

Országos Epidemiológiai Központ



*Országos Lakossági  
Egészségfelmérés 2003*



**OLEF**  
2003

**GYORSJELENTÉS**

*...a döntéshozóknak*

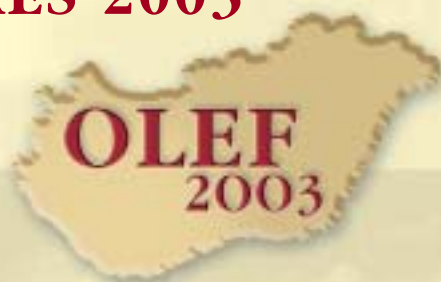




*Készült az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium megbízásából  
a Nemzeti Népegészségügyi Program keretében*

*Joban Béla Országos Epidemiológiai Központ*

# **ORSZÁGOS LAKOSSÁGI EGÉSZSÉGFELMÉRÉS 2003**



## **GYORSJELENTÉS**

# TARTALOM

<b>I. BEVEZETÉS.....</b>	<b>3</b>
<b>Az OLEF2003 jellemzői.....</b>	<b>4</b>
<b>II. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT.....</b>	<b>5</b>
<b>Vélt egészség.....</b>	<b>5</b>
<b>Funkcionalitás.....</b>	<b>6</b>
<b>Betegségek.....</b>	<b>7</b>
<b>Testtömeg.....</b>	<b>9</b>
<b>III. EGÉSZSÉGMAGATARTÁS.....</b>	<b>11</b>
<b>Mennyit tehetünk egészségünkért?.....</b>	<b>11</b>
<b>Alkoholfogyasztás.....</b>	<b>12</b>
<b>Dohányzás.....</b>	<b>12</b>
<b>IV. AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS.....</b>	<b>15</b>
<b>Az egészségügyi ellátás igénybevétele.....</b>	<b>15</b>
<b>V. HÁLAPÉNZ.....</b>	<b>19</b>
<b>VI. FORRÁSOK.....</b>	<b>22</b>

# I. BEVEZETÉS

**A** lakosság egészségéről rendszeresen gyűjtött adatok nélkülözhetetlenek az egészségügyi szektor megfelelő működtetéséhez, hiszen ezek figyelembevételével hozhatók csak megalapozott stratégiai döntések, és tervezhetők valóban célravezető programok. A lakosság egészségében bekövetkező változások követése biztosítja a kormányzati intézkedések hatásának és a felhasznált erőforrások hatékonyságának elfogulatlan megítélését. Emiatt is jelentős a 2003 őszi végrehajtott Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF2003), amely a Nemzeti Népegészségügyi Program eredményességének megítéléséhez biztosít nélkülözhetetlen adatokat.

Ki kell emelni, hogy a lakosság reprezentatív mintáján alapuló kérdőíves egészségfelmérések azokról is szolgáltatnak adatot, akik egészségproblémáikkal nem fordultak orvoshoz, és így nem kerültek be az egészségügyi ellátó rendszer egyetlen adatbázisába sem. A kórházban vagy a rendelőben gyűjtött adatokkal szemben a felmérésekben nemcsak a betegségekről, hanem az egészséget döntően meghatározó társadalmi-gazdasági tényezőkről, (mint például az iskolázottság vagy az anyagi helyzet) az életmódról, (mint például a dohányzás vagy alkoholfogyasztás) is nyerhető információ.

Az egészségpolitikai vezetés, tervezés és értékelés számára az egészségfelmérések már hosszú ideje nélkülözhetetlenek számos országban, mint például Hollandiában, Japánban és az Egyesült Államokban. Így érthető, hogy az EU egyik kiemelt népegészségügyi programja az összehasonlítható adatokat szolgáltatató, közös egészségfelmérési módszertan kialakítása.

Egy egészségfelmérés adatainak részletes kiértékelése rendszerint több éves kutatási feladatot jelent a szakemberek számára. Annak érdekében, hogy az eredmények mégis mielőbb felhasználhatók legyenek, az adatellenőrzést és az adatok szükséges javítását követően gyorslemezést végeztünk. A Gyorsjelentés – sajátosságainál fogva – a kutatásnak csupán néhány, legjelentősebb területére terjedhet ki, és azokra vonatkozóan sem ismertethet minden részletet. Erre a felmérés kiértékelésének befejezésekor, előre láthatólag 2004 őszi Kutatási Zárójelentésben kerül sor. Az időbeli változások megjelenítésére a 2003-as adatokat már a Gyorsjelentésben is összehasonlítottuk a 2000-ben elvégzett hasonló egészségfelméréssel, az OLEF2000 eredményeivel.

---

<sup>1</sup> egészségprobléma alatt egy vagy több, egészségre vonatkozó panaszt, kóros állapotot, betegséget, zavart, akadályozottságot, korlátozottságot értve

## Az OLEF2003 jellemzői

**Az** OLEF2003 kérdőív felvételi szakaszában az ország 447 településén 7000, a választói névjegyzékből véletlenül kiválasztott, 18 évesnél idősebb magyar állampolgárt kerestek fel a kérdezők. A kérdezést a közbeszerzési eljárással kiválasztott TNS Hungary munkatársai végezték. A mintába került települések kiválasztása során elsődleges szempont volt, hogy minden magyarországi megye arányosan képviselve legyen, és hogy a települések lakosságszámuk szerint is számarányuknak megfelelően szerepeljenek a mintában. Az adatfelvételre 2003. október 30. és december 19. között került sor. A kérdezés során 5072 sikeres kérdőívet vettek fel a TNS Hungary kérdezői. Ez 72 %-os megvalósulási arányt jelent. Ez az arány némileg alatta maradt az OLEF2000 eredményeinek (78%), ugyanakkor hazai és nemzetközi összehasonlításban még így is nagyon kedvezőnek mondható. A megíúsulások több okra vezethetők vissza. Ezek közül a legfontosabbak a következők voltak:

**Kérdőívfelvételi eredmények**

A kérdezendő személy	fő	%
Nem volt megtalálható	680	9.8
Nem volt elérhető a kérdezés ideje alatt	384	5.4
Válaszképtelen volt	131	1.8
Megtagadta a választ	569	8.2
Egyéb okból nem volt elérhető	164	2.4
Válaszolt	5072	72.4
<b>Összesen</b>	<b>7000</b>	<b>100</b>

**A** válaszadók a teljes magyar felnőtt lakosságot képviselik korra, nemre és lakóhelyre (pontosabban megyére és településnagyságra) vonatkozóan. A Gyorsjelentésben ismertetett becslült adatok így nem csupán a kérdezettekre, hanem a teljes magyar felnőtt lakosságra vonatkoznak. A felmérésben használandó kérdőív mértékadó nemzetközi szakmai fórumok – többek között az Egészségügyi Világszervezet és az EUROSTAT – ajánlái és az eddigi hazai tapasztalatok alapján készült. Az OLEF2003 kérdőívét az említettek figyelembevételével úgy alakítottuk ki, hogy mind az OLEF2000-rel, mind külföldi vizsgálatokkal összehasonlítható legyen. A kérdőíves egészségfelmérés eredményei kizárólag a megkérdezettek válaszain alapulnak, ugyanakkor a kiterjedt nemzetközi tapasztalatok szerint ezek megbízhatósága teljes mértékben megfelel a tudományos követelményeknek.

## II. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT

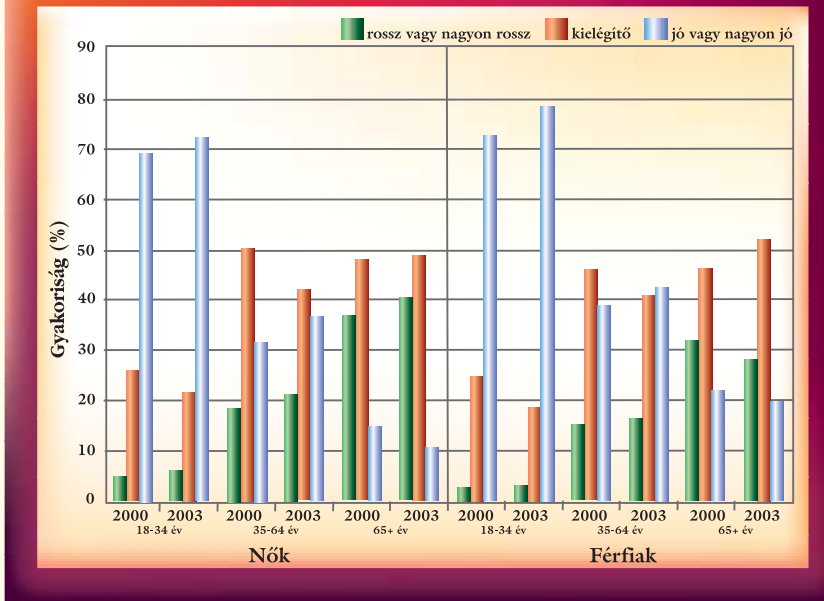
### VÉLT EGÉSZSÉG

**A** nemzetközi tapasztalatok bizonyítják, hogy az egyének saját egészségükről kialakított véleménye nemcsak azt jelzi, hogy az emberek hogyan élik meg egészségi állapotukat. Az egyik legjobb egészségindikátornak tartják a tekintetben, hogy az egészségüket rossznak ítélok arányából következtethetünk az egészségügyi ellátás elégtelenségére<sup>2</sup>. Bár kulturális tényezők befolyásolhatják, hogy az "objektív" egészségi állapot milyen szubjektív egészségérzetet eredményez, mégis számos nemzetközi szervezet (WHO, EU, OECD) használja különböző országok közötti összehasonlításra.

**J**ónak vagy nagyon jónak ítéli egészségi állapotát a férfiak fele, a nők 41%-a. Az egészségüket általában rosszabbnak minősítő nők több mint ötöde (21%) gondolta rossznak vagy nagyon rossznak egészségi állapotát. Ezt a választ a 2000. évi felméréshez hasonlóan a férfiak 13%-a jelölte meg. 2000-hez képest a szélső véleményeket választók aránya növekedett, jelentős változás a nők és a fiatal férfiak esetében figyelhető meg.

**Magyarországon háromszor annyian vélik egészségüket rossznak vagy nagyon rossznak, mint az EU-ban**

1. ábra. A vélt egészség kor és nem szerinti százalékos aránya 2000-ben és 2003-ban



<sup>2</sup> Special Eurobarometer: The health of adults in the European Union. European Opinion Research Group EEIG 2003.

**A** magyar lakosság saját egészségéről alkotott véleménye meglehetősen szomorú képet mutat az Európai Unióban élőkéhez képest. Hazánkban háromszor annyian vélik egészségüket rossznak vagy nagyon rossznak, mint az EU átlaga.

## FUNKCIONALITÁS

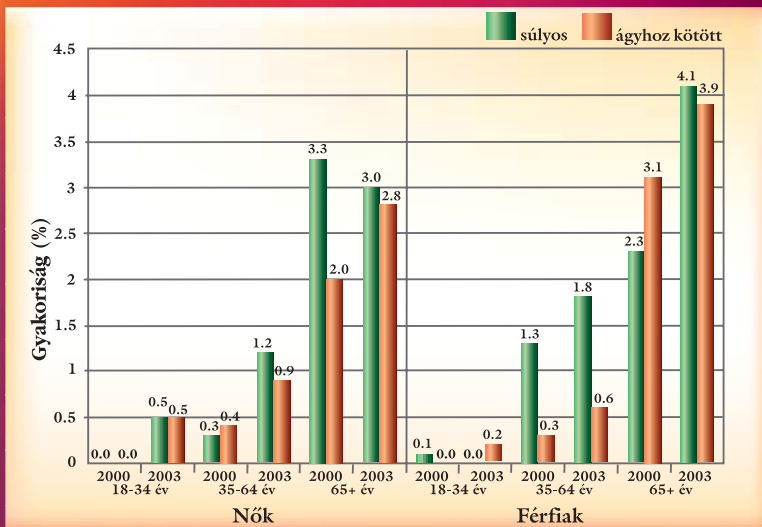
**Az** egészség fogalma az utóbbi évtizedekben jelentős változáson ment át. Míg régebben pusztán a betegség hiányaként definiálták, mára az Egészségügyi Világszervezet (WHO) a "teljes fizikai, szellemi és szociális jóllét" állapotaként jellemzi. Ha az egyén valamely okból nem képes különböző tevékenységeket végrehajtani, részt venni a társadalom életében, harmonikusan alkalmazkodni környezetéhez, akkor funkcionális-csökkenésről beszélünk. A funkcionális csökkenésének több fokozatát különböztetjük meg aszerint, hogy a csökkenés a testi, az egyéni vagy a társadalmi funkciók ellátásában következik be.

**Minden 10. középkorú férfi számára nehézséget jelent az önellátás**

### Önellátás

**A** funkcionális csökkenésének súlyos fokaként értelmezhető, amikor az egyén mások segítségének igénybevételére kényszerül.

2. ábra. **Önellátásukban súlyosan korlátozottak kor és nem szerinti százalékos aránya 2000-ben és 2003-ban**



**E**z nemcsak az egyén életminőségét rontja, de egyben jelentős terhet jelent a hozzátartozók és az ellátórendszer számára is. Súlyosan korlátozott, azaz valamilyen az önellátáshoz nélkülözhetetlen tevékenységet (pl.: kézmosás, WC használat, öltözködés) is csak valaki segítségével tud elvégezni a 65 évnél idősebb népesség 7%-a, közülük minden második ágyhoz kötött.<sup>3</sup> Önellátásban akadályozott a nők 14%-a és a férfiak 9%-a. E tekintetben a középkorú férfiak esetében másfélszeres emelkedés (7%-ról 10%-ra) figyelhető meg 2000 óta.

**Segítségre szorul az önellátásban az otthon élő idősek 7%-a**

## Mozgás

**L**egfeljebb 200 métert tud önállóan megtenni a nők 9%-a és a férfiak 5%-a, a teljes felnőtt népesség 3,5%-a csak néhány lépés megtételére képes. Az idősek közül a nők közel 40%-a, a férfiak egyharmada akadályozott mozgásában, közülük minden hatodik csak néhány lépést tud önállóan menni.

**Minden tizedik magyar felnőtt számára nehézséget jelent 200 méternél nagyobb távolságot önállóan megtenni**

## Látás, hallás

**S**zemüveggel vagy kontaktlencsével korrigálható, enyhe látászavara van minden negyedik nőnek és minden hatodik férfinak. Közepes fokú látászavara van, azaz szemüveggel vagy kontaktlencsével is csak kartávolságnyira lát a nők 5%-a, a férfiak 3%-a. Enyhe fokban halláskárosult, hallókészülék nélkül, de csak felhangosítva hallja a TV-t vagy a rádiót a férfiak 13%-a, a nők 11%-a. Mind a közepes, mind a súlyos halláskárosodottak aránya, a súlyos látássérültekhez hasonlóan, 1% alatt van.

## BETEGSÉGEK

**A** lakosság egészségi állapotának egyik jellemzője a hosszantartó betegségek előfordulási gyakorisága. A felmérésben közel 20, népegészségügyi jelentőségű krónikus betegségről gyűjtöttünk adatokat önbevallás alapján. Ezen betegségek vagy a vezető halálokok közé tartoznak (ilyenek pl. keringési betegségek), vagy szövődményeik miatt súlyos korlátozottságot eredményezhetnek (mint pl. cukorbetegség), vagy pedig nagymértékben ronthatják az életminőséget (mint pl. gerincfájdalom).

<sup>3</sup> A felmérés az intézményekben (pl. kórház, szociális otthon) tartózkodókra nem terjedt ki, ezért fordulhat elő, hogy a súlyosan korlátozott ill. ágyhoz kötött fiatalok az OLEF2003-ban nem találtunk. Megjegyzendő, hogy ugyancsak emiatt a súlyosan korlátozottak száma a teljes népességben magasabb, mint a felmérésben kimutatott!

## A keringési rendszer megbetegedései

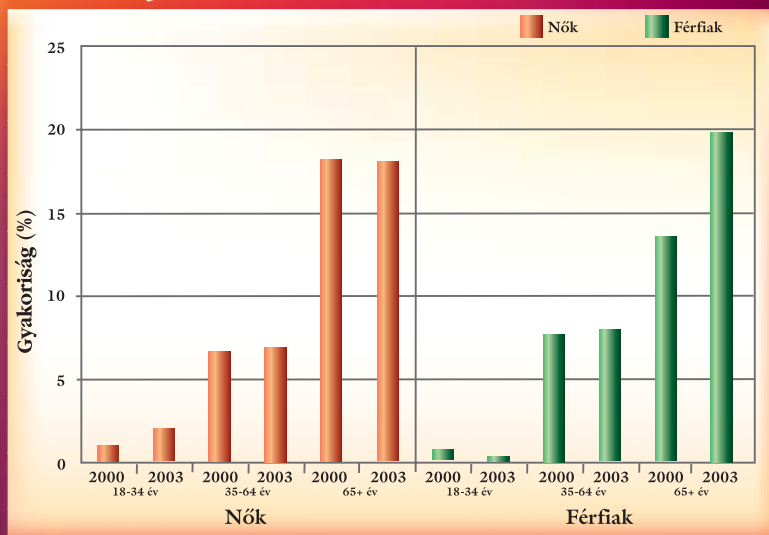
A keringési rendszer megbetegedésében szenved a nők 39%-a és a férfiak 32%-a. A magasvérnyomás előfordulási gyakorisága 29%, mely 70%-kal magasabb az EU átlagnál<sup>4</sup> (17%), de a legrosszabbnak számító Portugália 22%-os értékénél is jelentősen magasabb.

**Magyarországon a magasvérnyomásban szenvedők aránya 70%-kal magasabb az EU átlagnál**

## Cukorbetegség

A felmérés adatai alapján a nők 8%-a, a férfiak 7%-a cukorbeteg. A 65 év feletti férfiak körében 2000-hez képest másfélszeresére emelkedett az arányuk. Ennek háttérében feltehetőleg e betegség rizikó-faktora a testsúly-növekedés állhat, hiszen ugyanebben a csoportban csaknem kétszeresére emelkedett az elhízottak aránya.

3. ábra. Cukorbetegek kor és nem szerinti százalékos aránya 2000-ben és 2003-ban



## Nyak-, hát- vagy gerincfájdalom

A férfiak majdnem fele, a nők közel 60%-a panaszolt nyak-, hát- vagy derék-táji fájdalmat. Súlyosabb, végtagokra is kisugárzó fájdalma volt a vizsgálatot megelőző egy hónapban a nők egyharmadának és a férfiak egynegyedének.

<sup>4</sup> Special Eurobarometer: Health, Food and Alcohol and Safety. European Opinion Research Group EEIG 2003.

Örvendetes ugyanakkor, hogy a gerinctáji fájdalomról beszámoló nők aránya csökkenést mutat 2000-hez képest.

## Sérülés vagy mérgezés

**S**érülés vagy mérgezés miatt orvosi kezelésben részesült a felmérést megelőző 12 hónapban a férfiak 11%-a és a nők 8%-a. Leggyakrabban otthoni tevékenység közben történt a sérülés vagy mérgezés: a nőknél 39%, a férfiaknál az esetek 29%-ában. A nőknél ezt a közlekedés (25%), míg a férfiaknál a munkavégzés (28%) során bekövetkezett sérülések és mérgezések követik.

## TESTTÖMEG

**A** dohányzás és az alkoholizmus után az elhízás a harmadik legfontosabb elkerülhető, betegséghez és halálhoz vezető ok, amely az elmúlt évtizedekben egyre meredekebben emelkedő tendenciát mutat a fejlett országokban. Az Egyesült Államokban az elhízottak aránya ma már meghaladja a 30%-ot, és 5-10 év múlva az Európai Unióban is elérheti ezt a szintet, jelentős gazdasági terhet róva mind az egészségügyi, mind a szociális ellátásokra.<sup>5, 6</sup>

**S**zakértők szerint amennyiben a testsúly 20%-kal meghaladja a normális felső határt, a különféle betegségek kialakulásának valószínűsége megnő, míg súlyos elhízás esetén a halálozás esélye kétszeresére nő a normál súlyú egyénekéhez képest.

**A**z elhízás mértékét a testsúly és a testmagasság egymáshoz viszonyított értéke alapján állapítottuk meg, az általánosan elfogadott testtömeg-index segítségével. Az eredmények szerint a nők 29%-a, a férfiak 38%-a túlsúlyos, elhízottnak tekinthető minden ötödik felnőtt.

**A** 65 év feletti elhízott férfiak aránya csaknem kétszeresére (30%-ra) növekedett a 2000-es 17%-ról. Túlsúlyos vagy elhízott, így számos betegség szempontjából fokozott kockázatú csoportba tartozik az idős férfiak valamivel több, mint 70%-a. Figyelemre méltó, hogy a fiatal nők 10%-a kórosan sovány.

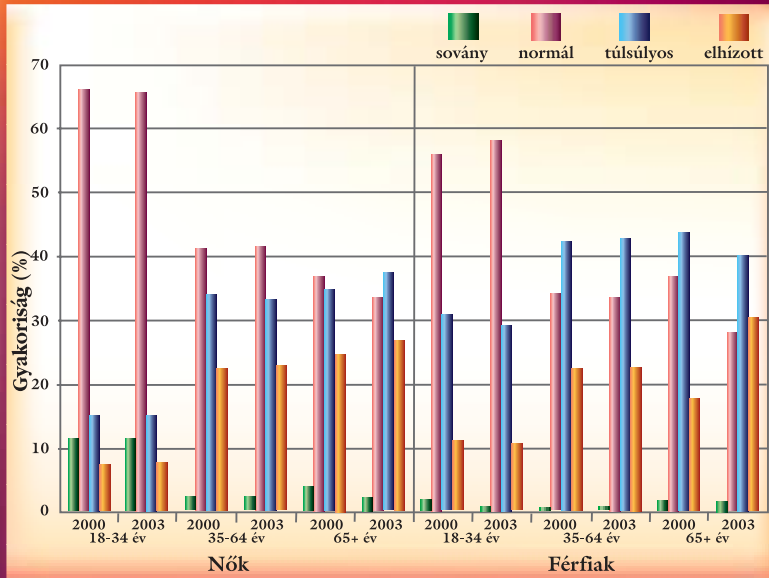
**A felnőtt lakosság fele túlsúlyos vagy elhízott**

**Az elhízott idős férfiak aránya három év alatt kétszeresére emelkedett**

<sup>5</sup> *Chartbook on Trends in the Health of Americans. Health, United States, 2003.*  
<http://www.cdc.gov/nchs/hus.htm>

<sup>6</sup> *Status report on the European Commission's work in the field of nutrition in Europe.*  
*European Commission, 2002.*

4. ábra. A testtömeg-index kategóriáinak kor és nem szerinti százalékos megoszlása 2000-ben és 2003-ban



## III. EGÉSZSÉGMAGATARTÁS

**Az** Egészségügyi Világszervezet 2002-es jelentése felhívja a figyelmet arra, hogy viszonylag kisszámú, megelőzhető kockázati tényező aránytalanul nagymértékben tehető felelőssé a betegségeterhek növekedéséért és a korai halálozások magas számáért. A fejlett ipari országokban becslések szerint az összes betegségteher több mint 30 százaléka a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a magas vérnyomás, a magas koleszterinszint és az elhízás következménye.<sup>7</sup>

**Az** OLEF2003 során az egészségmagatartási tényezők közül adatokat gyűjtöttünk az egészségtudatosságról, az alkoholfogyasztási és dohányzási szokásokról, a táplálkozásról és a testmozgásról. Az utóbbi két tényezőt majd a részletes kutatási jelentésben mutatjuk be.

### Mennyit tehetünk egészségünkért?

**A** népegészségügyi célok eléréséhez elengedhetetlen a lakosság aktív részvétele az egészségfejlesztési programokban. Ugyanakkor ennek feltétele, hogy a lakosok úgy érezzék: saját maguk is tehetnek valamit az egészségükért.

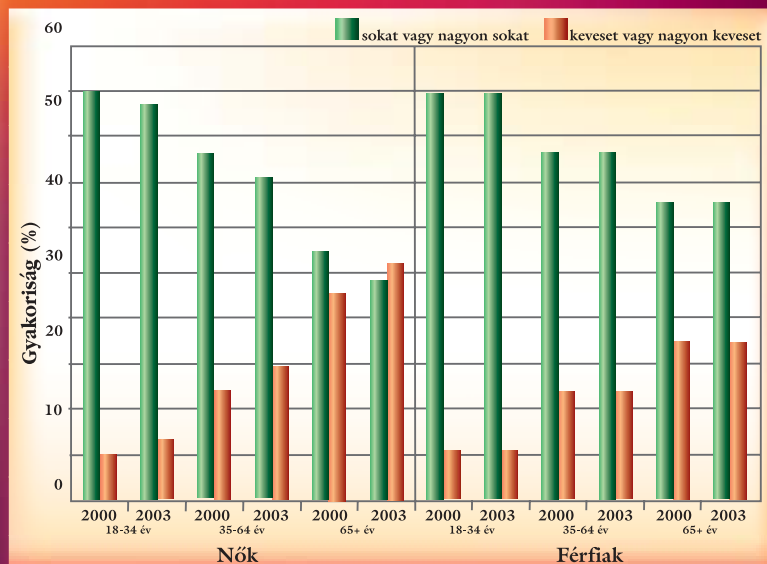
**Az** OLEF2003 eredményei szerint a lakosság többsége úgy gondolja, hogy sokat vagy nagyon sokat tehet a saját egészségéért (a nők több mint kétharmada és a férfiak háromnegyede). Figyelemre méltó azonban, hogy 2000-hez képest megnőtt azok aránya, akik szerint inkább rajtuk kívül álló okok befolyásolják az egészségüket: a nőknek csaknem harmada, a férfiak negyede gondolta úgy, hogy semmit vagy legfeljebb csak keveset tehet a saját egészségéért (2000-ben csak a nők negyede, a férfiak ötöde).

**Minden harmadik nő és minden negyedik férfi úgy gondolja, hogy semmit vagy csak keveset tehet a saját egészségéért**

**A** különböző korcsoportok között éles különbségek fedezhetők fel: a fiatal nők és férfiak csaknem negyede gondolta azt, hogy nagyon sokat tehet az egészségéért, míg az idősek jóval pesszimistábban ítélik meg a lehetőségeiket: közülük csak a nők 5%-a és a férfiak 9%-a vélekedett hasonlóképpen.

<sup>7</sup> World Health Organisation: *The World Health Report 2002.*  
<http://www.who.int/whr/2002/en/>

5. ábra. "Mennyit tehet egészségéért?" kérdésre adott válaszok kor és nem szerinti százalékos megoszlása, 2000-ben és 2003-ban



## Alkoholfogyasztás

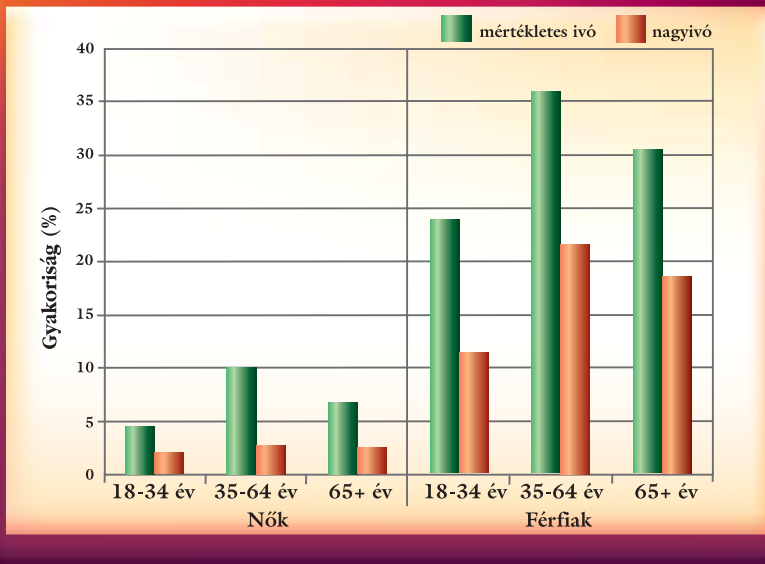
**A**z alkoholfogyasztás mértékétől függően kifejthet jótékony vagy éppen ellenkezőleg, káros hatást is az egészségre: a mértékletes ivás tudományos bizonyítékok szerint csökkenti a szív-érrendszeri betegségek kialakulásának kockázatát, ugyanakkor a nagyivás nagymértékben növeli egyes betegségek (például májcirrhosis, stroke, szájüregi-, nyelőcső- és emlőrák, születési rendellenességek) gyakoriságát és a korai halálozások számát. 1999-ben például a 35-64 év közötti férfiak körében bekövetkezett korai halálozások közül minden negyedik a túlzott alkoholfogyasztással volt összefüggésbe hozható.<sup>8</sup>

**A**z OLEF2003-ban a téma bizalmas jellege miatt önkéntes kérdőívben kérdeztünk rá az alkoholfogyasztási szokásokra. A bevallott alkoholmennyiségek alapján a nők 3%-a, a férfiak 18%-a volt nagyivónak, míg a nők 8%-a és a férfiak 31%-a mértékletes ivónak tekinthető. A nagyivók gyakorisága mindkét nemből a középkorúaknál volt a legmagasabb.<sup>9</sup>

<sup>8</sup> Az alkohol hatása a halandóságra Magyarországon 1970-1999. Központi Statisztikai Hivatal 2003.

<sup>9</sup> Az eltérő kérdések miatt ezek az adatok nem összevethetők a 2000-es eredményekkel.

6. ábra. Rendszeres alkoholfogyasztók kor és nem szerinti százalékos aránya 2003-ban



## Dohányzás

**A** dohányzás, mint az egyik legjelentősebb életmódbeli kockázati tényező, az Egészségügyi Világszervezet becslése szerint önmagában a világban bekövetkező halálozások 8,8%-áért tehető felelőssé.<sup>7</sup>

A halálozások számának emelkedése mellett természetesen a betegségterheket is növelő tényező, hiszen meghatározó szerepet játszik számos betegség kialakulásában. A tüdőrák a férfiak esetében például mintegy 90%-ban, a nők esetében 70%-ban a dohányzás következménye. Egyéb daganatos megbetegedések (például az alsó légúti daganatok) mellett az érrendszeri betegségek illetve egyes krónikus légúti megbetegedések kialakulásáért is nagy felelősség terheli a dohányzást. De nem csupán a dohányzó személyek egészségére fejt ki kártékony hatást: a passzív dohányzás a nemdohányzók körében is növeli a tüdőrák és a légzőszervi megbetegedések kockázatát, illetve a terhesség alatti dohányzás a születendő gyermek egészségét is veszélyezteti.

<sup>7</sup> World Health Organisation: *The World Health Report 2002*.  
<http://www.who.int/wbr/2002/en/>



## IV. EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS

### Az egészségügyi ellátás igénybevétele

**A**mikor szolgáltatások igénybevételét elemezzük, célszerű megkülönböztetni a lakosság igényeit és szükségleteit. Az egészségügyi szolgáltatások speciális területet jelentenek ebből a szempontból: ebben az esetben a szükségletek alatt általában az egészségügyi szakemberek által megállapított standardok szerinti szükségleteket (például milyen vérnyomásértéknél kell a magasvérnyomást kezelni), az igények alatt pedig az egyének által az ellátás igénybevétele iránt megnyilvánuló szándékot értik.

**A**z egészségügyi ellátás iránti igény gyakran nem esik egybe a rendelkezésre álló szolgáltatási kapacitásokkal. Az ellátórendszer erőforrásainak optimális elosztásához objektív adatok szükségesek. A lakossági egészségfelmérések alapján nyert adatok révén bizonyos területeken információt kaphatunk az igénybevétel struktúrájáról, azaz a szükségletek és a kapacitások igénybevételének kapcsolatáról, és az ellátás minőségéről is.

**A**z OLEF2003 során az ellátórendszer igénybevételével kapcsolatban a következő tényezőket vizsgáltuk: az alap- és a szakorvosi, a gyógytornászi és természetgyógyászati ellátás igénybevétele, az utolsó vérnyomás-, vércukorszint-, koleszterinszint-mérés ideje, a fogorvosi ellátás igénybevétele, illetve hölgyek esetében a terhesség-megszakítások száma, az utolsó nőgyógyászati vizsgálat, emlő-, illetve méhnyakrák-szűrés időpontja.

**A** kérdezést megelőző 12 hónapban a kérdezettek 81%-a vette igénybe az alapellátás valamely formáját (házi- és üzemorvos, gondozói hálózat). Ez kis mértékben nagyobb arány, mint a 79%-os EU-átlag.<sup>10,11</sup> A pszichiátriai ellátást nem számítva, szakorvossal a kérdezettek 56%-a találkozott a kérdezést megelőző 12 hónapban. Ez jelentősen meghaladja a 49%-os EU-átlagot.

<sup>10</sup> *Special Eurobarometer: Health, Food and Alcohol and Safety. European Opinion Research Group EEIG 2003.*

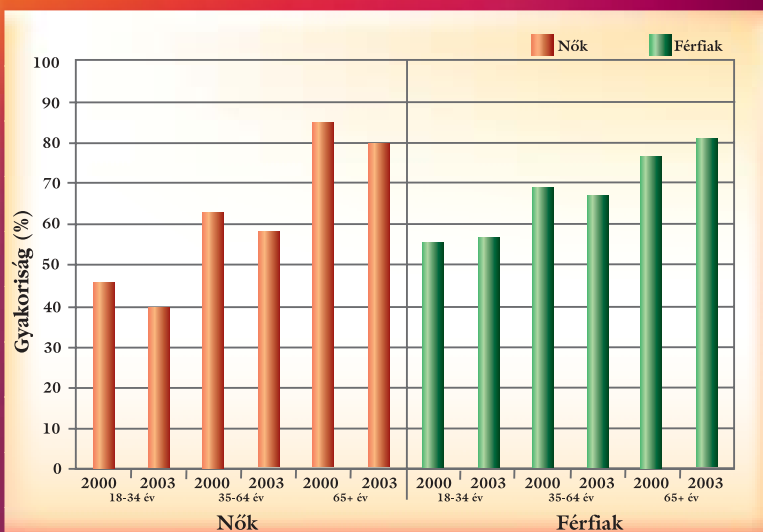
<sup>11</sup> *Itt jegyezzük meg, hogy az adatfelvétel időpontja az EU tagállamokban fél évvel megelőzte a magyarországi adatfelvételt. Egy másik fontos módszertani különbség: az EU-adatok a 15, az OLEF2003 adatai pedig a 18. évnél idősebb felnőtt lakosságra vonatkoznak.*

Ez a különbség további elemzést igényel, adataink ugyanakkor arra hívják fel a figyelmet, hogy elképzelhető: az alapellátás hazánkban egyelőre korlátozottan tölti be azt a "őrző" szerepet, amelynek egyik legfontosabb funkciója a betegforgalom szűrése, és így módon a szakellátás lehetőség szerinti tehermentesítése.

**A** magyar lakosság rossz fogászati státusza alapján figyelemreméltó, hogy a felnőttek mindössze 38%-a volt fogorvosnál a kérészt megelőző 12 hónapban (beleértve a magánorvosi ellátást is). Ebben a tekintetben jelentősen alatta vagyunk az EU 60%-os átlagának, bár történt pozitív elmozdulás a 2000 óta eltelt időszakban. Kedvező változásként értékelhető, hogy az OLEF2003 eredményei szerint a nők körében jelentősen csökkent azok aránya, akik az elmúlt egy évben nem jártak fogorvosnál. 2000-ben ez az arány még 63%, míg 2003-ban 57% volt. Ilyen irányú változásról a férfiaknál nem beszélhetünk: esetükben mind 2000-ben, mind 2003-ban 66% volt azok aránya, akik a kérészt megelőző 12 hónapban nem jártak fogorvosnál<sup>12</sup>

**A lakosság mindössze 38%-a volt fogorvosnál egy éven belül**

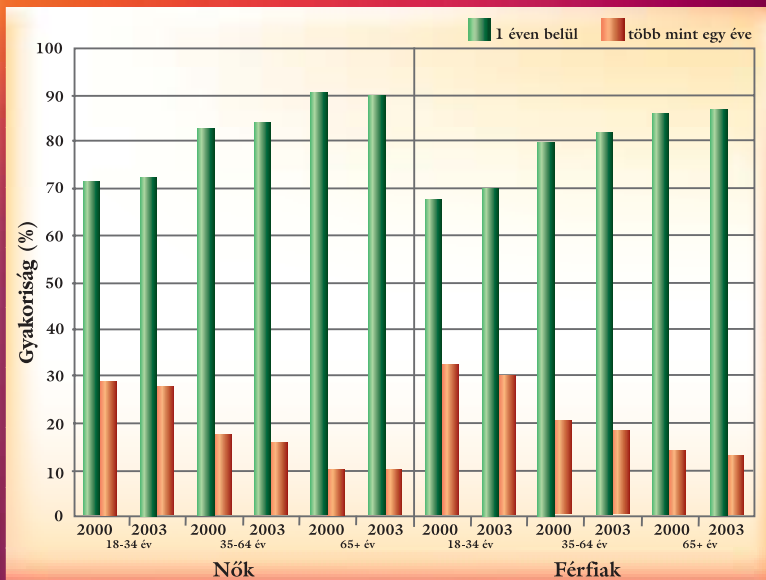
8. ábra. Azok kor és nem szerinti százalékos aránya, akik egy évnél régebben jártak utoljára fogorvosnál, 2000-ben és 2003-ban



**A** felnőtt lakosság körében orvosilag indokolt az évente legalább egyszer történő vérnyomásmérés, különös tekintettel a keringési betegségek magas hazai gyakoriságára és szerepükre a magyar lakosság korai halálozásában. Kedvezőnek tekinthető, hogy a felnőtt magyar férfiak 78%-ának, míg a nők 82%-ának mérte meg orvos vagy nővér a vérnyomását a kérdezést megelőző 12 hónapban. Az orvos által megállapított magas vérnyomásról beszámoló férfiak 94%-ának mérték a vérnyomását egy éven belül. A nőknél ez az arány 96% volt.

**A felnőtt lakosság 80%-ának mérték meg a vérnyomását egy éven belül**

9. ábra. Az utolsó vérnyomásmérés időpontja kor és nem szerint, 2003-ban

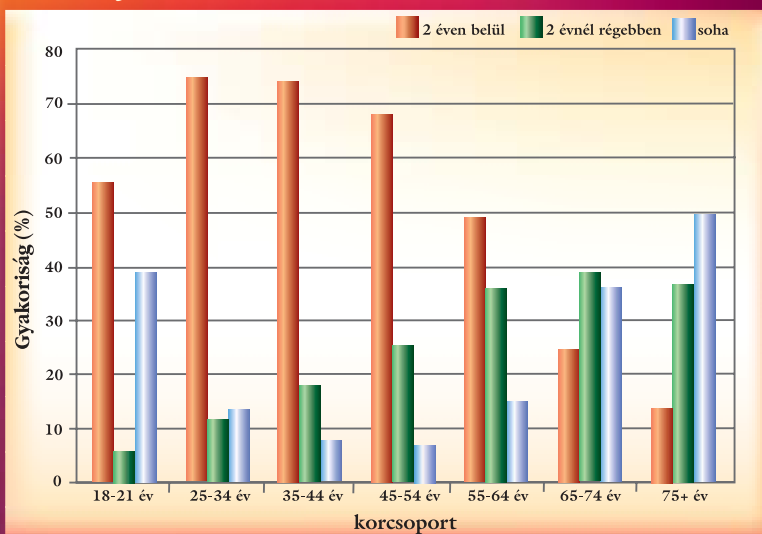


**A** szakmai ajánlások alapján a 45-65 éves korosztálynak kétévente ajánlott az emlőrák-szűrésen való részvétel. Adataink szerint az emlőrák kockázatának leginkább kitett 45 - 64 év közötti nők körülbelül egyharmada nem vett részt mammográfias szűrővizsgálaton a kérdezést megelőző két éven belül.

**A 45 – 64 év közötti nők egyharmada nem vett részt emlőrákszűrésen két éven belül**

**H**abár a szakmai ajánlások alapján háromévente indokolt lenne, a 25-64 éves korosztály 11%-a soha nem vett részt méhnyakrák-szűrésen. A kérdezést megelőző két évben a felnőtt nők több mint felétől vettek a szűréshez szükséges citológiai kenetet (56%). A 25 és 44 év közötti nők háromnegyede volt az elmúlt két évben méhnyakrák-szűrésen, az 55-64 évesek között ez az arány azonban csak 48%.

10. ábra. Az utolsó méhnyakrák-szűrés időpontja korcsoportonként, 2003-ban



**Az 25-64 éves nők 11%-a soha nem vett részt méhnyakrák-szűrésen**

## V. HÁLAPÉNZ

**A** hálapénz fogalma nem egyértelmű, több értelemben is használatos. Egyes javaslatok szerint a különféle okból juttatott mellékjövedelmek összessége a paraszolvencia, a hálapénz kifejezést pedig csak a valóban “hálából”, utólag adott juttatásra kellene használni.<sup>13</sup> Az OLEF vonatkozó kérdése nem alkalmas annak eldöntésére, hogy a kérdezett személyek a paraszolvencia különféle fajai közül mindegyiket beleértették-e a “hálapénz” fogalmába, válaszuk tartalmazta-e vagy sem az esetlegesen nem közvetlenül az egészségük érdekében, hanem pl. adminisztratív előnyökért, stb. adott juttatásokat. Erre tekintettel az alábbiakban a hálapénz és a paraszolvencia fogalmát szinonimaként használjuk. Az OLEF kérdései nem alkalmasak a paraszolvencia finomabb, pl. az orvosi hierarchián belüli eloszlásának vizsgálatára.

**F**elmérésünk csak arra vonatkozott, hogy a kérdezett saját egészsége érdekében adott-e hálapénzt. Adataink tehát nem tartalmazzák azokat az összegeket, amelyet a kérdezett személyek nem saját, hanem például családtagjuk ellátásával kapcsolatosan adtak. Az OLEF csak a felnőtt lakosságra terjedt ki, a becslésből tehát teljességgel kiesnek a gyermek-serdülő ellátáshoz kapcsolódó hálapénzek. Ezek magyarázhatják, hogy az általunk becsült összegek kisebbek az egyéb felmérések becslésénél.

**A** 2000-es és a 2003-as eredményeink összehasonlíthatósága érdekében a 2003-as értékeket az egészségügyi árinдекс-szel (130,2%) korrigáltuk 2000-re.

**A** becslések minden esetben csak a valamilyen egészségügyi ellátást igénybe vevő populációra vonatkoznak, NEM a teljes felnőtt lakosságra.

<sup>13</sup> A MEDINFO honlapján található összefoglaló a teljes egészségügyi személyi mellékjövedelem fogalmára a “paraszolvencia” kifejezést ajánlja. A szó szerint vett hálapénz kifejezést csak a valóban “hálából”, utólag adott juttatásra tartja fenn – amely csak egy része a paraszolvenciának. A szöveg megkülönböztet továbbá előny nélkül, illetve előnyért adott, illetve más megközelítésben a beteg által önként adott, illetve az orvos által kért paraszolvenciát. A kétféle felosztás természetesen átfedéseket mutat és a felosztáson belül további alcsoportok is felállíthatók.

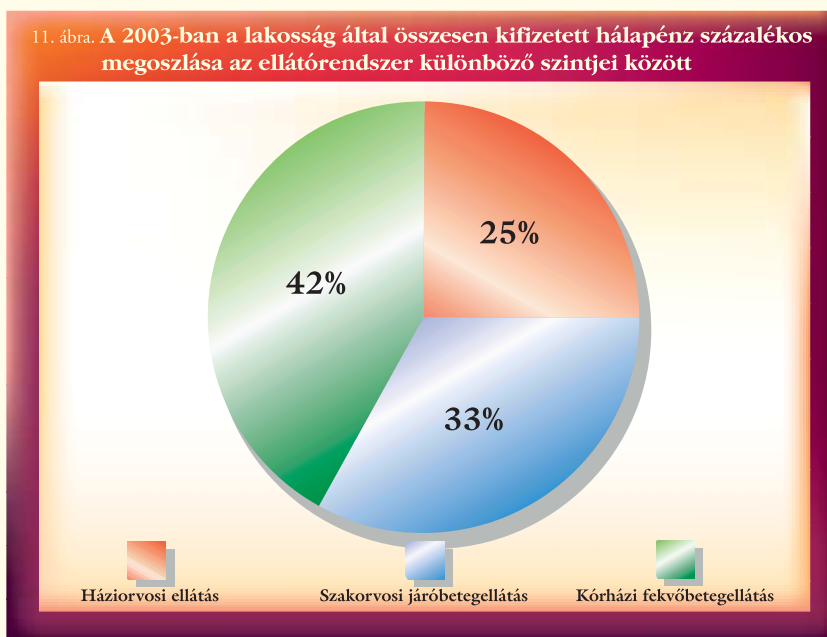
Az OLEF2003 eredményei szerint saját ellátása kapcsán minden negyedik az ellátást saját maga számára igénybevevő felnőtt adott hálapénzt, összesen 28,7 – 2000-es egészségügyi árszínvonalon 22,1 – milliárd forint értékben. A 2000-ben az ellátásban részesülő felnőttek 26% költött hálapénzre, összesen 20,7 Mrd Ft-ot.

**Az egészségügyi ellátást igénybevevők közül minden negyedik felnőtt adott hálapénzt, összesen közel 29 milliárd forint értékben**

2003-ban az összes hálapénz 87%-át az orvosok, 13%-át pedig a nővérek, ápolók kapták.

A 2003-ban hálapénzként kifizetett összeg az ellátórendszer egyes szintjei között a következőképpen oszlott meg: a háziorvosi ellátás igénybevétele során fizették ki az összeg 25%-át, a szakorvosi járóbeteg-ellátásban a 33%-át, a kórházi fekvőbeteg ellátásban pedig a 42%-át.

11. ábra. A 2003-ban a lakosság által összesen kifizetett hálapénz százalékos megoszlása az ellátórendszer különböző szintjei között

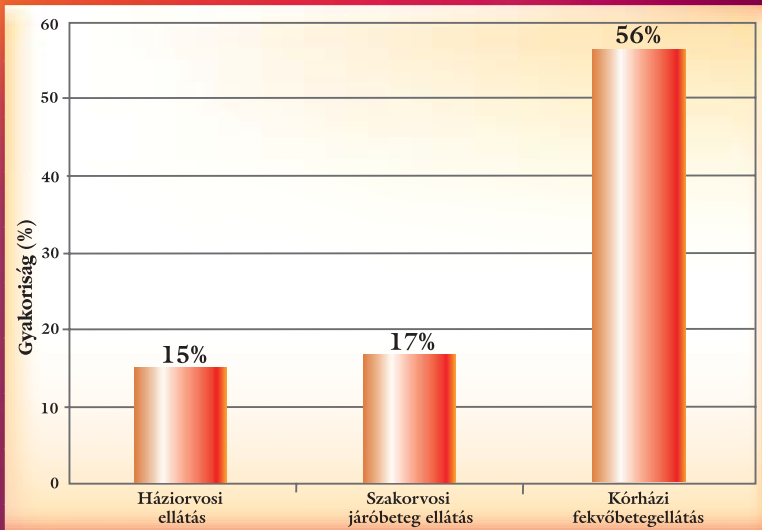


**Sem a hálapénzt adók aránya, sem az összesen kifizetett hálapénz reálértéke nem változott érdemben 2000-hez képest**

A háziorvosi ellátás igénybevétele során a betegek 15%-a fizetett hálapénzt. A szakorvosi járóbeteg ellátásban ez az arány 17% volt, míg a kórházi fekvőbeteg ellátást igénybe vevők körében 56%.

**Minden második kórházban kezelt fekvőbeteg adott hálapénzt**

12. ábra. A hálapénzt fizetők százalékos aránya a 2003-ban az ellátórendszer különböző szintjeit igénybevevők között



## VI. FORRÁSOK

*OLEF2000 adatbázisa*

*OLEF2003 adatbázisa*

*The health of adults in the European Union. European Opinion Research Group EEIG 2003.*

*Chartbook on Trends in the Health of Americans. Health, United States, 2003.*  
<http://www.cdc.gov/nchs/hus.htm>

*Status report on the European Commission's work in the field of nutrition in Europe. European Commission, 2002.*

*Health, Food and Alcohol and Safety. European Opinion Research Group EEIG 2003.*

*The World Health Report 2002.*  
<http://www.who.int/whr/2002/en/>

*Az alkohol hatása a halandóságra Magyarországon 1970-1999.*  
*Központi Statisztikai Hivatal 2003.*

*Tervezés és kivitelezés:*

*Alternativ Design*

*[www.alternativ.hu](http://www.alternativ.hu)*

*Art & Craft '95*

*[www.artcraft.hu](http://www.artcraft.hu)*



*Non intellecti nulla est curatio morbi.*

*Mit kideríténi nem bírunk, nincs írja a bajnak.*

*Cornelius Gallus*



**OLEF**  
2003



Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ  
1097 Budapest, Gyáli út 2-6.

2004

