állapítható meg egyértelmű tendencia a szokásos bontások (jogviszony, végzettség) alapján. A 2.2.3. táblázat felső része mutatja a jogviszonycsoport hatását az egészségügyi kiadások nagyságára, amely ugyan nem elhanyagolható, a különbségek azonban kisebbek, mint az igénybevételi valószínűségnél. A kifizetések mintázata pedig más, mint az igénybevételé. Ki kell emelnünk, hogy éppen annak a csoportnak a tagjaira költi az egészségbiztosító a legtöbb-

⁶ Emlékeztetőül: a vizsgált kiadások közül kizártuk az olyan betegségeket, amelyek előfordulása rendkívül ritka és kezelése igen drága.

bet (a munkaviszonyban levőkhöz képest 26 százalékkal többet), amelynek igénybevételi valószínűsége a legalacsonyabb volt (szolgáltatási járulékfizetők). Mindez utalhat a korábban elmaradt egészséggondozás, prevenció (ki nem elégtett szükséglet) miatt bekövetkező súlyosabb egészségi állapottal járó magasabb egészségi kiadások szükségességére, de arra is, hogy ez a csoport kisebb egészségügyi problémáit inkább a magánegészségügy keretében kezelteti. A munkanélküli, közfoglalkoztatotti csoport egy igénybe vevőre jutó kiadása a tételes gyógyszerellátás kivételével minden ellátásban a munkaviszonyban dolgozókéhoz hasonló vagy az alatti. A közszférában dolgozók járóbeteg- és gyógyszerkiadásai magasabbak a munkaviszonyban dolgozókhöz képest (igénybevételi arányuk is magasabb volt), ám a fogászati ellátásban, ahol szintén sok közszférában dolgozó fordul meg, az igénybe vevőkre számított kiadás relatíve kisebb.

Ezek a különbségek jellemzően akkor is megmaradnak, ha kontrollálunk a dolgozók végzettségére (2.2.3. táblázat alsó része). Végül azt is láthatjuk, hogy a legtöbb ellátásban a képzetlen és a felsőfokú végzettségű dolgozók igénybe vevőnkénti kiadása magasabb a középfokú végzettségűekénél.

Összegzés

Ebben az alfejezetben bemutattuk, hogy a munkaerőpiaci státus és végzettség szerint milyen összefüggéseket láthatunk 1) egyes krónikus betegségek előfordulásában, 2) a közfinanszírozott egészségügyi ellátórendszerben történő megjelenésben, illetve 3) a társadalombiztosító betegekre fordított kiadásaiban.

Az aktív, munkaképes korosztály 3 százaléka legalább két krónikus betegséggel él. Több mint 16 százaléuk magas vérnyomás, 3 százaléuk cukorbetegség miatt szed rendszeresen gyógyszert. Közülük szinte minden századik súlyos tüdőbetegség miatt van gondozásban. Kimagaslóan rossz egészségi állapotúnak tűnnek a munkanélküliek és a közfoglalkoztatottak. A krónikus betegségeknel a végzettségi csoportok között tapasztaltuk a legnagyobb különbséget. Bár csak a kezelt betegekről vannak adataink, de ha a kezeletleneket is meg lehetne becsülni, akkor valószínűleg ezek a különbségek tovább növekednének.

Az igénybevételi arányokat vizsgálva a munkaerőpiaci státus bizonyult a legmeghatározóbbnak. A közszférában dolgozók sokkal gyakrabban jelennek meg az közfinanszírozott ellátórendszerben. Más munkaerőpiaci csoportok kevésbé veszik igénybe például a fogászati és járóbeteg-ellátást, ami vélhetően a magánellátás elszívó hatásának tulajdonítható. Feltűnően alacsony a munkanélküliek, közfoglalkoztatottak aránya a tételes gyógyszerellátásban, annak ellenére, hogy ők alkotják a legbetegebb csoportot.

A betegekre fordított kiadásokban nem tapasztaltunk olyan markáns különbségeket. Bár az egyéni szolgáltatási járulékot fizetők ritkábban fordulnak az ellátórendszerhez, ha ott megjelennek, ellátásuk kiugróan magas költségekkel jár.

Minden vizsgált szempont szerint jelentős (itt nem tárgyalt) különbségek figyelhetők meg a férfiak és nők adatai között is.

Az elemzésünkben megmutatott jelenségek mögött a munkaerőpiaci státuson túl egyes csoportok érdekérvényesítő képessége, az ellátórendszer elérhetősége, a férfi–női szerepekkel kapcsolt kulturális normák is állhatnak. Vannak, akik feltételezhetően megkésve kerülnek az ellátórendszerbe, amikor ellátásuk már nagyobb költségekkel jár.

A tapasztaltak alapján – különösen a társadalombiztosítási törvény ez évi módosításainak tükrében – időszerűnek és indokoltnak tűnik az egészségügyi szolgáltatási járulékfizetőknél megfigyelt jelenségek további vizsgálata. Megállapítható az is, hogy a hozzáférés javításában, az ellátások koordinációjában, a korán kezdett egészségnevelésben mind az alapellátási, mind pedig a munkahelyi egészségügynek fontos feladata van.

Hivatkozások

- BABARCZY BALÁZS–FADGYAS-FREYLER PETRA–FALUSI ZSÓFIA és szerzőtársai (2016): Struktúra, elérés. Megjelent: *Egészségügyi Rendszer Teljesítményértékelési Munkacsoportja: A magyar egészségügyi rendszer teljesítményértékelése 2013–15*. Állami Egészségügyi Ellátó Központ, Budapest.
- FADGYAS-FREYLER PETRA (2019): *Az egyéni adatokra épülő kockázat-kiigazított egészségügyi fejkvóta kialakításának lehetőségei Magyarországon*. IME – Interdiszciplináris Magyar Egészségügy 18. évf. 5. sz. 36–42. o.
- KOCZOR-KEUL MELINDA (2017): *A magyarországi idősök halálközeli egészségügyi kiadásainak vizsgálata*. Doktori értekezés, Pannon Egyetem Gazdálkodás- és Szervezéstudományi Doktori Iskola, Veszprém.
- KSH (2016): *A komplex programmal fejlesztendő járások jellemzői, 2014*. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest.
- NEAK (2019): *A háziorvosok indikátor alapú teljesítményértékelése*. Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő.
- OECD (2019): *Health for Everyone? Social Inequalities in Health and Health Systems*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Párizs, <https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en>.

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>.