



ORSZÁGOS LAKOSSÁGI EGÉSZSÉGFELMÉRÉS

ÖSSZEFOGLALÓ JELENTÉS

Országos Epidemiológiai Központ

2002. július

Országos Lakossági
EgészségFelmérés
OLEF2000

ÖSSZEFOGLALÓ JELENTÉS

Országos Epidemiológiai Központ

2002. július

Az **Összefoglaló jelentést** összeállította: Vitrai József

A kutatás vezetői:

Vokó Zoltán, Vitrai József

Az Országos Lakossági Egészségfelmérés további résztvevői:

Boros Julianna, Borsos Kinga, Csépanyi Mariann, Csizmadia Péter, Grajczar István, Kirkovits Magdolna, Lobmayer Péter, Németh Renáta, Országgh Sándor, Szende Ágota, Széles György, Vizi János, a Magyar Gallup Intézet munkatársai

A felmérés tanácsadói:

Ádány Róza, Eckhardt Sándor, Ember István, Józan Péter, Kopp Mária, Kovács Attila

**A felmérésről készített és az Összefoglaló jelentés alapját képező
Kutatási jelentés szakbírálói:**

Bondár Éva, Buda Béla, Fehér Miklós, Füzesi Zsuzsanna, Gárdos Éva, Hoffer Gábor, Kósa Karolina, Kovács Katalin, Novákné Pékli Márta, Rudas Tamás, Soltész Pál, Szádóczky Erika

A felmérésről készített részletes Kutatási Jelentés letölthető az OEK honlapjáról (www.antsz.hu/oek), vagy beszerezhető az alábbi címen:
Vitrai József, Országos Epidemiológiai Központ,
1097 Budapest, Gyáli út 2-6.
telefon: 476-1100/2225

© Országos Epidemiológiai Központ kiadványa

Dokumentum kutatási sorszáma: F-113/2000

Adatkezelési nyilvántartási szám: 357-0001

TARTALOM

1 BEVEZETÉS	1
2 FUNKCIONALITÁS	2
3 VÁRHATÓ EGÉSZSÉG	3
4 BETEGSÉGEK	5
5 ALKOHOLFOGYASZTÁS	6
6 DOHÁNYZÁS	7
7 EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS IGÉNYBEVÉTELE	8
8 EGÉSZSÉGGEL KAPCSOLATOS KIADÁSOK	9
9 IDÉZETT IRODALOM	12

1 BEVEZETÉS

Az egészségfelmérések kivételes jelentőségűek egy ország lakossága egészségi állapotának megismerése szempontjából. A döntéshozók, az orvosok és a lakosság számára nyújtanak az egész – és nem csupán panasszal az orvoshoz forduló – lakosságra vonatkozó, másképp nem begyűjthető információt. Az így szerzett ismeretek segítenek megérteni, és ez által javítani a magyar lakosság kirívóan kedvezőtlen egészségi állapotát. Több, a lakosság egészségére vonatkozó fontos adat az OLEF2000 révén most válik először elérhetővé hazánkban. Ilyen adat többek között:

- a várható egészség,
- a lakosság egészségre fordított kiadásai,
- az egészséget meghatározó tényezők valamint az egészség összefüggése,
- a „hivatalos” adatbázisokban nem fellelhető szolgáltatások (magánorvos, természetgyógyászat, stb.) igénybevétele.

Egészségmonitorozás, egészségfelmérés

A fejlett országokban már több évtizedes gyakorlat az egészségmonitorozás. Az **egészségmonitorozás** a lakosság egészségi állapotára és annak meghatározó tényezőire irányuló folyamatos és rendszeres

- adatgyűjtés,
- elemzés,
- értelmezés,
- információ-szolgáltatás.

A rendszeresen gyűjtött adatok alapján meghatározhatók a népegészségügyi prioritások, és tervezhetők, majd értékelhetők az elindított programok, ezen kívül előmozdítják a lakosság egészségének javításához nélkülözhetetlen kutatások megindítását is [1].

Az egészségmonitorozás során nyomon követik a népegészségügyi szempontból legjelentősebb egészségproblémák¹ változását, felmérik földrajzi elterjedésüket és a különféle társadalmi csoportokban való

megjelenésüket. Adatokhoz jutnak az egészségproblémákkal kapcsolatban álló legfontosabb egyéni és környezeti tényezőkről, valamint azok változásának alakulásáról. A monitorozás mennyiségi és minőségi adatokat szolgáltat a rendelkezésre álló egészségügyi szolgáltatásokról, az egészségproblémák miatt igénybevett egészségügyi és más erőforrásokról, valamint az egyén illetve a családok egészségügyi kiadásairól.

Az egészségmonitorozó rendszer egyik legfontosabb eleme a **kérdőíves egészségfelmérés**. Célja az egészségre és egészségmagatartásra vonatkozó adatok megszerzése. A legtöbb felmérésben gyűjtött adatot nem lehet a regisztráción alapuló egészségügyi-statisztikai nyilvántartásokból összegyűjteni. Kizárólag felméréssel szerezhető be adatok a lakosság azon többségétől, akik nem keresnek fel egészségügyi intézményt vagy azért, mert nincs panaszuk, vagy pedig azért, mert nem tudnak, vagy nem akarnak orvoshoz fordulni. Felméréssel gyűjthető adat többek között a funkcionalitás rokkantságnál kisebb mérvű csökkenéséről, az életmódról, vagy az egyén társadalmi-gazdasági helyzetéről.

Az egészségfelmérés során lehet ugyanazon személy egészségi állapotára (pl. magasvérnyomás) és az egészségét meghatározó egyéni és környezeti tényezőkre (mint pl. dohányzás, anyagi helyzet) vonatkozóan egyszerre adatot gyűjteni. Az egészségfelmérés egyedülálló lehetőséget biztosít az ezek közötti összefüggések vizsgálatára.

Az OLEF2000 legfontosabb jellemzői

Az OLEF2000 tervezését és megvalósítását az Egészségügyi Minisztérium megbízásából az Egészségfejlesztési Kutatóintézet végezte 1999 és 2001 között.

¹ egészségprobléma alatt egy–vagy több, az egészségre vonatkozó panaszt, kóros állapotot, betegséget, zavart, akadályozottságot, korlátozottságot értve

Az EFKI megszűnését követően a felmérés kutatói az Országos Epidemiológiai Központban valamint a Debreceni Egyetem OEC Népegészségügyi Iskolában tovább dolgozva végezték az OLEF2000 adatainak értékelését.

A tervezést felkért hazai és amerikai szakemberek, illetve neves szakmai vezetőkből álló tanácsadó testület támogatta. Az OLEF2000 kérdőívét a WHO által javasolt illetve a fejlett országokban használt kérdőívek alapján alakítottuk ki. Az érzékenyek tekintett kérdésekre ún. önkitöltős kérdőívben adtak választ a kérdeztettek.

A kérdőívfelvételéhez a Központi Nyilvántartó és Választási Hivatal nyilvántartásából 7000, véletlenül kiválasztott, 18 éves vagy idősebb lakost ke-

restek fel a közbeszerzési eljárás során kiválasztott Magyar Gallup Intézet kérdezői az ország 440 településén. A kérdezendők kiválasztása úgy történt, hogy minden településnagyság és megye arányosan képviselve legyen a mintában. A kérdezés 2000. október közepén kezdődött és december elején fejeződött be.

A mintába került felnőttek mintegy 80%-ával, 5503 fővel sikerült felvenni a kérdőívet. A vizsgautasítás aránya a lakosok érdeklődése és a megfelelő előkészítés következtében alacsony volt: a felkeresett, válaszolni képes személyek közül csupán minden 11. utasította el a részvételt. A válaszadók így a teljes magyar felnőtt lakosságot képviselik, azaz az eredmények a teljes felnőtt lakosságra általánosíthatók.

2 FUNKCIONALITÁS

Háttér

A biomedikálisnak nevezett hagyományos szemlélet mellett, amely az egészséget a betegségek hiányaként értelmezi, napjainkra a népegészségügyben egy másfajta megközelítés, az ún. funkcionális modell is tért nyert.

E szerint egy személy egészségét annak alapján lehet megítélni, hogy mennyire képes különböző tevékenységeket végrehajtani, részt venni a társadalmi életben – beleértve a szűkebb és tágabb közösséget –, harmonikusan alkalmazkodni a környezetéhez [2, 3].

A népegészségügyi kutatásokban a funkcionális modell alkalmazása előnyös, hiszen a lakosságtól megbízható információ nyerhető arra vonatkozóan, hogy milyen tevékenységeket képes ellátni, illetve könnyen értelmezhető egy adott állapot jelentette betegségteher. A funkcionális csökkenése ugyan bármely életkorban jelentkezhet, legnagyobb mértékben azonban az időseket érinti.

Éppen ezért a fejlett országok népegészségügyének egyik legjelentősebb gondja a segítségre szoruló idősök népességben belüli arányának folyamatos növekedése [4].

Az Egészségügyi Világszervezet által bevezetett *International Classification of Functioning, Disability and Health*-ben használt korszerű egészségmodellben a funkcionális csökkenésnek három kategóriája különböztethető meg [3]:

- zavar (*impairment*), amely a test anatómiai szerkezetét és/vagy valamely funkcióját érintő probléma;
- tevékenység akadályozottsága (*activity restriction*), ami valamely (fizikai vagy mentális) tevékenység végrehajtásában jelentkező probléma;
- részvétel korlátozottsága (*participation restriction*), amely a társadalmi szerepek betöltésében, a társadalmi életben való részvétellel szemben megnyilvánuló probléma.

Kiemelt eredmények

Látászavara volt a nők több mint 30, a férfiak 17%-ának. A közepes és súlyos látászavar gyakorisága időseknél a meghaladta a 10%-ot.

Hallászavarban szenvedett a nők 11, a férfiak közel 14%-a. A kor előrehaladtával azonban ez az arány jelentősen megemelkedett: 64 év felett a nők negyedének, a férfiak harmadának volt hallászavara.

Vizelettartási zavara volt minden 4. nőnek, minden 10.-nek közepes vagy súlyos fokú. Az időskorúak körében a vizelettartási zavar a nők majd felét, a férfiak majd harmadát érintette.

Egészségproblémái miatt **akadályozott** volt valamilyen tevékenységében minden 4. nő és minden 10. férfi.

Tartósan korlátozott volt a társadalmi életben való részvételben minden 5. felnőtt lakos, a középkorú felnőttek negyede, és az idősek közel fele.

Segítséget kellett igénybe vennie a mindennapi életben majd minden 10. otthon élő, idős korú embernek, sőt közülük minden 4. segítség nélkül még az ágyból sem tudott felkelni.

Más tényezők – mint pl. az életkor, a nem – hatását kiszűrve **a tartós korlátozottság esélye**

- kétszer magasabb volt az alacsony iskolázottságúak, mint az érettségivel rendelkezők körében,
- 65%-kal magasabb volt a tartósan munkanélküliek körében, mint azok között, akik dolgoztak,
- 35%-kal magasabb volt a legrosszabb anyagi helyzetben lévők, mint a legjobb anyagi helyzetben lévők körében,
- két és félszer magasabb volt a társas támogatottság súlyosan hiányában szenvedők esetében azokhoz képest, akiknek a társas támogatottsága teljesen kielégítő volt,
- két és félszer magasabb volt az ebből a szempontból legelmaradottabb észak-magyarországi régióban, mint az ebből a szempontból legjobb helyzetben lévő nyugat-dunántúli régióban élők körében.

Következtetések

Magyarországon magas az egészségproblémái miatt csökkent funkcionális felnőttek aránya.

A funkcionális csökkenése összefügg az egyén iskolázottságával, társas kapcsolataival és gazdasági helyzetével.

A lakosság egészségének szempontjából kiemelten fontos az egyének társadalmi-gazdasági helyzetének javítása illetve a fennálló különbségek csökkentése. A kiterjedt és az egyéneket támogató társas kapcsolatok kialakulását elősegítő intézkedések ugyancsak eredményre vezethetnek.

3 VÁRHATÓ EGÉSZSÉG

Háttér

A fejlett államok népegészségügyének központi problémája, hogy miképpen küzdjön meg az élettartam növekedése és a krónikus betegségek gyakoriságának emelkedése miatt tartósan korlátozottak, illetve segítségre szorulóknak számának növekedésével. A várható egészségmutatók jól használhatók ennek a kihívásnak a monitorozására.

A várható egészség mutatók azt fejezik ki, hogy egy adott életkorú egyén várhatóan hány egészséges életévet él még, ha a halandósági és megbetegedési viszonyok változatlanok maradnak a népességben.

Az OLEF2000 korlátozottságra vonatkozó adatai valamint a 2000. évi halandósági adatok felhasználásával Magyarországon először vált lehetővé a tartós korlátozottságtól mentes várható élettartam

kiszámítása. Ez a mutató felosztja a különböző életkorokban várható élettartamot korlátozottságtól mentes illetve a korlátozottsággal járó élet évekre².

Kiemelt eredmények

A 18 éves korban várható élettartamnak körülbelül a háromnegyede, a 35 évesen várhatóan a kétharmada, a 65 évesen várhatóan pedig csupán a fele lesz átlagosan korlátozottságtól mentes.

A halálozás mai szintje mellett a férfiak nemcsak rövidebb életre, hanem kevesebb korlátozottságtól mentes életévre is számíthatnak.

Egy ma 18 éves nő várhatóan még közel 59 évet él, ebből azonban csak 43,3 korlátozottságtól mentes évre számíthat.

Egy ma 18 éves férfi várhatóan mintegy 50 évet él még, de ebből csak 38,4 év lesz korlátozottságtól mentes.

Következtetések

A korlátozottsággal járó várható élettartam alig kül-

önbözik 18 évesen és 45 évesen. Ez arra utal, hogy korlátozottság leginkább 45 éves kor után várható.

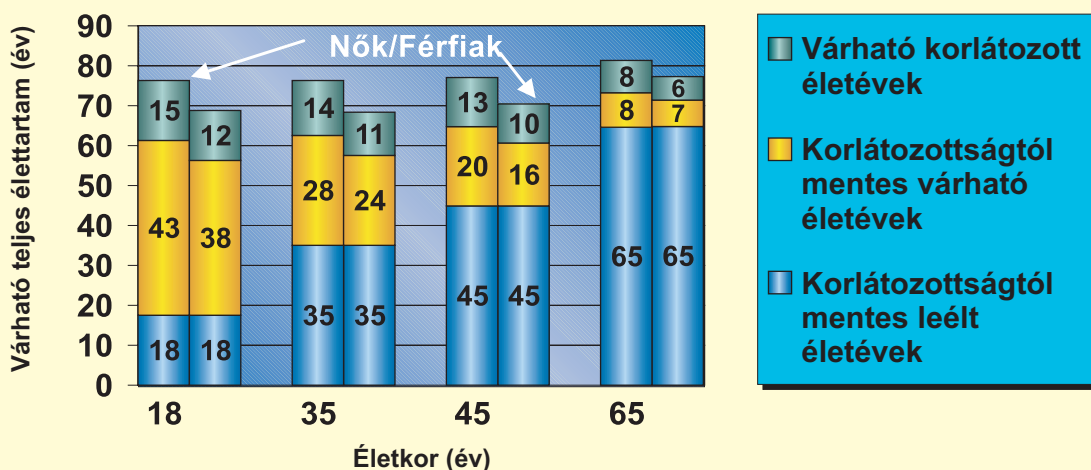
Bár a nők a férfiaknál várhatóan hosszabb életére számíthatnak, annak egy része előreláthatólag tartós korlátozottságban fog eltelni.

A korlátozottságtól mentes várható életévek alapján a magyar lakosság életkilátásai – összevetve nemzetközi adatokkal – pontosabban megítélhetők. Ezáltal lehetőség nyílik megfelelő egészségfejlesztő programok kiválasztására.

Az adatok segítségével a szükséges egészségügyi kapacitások számítása regionális és országos szinten is pontosabb, a szükségletekhez jobban igazodó lehet. Ezáltal az ellátás hatékonysága megnövelhető.

² Bár az OLEF2000 nem terjedt ki az intézményben élőkre, a korlátozottságtól mentes várható élettartam kiszámolásakor az ott élőkre korrigáltunk: konzervatív becslésként minden egészségügyi, illetve szociális intézményben élőt tartósan korlátozottnak tekintünk.

Korlátozottságtól mentes illetve a korlátozottsággal járó várható élettartam különböző életkorokban



4 BETEGSÉGEK

Háttér

Magyarországon az egészségügyi ellátásban gyűjtenek rendszeresen betegségekre vonatkozó adatokat. Az ellátóhelyeken a térítési igény miatt az Országos Egészségbiztosító Pénztár számára, valamint a törvényi kötelezettségnek megfelelően az Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program keretében gyűjtenek egészségügyi adatokat. A kórházi elbocsátáskor felállított diagnózisok – és így az egészségügyi adatok nagy részének – megbízhatóságát csökkenti azonban az, hogy azokat a legkedvezőbb OEP térítés igénylése céljából állapítják meg, valamint az, hogy a gyakorlatban sokszor az ellátóhelyek eltérő szakmai szemlélete miatt sem alkalmaznak egységes diagnosztikus kritériumokat [5, 6].

Az egészségügyi ellátás során általában nem rögzítik a betegség kialakulását és kimenetelét leginkább befolyásoló egyéb adatokat sem (pl. egészségmegtartásra, szociális háttérre vonatkozó adatok). Ezek nélkül hatékony betegséget megelőző programok nem tervezhetők.

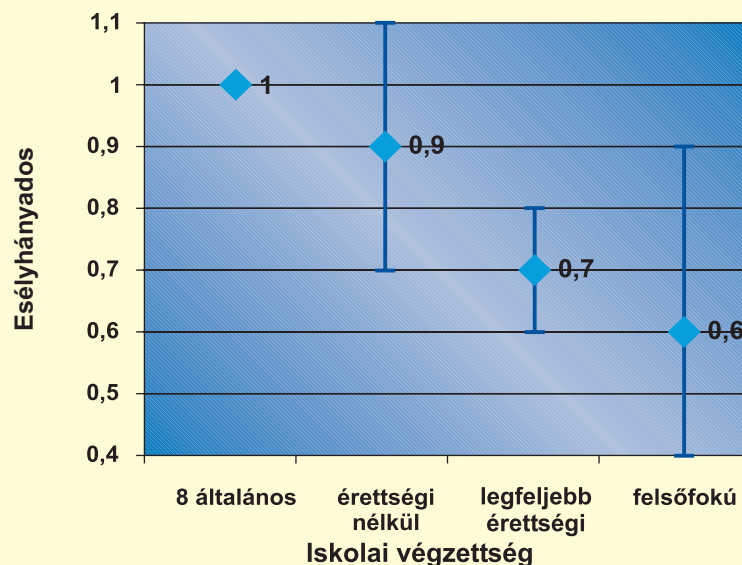
Kiemelt eredmények

A **keringési rendszer betegségei** a középkorúak mintegy 40%-át, az idős korú nők háromnegyedét, az idős korú férfiak kétharmadát érintették.

Magasvérnyomása volt a középkorúak harmadának, az idős nők kétharmadának és az idős férfiak közel felének.

A szív- és érrendszeri betegségek és az iskolai végzettség összefüggése

(Esélyhányados = szív- és érrendszeri betegségek esélye az egyes iskolázottsági csoportokban osztva a 8 általánost végzettek körében számított eséllyel; a függőleges vonal a 95%-os megbízhatósági tartományt jelöli)



A 64 év felettek közül minden 9. nő és minden 7. férfi átesett már legalább egy **szívinfarktuson**.

Minden 7. nő illetve minden 12. férfi átesett már **agyiinfarktuson**.

Minden 13. nőnek és minden 16. férfinak volt **cukorbetegsége**. A magas-vérnyomás és a cukorbetegség **együttes előfordulása** 4,5% volt.

Asztmában vagy más allergiás betegségben szenvedett közel minden 6. nő és minden 8. férfi.

Krónikus májbetegségben szenvedett a középkorú nők és férfiak 4%-a, az idősebbeknél ez az arány 5% volt.

A nők közel kétharmada, a férfiak majd fele panaszkodott nyaki-, háti- vagy deréktáji fájdalomra.

Orvosi ellátást igénylő **sérülést vagy mérgezést** szenvedett minden 10. lakos a felmérést megelőző egy év folyamán, leggyakrabban otthoni tevékenység közben.

A szív- és érrendszeri betegségek előfordulásának esélye a többi tényező hatását is kiszűrve:

- nagyobb volt a nők, mint a férfiak esetében,

- a legfeljebb 8 általánost végzett személyek esetében 40%-kal több volt, mint a diplomások körében,
- a társas támogatottság súlyos hiányában szenvedők körében 20%-kal nagyobb volt azokhoz képest, akiknek a társas támogatottsága teljesen kielégítő volt.

A **cukorbetegség esélye** a többi tényező hatását kiszűrve, 30%-kal magasabb volt a társas támogatottság súlyos hiányában szenvedők körében.

Következtetések

A felnőtt lakosság körében a népegészségügyi szempontból leginkább jelentős krónikus, nem-fertőző betegségek gyakorisága magas.

Az eredmények alapján feltehető, hogy az oktatás magasabb szintjeihez való hozzáférés javítása, a társadalmi esélyegyenlőség javítása, az egyént támogató társas kapcsolatok fejlődésének elősegítése, és a nők társadalmi helyzetének javítása – egyéb kedvező társadalmi és gazdasági hatásai mellett – jelentősen csökkentheti a legnagyobb halálozással járó és az egyik legnagyobb terhet jelentő népbetegség: a szív- és érrendszeri előfordulásának esélyét.

5 ALKOHOLFOGYASZTÁS

Háttér

A túlzott alkoholfogyasztás számos betegség kialakulásában szerepet játszik, közvetlen vagy közvetett módon halálhoz is vezethet. A túlzott alkoholfogyasztás az esetek jelentős részében májzsugorhoz vezet [7], de bizonyítottan tekinthető az alkoholfogyasztás kóros hatása légzőrendszeri, agyérrendszeri megbetegedések, a szájjüreg és a garat daganatai, a sérülések, mérgezések kialakulásában is [8]. A nagyívás emeli az agyi érrendszeri katasztrófa (stroke) kockázatát, különösen a nők körében [9]. Több vizsgálat kimutatta, hogy az

emlőrák kialakulásának kockázata nagyobb azon nők esetében, akik sok alkoholt fogyasztanak [10]. A terhesség alatti nagyívás a születendő magzat egészségét is veszélyezteti [11].

A mértékletes alkoholfogyasztás ugyanakkor bizonyos szempontból jótékony hatással lehet az egészségre, így például csökkenti a szívkoszorú-érbetegségek kialakulásának kockázatát [12, 13].

Kiemelt eredmények

A nők több mint ötöde, a férfiak majd fele **mértékletesen fogyasztott alkoholt**, míg minden 20. nő, és minden 5. férfi **nagyívónak** volt tekinthető.

A nagyívás esélye nagyobb volt azoknál, akik

- egyedülállóak
- nem értelmiségi foglalkozásúak
- heti 40 óránál többet dolgoztak
- a társas támogatottság súlyos hiányával küzdöttek
- 1000 főnél kisebb lakosságú településen éltek.

Kisebb volt a nagyívás esélye a nyugdíjasok és a tartósan munkaképtelenek között.

Az iskolázottság emelkedése a nőknél együtt járt a nagyívás esélyének növekedésével, a férfiaknál azonban nem találtunk összefüggést a nagyívás és az iskolázottság között.

Következtetések

Az eredmények megerősítik azt a korábbi hazai és nemzetközi tapasztalatot, miszerint a társadalmi-

gazdasági tényezők nagymértékben befolyásolják az alkoholfogyasztási szokásokat. Az eredmények szerint a nagyívás esélye a kedvezőtlen társadalmi helyzetben élő középkorú férfiakkal a legnagyobb.³

Eredményeink alapján feltételezhető, hogy csökkenteni lehet a nagyívás esélyét, ha

- a társadalom foglalkoztatási struktúrája oly módon változik, hogy a lakosság magasabb aránya végez értelmiségi munkát,
- csökken az egyedülállók aránya,
- olyan társadalmi feltételek teremthetők, amelyek csökkentik a heti 40-nél többet dolgozók arányát,
- a társas támogatottság mértékének növelése érdekében a közösségi tevékenységek nagyobb támogatást kapnak.

6 DOHÁNYZÁS

Háttér

A dohányzás súlyos egészségproblémákat okoz: becslések szerint jelenleg a Föld minden tizedik felnőtt lakosának haláláért a dohányzás felelős. Közép- és Kelet-Európában 1995-ben 700 ezren vesztették életüket a dohányzás következtében [14].

A hosszú ideig dohányzók fele a dohányzásnak „köszönheti” a halálát, nagy részük 20-25 évet veszítve a születéskor várható élettartamából [15]. A dohányzás meghatározó szerepet játszik a száj-üregi, nyelőcső-, gége-, garat-, tüdő-, hasnyálmirigy- és hólyagrák, a krónikus obstruktív tüdőbetegségek és más légzőrendszeri betegségek, illetve a szívérrendszeri betegségek kialakulásában [16, 17].

Kiemelt eredmények

A nők 23 %-a, a férfiak 38 %-a dohányzott napi rendszerességgel.

Minden 11. nő illetve minden 4. férfi naponta legalább egy doboz cigarettát szívott el.

A dohányzó nők harmada, a dohányzó férfiak negyede kevesebbet dohányzott, mint két évvel korábban (és csupán az ötödük dohányzott többet).

A rászokás életkora kissé csökken: a 18-29 év közötti dohányosok nagyobb arányban szoktak rá a dohányzásra 18 éves koruk előtt, mint a 30-39 év közöttiek (75% illetve 69%).

A rendszeres dohányzás esélyét több tényező együttesen befolyásolja: a dohányzás számos egyéni és környezeti tényezővel mutatott egyidejűleg bonyolult kapcsolatot.

³ Természetesen az is elképzelhető, hogy a magasabb iskolázottságú nők inkább hajlandók bevallani tényleges alkoholfogyasztásukat, mint az alacsonyabb iskolai végzettségűek.

Kissé leegyszerűsítve, a főbb tendenciák a következők: a többi tényezőtől függetlenül nagyobb eséllyel dohányoztak

- a férfiak,
- a fiatalabbak,
- a rossz anyagi helyzetben lévők,
- a rossz lakáskörülmények között élők,
- a betanított- vagy segédmunkások,
- a hetente 40 óránál többet dolgozók,
- a társas támogatottság súlyosan hiányában szenvedők,
- a nem vallásosak.

Következtetések

Rendkívül magas a dohányzók aránya a magyar

lakosságban. A dohányzási szokásokat több tényező együttesen határozza meg.

Az eredmények alapján feltehető, hogy csökkentheti a dohányzás esélyét, ha

- a heti 40 óra feletti munkaterhelés elterjedtsége csökken,
- az egyének társas kapcsolata megfelelő,
- a szegénységben élők aránya csökken,
- javulnak a lakáskörülmények,
- a munkaerő képzettsége emelkedik.

A dohányzásra való rászokást megelőző illetve leszokást segítő programoknak elsősorban a fiatalokat, a szegényebbeket, a rendszeres túlmunkát végzőket, és a nem vallásosakat érdemes megcélozni.

7 EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS IGÉNYBEVÉTELE

Háttér

Az utóbbi évtizedekben a medicina területén megfigyelhető volt a diagnosztikus és terápiás eljárások gyors fejlődése, mely az egészségügy területén **költségrobbanást** indított meg. Ez egyre inkább arra ösztönzi az egészségügyi döntéshozókat, hogy a rendelkezésre álló forrásokat minél hatékonyabban használják fel. Tovább növeli az egészségügy terheit a **lakosság öregedése** és ezzel összefüggésben a **krónikus betegségek** kezelése.

Az erőforrások optimális elosztásához a lakosság egészségi állapotáról gyűjtött hiteles adatokra van szükség. Az egészségügyi ellátás során gyűjtött adatok erre nem alkalmasak, hiszen azok az ellátó érdekei miatt súlyosan torzítottak lehetnek.

Az OLEF2000 eredményei alapján olyan egészségfejlesztő programok és az ellátórendszer átalakítását célzó beavatkozások tervezhetők, amelyekkel a rendelkezésre álló erőforrások felhasználásával a

legnagyobb egészségnyereség biztosítható a lakosság részére.

Kiemelt eredmények

Tíz közül egy időskorú lakos az **egészségügyi ellátás semmilyen formáját** sem vette igénybe a felmérést megelőző 12 hónapban.

Nem járt **fogorvosnál** a felmérést megelőző egy évben a felnőtt lakosság közel kétharmada.

Nem volt **nőgyógyásznál** a felmérést megelőző két éven belül a középkorú nők több mint harmada, az idős korú nők több mint háromnegyede.

Soha sem végeztek **mammográfiás vizsgálatot** a 45-64 éves női korosztály közel felénél.

Legalább egy **terhesség-megszakításon** átesett a felnőtt nők közel 40%-a, a termékeny korban lévő nők 31%-a.

A felnőtt lakosság közel 80%-ának **mérték a vérnyomását** a felmérést megelőző 12 hónapban.

A középkorúak majdnem felének, míg az idős

korúak több mint harmadának **vércukorszintjét** több mint 1 éve vagy sohasem **mérték**.

A **cukorbeteg**ek több mint 40%-ának egy hónapnál, 12%-ának pedig fél évnél régebben **ellenőrizték a vércukor szintjét**.

Magasabb volt az **alapelátás igénybevételének** esélye

- a nőknél,
- a magasabb iskolai végzettségűeknél,
- a csökkent funkcionalitású (betegebb) egyéneknél.

Nagyobb volt a **járóbeteg szakellátás igénybevételének** esélye,

- a fiatal nőknél,
- az iskolázottabbaknál,
- a csökkent funkcionalitású (betegebb) egyéneknél,
- a jobb anyagi helyzetben élőkénél.

Magasabb volt a **fekvőbeteg szakellátás igénybevételének** esélye

- a fiatal nőknél,
- a csökkent funkcionalitású (betegebb) egyéneknél.

Következtetések

Az eredmények igazolják, hogy az egészségproblémák miatti ellátási szükséglet (amit az OLEF2000-ben a funkcionalitás csökkenésével és egyes krónikus betegség fennállásával mértünk) alapvetően befolyásolta az egészségügyi ellátás igénybevételét.

Ugyanakkor az ellátás igénybevétele több területen nem éri el az adott szakma szabályai alapján elvárt szintet.

A helyzet megváltozását elősegítheti a bizonyítékokon alapuló orvoslás módszereinek elterjesztése, így többek között a szakmai protokollok kidolgozása és alkalmazása, ezeknek az orvos- és szakszemélyzet képzésébe való beépítése, a finanszírozási rendszer átalakítása, és nem utolsósorban a lakosság körében végzett felvilágosítás.

8

EGÉSZSÉGGEL KAPCSOLATOS KIADÁSOK

Háttér

A növekvő egészségügyi kiadások a költségvetésre évről évre egyre nagyobb terhet rónak. Az **OEP kiadásai** az 1992. és 2000. közötti időszakban közel 260 milliárd Ft-ról mintegy 800 milliárd Ft-ra nőttek, miközben e kiadások aránya a GDP százalékában 9,5%-ról 6,2%-ra csökkent (vagy másképpen: a központi költségvetés kiadásainak 2,6%-ról 2%-ra csökkent). A képet tovább árnyalja az, hogy az egészségügyi árindexre korrigálva ez a növekedés valójában csökkenés: az OEP kiadásai reálértékben közel 260 milliárd Ft-ról 195 milliárd Ft-ra estek vissza.

Az OEP kiadások növekedése mellett (de reálértékben ez csökkenés volt!) a **lakosság** betegséggel

kapcsolatos **kiadásai** is megemelkedtek.

A **gyógyszerre fordított kiadásokat** elemezve megállapítható, hogy míg a lakosság erre a célra 1995-ben 15 milliárd Ft-ot, addig 2000-ben már 42,5 milliárd Ft-ot költött, ami 1995-ös értéken mintegy 20 milliárd Ft-nak felelt meg (133%-os növekedés). A lakossági kiadások aránya ez időszak alatt a gyógyszerre fordított összes kiadások 15%-áról 18%-ra nőttek, vagyis a lakossági kiadások az OEP-énél gyorsabban nőttek.

Az egészségproblémák következtében a lakosságra nehezedő terheket átfogóan felmérő elemzés igen ritka Magyarországon. Az OLEF2000 során lehetőség volt a lakosság reprezentatív mintáján felmérni, hogy az egyén mennyit költött egészség-

ségének helyreállítására (gyógykezelésre, gyógyszerre és egyéb gyógyhatású szerekre, hálapénzre, magánorvosra, ápolásra) illetve egészségének megőrzésére és fejlesztésére.

Kiemelt eredmények

A felnőtt magyar lakosság egészséggel kapcsolatos összes kiadása elérte a 270 milliárd Ft-ot a felmérést megelőző 12 hónapban. Ez az összeg megegyezik az OEP gyógyító megelőző ellátásra fordított 2000. évi kiadásainak 71%-ával!

Legtöbbet a tartósan szedett gyógyszerekre, gyógyhatású készítményekre költöttek: összesen 85,5 milliárd Ft-ot.

Ebből a közgyógyellátásban nem részesülők

- receptköteles gyógyszerekre 59 milliárd Ft-ot,

- a recept nélkül kapható gyógyszerekre 12,5 milliárd Ft-ot,
- gyógyszernek nem minősülő készítményekre több mint a 3 milliárd Ft-ot költöttek.

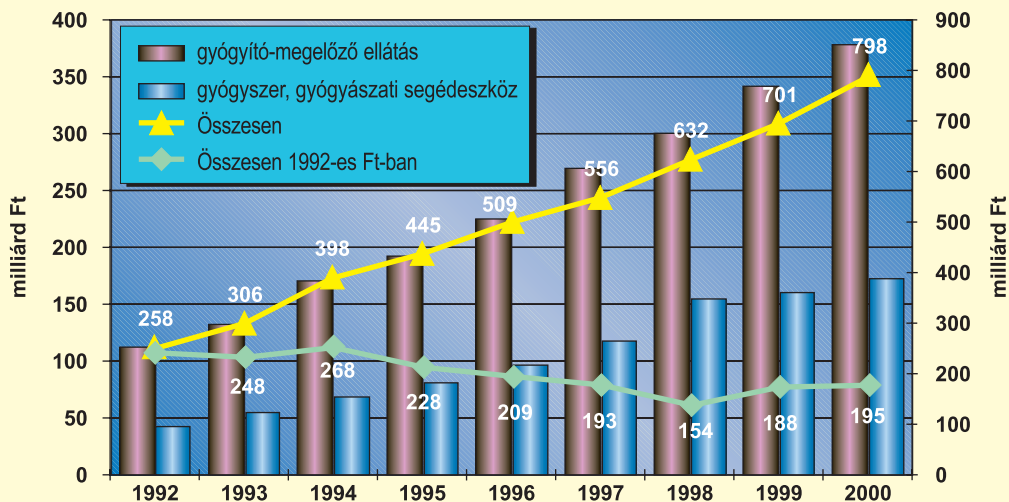
A közgyógyellátásban részesülők 11 milliárd Ft-ot fordítottak gyógyszerre és gyógyhatású készítményekre, ebből közel 9 milliárd Ft-ot a receptköteles gyógyszerek tettek ki!

A fogászat jelentette a második legnagyobb kiadást 41,5 milliárd Ft-tal, bár ezt az összeget a lakosok csupán 23%-a fizette ki.

A lakosság részéről egészségmegőrzésére fordított kiadás meghaladta a 35 milliárd Ft-ot, amely a lakosok 12%-át terhelte.

Kiemelendő, hogy hálapénzre a lakosok összesen 20,7 milliárd Ft-ot költöttek az elmúlt évben. Ebből az orvosoknak 18,2 milliárd Ft, míg a nővéreknek 2,5 milliárd Ft jutott.

Az Egészségbiztosítási Alap kiadásai 1992 és 2000 között



Az egészség helyreállítására fordított kiadás nagyobb volt

- a nőknél,
- a csökkent funkcionalitású egyéneknél,
- a tartósan munkaképteleneknél,
- az önálló foglalkozásúaknál,
- a jobb anyagi helyzetben élőknel,
- az ország fejlettebb régióiban élők esetében.

A gyógyszerkiadások magasabbak voltak

- a nőknél,
- az idősebbeknél,
- a csökkent funkcionalitású egyéneknél,
- a tartósan munkaképteleneknél,
- az értelmiségi foglalkozásúaknál.

Következtetések

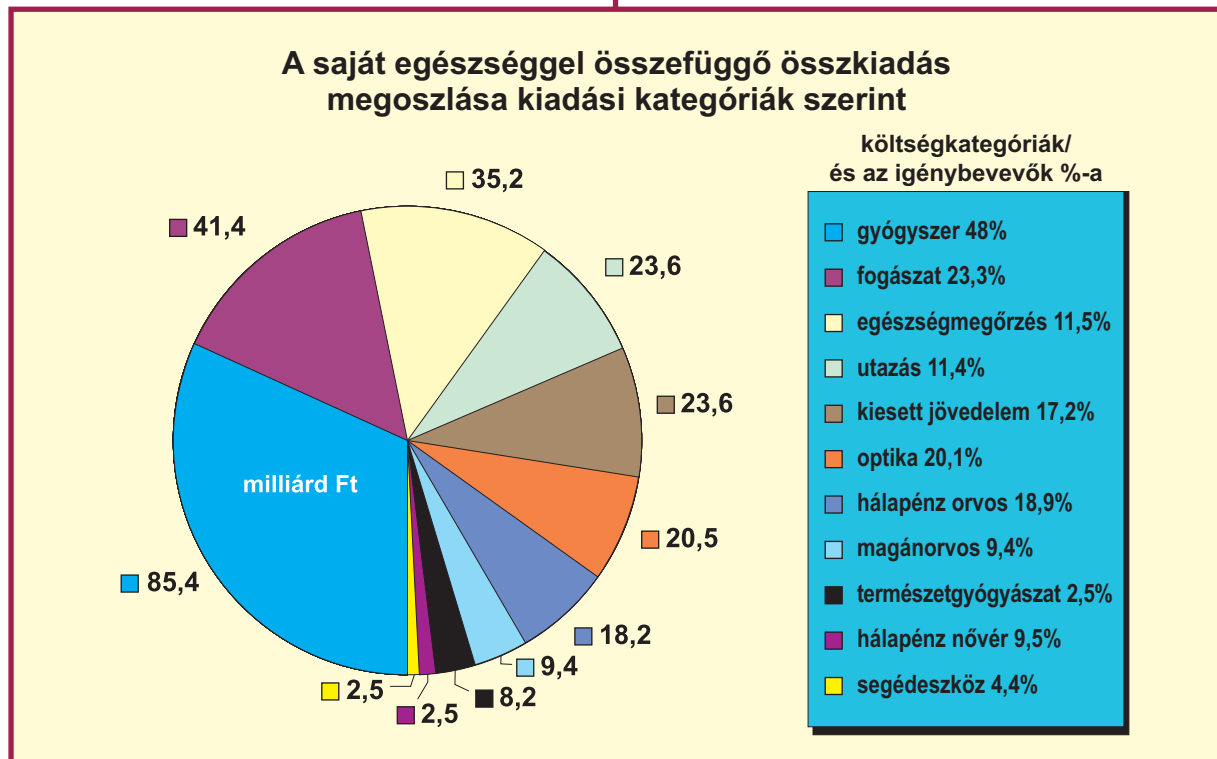
Egészségével kapcsolatban a lakosság – az egészségbiztosítási járulék befizetésén túl – hatalmas, az állami ráfordításokkal összemérhető összeget fizet

ett ki jövedelméből. A jelenlegi, elvben ingyenes egészségügyi ellátás mellett Magyarországon az emberek egészségi kiadásai az állami források több mint 70%-ának megfelelő összeget tesznek ki.

A szükségleten túl, az anyagi lehetőségek is jelentősen befolyásolták az egészséggel kapcsolatos kiadások nagyságát.

Az ingyenes gyógyszerhez jutás biztosítása ellenére a közgyógyellátásban részesülők igen jelentős összeget fordítottak gyógyszerre, emiatt jelentős változtatás látszik célszerűnek a közgyógyellátás rendszerében.

A költségvetést terhelő kiadások vizsgálata mellett az egyén szemszögéből történő elemzések alapján nyert hiteles kép segíthet egy hatékonyabb és igazságosabb egészségpolitika és finanszírozás megalkotásában.



9 IDÉZETT IRODALOM

- 1 Vokó Z., Vitrai J., Ursicz G., Lépes P. Egészség-monitorozás Magyarországon a XXI. században. *Népegészségügy* 1:2833, 1999.
- 2 Goldberg M, Dab W, Chaperon J, Fuhrer R, Grémy F. Indicateurs de santé et "sanométrie": les aspects conceptuels des recherches récentes sur la mesure de l'état de santé d'une population. *Rev Epidem Santé Publique* 1979,27:51-68 (Première partie).
- 3 World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health
<http://www.who.int/icf/icftemplate.cfm>
- 4 World Health Organization. The World Health Report 1998. Geneva: World Health Organization, 1998.
- 5 Demlo L, Campbell P, Brown S: Reliability of information abstracted from patient records. *Medical Care* 1978, 16: 995-1005.
- 6 Donaldson RJ, Donaldson LJ: Assessing the health of the population: Information and its uses. In: *Essential Public Health Medicine*. London: Kluwer Academic, 1993
- 7 Alcohol Research and Public Health Policy. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Alcohol Alert* 1993 (20)
- 8 Doll R, Peto R, Hall E, Wheatley K, Gray R. Mortality in relation to consumption of alcohol: 13 years' observations on male British doctors. *BMJ* 1994;309:911-918
- 9 10th Special Report to the U. S. Congress on Alcohol and Health. Rockville: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism 2000
- 10 Smith-Warner SA, Spiegelman D, Yaun SS, et al. Alcohol and breast cancer in women: a pooled analysis of cohort studies. *JAMA* 279 (7): 535-540 1998
- 11 Hannigan JH, Armant DR. Alcohol in pregnancy and neonatal outcome. *Seminary in Neonatology* 2000,5(3):243-54
- 12 Alcohol and Coronary Heart Disease. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Alcohol Alert* 1999 (45)
- 13 San Jose B. Alcohol consumption and health: contributions to the explanation of the U-shaped curve. Thesis Erasmus University Rotterdam. Rotterdam: Addiction Research Institute 2000
- 14 Programme on Substance Abuse Strengthening Tobacco Control in Central & Eastern Europe: Proceedings of a Training Seminar. Warsaw, 20-25 October 1995
- 15 Combating the tobacco epidemic. *World Health Report* 1999
- 16 Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 1992; 339:1268-1278
- 17 Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years observations on male British doctors. *BMJ* 1994;309: 901-911