

## 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 (régi Tbj. 5. paragrafusa) alapján biztosított státussal rendelkeznek, vagy pedig – biztosítási kötelezettség hiányában – úgynevezett szolgáltatási járulék fizetésével (2019-ben havi 7500 forint) szereznek jogosultságot az egészségbiztosítási ellátásra.

Vizsgálatunk középpontjában a munkaviszony (jogviszony) jellege és a végzettség áll. Alanyainkat (mindösszesen 4 469 926 személy)<sup>1</sup> 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-

<sup>1</sup> 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,<sup>2</sup> 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,<sup>3</sup> 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).<sup>4</sup> 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.

<sup>2</sup> 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 feletiek).

<sup>3</sup> Szívbeteg: az infarktuson és/vagy coronaria bypass műtéten (CABG) és/vagy szívkatéteres tagításon (PTCA) átesett betegek.

<sup>4</sup> 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
<b>A morbiditási arányok eltérése a munkaviszonyban dolgozók átlagától jogviszonycsoportonként (százalék)<sup>a</sup></b>					
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
<b>A morbiditási arányok eltérése a munkaviszonyban középfokú végzettséggel dolgozók átlagától (százalék)<sup>a</sup></b>					
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

<sup>a</sup> Korra, nemre és lakhelyfejlettségre 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.<sup>5</sup> 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-

<sup>5</sup> 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
<b>Igénybevételi arányok eltérése a munkaviszonyban dolgozók átlagától jogviszonycsoport szerint (százalék)<sup>a</sup></b>						
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
<b>Igénybevételi arányok eltérése a munkaviszonyban középfokú végzettséggel dolgozók átlagától végzettség és jogviszonycsoport szerint (százalék)<sup>a</sup></b>						
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

<sup>a</sup> Korra, nemre és lakhelyfejltségre 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
<b>Az egy igénybe vevőre jutó kiadás eltérése a munkaviszonyban dolgozók átlagától jogviszonycsoport szerint (százalék)<sup>a</sup></b>						
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
<b>Az egy igénybe vevőre jutó kiadás eltérése munkaviszonyban középfokú végzettséggel dolgozók átlagától, végzettség és jogviszonycsoport szerint (százalék)<sup>a</sup></b>						
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

<sup>a</sup> Korra, nemre és lakhelyfejllettségre 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,<sup>6</sup> 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-

<sup>6</sup> 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 elégített 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 százalékuk magas vérnyomás, 3 százalékuk 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>.