

Lehmann Hedvig–Polonyi Gábor: Helyzetkép a lakosság egészségi állapotáról – 1997

(elektronikus verzió, készült 2006-ban)

A tanulmány eredetileg nyomtatásban megjelent:
Lehmann Hedvig–Polonyi Gábor (1998): „Helyzetkép a lakosság egészségi állapotáról – 1997” in: *Társadalmi riport 1998*, Kolosi Tamás, Tóth István György, Vukovich György (szerk.).
Budapest: TÁRKI, Pp. 298–317.



Helyzetkép a lakosság egészségi állapotáról – 1997

Lehmann Hedvig–Polonyi Gábor

Az 1990-es évek elején kezdődő és napjainkban is tartó gazdasági-társadalmi változások komoly hatással vannak a lakosság egészségi, mentális állapotára. Az életszínvonal csökkenése, a munkanélküliség megjelenése, a szociális-egészségügyi ellátórendszer gyökeres átalakulása, a piaci viszonyok térhódítása mind-mind szerepet játszanak ebben a folyamatban. A mortalitási statisztikák eredményei – nemzetközi viszonylatban is – már régóta riasztó képet festenek a népesség egészségi állapotáról, s különösen a férfiak esetében jeleznek e mutatók tartós romlást. Bár hosszú távon vizsgálva ezeket az adatokat, a trendvonal egyértelműen negatív, azonban úgy tűnik, hogy a 90-es évek eleji mélypont után – igaz, egészen friss adatok még nem állnak rendelkezésre – az elmúlt években a helyzet mintha egy ámyalattal javult volna.

A mortalitási adatok elsősorban a halálozások kórtani okairól, a halálozások mögött meghúzódó társadalmi-demográfiai-területi összetevőkről szolgálnak információkkal. A betegségállapot kialakulását (a tünetek és panaszok megjelenését), s általában a betegségállapot folyamatát – egyáltalán mennyien vagyunk betegek, az egyes betegségtípusok milyen előfordulási gyakorisággal jelentkeznek – a morbiditási adatok hivatottak jelezni, amely adatok forrásául – többek között – kérdőíves (orvosi) szociológiai felmérések szolgálhatnak. Ilyen típusú átfogó jellegű országos vizsgálatra legutóbb a TÁRKI szervezésében került sor. Jelen tanulmány e vizsgálat legfontosabb eredményeit ismerteti.¹

Akkor, amikor definiálni akarjuk, ki beteg és ki egészséges, számtalan fogalmi és módszertani problémába ütközünk. Az elhatárolás különösen egy kérdőíves, önbevallásra építő vizsgálat esetében vet fel számos problémát. (Vajon hol lehet meghúzni a határvonalat egy egészséges és egy beteg ember között, egyáltalán lehet-e egészséges emberről beszélni [mint ahogy a közkeletű vélekedés tartja: „egészséges ember nincs, csak kivizsgálatlan”], mikor beszélhetünk olyan tünetekről, amelyek még nem kapcsolódnak egy komolyabb panaszhoz, betegséghez, s melyek azok, amelyek már egy tartósabb betegállapotot jeleznek?) Tekintettel ezekre a mérési nehézségekre, nem elsősorban azt próbáljuk meghatározni, ki tekinthető vajon egészségesnek, hanem azt, hogy ki a beteg. Betegség alatt olyan funkcionális

¹ A személyes megkérdezésen alapuló felmérésre 1997. november 17-e és december 18-a között került a Soros Alapítvány támogatásával. A felmérés országosan reprezentatív mintán készült, s 2005 háztartásra (a 2005 háztartásban található személyekre) terjedt ki. A tanulmányban szereplő adatok a 14 éves, illetve annál idősebbekre vonatkoznak, s súlyozott mintából származnak (N=4038).

zavart érte, amelyet a kérdezettek érzékelnek, lereagálnak s összekapcsolnak, specifikálnak valamilyen testrészük, szervük működésével (éreznek-e a szívükkel, tüdejükkel, látásukkal stb. kapcsolatos panaszt, betegséget).

Az egészségi állapot jellemzésekor, az ún. betegségállapot-mutató kidolgozásakor csoportosítási elveink között két dimenziót szerepeltetünk. Egyrészt egy objektív (inkább kvantitatív) jellegű indikátort, az idő dimenzióját – az adott panasz, betegség az év hány hónapjában okoz a kérdezett számára problémát –, másrészt egy szubjektívebb (inkább kvalitatívabb jellegű) tényezőt – azt, vajon az egészségi állapot mennyiben korlátozza az érintettek élettevékenységét, alapvető mozgási, cselekvési körét. A betegségállapot-mutató a vizsgált népséget a betegségek súlyossága – időbeli tartóssága, s korlátozó ereje alapján – négy csoportba sorolja:

- „nem beteg” (40,1%)
- „enyhébb” beteg – rövidebb ideig problémát okozó betegséggel (18,3%)
- „súlyosabb” beteg – hosszabb ideig problémát okozó betegséggel (20,9%)
- „súlyosabb” beteg, „korlátozott” életfeltételekkel – hosszabb ideig problémát okozó betegséggel, ami nagyfokú tevékenységkorlátozottsággal jár együtt (20,7%).

Összességében, ha a felmérés által elérhető betegek (panaszosok) arányát próbáljuk meghatározni a 14 éves, illetve annál idősebb populációban, akkor a lakosság 59,9%-ról lehet azt elmondani, hogy 1997-ben volt valamilyen betegségállapotról közvetlenül vagy közvetve utaló panasz, betegsége. (Olyan panasz, betegsége, amely nem a szokványos, heveny betegségekhez kapcsolódik, s amely egyértelműen valamilyen testi, szervi funkcionális zavart jelez.) A panaszosok, betegek körében 18,3%-nyian rendelkeznek „enyhébb” panasszal, ennyien mondják azt, hogy panaszuk, betegségük általában csak egy-két hónap erejéig okoz/okozott problémát nekik. (Egy részüknél a panaszok lényegében csak nemrég jelentkeztek, azonban a túlnyomó többség olyan panasszal, betegséggel rendelkezik, amely több éves múltra tekinthet vissza. Ez utóbbiak betegsége tehát – úgy tűnik – időről időre visszatér, problémát okoz, azonban nem tartós jelleggel. Ugyancsak ebbe a csoportba kerültek azok, akiknek – a kérdés időpontjában – nem volt semmiféle panaszuk, betegségük, azonban az év során egy meghatározott ideig panaszosok, betegek voltak.) A betegek nagyobbik része „súlyosabb” problémával (is) rendelkezik, legalábbis van olyan panaszuk, betegségük (is), amely időben tartósabb hatású, s általában egész évben problémaként jelentkezik (41,5%). E csoport tagjai krónikus, tartós betegállapottal jellemezhetőek leginkább. A tartósabb betegállapot pedig 20,7%-nál okoz az életmódban, életvitelben nagyfokú korlátozottságot a fizikai teherbírás, a munkavégző képesség, a mindennapos házimunka, ház körüli tevékenységek ellátása stb. tekintetében.

A vizsgált betegségcsoportok közül leggyakrabban a mozgásszervi panaszokat, betegségeket említették a kérdezettek (1. táblázat). A 14 éves, illetve annál idősebb lakosok 33,1%-a említett ilyen jellegű panaszt, betegséget (ízületi problémák, gerinc-, derék-, hátpanaszok). Ugyancsak nagyon hangsúlyosan jelentkeznek a szívvel, vérkeringéssel kapcsolatos problémák, panaszok, erről 26,8%-nyian tettek említést. E két betegségcsoport kiemelkedését mutatja, hogy az összes panasz/betegség majdnem fele e két betegségcsoportba

sorolódik. Viszonylag magas az érzékszervi problémákkal küszködők aránya is: látással, hallással kapcsolatos funkcionális zavarokról 18,9%-nyian tettek említést. A kérdezettek 16,6%-a jelezte, hogy idegrendszeri problémái – idegeskedéssel, alvászavarral stb. kapcsolatos panaszai, betegségei – vannak/voltak, s lényegében ugyanilyen nagyságrendben fordulnak elő emésztőszervi (gyomor, máj, epe stb.) panaszok, betegségek a vizsgált körben (16,4%). Még egy betegségcsoportról érdemes külön szólni: a légzőszervi megbetegedésekről. A megkérdezettek 9,4%-a nyilatkozott olyan értelmében, hogy tavaly volt ilyen jellegű panasza, betegsége. (A további vizsgált betegségcsoportok előfordulási gyakorisága ennél kisebb, 4–6% között mozog.) A tartósabb betegállapot kapcsán is leggyakrabban mozgásszervi, illetve szív- és érrendszeri panaszok jelentkeznek (20,4%, illetve 17,2%), továbbá az érzékszervek működésével kapcsolatos problémák (12,8%). E három betegségcsoport esetében figyelhető meg egyébként az is, hogy a panaszok – más betegségcsoportokhoz képest – gyakrabban vezetnek tartós betegállapothoz. Ha tehát ezek a panaszok megjelentek, betegséggé „fejlődtek”, akkor az már többnyire állandó és örök problémaforrást jelent a beteg számára, ami rendszeres odafigyelést, törődést követel meg tőlük. Kevésbé lehet ezt az összefüggést megfigyelni idegrendszeri, emésztési vagy légzőszervi betegségek esetében, ami arra utal, hogy ezek a betegségek időszakosabban jelentkeznek problémaként. S még inkább akut, s rövidebb ideig tartó betegségként jelentkeznek a vesebetegségek vagy a bőrbetegségek.

1. táblázat Az egyes betegcsoportok előfordulási gyakorisága (%-os megoszlás)

	A panasz, betegség előfordulási gyakorisága a teljes sokaságban (N=4038)				Az „enyhébb” és „súlyosabb” panaszok, betegségek belső aránya		
	„enyhébb”*	„súlyosabb”**	összesen	N	„enyhébb”	„súlyosabb”	összesen
mozgásszerv (ízület, gerinc, derék, hát)	12,6	20,4	33,1	1335	38,2	61,8	100
szív, vérkeringés, nyirokrendszer	9,6	17,2	26,8	1080	37,7	64,3	100
látás, hallás	6,1	12,8	18,9	764	34,2	67,8	100
idegrendszer	7,8	8,8	16,6	669	47,1	52,9	100
emésztés, gyomor, máj, epe	8,5	7,9	16,4	662	51,9	48,1	100
légzés, tüdő	4,8	4,5	9,4	378	51,6	48,4	100
vese	3,8	2,0	5,8	234	65,3	34,7	100
nőgyógyászat/prosztata	4,4	1,3	5,7	228	77,4	22,6	100
bőr	3,5	1,9	5,4	219	64,0	36,0	100
egyéb	1,9	2,2	4,1	164	46,0	54,0	100
összesen, legalább egy esetben, képzett mutató (100%=beteg)	18,3	41,5	59,9	4038	30,6	69,4	100

* „enyhébb”: a panasz, betegség általában csak egy-két hónap erejéig okoz/okozott problémát.

** „súlyosabb”: a panasz, betegség időben tartósabb hatású, s általában egész évben problémaként jelentkezik.

A vizsgált társadalmi-demográfiai alapváltozók közül – az értelemszerűen nagyon hangsúlyosan jelentkező életkori hatások mellett – legnagyobb mértékben az iskolai végzettség szintje és a nemi hovatartozás van hatással a betegségállapotra. Az alkalmazott többváltozós elemzés fő differenciáló tényezőként a hagyományosnak mondható sémát rajzolja meg, amely a betegeket hangsúlyosan magas életkorral és alacsony iskolai végzettséggel jellemzi, s a betegségállapotot inkább a nőkhöz kapcsolja (2. táblázat). Mindez azt jelenti, hogy az életkor, az iskolai végzettség és a nemi hovatartozás ismeretében nagy valószínűséggel meg lehet határozni, hogy ki beteg és mennyire.

2. táblázat A betegeket a nem betegetől elválasztó főbb dimenziók (diszkriminancia-analízis koefficiensei, N=4038*)

	1. dimenzió: a demográfiai tényezők – az életkor fő hatása	2. dimenzió: a kulturális tényezők – az iskolázottság fő hatása
életkor	0,9723	0,0534
iskolai végzettség	-0,2808	0,8724
nem	0,1913	0,3554
település nagysága	0,0410	0,4326
egy főre eső jövedelem	-0,0276	0,4148
kanonikus korreláció		
négyzetösszege**	0,2435	0,0160

* A bevont változók folyamatosan növekvő változók, a nagyobb értékek magasabb iskolai végzettséget, jövedelmet stb. jelentenek (férfi: 1, nő: 2).

** A modell magyarázó ereje a betegségállapot meghatározásában, leírásában.

Az életkori tényezőket vizsgálva, a mintában szereplő 14 évesek, illetve annál idősebbek – ezt azért fontos kiemelni, mert a gyermekkor első éveit igen meghatározóak a betegségek kialakulásában – egészségi állapota kapcsán az első törésvonal a 30–39 éves kor környékén jelentkezik (3. táblázat). Itt van a betegek monoton növekvő számában az első igazán nagy „ugrás”, s innentől kezdve a betegek száma minden egyes korcsoportban meghaladja a „nem betegekét”. (A beteg szerep felvételével, panaszok, betegségek kezeltetésével, illetve egyes esetekben a betegséggel való együttéléssel leggyakrabban tehát a harmincas éveik közepén szembesül először az ember.) A negyvenes éveik elején járók körében a megbetegedés növekvő üteme valamelyest megtörik (a betegek, panaszosok száma nem nő), változások a beteg társadalom belső összetételében figyelhetők meg: a „súlyosan” betegek arányának megemelkedésében. Jelentősebb az ugrás a következő korosztályban (45–49 évesek), és ugyancsak erőteljesebb növekedési ütem jelentkezik az 50–54 évesek körében. Innentől – 55 évtől – kezdve viszont a betegek (panaszosok) arányában egészen a 75 éves korosztályig jelentős változások nem történnek. Az életciklus középső szakasza tűnik tehát igen meghatározónak az egészségi állapot alakulásában. A középkorúak körében – alsó pontként (bázisértéknek) a 30–34 éveseket, felső pontként az 50–54 éveseket definiálva – húsz év alatt a betegek (panaszosok) aránya majdnem megduplázódik. Ez a természetesnek is vehető növekedési ütem azonban a legsúlyosabb betegségállapotba tartozók körében – akik életvitelükben, tevékenységükben nagyon korlátozottnak mutatkoznak – sokkal magasabb értéket vesz fel: a legnagyobb mértékben a legsúlyosabb betegségállapotba sorolódó betegek száma nő. Miközben a betegek – nem betegek arányában a középkorúak körében több mint másfélszeres különbséget mutatnak adataink (30–34 évesek: 45,6, 50–54 évesek: 77,4%), a legsúlyosabb betegcsoportba tartozó betegek esetében körülbelül hatszorosa a növekedés (30–34 évesek: 4,6; 50–54 évesek: 30,6%). Mindenképpen figyelemre méltó, hogy ez a növekedés időben nagyon egyenletesen alakul – lényegében tízévenként duplázódik a „súlyos”, élettevékenységében nagyban korlátozott betegek aránya –, a súlyosabbnak

mondható egészségromlás esélye tehát egyaránt nagy a középkorosztály fiatalabb és idősebb tagjainál.

3. táblázat A betegségállapot-mutató értékei életkor szerint (%-os megoszlás, N=4038)

	N	„Nem beteg”	„Enyhe beteg”	„Súlyos” beteg	„Súlyos” beteg tevékenység-korlátozottsággal	Összesen
14–18	367	67,3	15,6	13,9	3,3	100
19–24	453	69,0	15,1	13,6	2,4	100
25–29	329	64,5	17,7	14,1	3,7	100
30–34	251	54,4	25,1	15,9	4,6	100
35–39	284	42,2	27,8	19,2	10,8	100
40–44	394	40,8	20,7	23,9	14,7	100
45–49	402	33,5	20,5	26,0	20,1	100
50–54	327	22,6	18,9	27,9	30,6	100
55–59	287	23,4	18,6	25,3	32,7	100
60–64	249	18,2	13,8	27,6	40,5	100
65–69	252	21,1	13,0	24,7	41,3	100
70–74	196	15,6	17,4	24,2	42,8	100
75–79	140	11,2	11,7	22,6	54,5	100
80–	108	10,5	16,8	17,1	55,6	100
összesen	4038	40,1	18,3	20,9	20,7	100

Ha a vizsgált társadalmi-demográfiai tényezők alapján megpróbáljuk meghatározni az egészségileg veszélyeztetett csoportok néhány szociológiai, demográfiai jellemzőjét, akkor a következő fontosabb összefüggések állapíthatók meg.

a) A nők – mint ahogy azt más hazai és nemzetközi vizsgálatok adatai is bizonyítják – általában betegebbek, mint a férfiak. Ez lényegében minden egyes korcsoportban megfigyelhető jelenség, tehát a nemnek a korösszetételtől független – statisztikailag mérhető – hatása van az egészségi állapot alakulására. A nemek közötti különbség leginkább a negyvenes éveikben járónál csúcsosodik ki, azaz e korosztályban van a nők és a férfiak között a legnagyobb eltérés abban a tekintetben, hogy mekkora a betegek, illetve nem betegek aránya, s mindez arra utal, hogy a 40-es éveikben járó nők veszélyeztetettsége az átlagnál nagyobb (4. táblázat). Az ötvenesek körében a kiegyenlítődés jelei figyelhetők meg, annak köszönhetően, hogy ebben a korosztályban a férfiak körében a „súlyos és tevékenységkorlátozó” betegségekkel rendelkezők aránya nagyon nagy mértékben megemelkedik. Ez az ugrás a férfiak egészségi állapotában egy nagymérvű romlást jelez, s az átlagnál nagyobb veszélyeztetettségüket mutatja. Ez a fajta kiegyenlítődés – ami a férfiak nagyobb mérvű megbetegedésének következménye – az újabb kohorszot vizsgálva tovább folytatódik, a hatvanas korosztály esetében a férfiak és a nők közötti különbség teljesen elmosódik, s mindez annak köszönhető, hogy 60-as éveikben járó férfiak esetében – az 50 évesekkel összevetve – az egészségi állapot romlása tovább folytatódik.

4. táblázat A betegségállapot-mutató értékei nem szerint az életkor bontásában (%-os megoszlás, N=4038)

	N	„Nem-beteg”	„Enyhe” beteg	„Súlyos” beteg	„Súlyos” beteg tevékenység korlátozottsággal	Összesen
férfi	1907	45,6	18,8	17,8	17,8	100
nő	2131	35,2	17,9	23,7	23,2	100
összesen	4038	40,1	18,3	20,9	20,7	100
14–18 évesek						
férfi	186	70,2	14,6	10,7	4,5	100
nő	181	64,3	16,5	17,1	2,0	100
összesen	367	67,3	15,6	13,9	3,3	100
19–29 évesek						
férfi	406	72,0	14,2	10,6	3,2	100
nő	377	61,9	18,3	17,3	2,6	100
összesen	783	67,1	16,2	13,8	2,9	100
30–39 évesek						
férfi	259	52,1	25,4	16,0	6,6	100
nő	276	44,0	27,7	19,2	9,1	100
összesen	535	47,9	26,5	17,6	7,9	100
40–49 évesek						
férfi	390	42,2	22,1	21,2	14,4	100
nő	406	32,2	19,1	28,5	20,3	100
összesen	796	37,1	20,6	24,9	17,4	100
50–59 évesek						
férfi	296	26,0	21,0	21,6	31,3	100
nő	318	20,2	16,6	31,4	31,8	100
összesen	614	23,0	18,7	26,7	31,6	100
60–69 évesek						
férfi	196	20,8	14,0	25,4	39,8	100
nő	305	18,9	13,0	26,6	41,6	100
összesen	501	19,6	13,4	26,1	40,9	100
70–79 évesek						
férfi	175	17,1	17,7	22,2	42,9	100
nő	269	10,3	14,0	21,8	54,0	100
összesen	444	13,0	15,4	22,0	49,6	100

b) Az adatokat vizsgálva fontos különbségeket regisztrálhatunk a különböző iskolázottságú csoportok között, ami arra utal, hogy az eltérő iskolázottsági szintből fakadó jövedelmi, kulturális, életmódbeli stb. különbségek erőteljesen befolyásolják a megbetegedések kockázatát. A betegségek gyakorisága és az iskolázottság között azonban nem lineáris jellegű az összefüggés: legkevésbé a legalacsonyabbban és a legmagasabbban iskolázott rétegek vallják magukról azt, hogy egészségesek, míg legjobb egészségi állapotban a középrétegek vannak, s közülük is a szakmunkás-bizonyítvánnyal rendelkezők (5. táblázat). Bár a magukat panaszmentesnek vallók aránya hasonlóan alacsony a legalsó és legfelső iskolázottságú rétegek körében, azért a betegségek súlyossága terén jelentős különbségek vannak a két csoport között. A legfeljebb nyolc osztályt végzetek igen nagy része tartozik a legsúlyosabb, az életvezetésükben korlátozott betegek csoportjába, az ilyen betegségekkel küzdők aránya itt legalább kétszer akkora, mint a többi iskolázottsági csoportban. Az alapfokú végzettségűek minden vizsgált korcsoportban nagyobb arányban rendelkeznek „súlyos”,

tevékenységhatározó betegségekkel, mint a többi iskolázottsági csoport tagjai. Sőt, míg az idősek körében az alap- és felsőfokú végzettségűek összehasonlításakor a „súlyos betegek” aránya az alapfokúak esetében másfélszerese a diplomások körében megfigyelhető értéknek, addig a középkorúaknál csaknem háromszorosa ez a különbség.

5. táblázat A betegségállapot-mutató értékei iskolai végzettség szerint az életkor bontásában (%-os megoszlás, N=4038)

	N	„Nem beteg”	„Enyhe” beteg	„Súlyos” beteg	„Súlyos” beteg tevékenység korlátozottsággal	Összesen
alapfokú szakmunkásképző	1646	35,2	15,4	19,4	30,0	100
középfok	988	46,1	20,0	18,8	15,1	100
felsőfok	964	43,9	19,1	24,1	13,0	100
összesen	439	37,0	23,9	24,2	14,9	100
összesen	4038	40,1	18,3	20,9	20,7	100
fiatalok (14–35 év)						
alapfokú szakmunkásképző	486	68,5	13,4	13,6	4,5	100
középfok	416	65,4	19,1	13,4	2,1	100
felsőfok	416	62,3	19,1	15,2	3,4	100
összesen	115	53,4	28,9	15,5	2,2	100
összesen	1433	64,6	18,0	14,2	3,3	100
középkorúak (36–50 év)						
alapfokú szakmunkásképző	263	33,2	20,7	19,4	26,7	100
középfok	351	38,4	23,2	22,3	16,1	100
felsőfok	320	37,7	22,2	28,6	11,6	100
összesen	168	39,9	22,9	27,3	9,9	100
összesen	1103	37,2	22,3	24,2	16,4	100
idősek (51– év)						
alapfokú szakmunkásképző	896	17,7	14,9	22,5	44,9	100
középfok	221	22,1	16,8	23,2	38,0	100
felsőfok	228	19,1	14,6	34,0	32,4	100
összesen	156	21,8	21,2	27,4	29,7	100
összesen	1502	19,0	15,8	24,9	40,4	100

c) A foglalkozási struktúrában elfoglalt hely is alapvetően hatással van az egészségi állapot alakulására. Összefoglalóan azt lehet mondani, hogy a magasabb presztízsű foglalkozási kategóriák képviselői (vezetők, értelmiségiek) fiatalabb korban az átlagosnál rosszabb betegségállapot-mutatókkal rendelkeznek. Középkorban a mutatók – különösen a vezető beosztásban dolgozók mutatói – viszont az átlagosnál jobbak. (Az összes foglalkozási csoporthoz viszonyítva, a középkorú vezetők vannak az egészségi állapot szempontjából a legkedvezőbb helyzetben.) Ehhez képest teljesen más irányú mozgás követhető nyomon, ha a foglalkozási hierarchia ellentétes pólusán található rétegeket vizsgáljuk. Itt ugyanis fiatalabb korban jelentkeznek igen kedvező egészségi állapot mutatók. A fiatalok és a középkorúak körében a mezőgazdasági dolgozók egészségi állapota az átlagosnál jóval jobb. A segéd- és betanított munkások helyzete fiatal korban szintén igen jónak mondható, a középkorúak egészségi állapota azonban már az átlagosnál rosszabb, s ebben a korosztályban itt regisztrálhatjuk a legtöbb „súlyos, tevékenységében korlátozott” beteget. Idős korra még tovább romlik a

helyzet, s ekkorra már a mezőgazdasági dolgozók egészségi állapota is jelentősen megromlik, így az idősek körében ebben a két foglalkozási csoportban található a legrosszabb betegségállapotbeli mutatókat.

A 70-es, 80-as években készült szociológiai elemzések egyik fontos alapvetése, hogy a családok – a pihenés, a szabadidő rovására – az emberi erőforrások extenzív kihasználásával próbálták meg pluszjövedelmekhez jutni, s ez a túlzott fizikai-szellemi igénybevétel az egészségi állapot alakulását jelentős mértékben negatív irányba befolyásolta. E jelenség a 90-es évek végén is fontos problémaként jelentkezhet, bár most már egy másfajta munkaerőpiaci közegben, hiszen a munkanélküliség megjelenésével, s a gazdaságilag inaktívak számának megemelkedésével az aktív dolgozók aránya jelentős mértékben visszaesett. Ebben a helyzetben tehát sok embernél nem a munkavégzés túlzott mennyisége, hanem éppen annak teljes hiánya jelenthet az egészségi problémák kialakulása tekintetében komoly veszélyforrást.

Nem véletlen, hogy az egyik legrosszabb egészség-állapotbeli mutatóval a középkorostály munkanélküli tagjai rendelkeznek. A munkanélküliek egészségi állapotának alakulása a szakképzetlen fizikai munkások esetében tapasztalható összefüggéseket mutatja, ami azt jelenti, hogy a húszas éveikben járó munkanélküliek egészségi mutatói még a legjobbak között vannak. A munkanélküliek egészségi állapotának veszélyeztetettsége a harmincas korosztálynál kezdődik, a negyvenes-ötvenes éveikben járóknál pedig annyira felerősödik, hogy az adott korosztályokon belül a munkanélküliek rendelkeznek a legrosszabb betegségállapot-mutatókkal (6. táblázat). Összességében azt mondhatjuk, hogy a munkanélküliek körében található – az aktív korúakon belül, az összes foglalkozási csoporthoz viszonyítva – a legtöbb „súlyos, élettevékenységében korlátozott” beteg, ami egyértelműen a munkanélküli lét egészségkárosító következményeire hívja fel a figyelmet.

6. táblázat *Betegségállapot-mutató alakulása a munkanélküliek és a foglalkoztatottak körében az életkor bontásában (%-os megoszlások)*

	„Nem beteg”	„Enyhe” beteg	„Súlyos” beteg	„Súlyos” beteg tevékenység korlátozottsággal	Összesen
A munkanélküliek körében					
–29 éves (N=72)	76,2	10,2	10,3	3,4	100
30–39 éves (N=51)	43,4	40,1	11,3	5,3	100
40–59 éves (N=90)	43,2	18,6	22,0	16,1	100
Összesen (N=213)	54,4	20,9	15,5	9,2	100
A foglalkoztatottak körében					
–29 éves (N=588)	66,4	17,4	14,1	2,1	100
30–39 éves (N=439)	51,2	25,8	17,4	5,6	100
40–59 éves (N=836)	37,4	23,3	29,5	9,9	100
Összesen (N=1864)	49,8	22,0	21,8	6,4	100

Az egészségi állapot alakulására nemcsak önmagában a munkanélküliség ténye lehet negatív hatással, hanem általában a munkavállalói pozíciók törékenysége, az elbocsátásoktól való félelem

is. Az aktív dolgozók körében az elbocsátásoktól való félelem, a munkanélkülivé válás veszélye nagyon gyakran vezet ahhoz, hogy az érintettek betegségeiket nem kezelik, nem mennek el orvoshoz, inkább tovább dolgoznak betegen. Az aktív dolgozók egyötöde, egyhatoda nyilatkozik olyan értelemben, hogy ezek a tényezők nagyon nagy szerepet játszanak abban, hogy nem fordulnak orvoshoz gyakran még akkor sem, ha állapotuk ezt indokoltá tenné. A foglalkoztatottak körében különösen az alacsony iskolai végzettséggel és az alacsonyabb jövedelemmel rendelkezők, illetve a 30–49 éves korosztályhoz tartozók és a szakképzetlen fizikai munkát végzők aktivizálására hatnak negatívan ezek a tényezők. Körükben majdnem minden harmadik kérdezett ad hangot igen erőteljesen annak, hogy nem mer orvoshoz fordulni, mert attól tart, hogy az orvos táppénzes állományba veszi, ami már rövid távon is érzékenyen érintheti családjá anyagi helyzetét, vagy attól tart, hogy kimaradásával esetleg állásával játszik, s egy elbocsátás hosszabb távon még nagyobb anyagi problémát jelentene. A munkavállalói pozíciókban várható változások valós problémaként jelentkezhetnek, hiszen az elmúlt években a munkavállalók igen jelentékeny részének kellett szembenéznie azzal a ténnyel, hogy munkavállalói státusuk módosulhat, gyakran rajtuk kívül álló okok miatt, s gyakran nem várt módon, gyorsasággal. Az adatok azt mutatják, hogy az elmúlt öt év során az érintettek – akiknek az elmúlt öt évben volt munkaviszonyuk, dolgoztak egy ideig – összességében majdnem felével fordult elő, hogy munkahelye megszűnt, munkahelyén felmondtak neki, vagy éppen valamilyen oknál fogva ő kezdeményezte munkaviszonya megszüntetését (7. táblázat). S összességében minden negyedik munkavállaló számolt be arról, hogy ebben az időszakban rövidebb vagy hosszabb ideig nem volt munkája, munkanélküli volt.

7. táblázat A munkavállalói státusok módosulása (%-os arányok)

Az elmúlt 5 évben előfordult-e Önnek, hogy...	Azok körében, akiknek az elmúlt 5 évben volt munkaviszonya (N=2276)	Az összes megkérdezett körében (N=4038)
munkanélküli volt?	25,6	14,9
munkahelye megszűnt?	16,9	9,5
Ön mondott fel a munkahelyén?	16,3	9,2
munkahelyén felmondtak Önnek?	15,2	8,6
összesen, képzett mutató	42,2	23,8

Ugyancsak a munkaerőpiaci változásokhoz, s annak egészség-állapotbeli kihatásához kapcsolódik a rokkantnyugdíjasok egyre növekvő száma is. A felmérés adatai szerint a 14 éves, illetve annál idősebb lakosság 7,6%-a tekinthető rokkantnyugdíjasnak, s a nyugdíjasokon belül az egészségkárosodás, egészségromlás miatt rokkantnyugdíj-ellátásban részesülők aránya igen jelentős, meghaladja az egyötödöt (21,9%). A nyugdíjazás időpontját vizsgálva az 1990-es esztendő jelent fontos fordulópontot (8. táblázat). A leszázalékoltak kétharmada ugyanis az 1990-es esztendőtől kezdve kap rokkantsági nyugellátást, s különösen magas a rokkantsági nyugellátásban részesülők körében azok aránya, akiket 1992-ben, illetve 1993-ban százalékoltak le. Természetesen a 90-es évek elején ugrásszerűen emelkedő rokkantnyugdíjazás hátterében egy sor olyan elem feltételezhető, ami az egészségi állapot

alakulásától független (az elbírálás néhol talán enyhébb gyakorlata, bizonyos „kiskapuk” kihasználása stb.). Ennek ellenére a leszázalékoltak növekvő száma feltehetően az egészségi állapot romlásával kapcsolható össze.

8. táblázat *A rokkantnyugdíjasokat melyik évben nyugdíjazták (az érdemi válaszok %-os megoszlása a rokkantnyugdíjasok körében, N=257)*

1990 előtt	33,4
1990–91-ben	13,8
1992–93-ban	23,8
1994–95-ben	13,5
1996–97-ben	15,5
Összesen	100

Az egészségi állapot alakulásának egy sajátos indikátoraként vehető figyelembe, hogy a megkérdezettek milyen gyakran veszik igénybe az egészségügyi ellátórendszer szolgáltatásait. Az orvoshoz fordulást – különösen az alapszintű ellátás igénybevételét – ugyanis elsősorban az határozza meg, ki milyen betegségállapotban van. Az ellátási szintek egymásra épülése, és azok fokozatos igénybevétele szemléletesen mutathatja egy betegségállapot különböző – súlyossági – stádiumait. Természetesen azt csak egy ideálisan működő rendszer esetében lehet elképzelni, hogy a magasabb szintű ellátások igénybevételét valóban a betegségállapot súlyossága határozza meg, s nem egyéb szempontok (területi elérhetőség, fizetőképesség stb.), s hogy az ellátórendszer megfigyelési körén kívül maradó (látens) betegkör betegsége enyhébb, kevésbé súlyos, mint az oda bekerülteké. A valóságban ezek másképpen működnek. Annyi azonban bizonyos, hogy a lakosság nagyobbik része általában akkor fordul csak orvoshoz, ha valamilyen panasa van. A megkérdezettek mindössze 7,3%-a tűnik egészségi állapotának kezelése szempontjából egyértelműen előrelátónak, gondoskodónak. (Ők azok, akik időnként akkor is megnézetik magukat orvossal, ha egészségesnek érzik magukat.) A megkérdezettek 6,1%-a valamivel később lép be a rendszerbe, de azért már olyan enyhébb rosszulletek miatt is elmegy orvoshoz, amelyek a napi teendők ellátását még nem zavarják. S ugyancsak szorosabb a kapcsolata az egészségügyi intézményrendszerrel azoknak, akik betegségük miatt állandó orvosi kezelést, kontrollt igényelnek (13,1%). A túlnyomó többség – a megkérdezettek körülbelül háromnegyede – viszont csak egy késői betegség-stádiumban osztja meg problémáit az orvosokkal. 27,8%-nyian általában csak akkor fordulnak orvoshoz, ha a napi teendők ellátását komolyabban akadályozó rosszulletet éreznek, s 42,1%-nyian pedig csak akkor, ha már nagyon súlyosnak érzik a helyzetet, ha már „nagy a baj”. (A megkérdezettek 3,6%-a azonban még ekkor sem lép, ők úgy tűnik, teljes mértékben elzárkóznak attól, hogy igénybe vegyenek bármilyen egészségügyi szolgáltatást.) A kiváras, a hezitálás leginkább a férfiak, a 30–39 évesek, a vállalkozók, a munkanélküliek és a szakképzetlen fizikai munkát végzők körében figyelhető meg. A magasabb társadalmi státusú kérdezettek valamivel gyakrabban nyilatkoznak olyan értelemben, hogy amennyiben úgy érzik, betegek, minél előbb megpróbálnak orvoshoz fordulni. A domináns vélemény típus azonban még az ő esetükben is a kiváráshoz, a várakozáshoz kapcsolódik. Egyedül az idősebb korosztály tagjai

– az 50 évnél idősebbek – körében érzékelhető nagyobb számban az azonnali reagálás, orvoshoz fordulás.

A tartózkodó magatartás háttérében elsősorban olyan indokok húzódnak meg, amelyek az öngyógyításhoz (az öngyógyszerezéshez), s a panaszok negligálásához kapcsolódnak (9. táblázat). Az indokokat vizsgálva – a betegek problémáikkal miért nem fordulnak minél hamarabb orvoshoz – statisztikai elemzésünk az érvrendszerek, a gondolkodási sémák három nagyobb típusát rajzolja meg.

a) Szubjektív elemek. A kérdezettek nagy része elmondása szerint azért nem szokott orvoshoz fordulni, mert megpróbál nem törődni a jelentkező tünetekkel, megpróbálja valahogy „lábon kihordani a betegségeit”. (Vagy jobb esetben öngyógyszerezéssel oldja meg problémáit, mert a családban tudják, hogy ezekre a bajokra milyen gyógyszert kell szedni.) A betegek tehát valamilyen szinten megpróbálnak nem törődni betegségükkel, s ez a fajta hozzáállás a középkorú férfiak körében jelentkezik nagyon általános magatartási formaként. Egyrészt azokban a foglalkozási csoportokban, amelyek a munkavállalóktól az átlagosnál talán intenzívebb munkát követelnek meg – ahol kevésbé engedhető meg a leállás, a hiányzás –, így a vezetői státust betöltők, a vállalkozók, s a szakképzetlen fizikai munkát végzők körében. Másrészt ez a fajta önsorsrontó beteg-típus nagyon gyakori a munkaerőpiacról – ideiglenesen vagy véglegesen – kiszorolni látszó munkanélküliek körében, azok körében, akiknek egészségi állapota – részben talán a kései orvoshoz fordulásnak köszönhetően – az átlagosnál rosszabb.

b) Anyagi jellegű okok. Az orvoshoz fordulás elhárításában, a „házon belüli” megoldások preferálásában igen gyakran megjelennek anyagi természetű motívumok is. Nem is annyira az orvoshoz fordulás következtében jelentkező plusz anyagi kiadások, hanem – mint azt már korábban említettük – inkább a táppénzes állományból fakadó lehetséges anyagi veszteségek, s hosszabb távon az esetleges elbocsátásoktól való félelmek.

c) Strukturális okok. Részben az előzőekhez kapcsolódva, részben attól függetlenül jelentkeznek azok a visszatartó erők, amelyek az egészségügyi rendszer strukturális adottságaiból, diszfunkcionalitásából fakadnak: az intézményrendszer területileg egyenetlen lefedettségéből, nehéz megközelíthetőségéből, a túlzott várakozási időből stb. A strukturális tényezők visszatartó hatása – a szubjektív jellegű, illetve az anyagi természetű tényezőkhöz képest – összességében valamivel kisebb súllyal jelentkezik. E tényezők visszatartó hatása egyébként az alapfokú végzettségűek, a kisebb településeken élők körében jelentkezik erőteljesebben.

9. táblázat Az orvoshoz fordulástól visszatartó tényezők (az érdemi válaszok %-os megoszlása, N=4038)

Amikor Ön nem fordul rögtön orvoshoz, mekkora szerepet játszik ebben az, hogy...?	Nagyot	Kicsit	Nem játszik szerepet
panaszai enyhék, nem fognak sokáig tartani	47,3	26,1	26,6
általában tudják milyen gyógyszert kell szednie, és van otthon ilyen gyógyszer	44,9	25,0	30,2
megpróbálja valahogy lábon kihordani a betegséget, nem törődik vele	41,7	30,6	27,7
attól tart, hogy az orvos táppénzbe veszi, s ezért kevesebb lesz a pénze*	16,8	19,1	64,1
attól fél, hogy emiatt elveszítheti az állását*	14,1	16,0	69,9
nem ér rá elmenni az orvoshoz, mert lehet, hogy túl sokat kell ott várakozni	12,8	15,9	71,3
nem szeret orvoshoz járni, tart tőlük, esetleg fél tőlük	8,4	16,8	74,8
úgy gondolja, hogy az orvoshoz fordulás túl sok kiadással jár együtt	7,5	14,0	78,5
úgy érzi, hogy az orvosok nem foglalkoznak érdemben a panaszával	5,7	13,8	80,5
túl messze van az orvos, nehezen tud eljutni hozzá	2,4	6,6	91,0
nem tudja, hova, milyen orvoshoz kell fordulnia, kit kell panaszával először megkeresnie	1,3	5,1	93,7

* Ezt a kérdést csak az aktív dolgozóktól kérdezték, alapsokaságként csak az aktív dolgozók vannak definiálva.

Összhangban azzal, hogy a páciensek általában csak akkor lépnek kapcsolatba az egészségügyi intézményrendszerrel, ha már komolyabb problémákat érzékelnek egészségi állapotukban, a háziorvosok felkeresését, s magának a megkeresésnek a gyakoriságát elsősorban az határozza meg, hogy az interjúalanyok mennyire betegek, milyen morbiditási mutatókkal rendelkeznek. A magukat panaszmentesnek tartók körében ugyanis csak az esetek valamivel kevesebb mint felében lehet megfigyelni, hogy az elmúlt évben a kérdezettek legalább egy alkalommal felkeresték volna valamilyen ügyben háziorvosukat (vagy munkahelyi orvosukat, magánorvosukat stb.), s a háziorvosokkal történő találkozások általában ezzel az egy alkalommal ki is merültek (10. táblázat). A komolyabb, súlyosabb betegségállapotban lévőknek viszont már majdnem 90%-a tart kapcsolatot háziorvosával, amely igen szoros, hiszen gyakran havi rendszerességgel találkoznak orvosukkal.

10. táblázat A háziiorvoshoz fordulás gyakorisága 1997-ben (%-os megoszlás a betegségállapot függvényében)

	N	A*	B**	A háziiorvoshoz fordulás gyakorisága					összesen
				Egyszer sem volt	1-2 alkalommal volt	3-5 alkalommal volt	6-10 alkalommal volt	10-nél több alkalommal volt	
„Nem-beteg”	1620	49,6	47,5	52,5	32,8	9,2	3,7	1,8	100
„Enyhe” beteg	740	76,7	73,5	26,5	28,3	23,9	10,5	10,8	100
„Súlyos” beteg	843	79,0	75,4	24,6	25,3	20,4	10,2	19,6	100
„Súlyos” beteg tevékenység-korlátozottsággal	834	88,7	86,6	13,4	12,1	16,2	14,9	43,4	100
Összesen	4038	68,7	66,1	33,9	26,2	15,7	8,6	15,7	100

*A: volt valamilyen enyhébb panaszja kapcsán, vagy gyógyszerfelírás miatt orvosnál.

**B: volt az elmúlt évben háziiorvosánál.

Tekintettel arra, hogy a betegségállapot-mutató elsősorban az idősebb korosztály körében mutat kedvezőtlen értéket, az alapellátásnak elsősorban a nyugdíjas korosztály problémáira kell koncentrálnia. Az adatok tanúsága szerint éves szinten a 60 évnél idősebbek négyötöde jelenik meg háziiorvosánál, s megfigyelhető, hogy általában havi gyakorisággal szokták felkeresni orvosukat (11. táblázat). Ugyancsak jóval gyakrabban jelennek meg az alapellátás szintjén a férfiakhoz képest a nők, ami részben azzal magyarázható, hogy ezekben a csoportokban ugyancsak az átlagosnál magasabb a panaszosok, betegek száma. Bár a nők valamivel gyakrabban rendelkeznek panaszokkal, betegségekkel, mint a férfiak, nagyobb orvoshoz fordulási hajlandóságuk azonban független ettől a tényről, ugyanis mind a „betegek”, mind a „nem betegek” körében – utóbbiak alatt azokat értve, akiknek közvetve vagy közvetlenül nincs komolyabb betegségállapotra utaló tünetük – a férfiakhoz képest a nők jóval nagyobb számban szoktak a háziiorvosukhoz fordulni.

A magasabb iskolai végzettségűekhez képest az alacsonyabb iskolázottságúak is gyakrabban fordulnak háziiorvosukhoz. Ez azonban a betegségállapotban megmutakozó különbségek mellett elsősorban annak köszönhető, hogy a magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők enyhébb panaszaikkal kapcsolatban, illetve ha gyógyszert szeretnének felírni, előszeretettel fordulnak alapellátási szinten más orvoshoz (munkahelyi orvoshoz, magánorvoshoz stb.).

Fontos megemlíteni, hogy területileg nincsenek érdemi különbségek a háziiorvosok felkeresésében, mind a kisebb, mind a nagyobb településeken lényegében azonos arányban fordulnak háziiorvosukhoz az emberek, igaz, a községekben ezt valamivel gyakrabban teszik meg a betegek. Érdemi különbség a települések között akkor sem mutatkozik, ha az orvoshoz fordulást erőteljesen meghatározó korösszetétel-hatásra, s az ezen keresztül megjelenő betegségállapotbeli különbségekre is tekintettel vagyunk a települések vizsgálatakor.

Összességében tehát azt lehet megállapítani, hogy a háziiorvoshoz való fordulás a vizsgált társadalmi-demográfiai csoportokban, különösen ha tekintettel vagyunk a betegségállapotot

meghatározó társadalmi-demográfiai tényezőkre, viszonylag egyenletesen alakul. Egyes esetekben azonban megfigyelhetőek betegségállapottól független hatások is. A távolmaradók száma életkor szerint például leginkább a 19–29, illetve 30–39 évesek körében mondható magasnak – mind a betegek, mind a nem betegek körében –, de bizonyos foglalkozási csoportokban, így a kisvállalkozók és a mezőgazdasági fizikai dolgozók körében ugyancsak az átlagosnál jóval nagyobb számban nyilatkoznak olyan értelemben a kérdezettek, hogy az elmúlt esztendőben egyszer sem voltak házi orvosuknál. S ugyancsak kevésbé elérhetőek a munkanélküliek, ahol csak a megkérdezettek feléről mondható el az, hogy az elmúlt év során – legalább egy alkalommal – kapcsolatba került házi orvosával.

11. táblázat A háziorvoshoz fordulás gyakorisága 1997-ben (%-os megoszlás)

	N	A*	B**	A háziorvoshoz fordulás gyakorisága				
				Egyszer sem volt	1-2 alkalommal volt	3-5 alkalommal volt	6-10 alkalommal volt	10-nél több alkalommal volt
Nem szerint								
férfi	1907	62,1	59,6	40,4	26,8	13,9	7,3	11,5
nő	2131	74,7	72,0	28,0	25,6	17,3	9,7	19,5
Életkor szerint (év)								
14–18	367	67,4	64,6	35,4	34,6	21,6	5,8	2,5
19–29	783	58,4	55,4	44,6	35,5	14,0	4,1	1,7
30–39	535	63,8	59,4	40,6	31,1	15,8	6,4	6,1
40–49	796	65,5	63,0	37,0	27,2	16,2	8,0	11,6
50–59	614	72,0	69,7	30,3	22,4	15,5	11,7	20,2
60–69	501	81,4	79,9	20,1	13,5	15,7	13,0	37,6
70–	444	81,9	80,4	19,6	14,1	12,8	13,4	40,2
Iskolai végzettség szerint								
8 osztály alatt	503	74,8	74,0	26,0	14,9	16,6	10,1	32,4
8 osztály	1143	70,7	68,4	31,6	25,3	14,4	9,2	19,5
szakmunkásképző	988	62,7	61,5	38,5	27,7	16,4	7,0	10,4
középfok	964	68,1	65,2	34,8	28,9	16,1	9,1	11,1
felsőfok	439	72,3	64,3	35,7	31,6	15,2	7,8	9,6
Gazdasági aktivitás szerint								
vezető	82	64,4	61,8	38,2	36,9	12,6	10,0	2,3
értelmiségi	165	72,7	62,6	37,4	34,3	16,9	7,3	4,2
vállalkozó	155	55,9	53,4	46,6	30,0	14,7	4,9	3,8
nem diplomás								
szellemi	283	67,2	63,0	37,0	31,8	16,3	7,5	7,4
művezető, alsó								
vezető	82	59,9	54,7	45,3	32,2	13,4	5,1	3,9
szakmunkás	544	61,9	58,7	41,3	32,9	16,1	5,5	4,2
segéd- és betanított								
munkás	341	64,4	62,1	37,9	32,1	15,4	5,1	9,5
mezőgazdasági								
fizikai	61	55,6	52,2	47,8	33,7	8,8	4,9	4,8
gyes-gyed	169	65,7	65,0	35,0	33,3	16,3	12,5	2,9
munkanélküli	213	52,3	51,8	48,2	31,7	11,3	2,6	6,2
nyugdíjas	1351	80,6	79,2	20,8	14,5	15,2	13,3	36,1
tanuló	429	66,7	63,1	36,9	33,9	21,4	5,6	2,2
egyéb	158	58,2	57,1	42,9	19,1	12,6	9,2	16,1
Település szerint								
község	1495	67,3	65,9	34,1	23,3	16,1	9,2	17,3
város	1010	68,7	67,0	33,0	28,5	17,2	8,0	13,2
megyeszékhely	754	71,6	67,4	32,6	27,8	15,9	8,1	15,6
Budapest	780	68,8	64,3	35,7	27,0	12,7	8,7	15,8
Összesen	4038	68,7	66,1	33,9	26,2	15,7	8,6	15,7

*A: volt valamilyen enyhébb panasa kapcsán, vagy gyógyszerfelírás miatt orvosnál.

**B: volt az elmúlt évben háziorvosánál.

Szakorvosi rendelésen – szakrendelőben vagy kórházi ambulancián – a megkérdezettek 60,8%-a vett részt az elmúlt esztendőben. Két olyan szakellátási forma van, amely viszonylag nagyobb betegkört vonz. Egyrészt a nőgyógyászati szakrendelés – a nők egyharmada járt tavaly nőgyógyásznál –, másrészt, a fogorvosi kezelések, amelyekben a megkérdezettek egynegyede vett részt 1997-ben (12. táblázat). Ha ideiglenesen eltekintünk ettől a két ellátási

formától, akkor a szakorvosi ellátások látogatottsága valamelyest kisebb volumenű. A kérdezettek 47,6%-a vett igénybe 1997-ben más területen valamilyen szakorvosi ellátást: elsősorban a belgyógyász szakorvosok szolgáltatásait (20,3%), másodsorban pedig a szemorvosokét (18%). (A többi szakorvosi ellátás látogatottsága 10% alatt marad.)

A nőgyógyászati szakellátás, illetve a fogorvosi szakellátás külön csoportként való kezelését nemcsak az indokolja, hogy a szakellátáson belül e két ellátási forma nagyon meghatározó, hanem az is, hogy a betegek fizető betegként való megjelenése is elsősorban ezeken a területeken várható. A fogorvosi ellátás során például a páciensek négytizede jelent meg fizető betegként, a nőgyógyászati kezelésen pedig az érintett nők több mint egynegyede. (Ezzel párhuzamosan a többi szakellátási formánál általában 5–10% között mozog a fizető betegek aránya.) Jól érzékelteti a nőgyógyászati szakellátás, illetve a fogorvosi szakellátás piacorientáltabb megjelenési formáját az az adatsor, mely szerint összességében tavaly a megkérdezettek 15,5%-a vett igénybe fizető betegként valamilyen szakellátást, s ez az esetek kétharmadában a nőgyógyászati és fogászati kezeléshez kapcsolódott. Más szakellátási formát fizető betegként összességében csak a lakosság 4%-a vett igénybe.

12. táblázat Az egyes szakorvosi rendelések látogatottsága. (Milyen szakorvosnál járt 1997-ben?)

	Az ellátás igénybevétele		Az igénybevétel formája (az ellátást igénybe vevők körében)		
	az ellátást igénybe vevők %-os aránya	az ellátást igénybe vevők száma	fizető betegként	nem fizető betegként	válaszhiány
nőgyógyász*	31,1	659	26,8	73,1	0,1
fogorvos	26,1	1047	39,7	60,0	0,2
belgyógyász	20,3	817	4,8	94,6	0,6
szemorvos	18,0	724	8,9	90,6	0,5
reumatológus	9,6	384	5,8	93,7	0,5
fűll-orr-gégész	9,5	383	5,3	94,4	0,3
sebész	8,5	340	5,0	94,1	0,9
idegyógyász, pszichiáter	7,1	284	5,0	94,0	1,0
bőrgyógyász	6,7	265	6,5	92,3	1,2
ortopédia	5,0	202	2,8	97,2	0,0
pszichológus	1,5	62	15,0	85,0	0,0
egyéb	5,5	219	5,5	94,1	0,4

* Csak a nők körében, alapsokaságként csak a nők vannak definiálva (N=2131).

Míg az alapellátás igénybevételével kapcsolatban elsősorban azt emelhetjük ki, hogy a házi orvosokat – betegségállapotukból következően – elsősorban a nyugdíjas korosztály tagjai, illetve az alapfokú iskolai végzettséggel rendelkezők keresik fel, addig a szakellátásban már inkább a magasabb iskolázottságú, (nagyobb) városokban élő betegek előfordulása a gyakoribb. Körükben a szakorvosi ellátást igénybevevők aránya kétharmad-háromnegyed körül mozog, ezzel szemben az alapfokú végzettségük körében, a községlakók körében általában csak minden második kérdezett részesül valamilyen szakorvosi ellátásban (13. táblázat). Fontos kiemelni, hogy a

szakorvosi rendszer – a háziiorvosi rendszerhez hasonlóan – legkevésbé a kisvállalkozói kört, a fizikai dolgozókat (különösen a mezőgazdasági fizikai dolgozókat), s a munkanélkülieket tudja elérni. Utóbbiak körében – a mezőgazdasági fizikai dolgozók és a munkanélküliek körében – mindössze alig valamivel több mint egyharmadnyian jártak az elmúlt év során valamilyen szakorvosnál. (E rétegek „kiszorulása” részben következmény is, következménye annak, hogy e rétegek tagjai az alapellátási szintre is ritkán vagy egyáltalán nem lépnek be.)

Az alaporvosi ellátáshoz hasonlóan a szakorvosi ellátásokat is valamivel nagyobb számban veszik igénybe a nők, mint a férfiak. Ebben szerepet játszhat az is, hogy a leginkább látogatott szakorvosi ellátásoknál (fogászat, nőgyógyászat) a nők magasan felülreprezentáltak. Azonban, ha csak a kevésbé látogatott szakellátásokra koncentrálunk, akkor is szembevetendő a nők nagyobb arányú megjelenése.

13. táblázat Szakorvoshihoz fordulás 1997-ben (%-os arányok)

	N	Volt valamilyen szakorvosnál	Volt valamilyen szakorvosnál (a nőgyógyászok és a fogorvosok nélkül)
Nem szerint			
férfi	1907	54,1	44,9
nő	2131	66,8	50,0
Életkor szerint (év)			
14–18	367	64,9	47,9
19–29	783	60,1	38,4
30–39	535	59,4	39,4
40–49	796	62,5	49,8
50–59	614	60,8	51,7
60–69	501	60,0	54,5
70–	444	58,3	56,1
Iskolai végzettség szerint			
8 osztály alatt	503	49,3	44,1
8 osztály	1143	56,4	46,7
szakmunkásképző	988	56,7	41,5
középfok	964	69,1	51,6
felsőfok	439	76,5	59,1
Gazdasági aktivitás szerint			
vezető	82	63,7	39,9
értelmiségi	165	80,6	59,9
vállalkozó	155	57,2	35,5
nem diplomás szellemi	283	69,0	49,3

A 13. sz. táblázat folytatása

	N	Volt valamilyen szakorvosnál	Volt valamilyen szakorvosnál (a nőgyógyászok és a fogorvosok nélkül)
művezető, alsó vezető	82	64,3	46,1
szakmunkás	544	58,9	41,8
segéd- és betanított munkás	341	48,3	37,7
mezőgazdasági fizikai	61	37,8	31,8
gyes-gyed	169	76,0	37,6
munkanélküli	213	39,0	29,2
nyugdíjas	1351	62,5	57,6
tanuló	429	68,0	50,0
egyéb	158	48,5	39,9
Település szerint			
község	1495	51,0	39,7
város	1010	61,2	45,7
megyeszékhely	754	66,4	53,9
Budapest	780	73,8	59,2
Összesen	4038	60,8	47,6

Egyébként, ha a nőgyógyászati és fogászati szakellátásokat külön kezeljük, s a többi szakellátással kapcsolatban vizsgáljuk a résztvevők társadalmi-demográfiai jellemzőit, bizonyos vonatkozásokban hasonló tendenciák jelentkeznek, mint háziorvosi szinten. A nőgyógyászati és a fogászati kezelés kizárásával ugyanis az ellátásokat igénybe vevők körében erőteljes életkori hatások jelentkeznek, az idősebb korosztályok nagyobb arányú megjelenésének köszönhetően. (A nőgyógyászati és fogászati kezeléseken inkább a fiatalabb korosztály tagjai jelennek meg nagyobb számban, a többi szakellátásnál – összességében – inkább az idősebbek, s ezek a különbségek lényegében kiegyenlítik egymást, amikor általában nézzük az életkor függvényében a szakorvosi ellátás igénybevételét: ekkor ugyanis az életkornak már nem jut differenciáló szerepe.)

Az életkori hatás felerősödése, az idősebbek nagyobb involváltsága elsősorban annak köszönhető, hogy a szakorvosi ellátáson való részvétel, illetve az attól való távolmaradás – az alapellátási szinthez hasonlóan – sokkal érzékenyebben reagál a betegségállapotban megmutatkozó különbségekre. Általában valamilyen szakorvosi ellátást a „nem betegeknek” például négytizede vett igénybe tavaly. A nőgyógyászati és a fogászati kezelések kizárásával – amelyek az esetek nagy részében lényegében függetlenek a betegségállapot súlyosságától – azonban ez az arány lecsökken egynegyedre (14. táblázat). A betegségállapotról való nagyobb érzékenységnek köszönhetően a szakorvosi ellátás igénybevételében az iskolai végzettség, s a foglalkozási hierarchia egyes szintjei között megmutatkozó különbségek is valamelyest gyengébben jelentkeznek, bár továbbra is egyértelmű, hogy a szakorvosi ellátórendszeren belül erőteljesen felülreprezentáltak a magasabb társadalmi státusú betegek, s ugyancsak jelentős – részben a szakorvosi hálózat területi rétegzettségéből következően – a nagyobb városokban élők érintettsége.

14. táblázat A szakorvoshoz fordulás 1997-ben (%-os arányok a betegségállapot függvényében)

	N	Volt valamilyen szakorvosnál	Volt valamilyen szakorvosnál (a nőgyó- gyászok és a fogorvosok nélkül)
„nem beteg”	1620	43,8	25,2
„enyhe” beteg	740	70,8	57,5
„súlyos” beteg	843	70,1	58,2
„súlyos” beteg	834	75,6	71,7
tevékenység- korlátozottsággal			
összesen	4038	60,8	47,6

A szocio-kulturális tényezők hatása nemcsak abban az értelemben erőteljes, hogy ki vesz igénybe (ki tud igénybe venni) szakorvosi ellátást, hanem abban az értelemben is, hogy a szakorvosi ellátásokat ki milyen formában veszi igénybe. A fizető beteg pozíció – e fogalom alatt azokat a betegeket értjük, akik a rendelők szolgáltatásait nem társadalombiztosítási alapon veszik igénybe, hanem fizető (magán)betegként – elsősorban a magas iskolázottságúak körében figyelhető meg. Ha például a legalsó és a legfelső iskolázottságú csoportot emeljük ki, előbbiben a fizető betegek aránya mindössze 3,1%-ra tehető, utóbbiban viszont már 29,4%-ra. Részben a különböző iskolázottsági csoportok eltérő jövedelmi helyzete tükröződik a jövedelmi hatás megjelenésében, abban, hogy az alsó kvintilisbe tartozók körében maximum egytizedre tehető a fizető betegek aránya, a felső kvintilisbe tartozók körében pedig egynegyedre.

Az egészségügyi rendszer igénybevételekor anyagi ellenszolgáltatás azonban nemcsak a fizető betegek körében jelentkezhet. Anyagi ellenszolgáltatás teljesítése – elsősorban hálapénz formájában – a társadalombiztosítási keretek között működő egészségügyi rendszeren belül is megfigyelhető. Összességében a megkérdezettek 24%-a jelezte, hogy szokott az ellátásért pénzt (hálapénzt) adni szakorvosának. Hivatalosan, magánbetegként – mint már említettük – az interjúalanyok 15,5%-a fizetett 1997-ben valamilyen szakorvosi kezelésért. Majdnem ugyanekkora viszont azok aránya, akik a társadalombiztosítási keretek között működő szakorvosi intézményrendszer szolgáltatásai kapcsán vállaltak valamilyen formában anyagi ellenszolgáltatást az elmúlt év során (12%). Az ellátási költségekben természetesen nagy különbségek lehetnek aszerint, hogy fizető betegként vagy nem fizető betegként veszik azt igénybe. Általánosságban azt lehet elmondani – a különböző szakorvosi ellátásokat együttesen kezelve –, hogy egy fizetős és egy társadalombiztosítás által fedezett szakorvosi kezelés költségvonzatában átlagosan körülbelül kétszeres különbség jelentkezik, a magánbetegek – mindent egybeszámolva – ennnyivel többet fizetnek a kezeléseikért.