



ORSZÁGOS LAKOSSÁGI EGÉSZSÉGFELMÉRÉS

# Kutatási jelentés

EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS IGÉNYBEVÉTELE  
DR. HAJDU ÁGNES

LEKTORÁLTA: DR. SZÉLES GYÖRGY

ORSZÁGOS EPIDEMIOLÓGIAI KÖZPONT  
2005

## TARTALOMJEGYZÉK

1. Kiemelt eredmények .....	3
2. Háttér .....	4
3. Módszertan .....	7
4. Eredmények.....	13
4.1. Populációs becslések .....	13
4.2. Összefüggés-elemzések.....	17
4.3. Részletes eredmények .....	27
5. Megbeszélés .....	39
5.1. Más felmérések adataival való összehasonlíthatóság.....	39
5.2. Összehasonlítás az OLEF 2000 adataival .....	40
5.3. Az eredmények értelmezése.....	48
5.5. Javaslat esetleges jövőbeli módosításokra .....	50
6. Irodalom .....	51
7. Ábrajegyzék .....	53
8. Táblázatjegyzék.....	55

## 1. Kiemelt eredmények

- Az idős korúak között közel minden 13. nő, illetve minden 8. férfi semmilyen egészségügyi ellátást nem vett igénybe a felmérést megelőző egy évben.
- A felmérést megelőző 12 hónapban nem kereste fel fogorvosát a lakosság közel kétharmada, a fiatal korosztályban a nők 40%-a, a férfiak 56,7%-a.
- Nem járt nőgyógyásznál a kérdezést megelőző két éven belül a középkorú nők közel harmada, az idős nők közel háromnegyede. A méhnyakrák szűrésének 25-64 év közötti célcsoportjában közel minden 3. nő esetében nem végeztek citológiai vizsgálatot a felmérést megelőző két éven belül, ugyanakkor az emlőrákszűrés 45-64 év közötti célcsoportjában a nők közel háromnegyedénél történt mammográfias vizsgálat.
- Saját bevallás alapján közel minden 3. felnőtt nőnek volt életében legalább egy terhességmegszakítása.
- A felnőtt lakosság 80%-ának mérték a vérnyomását a kérdezést megelőző egy évben. A magasvérnyomás betegségben szenvedők körében közel minden 8. személynek nem ellenőrizték a vérnyomását fél éven belül.
- Mind a középkorúak, mind az időskorúak közel felének több mint egy éve vagy sohasem mérték koleszterinszintet. A magas koleszterinszinttel rendelkezők harmadánál nem mérték a koleszterin szintjét fél éven belül.
- Minden 2. középkorúnak és az időskorúak több mint harmadának vércukorszintjét több, mint egy éve vagy sohasem mérték. A cukorbetegségben szenvedők felének nem ellenőrizték a vércukor szintjét egy hónapon belül, és minden 5. cukorbetegnél nem ellenőrizték fél éven belül.
- Összefüggés-elemzéseinkben a funkcionalitásra való korrigálással megkíséreltük az ellátási szükséglet hatását kiszűrni. Megállapítható, hogy a nők 32%-kal nagyobb eséllyel vették igénybe az alapellátást, mint a férfiak. Az OLEF 2000 eredményével ellentétben az iskolázottság nem befolyásolta az alapellátás igénybevételének az esélyét, tehát az eltelt időben vélhetően csökkentek az igénybevétel társadalmi egyenlőtlenségei.
- A nők 37%-kal nagyobb eséllyel vettek részt a koleszterinszint-mérésen, és 49%-kal nagyobb eséllyel vércukorszint-mérésen, mint a férfiak.
- A nőknek a férfiakhoz viszonyítva minden életkorban magasabb volt az esélyük a járóbeteg szakellátás igénybevételére, ez az érték a fiatal női korosztály esetén több mint 3,5-szer, a középkorúaknál közel 2,5-szer, az időskorú nőknél pedig közel 1,5-szer volt nagyobb. Az iskolázottság növekedésével és az anyagi helyzet javulásával emelkedett az esély a járóbeteg szakellátás igénybevételére, tehát ennél az ellátási formánál az alapellátással szemben inkább jelen van egyfajta társadalmi egyenlőtlenség.
- A férfiaknál az életkor előrehaladtával szignifikánsan emelkedett a fekvőbeteg szakellátás igénybevételének esélye: az idős korúak esetén 2,8-szorosan nagyobb a fiatal korosztály tagjaihoz képest.

## 2. Háttér

### *Az egészségpolitika kihívásai*

Napjaink egészségügyének legfontosabb vonatkozásai közé tartozik a minőségfejlesztés, az egészségügyi ellátás gyakorlatának, hatásosságának, hatékonyságának és finanszírozásának kérdése. Az egészségügyi ellátás iránti igény potenciálisan határtalan, ugyanakkor a leggazdagabb társadalmakban is korlátozottak az egészségügyi források, így a források felhasználása, elosztása prioritás rendszer alapján történhet. A világon minden egészségügyi rendszer valamilyen módon limitálja biztosításon alapuló szolgáltatásait, hiszen egyetlen egészségügyi rendszer sem képes arra, hogy minden lehetséges ellátással mindenki rendelkezésére álljon. Éppen ezért különleges figyelmet érdemelnek az egészségügyi ellátást befolyásoló trendek. Ide tartozik a krónikus betegek számának növekedése (részben a lakosság elöregedésével együtt járó módon: becslés szerint 2050-ig az EU polgárok 27,5%-a lesz 65 éven felüli és 10%-uk lesz több mint 80 éves), a járóbeteg ellátások arányának növekedése (ideálisan a kórházi tartózkodási idő csökkenésével), a (korai) rehabilitáció felértékelődése, a járóbeteg pszichiátria iránti növekvő igény (pszichogeriátria), az új módszerek, technológiák (diagnózis, terápia, menedzsment) – ezzel a betegek növekvő igényei az egészségügyi rendszerrel szemben [1]. A prioritások felállítása több bizonyítékra támaszkodhat, ezek közé tartoznak a mind nagyobb jelentőséggel bíró lakossági egészségfelmérések [2]. Az egészségfelmérések számos országban jól bevált eszközt jelentenek a lakosságnak az egészségügyi szolgáltatások igénybevételével kapcsolatos gyakorlatának és az ellátásról kialakított véleményének – indirekt módon az ellátás minőségének – feltérképezésére. Az egészségfelmérések jelentős és átfogó adatbázist biztosítanak, és egyre inkább nélkülözhetetlenek bizonyulnak az egészségpolitika, a vezetés, a tervezés és az értékelés szempontjából. A felmérési eredmények elemzése számos esetben szolgálhatnak alapul a kormányzatok szakmapolitikai döntéseikhez a fejlett országokban.

### *Igény, igénybevétel, szükséglet és hozzáférhetőség az egészségügyi ellátórendszerben<sup>1</sup>*

Az egészségügy piacán négy alapfogalmat szükséges definiálni [3, 4]. Az *igény* akarat és képesség arra vonatkozóan, hogy az egyén, a populáció keresse, felhasználja és megfizesse az egészségügyi ellátás által nyújtott mindazon szolgáltatásokat, melyek igénybevétele az egészségi állapotából fakadó szükséglet kielégítése érdekében indokolt. Az *igénybevétel* az egészségügyi ellátás szolgáltatásai iránti igény kielégítésére irányuló akarat és képesség realizálódása. A *szükségletek* az orvosi/egészségügyi beavatkozást igénylő egészségi állapotok által meghatározott szolgáltatások, teendők összessége a populációban. A *hozzáférhetőség* az egészségügyi ellátás iránti szükséglet kielégíthetőségének mértéke, melyet az egészségügyi ellátás fizikai elérhetőségének jellemzői, társadalmi-gazdasági tényezők, és az ellátás működésének jellemzői határoznak meg.

Tisztán szakmai alapú mechanizmusok esetén az egészségügyi ellátás igénybevételében a lakossági szükségletek a meghatározóak. Ezen túlmutató igény is jelentkezhet a lakosság részéről szakmailag inadekvát (szükséglettel alá nem támasztott) ellátási igény vagy szociális probléma okán („misuse”). Más esetben az egyén akkor sem veszi igénybe az ellátást, ha az nyilvánvalóan indokolt lenne, mert nem ismeri fel az ellátás iránti szükségletet („underuse”). Az esetek egy részében az egyén felismeri az ellátás iránti szükségletét és igényli azt, de az ellátó szolgálat nem képes hatékony kezelést nyújtani, azaz kielégíteni a szükségletet. Az

---

<sup>1</sup> Ezen fogalmak meghatározását az Epidemiológiai szótárból (V. Hajdú Piroska, Ádány Róza (szerk.) Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2003) vettük át.

ellátás igénybevételét befolyásolja a kapacitások elérhetősége, valamint kedvezőtlen esetben a különböző életmódbeli, szociális, gazdasági és környezeti faktorok.

#### *Az egészségfelmérések eredményeinek hitelessége*

A teljesítményelvű rendszerekben – mint amilyen a magyar egészségügyi rendszer – a teljesítménygenerálás hatása érvényesülhet az igénybevétel növekedésében [5]. Ez problémákat okozhat az ellátás tervezésnél, mert megkérdőjelezi egyes jelentett adatok validitását. Az igénybevétel struktúrájának elemzéséhez szükségesek a lakossági felmérések, hiszen az adatok révén bizonyos területeken információt nyerhetünk a szükségletek és a kapacitások igénybevételének kapcsolatáról. Ennek jelentősége egyben az egészségfelmérések egyik nagy előnye, nevezetesen olyan társadalmi csoportok egészségmagatartásáról is információval szolgálhat, amelyeknek tagjai nem jelennek meg a regisztráción alapuló egészségügyi statisztikai nyilvántartásokban, így nincs róluk átfogó adat. A felmérésekkel részben feltérképezhető a rejtett morbiditás, a magánorvosi ellátás és az alternatív ellátási formák igénybevétele.

Vizsgálatok szerint az egyezés az önbevallott és a hivatalosan regisztrált ellátási igénybevételek között a jótól a kiválóig terjed, így az egészségfelmérések reális becslésre nyújtanak lehetőséget [6]. Az alapellátás igénybevétele kapcsán összességében inkább „túljelentés” mutatkozik a válaszadók részéről, ezen belül az „aluljelentés” inkább az idős korúakra jellemző, míg a „túljelentés” a rossz egészségi állapotúaknál, illetve az egészségügyi ellátórendszerrel nagyban elégedettek között gyakoribb [7]. A nőgyógyászati vizsgálatokon való, a kérdezett személy által vallott és az egészségügyi intézményben regisztrált megjelenés összevetése szerint a következetlen válaszadók szociodemográfiai prediktora a szűrési célcsoporton kívül eső életkor, az alacsony jövedelem és a kedvezőtlen egészségi állapot [8, 9].

#### *Az egészségügyi ellátás igénybevételének vizsgálata, az igénybevételt befolyásoló tényezők*

Az egészségfelmérések múltját tekintve kiemelkedő példa az Egyesült Államok, ahol a Nemzeti Egészségstatisztikai Központ (National Center for Health Statistics) 1957-ben kezdte a reprezentatív mintán alapuló, interjú-módszerrel dolgozó, időről időre megismételt lakossági egészségfelmérések gyakorlatát [10]. A legelső kérdőívek is tartalmaztak a kórházban eltöltött időre, illetve az orvosi rendelőben tett látogatásra vonatkozó kérdéseket, majd az ezekről szerzett adatok kiemelt helyen szerepeltek a társadalmi-gazdasági státusszal való összefüggés-elemzésekben.

Hazánkban is szükséges populációs felméréseket végezni meghatározott demográfiai, gazdasági-társadalmi jellemzőkkel rendelkező csoportok objektív ellátási szükségleteinek differenciált kimutatásához, valamint a szükségletekkel összefüggő ellátórendszeri igénybevétel kimutatásához, az egészségi állapot és az igénybevétel közötti összefüggések elemzéséhez. Az OLEF 2003 felmérésben vizsgáltuk a hagyományos ellátórendszer, a magánorvosi ellátás és a természetgyógyászati szolgáltatás igénybevételének jellegzetességeit a felnőtt, nem intézményben élő magyar lakosság esetében. Az ellátórendszer igénybevételét összefüggés-elemzésekben vizsgáltuk az igénybevételt feltételezeten befolyásoló tényezőkkel, azaz a nemmel, az életkorral, az iskolázottsággal, a foglalkozással, a gazdasági aktivitással, az anyagi helyzettel, a régióval, a településtípussal, a társas támogatottsággal és a funkcionalitással.

A társadalmi és gazdasági különbségek hatása az egészségi állapotra és az egészségügyi szolgáltatások igénybevételére általában mérhető. A legtöbb országban az alacsony társadalmi-gazdasági státusz rosszabb egészséggel és magasabb mortalitással jár, míg az

egészségügyi ellátások igénybevételének gyakorisága országtól, biztosítási rendszertől és ellátási típustól függően alakul. Ebből is következik, hogy a nemzetközi szakirodalom eredményei többféle irányba mutatnak. Az Egyesült Államokban a kedvező társadalmi-gazdasági státusszal rendelkezők gyakrabban fordulnak orvoshoz, míg az alacsony társadalmi-gazdasági státuszúak gyakrabban szorulnak akut ellátásra. Más országokban, mint például Kanadában, Norvégiában, Olaszországban vagy Hollandiában az alacsonyabb jövedelmű és képzettségű személyek gyakrabban veszik igénybe az alapellátást – részben rosszabb egészségi állapotuknak köszönhetően –, a specializált ellátásokat viszont kevésbé; ugyanitt a szakellátás igénybevétele a magasabb jövedelműek és képzettségűek között gyakoribb [10, 11, 12]. Egy brit felmérés vizsgálta, hogy azonos egészségi probléma észlelése esetén hogyan alakul az események láncolata az alap-, vagy akut ellátáson való megjelenésen át a szakellátás igénybevételéig [13]. Megállapítása szerint az azonnali orvoshoz fordulásra (alap- vagy akut ellátás) irányuló szándék esélye 60%-kal nagyobb a legalacsonyabb társadalmi-gazdasági pozíciójú személyeknél a legkedvezőbb társadalmi-gazdasági státuszúakhoz képest, ám a szakellátásban és a fekvőbeteg ellátásban már rosszabb a hozzáférésük – az elemzés a korlátokat az egészségügyi ellátás rendszerében feltételezi. Más kutatásban egyáltalán nem állapítottak meg szignifikáns különbséget az egészségügyi ellátás igénybevételében az egyes társadalmi csoportok között [14].

A társadalmi-gazdasági különbségek a szűrővizsgálatokon való részvételt is befolyásolják. Meghatározóak a szociodemográfiai jellemzők és az életmódfaktorok; szignifikáns jelzője a szűrések elhanyagolásának a magasabb életkor, a vidéki lakóhely, a dohányzás, a rendszertelen testmozgás, valamint az orvosi vizsgálaton való megjelenések alacsony száma [15]. A magas jövedelmű nők kétszer nagyobb eséllyel vesznek részt mammográfiás szűrésen, mint az alacsony jövedelmű társaik [16].

Készült felmérés kizárólag a nemek közti egyenlőtlenségek feltérképezésére [17]. A nők gyakrabban járnak orvoshoz, mint a férfiak, ez a különbség a nemek között akkor is kimutatható, ha a betegeket és az egészségeseket külön vizsgálják. A nők esélye 20%-kal nagyobb, hogy egészségügyi szakemberhez forduljanak, illetve az esély 40%-kal nagyobb a fogorvosi vizitek tekintetében, de ritkábban kerülnek kórházba, mint a férfiak. Ugyanakkor az adatokat a saját bevalláson alapuló egészségi állapot függvényében vizsgálva a rossz egészségi állapotot valló nők ritkábban fordultak orvoshoz, mint a férfiak.

Külön figyelmet érdemel az orvos-beteg kapcsolat minőségének következménye az orvoshoz fordulás gyakoriságában: az állandó, „megszokott” orvossal nem rendelkezők – jövedelemtől és képzettségtől függetlenül – mind az alapellátást, mind a szakellátást ritkábban veszik igénybe [11, 18].

### 3. Módszertan

Az elemzés során az OLEF 2003 egyéni kérdőívének 12., 14-16., 22-32. kérdéseit, valamint az önkitöltős kérdőív 33-35. kérdéseit tekintettük az egészségügyi ellátórendszer igénybevétele hasznos mutatóinak.

A kérdőívben a 14-16. kérdések a vérnyomásmérés, a koleszterin/vérzsírszint, valamint a vércukorszint mérésének időpontjára vonatkoznak a kérdezést megelőzően.

**14. Mikor mérte meg a vérnyomását utoljára orvos vagy nővér?**

- 1 – Fél éven belül
  - 2 – Egy éven belül
  - 3 – Két éven belül
  - 4 – Három éven belül
  - 5 – Több, mint öt éve
  - 6 – Sohasem mérték
- 

- 8 – Nem tud válaszolni
- 9 – Nem kíván válaszolni

**15. Mikor járt Ön utoljára koleszterin/vérzsírszint meghatározáson/mérésen egészségügyi intézményben?**

- 1 – Fél éven belül
  - 2 – Egy éven belül
  - 3 – Két éven belül
  - 4 – Öt éven belül
  - 5 – Több, mint öt éve
  - 6 – Sohasem mérték
- 

- 8 – Nem tud válaszolni
- 9 – Nem kíván válaszolni

**16. Mikor járt Ön utoljára vércukorszint mérésen egészségügyi intézményben?**

- 1 – Egy hónapon belül
  - 2 – Fél éven belül
  - 3 – Egy éven belül
  - 4 – Több mint egy éve
  - 5 – Sohasem mérték
- 

- 8 – Nem tud válaszolni
- 9 – Nem kíván válaszolni

A kérdésekre adott válaszok alapján a **vérnyomásmérés** meghatározása esetében a következő válaszkategóriákat képeztük:

1. 1 éven belül mérték (1., 2. válaszok)
2. 5 éven belül mérték (3., 4. válaszok)
3. Több mint 5 éve vagy sohasem mérték (5., 6. válaszok)

A **koleszterin/vérzsír** szint meghatározására vonatkozóan az alábbi válaszkategóriákat képeztük:

1. 1 éven belül mérték (1., 2. válaszok)
2. 5 éven belül mérték (3., 4. válaszok)
3. Több mint 5 éve vagy sohasem mérték (5., 6. válaszok)

A **vércukorszint** vizsgálatára vonatkozó kérdésre adott válaszok alapján a következő kategóriákat hoztuk létre:

1. 1 éven belül mérték (1., 2., 3. válaszok)
2. Több mint 1 éve vagy sohasem mérték (4., 5. válaszok)

Ezek mellett megvizsgáltuk, hogy a magas koleszterinszinttel rendelkezőknél, a magasvérnyomás betegségben, valamint a cukorbetegségben szenvedők esetében milyen időtartamon belül történt az utolsó mérés.

A különböző ellátási formák igénybevételét a 22. kérdés segítségével mértük fel, ahol az adott egészségügyi szolgáltatást – beleértve a magánorvosi ellátást – nyújtó szakemberrel a kérdezést megelőző 12 hónapban történt találkozások számát rögzítettük.

<b>22. Az elmúlt 12 hónapban a SAJÁT egészsége érdekében Ön hányszor találkozott, beleértve a magánorvosi ellátást is</b>			
	Alkalmak száma	Nem tud válaszolni	Nem kíván válaszolni
<b>22.1 a háziorvosával</b>		888	999
<b>22.2 a nővérrel a háziorvosánál vagy a gondozóban</b>		888	999
<b>22.3 rendelőintézeti, kórházi szakorvossal (pl. nőgyógyász, reumatológus, kardiológus, stb.)</b>		888	999
<b>22.4 gyógytornásszal</b>		888	999
<b>22.5 üzemorvossal</b>		888	999
<b>22.6 természetgyógyással</b>		888	999
<b>22.7 fogorvossal</b>		888	999
<b>22.8 pszichiáterrel, pszichológussal</b>		888	999

Az OLEF 2003-ban az alapellátás szolgáltatási formái közé soroltunk olyan szakellátási hálózatokat, melyek általában speciális szakterületeken elkülönülten működnek (pl. tüdőgondozó, alkoholgondozó).



Az **alpellátás** igénybevételének vettük a háziorvossal (22\_1) és/vagy a nővérrel a háziorvosnál vagy a gondozóban (22\_2) és/vagy az üzemorvossal (22\_5) történt találkozások bármelyikét.

A **járóbeteg szakellátás** igénybevételét a rendelőintézeti, kórházi szakorvossal történt találkozás (22\_3), a sérülés vagy mérgezés miatt legalább egyszeri orvosi ellátás igénybevételének (12>0) megléte akkor, ha nem vett igénybe semmilyen szolgáltatást a kérdezett, vagy a szakorvosi járóbeteg rendelésen az orvosnak adott hálapénz (32\_2) jelentette. Az utóbbi két esetet az esetleges kérdőívbeli inkonzisztenciák miatt soroltuk ide.

**12** Az elmúlt 12 hónapban hányszor volt olyan sérülése vagy mérgezése, amely orvosi ellátást igényelt?

.....alkalommal

0-098 – alkalmak száma -----> HA „000” TOVÁBB A 14. KÉRDÉSRE!

888 – Nem tud válaszolni ----->TOVÁBB A 14. KÉRDÉSRE!

999 – Nem kíván válaszolni ----->TOVÁBB A 14. KÉRDÉSRE!

**32.** Az elmúlt 12 hónapban, amikor Ön a SAJÁT egészsége érdekében vette igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat, mennyi hálapénzt vagy milyen értékben adott ajándékot az ORVOSOKNAK ...

A HÁLAPÉNZRE KÖLTÖTT ÖSSZEGET KEREKÍTSD SZÁZASOKRA! ELLENŐRIZD A 22-ES KÉRDÉS ALAPJÁN! HA NEM TALÁLKOZOTT ORVOSSAL, KÓDOLJ 1-ET!

	százeze r	tízezer	ezer	száz	tíz	Egy
<b>32.1</b> a háziorvosi ellátás során?						
<b>32.2</b> szakorvosi járóbeteg rendelésen?						
<b>32.3</b> kórházi bennfekvéskor?						

A **fekvőbeteg szakellátás** igénybevételét jelezte az elmúlt 12 hónapban legalább egy éjszakát kórházi fekvőbetegként eltöltött idő (29>0).

**29.** Az elmúlt 12 hónapban FEKVŐBETEGKÉNT hány napot töltött kórházban?

.....napot

0-365 – napok száma

888 – Nem tud válaszolni

999 – Nem kíván válaszolni

A 22. kérdésen belül a **pszichológussal** vagy **pszichiáterrel** történt találkozás is rögzítésre került (22\_8).

A **fogorvosi ellátás** igénybevételének idejét a 22\_7 kérdés, illetve a 23. kérdésre adott válaszok alapján értékeltük az alábbi módon:

1. Nem járt fogorvosnál az elmúlt 12 hónapban (22\_7=0)
2. 1 éven belül járt fogorvosnál (22\_7>0)
3. 5 éven belül járt fogorvosnál (22\_7=0 és 23=1/2)
4. Több, mint 5 éve járt fogorvosnál (22\_7=0 és 23=3)
5. Sohasem járt fogorvosnál (22\_7=0 és 23=4)

Abban az esetben, ha valaki a kérdezést megelőző évben költött fogászati ellátásra (31=3), és azt válaszolta, hogy nem járt fogorvosnál, a kérdezettet a fogorvosi ellátást a kérdezést megelőző egy évben igénybe vevők közé soroltuk az esetleges inkonzisztenciák kivédése érdekében.

**23. Mikor járt utoljára fogorvosnál?**

- 1 – Két éven belül
  - 2 – Öt éven belül
  - 3 – Több, mint öt éve
  - 4 – Sohasem járt
- 
- 8 – Nem tud válaszolni
  - 9 – Nem kíván válaszolni

A **paramedikális ellátás** igénybevételét a gyógytornással (22\_4) történt találkozás jelentette.

Az **alternatív egészségügyi ellátás** igénybevételét a természetgyógyással (22\_6) történt találkozás vagy a természetgyógyászati kezelésre fordított összeg (30\_1) jelentette. Az OLEF 2003-ban természetgyógyásznak tekintettünk minden személyt képzettségétől függetlenül, akit a kérdezett személy annak nevezett, így átfedés lehet az itt megjelenő igénybevétel és valamely orvosi ellátás igénybevétele között.

**30. Az elmúlt 12 hónapban mennyit költött a SAJÁT egészsége érdekében...**

A KÖLTÖTT ÖSSZEGET KERKÉITSD SZÁZASOKRA!

	százezer	tízezer	ezer	száz	tíz	egy
<b>30.1 természetgyógyászati kezelésre, mint például íriszdiagnosztika, csontkovács, reflexológia, akupunktúra, kézrátét?</b>						
<b>30.2 utazásra, például a háziorvoshoz, kórházba vagy gyógyfürdőbe?</b>						
<b>30.3 egészségmegőrző szolgáltatásokra, például fitness klub, torna, úszás, gyógyfürdő, vagy gyógymasszázs?</b>						

A **nőgyógyászati ellátás** igénybevételének felmérésére mind az interjú, mind az önkitöltős kérdőív tartalmazott kérdéseket.

**24. Mikor vizsgálta meg utoljára nőgyógyász?**

- 1 – Egy éven belül
  - 2 – Két éven belül
  - 3 – Öt éven belül
  - 4 – Több, mint öt éve
  - 5 – Sohasem
- 

- 8 – Nem tud válaszolni
- 9 – Nem kíván válaszolni

A legutóbbi **nőgyógyászati vizsgálat** idejére vonatkozó, 24. kérdésre adott válaszok esetében a következő kategóriákat formáltuk:

1. 2 éven belül vizsgálta meg utoljára nőgyógyász (24=1/2)
2. 5 éven belül vizsgálta meg utoljára nőgyógyász (24=3)
3. Több, mint 5 éve vizsgálta meg utoljára nőgyógyász (24=4)
4. Sohasem vizsgálta meg nőgyógyász (24=5)

Négy kérdés szerepelt a **nőgyógyászati szűrővizsgálatok** igénybevételére vonatkozóan.

**25. Vettek-e Öntől kenetet citológiai vizsgálatra, méhnyakrák megállapítására?**

- 1 – Igen, egy éven belül
  - 2 – Igen, egy és két év között
  - 3 – Igen, két évnél régebben
  - 4 – Nem, soha -----> **TOVÁBB A 27. KÉRDÉSRE!**
- 

- 8 – Nem tud válaszolni -----> **TOVÁBB A 27. KÉRDÉSRE!**
- 9 – Nem kíván válaszolni -----> **TOVÁBB A 27. KÉRDÉSRE!**

**26. A vizsgálat panaszai miatt történt, vagy pedig szűrővizsgálatképpen?**

- 1 – Panaszai miatt történt
  - 2 – Szűrővizsgálatképpen
- 

- 8 – Nem tud válaszolni
- 9 – Nem kíván válaszolni

**27. Végeztek-e Önnél emlőrontgen, más szóval mammográfias vizsgálatot?**

- 1 – Igen, egy éven belül
  - 2 – Igen, egy és két év között
  - 3 – Igen, két évnél régebben
  - 4 – Nem, soha -----> **TOVÁBB A 29. KÉRDÉSRE!**
- 

- 8 – Nem tud válaszolni-----> **TOVÁBB A 29. KÉRDÉSRE!**
- 9 – Nem kíván válaszolni-----> **TOVÁBB A 29. KÉRDÉSRE!**

**28. A vizsgálat panaszai miatt történt, vagy pedig szűrővizsgálatképpen?**

- 1 – Panaszai miatt történt
  - 2 – Szűrővizsgálatképpen
- 

- 8 – Nem tud válaszolni
- 9 – Nem kíván válaszolni

A 25. kérdés vonatkozott arra, hogy történt-e kenetvétel citológiai vizsgálatra, méhnyakrák megállapítására. Az alábbi válaszkategóriákat képeztük:

1. Igen, 2 éven belül (25=1/2)
2. Igen, 2 évnél régebben (25=3)
3. Nem, soha (25=4)

A 27. kérdés irányult arra, hogy végeztek-e a kérdezett személynél mammográfiás vizsgálatot. Az alábbi válaszkategóriákat formáltuk:

1. Igen, 2 éven belül (27=1/2)
2. Igen, 2 évnél régebben (27=3)
3. Nem, soha (27=4)

A 26. és a 28. kérdések arra vonatkoztak, hogy a fenti vizsgálatok a kérdezett panaszai miatt történtek-e, vagy pedig szűrővizsgálatként.

Mindezek mellett az önkitöltős kérdőívben kérdések (ö33-ö35. kérdés) vonatkoztak a **terhességmegszakítás** megtörténteire és esetszámára, illetve arra, hogy a kérdezett nőnek hány éves korában volt az első terhességmegszakítása. Meghatározásra került, hogy az egyes korcsoportokba tartozó nők mekkora hányadának volt 18 évnél fiatalabb korában az első terhességmegszakítása.

<p><b>33.) Volt-e Önnek terhesség megszakítása?</b></p> <p>a. igen</p> <p>b. nem -----→<i>Kérjük, folytassa a 36. kérdéssel!</i></p> <p><b>34.) Hány terhesség megszakítása volt?</b></p> <p style="text-align: center;">alkalommal</p> <p><b>35.) Hány éves volt, amikor az első terhesség megszakítása történt?</b></p> <p style="text-align: center;">éves</p>
---

A főkérdőív 34. kérdése arra vonatkozott, hogy a kérdezett személy mennyit költött magánorvosnál vagy egyéb **magán egészségügyi ellátás** igénybevételekor a fogorvosi ellátás kivételével. Aki nullánál nagyobb összeget adott meg a válaszában, értelemszerűen úgy tekintettük, hogy igénybe vette a magán egészségügyi ellátás valamilyen fajtáját a fogorvosi ellátás kivételével. Aki nulla összeget adott meg vagy önbevallása szerint nem volt magánorvosnál, azt igénybe nem vevőnek soroltuk.

<p><b>34. Az elmúlt 12 hónapban a fogorvosi ellátás kivételével mennyit költött összesen MAGÁNORVOSNÁL vagy egyéb MAGÁN egészségügyi ellátás igénybevételekor?</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>A MAGÁNORVOSI ELLÁTÁSRA KÖLTÖTT ÖSSZEGET KERÉKÍTSD SZÁZASOKRA!</b></p>
<p style="text-align: right;">millió száz- tíz- ezer száz tíz egy ezer ezer</p> <p>..... Ft</p> <hr style="width: 80%; margin-left: 0;"/>
<p>0 – 999900 – magánorvosi ellátásra költött összeg (százásra kerekítve)</p> <p>1 – Nem volt magánorvosnál</p> <p>8 – Nem tud válaszolni</p> <p>9 – Nem kíván válaszolni</p>

## 4. Eredmények

### 4.1. Populációs becslések

*Az eredmények értelmezéséhez: Az alábbi táblázatokban az egészségügyi ellátás igénybevétele gyakoriságának populációs becsléseit (a 95%-os megbízhatósági tartománnyal) adtuk meg. Az ilyen becslések, természetesen, csupán leíró statisztikai jellemzésre alkalmasak; a vizsgált tényezők közötti kapcsolatokra csakis összefüggés-elemzéssel lehet érvényes következtetést levonni. Így például az alapellátás igénybevétele gyakoriságának életkor szerint megfigyelhető különbségei csak abban az esetben jeleznek valódi összefüggést, ha az Összefüggés-elemzések c. alfejezetben közölt eredmények igazolják az életkornak az alapellátás igénybevételére gyakorolt megfelelő irányú hatását.*

Az OLEF 2003 felmérést megelőző 12 hónapban minden 15. nő (6,5%) és minden 7. férfi (13%) az egészségügyi ellátás semmilyen formáját nem vette igénybe. Az időskorú nők között közel minden 8. (12,9%), az idős férfiak között minden 8. kérdezett személy (11,9%) nem vett igénybe semmilyen ellátási formát. Regionális szempontból vizsgálva valamely ellátási forma igénybevételét elmondható, hogy legnagyobb arányban a Közép-Dunántúlon (94%) és Közép-Magyarországon (93,4%), míg legkisebb arányban az Észak-Alföldön (85,7%) fordult orvoshoz vagy az egészségügyi ellátás egyéb formájához a lakosság.

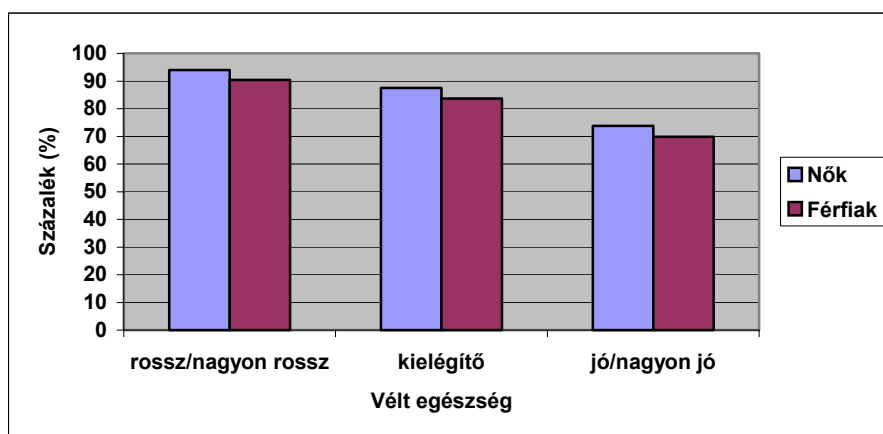
A felmérést megelőző évben nem vette igénybe az alapellátást a középkorú nők közel hatoda (15,1%), a középkorú férfiak ötöde (21%). Az időskorúak esetében ezt az ellátási formát a nők 88,2%-a, a férfiak 84,6%-a vette igénybe (1. táblázat).

**1. Táblázat: A kérdezést megelőző 12 hónapban az alapellátást igénybe vevők %-os megoszlása [95%-os megbízhatósági tartomány]**

	18-34 év	35-64 év	65+ év
<b>Nő</b>	77,1 [74,1 – 79,9]	84,9 [82,8 – 86,9]	88,2 [85,4 – 90,5]
<b>Férfi</b>	72,5 [69 – 75,7]	79,0 [76,5 – 81,4]	84,6 [80,0 – 88,3]

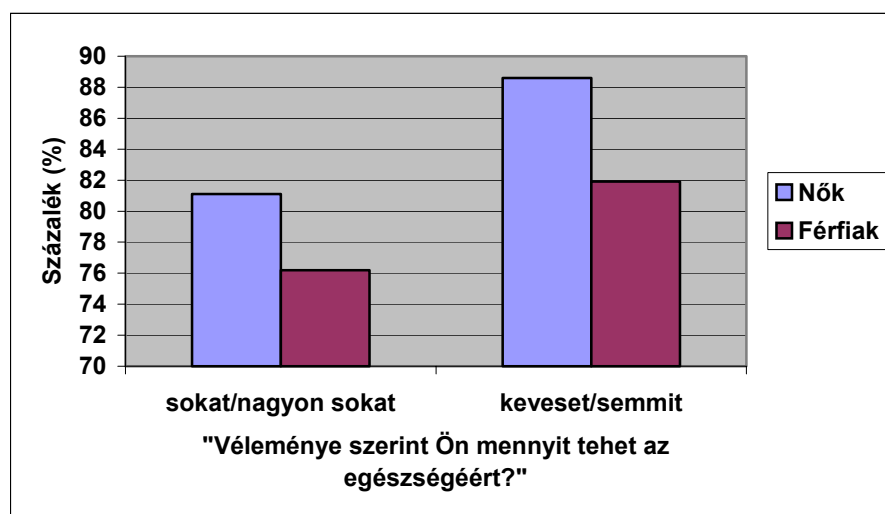
Minél jobbnak tartotta a válaszadó az egészségét, szignifikánsan annál kisebb arányban vette igénybe az alapellátást a felmérést megelőző 12 hónapban (1. ábra).

**1. ábra: A vélt egészségre vonatkozó kérdésre válaszadók között az alapellátást igénybe vevők %-os megoszlása**



Szignifikánsan nagyobb arányban vették igénybe az alapellátást azok, akik úgy vallották, hogy keveset vagy semmit nem tehetnek az egészségükért (2. ábra).

**2. ábra: Kedvező és kedvezőtlen egészségmagatartású válaszadók között az alapellátást igénybe vevők %-os megoszlása**



A járóbeteg szakellátást a kérdezést megelőző 12 hónapban a középkorú nők 67,8%-a, míg a férfiak közel fele (46,1%) vette igénybe. Az idős korosztályban a járóbeteg szakellátás igénybevételének gyakorisága a középkoroshoz viszonyítva a nők körében tíz százalékkal csökken (57,8%), míg a férfiaknál mérsékelten emelkedik (51,2%).

A kérdezettek hatoda (15,5%), közel minden 8. férfi (12,6%) és minden 5. nő (18%) igénybe vette a fekvőbeteg szakellátást, azaz legalább egy éjszakát töltött kórházban a felmérést megelőző évben. A fekvőbeteg szakellátás igénybevételét vizsgálva megállapítható mindkét nem esetében, hogy a legidősebb korosztály tagjai töltöttek legnagyobb gyakorisággal legalább egy napot kórházban (2. táblázat). Szintén mindkét nem esetében igaz, hogy a leghosszabb ideig az időskorúak, azonban legnagyobb arányban a középkorúak voltak fekvőbetegként kórházban (3. táblázat).

**2. Táblázat: A kérdezést megelőző 12 hónapban legalább egy napot kórházban töltött személyek %-os megoszlása kor és nem szerint [95%-os megbízhatósági tartomány]**

	18-34 év	35-64 év	65+ év
<b>Nő</b>	15,5 [13,1 - 18,2]	16,1 [14,2 - 18,3]	25,6 [22,0 - 29,5]
<b>Férfi</b>	6,1 [4,5 - 8,1]	14,2 [12,1 - 16,6]	22,2 [17,9 - 27,2]

**3. Táblázat: A kérdezést megelőző 12 hónapban fekvőbetegként kórházban töltött napok száma kor és nem szerint, azok körében, akik legalább egy napot kórházban töltöttek**

Percentilis	nők			férfiak		
	18-34 év	35-64 év	65+ év	18-34 év	35-64 év	65+ év
10	2	2	4	2	3	5
25	4	4	7	3	5	7
50	5	8	10	5	10	12
75	10	14	21	13	20	21
90	15	30	35	30	35	40
<b>Részarány<sup>2</sup></b>	25,1%	45,4%	29,5%	15,1%	59,2%	25,7%

<sup>2</sup> A fekvőbeteg ellátást igénybe vevő nők, illetve a férfiak mekkora részaránya tartozott az adott korcsoporthoz.

Paramedikális ellátást (gyógytornász által nyújtott ellátást) a nők 8,2%-a, a férfiak 5,7%-a vett igénybe a felmérést megelőző 12 hónapban. A nők esetében az idős korosztály (10,4%), a férfiak esetében a középkorosztály (7,2%) vette leggyakrabban igénybe ezt az ellátási formát.

A kérdezést megelőző 12 hónapban alternatív gyógykezelésben a nők 6,1%-a, a férfiak 3,6%-a vett részt, mindkét nem esetében leggyakrabban a középkorúak fordultak ehhez az ellátási formához (nők 7,2%, férfiak 4%).

A felmérést megelőző 12 hónapban a kérdezettek mindössze 4,9%-a vette igénybe pszichiáter vagy pszichológus segítségét. Közöttük leggyakrabban a középkorú nők fordultak mentálhigiénés ellátáshoz (7,8%), legkevésbé az idős korú férfiak (1,6%). Fennálló mentális funkcionális csökkenés esetén (GHQ>5) a nők esetében szignifikánsan nagyobb volt az alapellátás igénybevétele, és mindkét nem esetén szignifikánsan nagyobb volt a pszichológusi-pszichiátriai ellátás igénybevétele aránya a mentális funkcionális csökkenést nem mutatókhoz képest (4. táblázat).

**4. Táblázat: A kérdezést megelőző 12 hónapban az alapellátást és a pszichológusi-pszichiátriai ellátást igénybevevők %-os megoszlása a mentális funkciókban csökkentek és az egészségesek körében [95%-os megbízhatósági tartomány]**

<b>Nők</b>	<b>Egészséges</b>	<b>Mentális funkciócsökkenés</b>
Alapellátás igénybevétele	82,6 [80,9-84,1]	90,8 [87,1-93,5]
Pszichológus/pszichiáter	4,0 [3,3-4,9]	18,1 [14,3-22,7]
<b>Férfiak</b>	<b>Egészséges</b>	<b>Mentális funkciócsökkenés</b>
Alapellátás igénybevétele	77,5 [75,2-79,6]	82,1 [75,8-87,0]
Pszichológus/pszichiáter	3,1 [2,4-4,0]	18,3 [12,5-25,9]

A lakosság 80%-ának (a nők 82%-ának, a férfiak 78,6%-ának) mérték meg a vérnyomását a kérdezést megelőző 12 hónapban. Mind a férfiak, mind a nők körében a kora emelkedett azok részaránya, akiknek a vérnyomását egy éven belül mérték (5. táblázat). A magasvérnyomás betegségben szenvedők között közel minden 8. személynek (11,7%) nem ellenőrizték a vérnyomását a szakmailag ajánlott fél éven belül, 4,9%-ának pedig egy éven belül.

**5. Táblázat: A legutóbbi vérnyomásmérés óta eltelt idő %-os megoszlása kor és nem szerint [95%-os megbízhatósági tartomány]**

<b>Nők</b>	<b>18-34 év</b>	<b>35-64 év</b>	<b>65+ év</b>
1 éven belül	71,8 [68,6 – 74,8]	84,8 [82,6 – 86,8]	90,1 [87,3 – 92,4]
5 éven belül	20,5 [17,7 – 23,5]	10,1 [8,6 – 11,9]	6,6 [4,8 – 9,0]
Több, mint 5 éve/soha	7,8 [6,2 – 9,7]	5,1 [4,0 – 6,4]	3,3 [2,1 – 5,2]
<b>Férfiak</b>	<b>18-34 év</b>	<b>35-64 év</b>	<b>65+ év</b>
1 éven belül	69,8 [66,1 – 73,2]	82,0 [79,5 – 84,4]	86,9 [82,9 – 90,1]
5 éven belül	22,9 [20,1-26,1]	11,9 [10,1-13,9]	8,1[5,7-11,3]
Több, mint 5 éve/soha	7,3 [5,4-9,8]	6,1 [4,9-7,6]	5,0 [3,0-8,1]

Mind a középkorúak (46,6%), mind az időskorúak (44,9%) közel felének több, mint egy éve vagy sohasem mérték koleszterinszintet. A nők felének, a férfiak csak 41%-ának mérték a koleszterin szintjét a felmérést megelőző 12 hónapban. A magas koleszterinszinttel rendelkezők harmadánál (32%) nem mérték a koleszterin szintjét a szakmailag ajánlott fél éven belül, míg közel hatoduknál (14,7%) nem mérték egy éven belül.

A középkorúak (41,7%) és az időskorúak (37,8%) kétötödének vércukorszintjét több, mint egy éve vagy sohasem mérték. A nők 56%-ának, a férfiak csak 46%-ának mérték a

vércukorszintjét egy éven belül. A cukorbetegségben szenvedők felének nem ellenőrizték a vércukor szintjét a szakmailag ajánlott egy hónapon belül, és minden 5. cukorbetegnél (17,3%) nem ellenőrizték fél éven belül (6. táblázat).

**6. Táblázat: A legutóbbi vércukormérés óta eltelt idő %-os megoszlása kor és nem szerint [95%-os megbízhatósági tartomány]**

<b>Nők</b>	<b>18-34 év</b>	<b>35-64 év</b>	<b>65+ év</b>
1 éven belül	41,1 [37,8-44,4]	61,6 [59,0-64,1]	64,2 [59,9-68,3]
Több, mint 1 éve/soha	58,9 [55,6-62,2]	38,4 [35,9-41,0]	35,8 [31,7-40,1]
<b>Férfiak</b>	<b>18-34 év</b>	<b>35-64 év</b>	<b>65+ év</b>
1 éven belül	29,3 [26,0-32,8]	54,8 [51,7-57,8]	58,8 [52,9-64,6]
Több, mint 1 éve/soha	70,7 [67,2-74,0]	45,2 [42,2-48,3]	41,2 [35,4-47,1]

A fogorvosi ellátás igénybevételének adatai kedvezőtlen képet mutatnak a felnőtt magyar lakosság szájhigiénés magatartásáról. A felmérést megelőző 12 hónapban nem kereste fel fogorvosát a lakosság háromötöde (61,4%), ezen belül a nők 57,7%-a, a férfiak 65,7%-a. A fiatal korosztályban a nők kétötöde (40%), a férfiak közel háromötöde (56,7%) nem járt egy éven belül fogorvosnál. Mind a nők, mind a férfiak esetében a kor előrehaladtával egyre rosszabb ez az érték (7. táblázat).

**7. Táblázat: A legutóbbi fogorvosi vizit óta eltelt idő %-os megoszlása kor és nem szerint [95%-os megbízhatósági tartomány]**

<b>Nők</b>	<b>18-34 év</b>	<b>35-64 év</b>	<b>65+ év</b>
1 éven belül	60,0 [56,4-63,5]	42,0 [39,1-44,9]	19,5 [16,3-23,1]
5 éven belül	35,2 [32,0-38,5]	40,1 [37,7-42,7]	28,5 [24,7-32,5]
Több, mint 5 éve/soha	4,8 [3,5-6,6]	17,9 [15,9-20,1]	52,0 [47,2-56,9]
<b>Férfiak</b>	<b>18-34 év</b>	<b>35-64 év</b>	<b>65+ év</b>
1 éven belül	43,3 [39,6-47,0]	32,7 [29,9-35,6]	19,7 [15,8-24,2]
5 éven belül	46,8 [43,2-50,5]	39,6 [36,9-42,3]	33,8 [28,7-39,4]
Több, mint 5 éve/soha	9,9 [7,8-12,4]	27,7 [25,2-30,4]	46,5 [40,6-52,5]

A felmérést megelőző két évben nem járt nőgyógyásznál a középkorú nők közel harmada (31,2%), az idős nők közel háromnegyede (73%). A méhnyakrák citológiai szűrésének 25-64 év közötti célcsoportjában közel minden 3. nő (33,8%) esetében nem történt ezirányú vizsgálat a kérdezést megelőző két éven belül. Ugyanakkor mind a fiatal, mind a középkorú, mind pedig az idős női korosztálynál az esetek négyötödében (87,2%, 83,4%, 78,3%) szűrés volt a vizsgálat oka, szemben a nőgyógyászati panasszal. Az emlőrákszűrés 45-64 év közötti célcsoportjában a nők közel háromnegyedénél (70,4%) történt mammográfiás vizsgálat két éven belül, közöttünk szinte mindenkinél (92,5%) szűrés céljából, szemben a nőgyógyászati panasszal.

Saját bevallás alapján közel minden 3. felnőtt nőnek (34,2%) volt életében legalább egy terhességmegszakítása. A termékeny korban levő női korosztálynál (18-44 éves) ez az arány 28%, a 45 évnél idősebb nők esetében 39,4%.



## 4.2. Összefüggés-elemzések

*Az eredmények értelmezéséhez: A logisztikus regresszió lehetővé teszi több magyarázó jellemzőnek a vizsgált tényezőre kifejtett hatásának egy modellben történő elemzését úgy, hogy elkülöníti azok egymástól független hatását. Az alábbi összefüggés-elemzés a magyarázó jellemzők önálló hatását számszerűsíti, „kiszűrve” a modellbe bevont többi jellemző hatását. **A szövegben és a táblázatokban azokat a hatásokat tüntettük fel, amelyeknél a kapcsolat erőssége elérte a szokásos statisztikai szignifikancia szintet ( $p < 0,05$ ).***

*Fel kell hívni a figyelmet arra, hogy az OLEF 2003 keresztmetszeti vizsgálat volt, azaz egy időben történt mindegyik jellemző mérése. **Ezért a vizsgált tényező és valamely magyarázó jellemző között kimutatott összefüggés nem feltétlenül jelent ok-okozati kapcsolatot.***

*Az életkor hatásának vizsgálatakor a felnőtt **populáció** különböző korcsoportjait hasonlítottuk össze, de a tapasztalt különbségek nem értelmezhetők **egyének szintjén**. Emiatt nem vonhatók le következtetések egy adott személy életkorának előrehaladtával jelentkező változásokról.*

Az egészségügyi ellátás igénybevételének összefüggéseit külön modelleztük a különböző ellátási típusok és a szűrővizsgálatok esetében. Mindegyik területen azt vizsgáltuk, hogy az igénybevétel esélye milyen kapcsolatban van a nemmel, az életkorral, az iskolázottsággal, az anyagi helyzettel, a foglalkozással, a munkaviszonnyal (azaz a gazdasági aktivitással), a régióval, a településnagysággal és a funkcionalitással. Az alapellátás esetén mindezek mellett a szív- és érrendszeri vagy cukorbetegség fennállását is a magyarázó jellemzők közé soroltuk. Az összefüggés-elemzésben az adott egészségügyi ellátás igénybevételének esélyét az ellátást legalább egyszer igénybe vevők és azt igénybe nem vevők arányának hányadosaként képeztük.

Az OLEF 2003 felmérésben 5072 sikeres kérdőívet vettek fel, a válaszadók között 5013 esetben volt adat az **alapellátás** igénybevételéről, s közülük 4472 személy rendelkezett a vizsgált tényezők mindegyike esetében adattal, ezért az összefüggés-elemzésekben az ő adataik kerültek felhasználásra.

Az elemzés eredményei azt mutatják, hogy az alapellátás igénybevételének esélye kapcsolatban volt a nemmel, a foglalkozással, a munkaviszonnyal, a funkcionalitással, valamint szív- érrendszeri vagy cukorbetegség fennállásával a fent vizsgált tényezők közül.

A többi tényező hatását kiszűrve megállapítható, hogy a nők 32%-kal nagyobb eséllyel vették igénybe az alapellátást, mint a férfiak.

Az önálló kereskedelmi, ipari vagy szolgáltatói foglalkozást űzők, illetve a szellemi szabadfoglalkozásúak közel 70%-kal kisebb eséllyel vették igénybe az alapellátást, mint a felsővezetők.

A munkanélkülieknek, illetve az egyéb inaktívoknak körében (nem rokkantnyugdíjas, nem nyugdíjas) az alapellátás igénybevételének az esélye 65%-kal, illetve 75%-kal volt alacsonyabb a dolgozókéhoz viszonyítva.

A funkcionalitás csökkenésével triviálisan nőtt az alapellátás igénybevételének az esélye: az enyhén vagy közepesen korlátozottak esetében mintegy 30%-kal, a súlyosan korlátozottak esetén pedig kétszeresen nagyobb ez az esély az egészséges emberekhez viszonyítva.

A szív-, érrendszeri vagy cukorbetegségben szenvedők több mint ötszörös eséllyel vették igénybe az alapellátást az ilyen betegségtől mentes személyekhez viszonyítva.

Az alapellátásban végzett szűrővizsgálatokon való részvétel esélyének is voltak társadalmi-gazdasági összefüggései. A felsőfokú végzettséggel rendelkezők kapcsán elmondható, hogy a vérnyomásmérésen 61%-kal, a koleszterinszint-mérésen 36%-kal, a vércukorszint-mérésen pedig 83%-kal nagyobb eséllyel vettek részt a 8 általánost végzettekhez képest. A nők koleszterinszint-mérésen 37%-kal, a vércukorszint-mérésen 49%-kal nagyobb eséllyel vettek részt, mint a férfiak. A középkorosztály tagjai minden szűrővizsgálaton a legnagyobb eséllyel vettek részt: vérnyomásmérésen 32%-kal, koleszterin- és vércukorszint ellenőrzésen kétszer nagyobb eséllyel a fiatal korosztályhoz képest. A munkanélküliek és az egyéb inaktív munkaviszonyúak közel 60%-kal kisebb eséllyel vettek részt koleszterinszint-mérésen, mint a dolgozók. A településnagyság csak a koleszterinszint-mérésen való részvétel esélyét befolyásolta: az 5001 főnél nagyobb településeken élők 34-47%-kal nagyobb eséllyel vettek részt ezen a szűrővizsgálaton, mint az 1000 főnél kevesebb lakosú településeken élők. Regionális különbségek tekintetében a Dél-Dunántúlon élők 27%-kal, az Észak-Alföldön élők 25%-kal kisebb eséllyel vettek részt koleszterinszint-mérésen, mint a Nyugat-Dunántúlon élők. Az észak-alföldiek vércukorszint-mérésen is 22%-kal kisebb eséllyel vettek részt.

A magasvérnyomás betegségben szenvedők esélye a vérnyomásmérésre közel 5-ször, a magas koleszterinszintűek esélye a koleszterinszint-mérésre 5,8-szor, a cukorbetegnek esélye a vércukorszint-mérésre 11-szer nagyobb, mint a nem betegeké. Az adott betegségben szenvedők között nem állapítható meg szignifikáns társadalmi-gazdasági különbség a megfelelő szűrővizsgálaton való részvétel esélyére nézve.

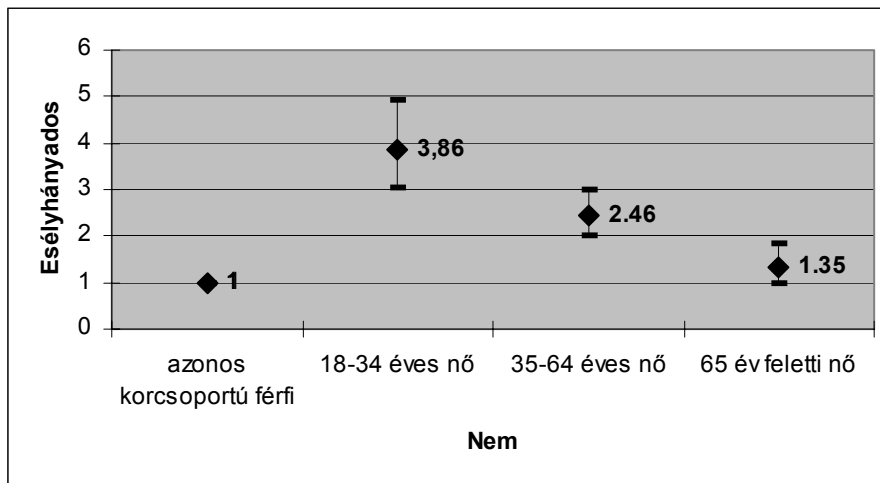
Az 5072 sikeres kérdőív válaszadói között 5022 esetben volt adat a **járóbeteg szakellátás** igénybevételéről, s közülük 4486 személy rendelkezett a vizsgált tényezők mindegyike esetében adattal, ezért az összefüggés-elemzésekben az ő adataik kerültek felhasználásra.

Az elemzés eredményei azt mutatják, hogy a járóbeteg szakellátás igénybevételének esélye kapcsolatban volt a vizsgált tényezők közül a nemmel, a korrallal, az iskolázottsággal, a munkaviszonnyal, az anyagi helyzettel, a településnagysággal, valamint a funkcionalitással.

A járóbeteg szakellátás esetében a nem és a kor között interakciót lehetett kimutatni, azaz a különböző korcsoportokban eltérő volt a nem és ezen ellátási típus igénybevételének az esélye közötti kapcsolat.

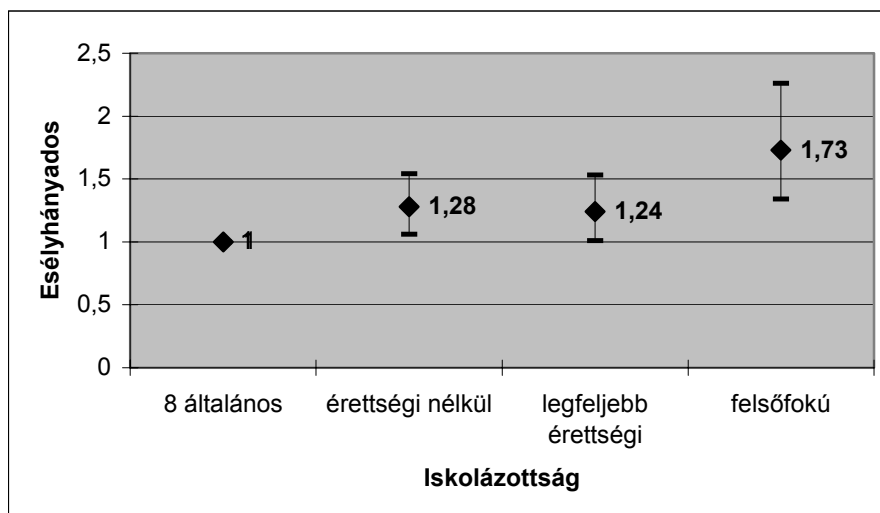
A nőknek a férfiakhoz viszonyítva minden életkorban magasabb volt az esélyük a járóbeteg szakellátás igénybevételére, ez az érték a fiatal női korosztály esetén 3,8-szor, a középkorúaknál 2,5-szer, az időskorú nőknél pedig közel 1,5-szer volt nagyobb, mint az azonos korú férfiak esélye (3. ábra). Csak a nőknél mutatható ki szignifikáns összefüggés az életkor és a járóbeteg szakellátás között; a középkorúaknál 20%-kal, az idős korosztályba tartozó nőknél közel 50%-kal volt kisebb az esély a járóbeteg szakellátás igénybevételére a fiatal nőkhöz képest.

**3. ábra: A járóbeteg szakellátás igénybevétele és a nem összefüggése, az életkor módosító hatását figyelembe véve**



A magasabb iskolázottság egyértelműen magasabb esélyt jelent a járóbeteg szakellátás igénybevételére. A 8 általános iskolát végzettekhez képest az érettségivel nem rendelkezők, valamint a legfeljebb érettségizettek közel 30%-kal nagyobb, a felsőfokú végzettséggel rendelkezők közel 75%-kal nagyobb eséllyel vették igénybe ezen ellátási formát (4. ábra).

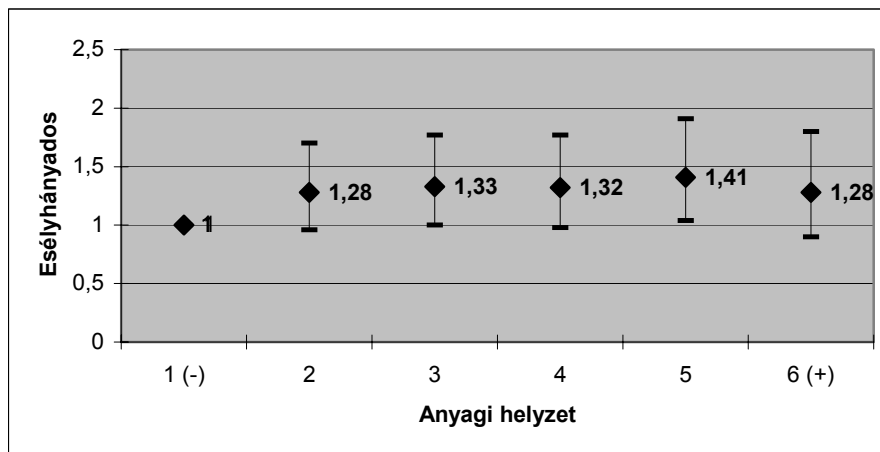
**4. ábra: A járóbeteg szakellátás igénybevétele az esélye és az iskolázottság összefüggése**



Az aktív dolgozókhöz képest a munkaviszonyuk alapján inaktív személyek minden kategóriájában nagyobb eséllyel vették igénybe a járóbeteg szakellátást, de a kapcsolat csak a rokkantnyugdíjasok esetében volt szignifikáns: náluk 3-szor nagyobb az esély a járóbeteg szakellátás igénybevételére, mint az aktív dolgozóknál.

A közel legkedvezőbb anyagi helyzettel rendelkezők szignifikánsan 40%-kal nagyobb eséllyel bírtak a járóbeteg szakellátás igénybevételére (5. ábra).

5. ábra: A járóbeteg szakellátás igénybevételének az esélye és az anyagi helyzet összefüggése



A településnagyság jelentőségéről az elemzés alapján megállapítható, hogy a több mint 50000 lakosú településeken élők esélye közel 35%-kal volt nagyobb a járóbeteg szakellátás igénybevételére, mint az 1000 lakosúnál kisebb települések lakóinak.

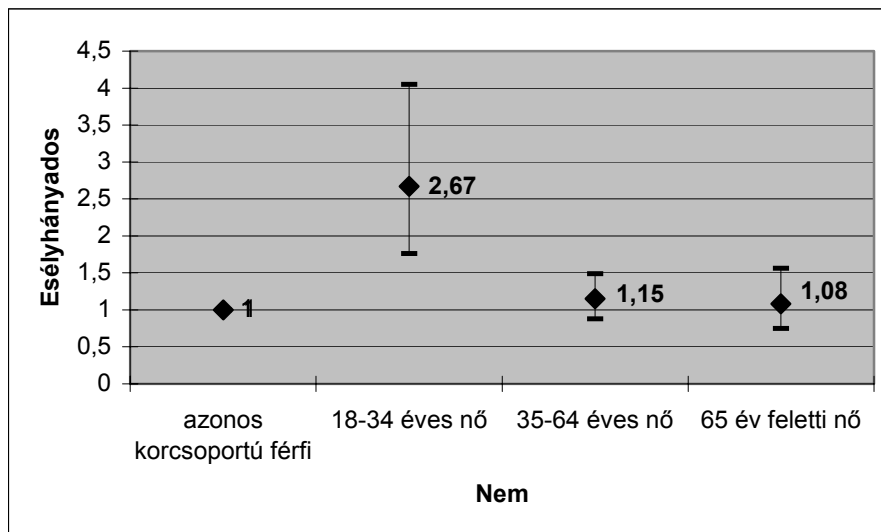
A funkcionalitás csökkenésével triviálisan növekedett az esély a járóbeteg szakellátás igénybevételére: az enyhén vagy közepesen korlátozottak közel 75%-kal nagyobb eséllyel, a súlyosan korlátozottak 60%-kal nagyobb eséllyel vették igénybe ezt az ellátási formát.

Az 5072 sikeres kérdőív válaszadói között 5018 esetben volt adat a **fekvőbeteg szakellátás** igénybevételéről, s közülük 4482 személy rendelkezett a vizsgált tényezők mindegyike esetében adattal, ezért az összefüggés-elemzésekben az ő adataik kerültek felhasználásra.

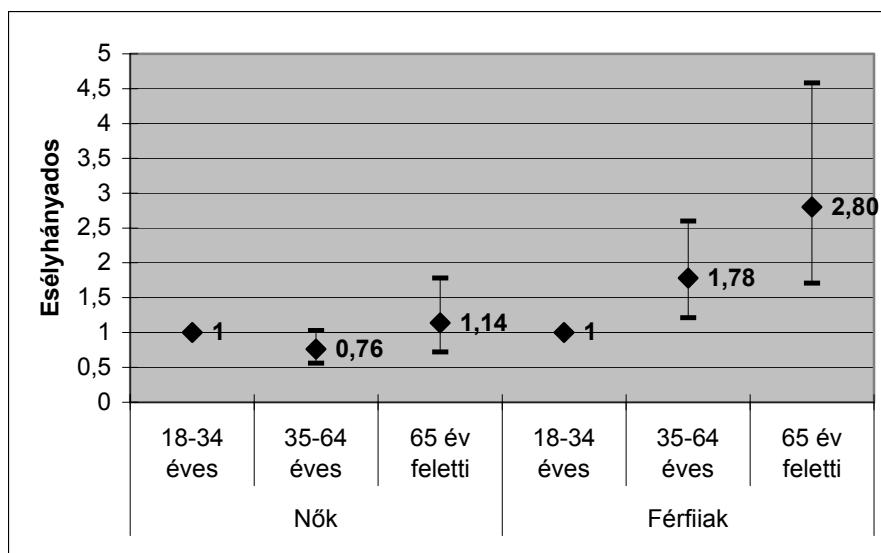
Az elemzés eredményei azt mutatják, hogy a fekvőbeteg szakellátás igénybevételének esélye kapcsolatban volt a vizsgált tényezők közül a nemmel, a korrallal, a munkaviszonnyal, valamint a funkcionalitással.

A fekvőbeteg szakellátás esetében is kimutatható volt a nem és a kor közötti interakció, azaz a különböző korcsoportokban eltérő volt a nem és ezen ellátási típus igénybevételének az esélye közötti kapcsolat. A fiatal női korosztály tagjainak esélye több mint 2,5-szer nagyobb a fekvőbeteg szakellátás igénybevételére, mint az azonos korcsoportú férfiaké (6. ábra). A nemeken belül vizsgálva az életkor hatását eltérő tendencia írható le a férfiak és a nők esetében. A férfiaknak az életkor előrehaladtával szignifikánsan nagyobb az esélye a fekvőbeteg szakellátás igénybevételére: az idős korúak esetén 2,8-szorosan nagyobb a fiatal korosztály tagjaihoz képest (7. ábra).

6. ábra: A fekvőbeteg szakellátás igénybevétele és a nem összefüggése, az életkor módosító hatását figyelembe véve



7. ábra: A fekvőbeteg szakellátás igénybevételének az esélye és az életkor összefüggése a nők és a férfiak esetén



A rokkantnyugdíjasok esélye jelentősen, 6,4-szeresen nagyobb volt a fekvőbeteg szakellátás igénybevételére, mint a dolgozó személyeké.

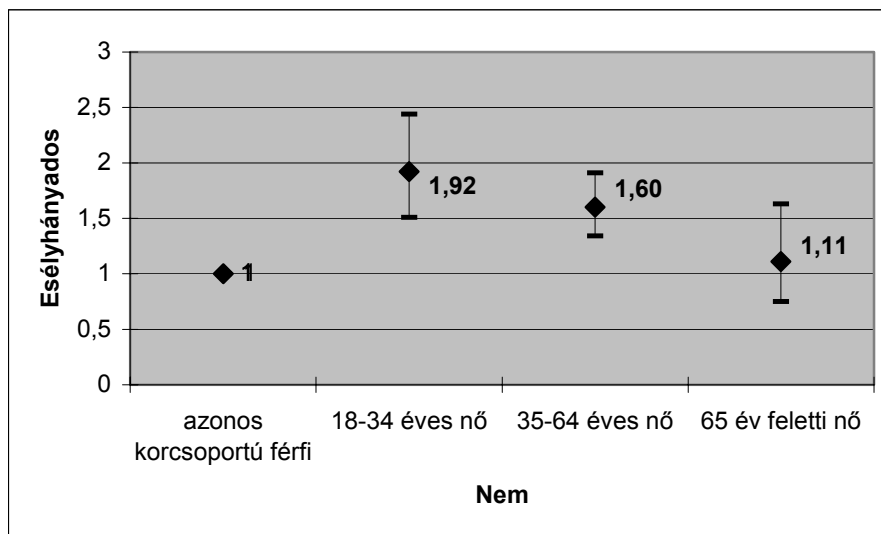
A funkcionalitás csökkenésével triviálisan emelkedett a fekvőbeteg szakellátás igénybevételének az esélye: az enyhén vagy közepesen korlátozottak esélye közel 90%-kal, a súlyosan korlátozottaké közel 2,8-szor volt nagyobb a kórházi tartózkodásra.

Az 5072 sikeres kérdőív válaszadói között 5024 esetében volt adat a **fogorvosi ellátás** igénybevételéről a felmérést megelőző 12 hónap során – beleértve a magánorvosi ellátást is –, s közülük 4482 személy rendelkezett a vizsgált tényezők mindegyike esetében adattal, ezért az összefüggés-elemzésekben az ő adataik kerültek felhasználásra.

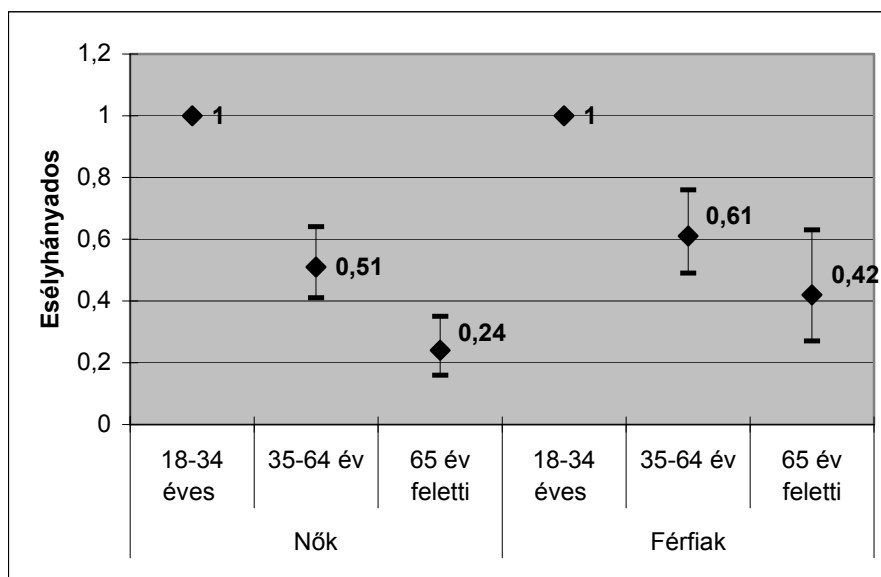
A fogorvosi ellátás igénybevételének az esélye kapcsolatban volt a vizsgált tényezők közül a nemmel, a korrallal, az iskolázottsággal, az anyagi helyzettel, a településnagysággal, valamint a funkcionalitással.

A fogorvosi ellátás esetében is kimutatható volt a nem és a kor közötti interakció, azaz a különböző korcsoportokban eltérő volt a nem és ezen ellátási típus igénybevételének az esélye közötti kapcsolat. A fiatal női korosztály tagjai több mint 90%-kal nagyobb eséllyel vették igénybe a fogorvosi ellátást, mint az azonos korcsoportú férfiak, a középkorosztály nőtagjai esetén 60%-kal nagyobb igénybevételi esély mérhető. A nemeken belül vizsgálva az életkor hatását hasonló, bár nem azonos léptékű tendencia írható le a férfiak és a nők esetében. Mind a férfiaknál, mind a nőknél csökken az életkor előrehaladtával a fogorvosi ellátás igénybevételének esélye. A középkorosztálynál még kisebb a nemek közti eltérés, de míg az időskorú férfiak a fiatal férfiakhoz képest közel 60%-kal kisebb eséllyel vették igénybe a fogorvosi ellátást, addig az időskorú nők a fiatal nőkhöz képest 76%-kal kisebb eséllyel (8. ábra és 9. ábra).

**8. ábra: A fogorvosi ellátás igénybevétele és a nem összefüggése, az életkor módosító hatását figyelembe véve**

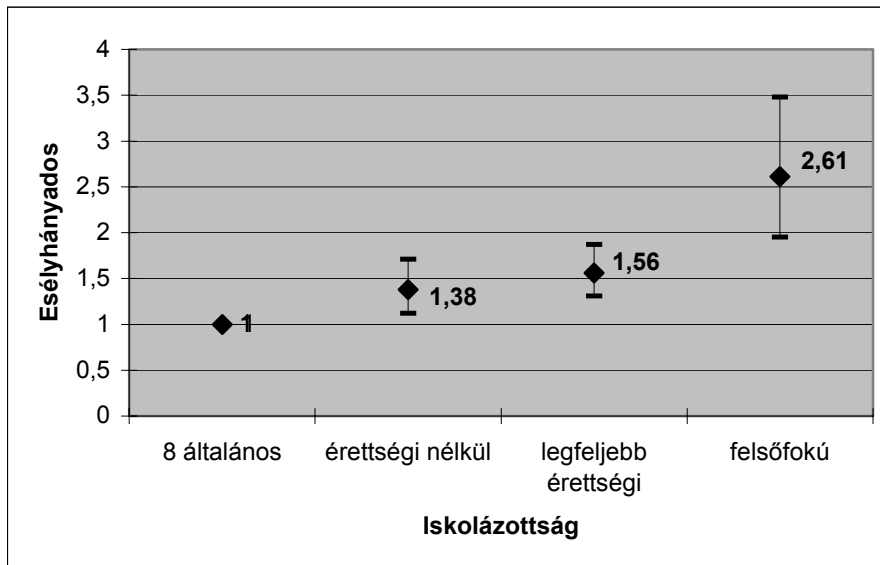


**9. ábra: A fogorvosi ellátás igénybevételének az esélye és az életkor összefüggése a nők és a férfiak esetén**



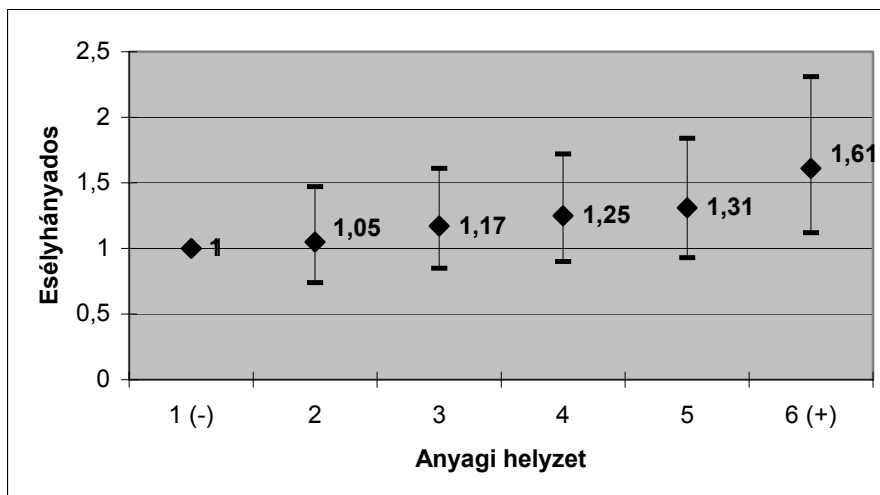
Nő az esély a fogorvosi ellátás igénybevételére a magasabb iskolai végzettséggel. A felsőfokú végzettségűek esélye a fogorvos vizitre 2,5-szer nagyobb, mint a 8 általánost végzettké (10. ábra).

10. ábra: A fogorvosi ellátás igénybevételének az esélye és az iskolázottság összefüggése



Van összefüggés a fogorvosi ellátás igénybevételének esélye és az anyagi helyzet között. A legjobb anyagi helyzetben levők esélye 60%-kal nagyobb a fogorvosi ellátás igénybevételére, mint a legkedvezőtlenebb anyagi helyzetű személyeké (11. ábra).

11. ábra: A fogorvosi ellátás igénybevételének az esélye és az anyagi helyzet összefüggése



A súlyosan korlátozottak esélye több mint 50%-kal kisebb a fogorvosi ellátás igénybevételére, mint az egészségeseké.

Az 5072 sikeres kérdőív válaszadói között 5022 esetben volt adat **pszichológus vagy pszichiáter nyújtotta ellátás** igénybevételéről a felmérést megelőző 12 hónap során – beleértve a magánorvosi ellátást is –, s közülük 4485 személy rendelkezett a vizsgált tényezők mindegyike esetében adattal, ezért az összefüggés-elemzésekben az ő adataik kerültek felhasználásra.

A pszichológus vagy pszichiáter nyújtotta ellátás igénybevételének az esélye kapcsolatban volt a vizsgált tényezők közül a nemmel, a korrallal, az iskolázottsággal, a társas támogatottsággal, valamint a funkcionalitással.

A mentális egészségügyi ellátás esetében is kimutatható volt a nem és a kor közötti interakció, azaz a különböző korcsoportokban eltérő volt a nem és ezen ellátási típus igénybevételének az esélye közötti kapcsolat. A középkorú női korosztály tagjai közel kétszeres eséllyel vették

igénybe pszichológus vagy pszichiáter segítségét, mint a középkorú férfiak. A nemeken belül vizsgálva az életkor hatását a középkorú férfiak esélye több mint 40%-kal, az idős férfiaké több, mint 70%-kal kisebb ezen ellátás igénybevételére a fiatal férfiakhoz képest.

A legfeljebb érettségivel rendelkezők szignifikánsan közel 60%-kal gyakrabban fordultak pszichológushoz vagy pszichiáterhez, mint a 8 általánost végzettek.

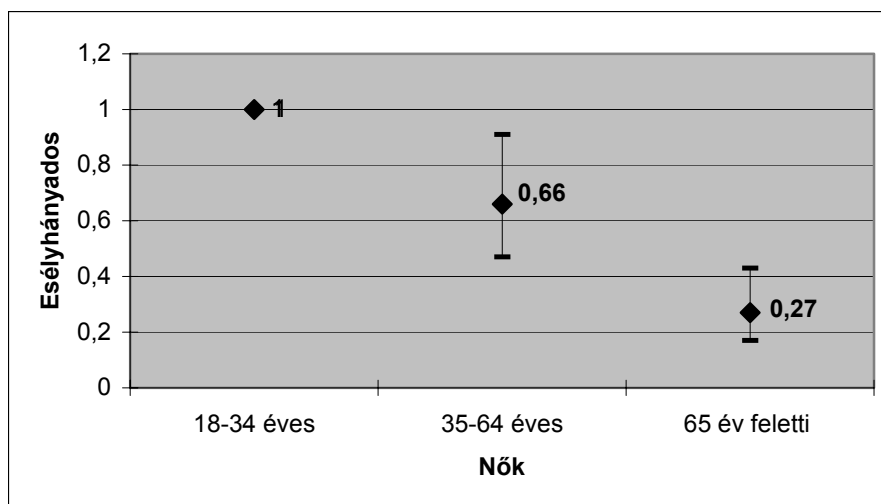
A megfelelő társas támogatottság szignifikánsan 40%-kal, a teljesen kielégítő támogatottság pedig 60%-kal csökkentette a mentális egészségügyi ellátás igénybevételének esélyét a támogatottság súlyos hiányát érzőkhöz képest, míg az enyhe vagy közepes korlátozottság majdnem kétszeresére növelte azt az egészségesekhez képest.

A sikeresen felvett kérdőívek válaszadói között 2812 nő volt, közöttük 2793 esetben volt adat a **nőgyógyászati ellátás** igénybevételéről a felmérést megelőző 12 hónap során – beleértve a magánorvosi ellátást is –, s közülük 2507 személy rendelkezett a vizsgált tényezők mindegyike esetében adattal, ezért az összefüggés-elemzésekben az ő adataik kerültek felhasználásra.

A nőgyógyászati ellátás igénybevételének az esélye kapcsolatban volt a vizsgált tényezők közül a korrallal, az iskolázottsággal, az anyagi helyzettel, valamint a településnagysággal.

A kor előrehaladtával szignifikánsan csökkent az esély a nőgyógyászati ellátás igénybevételére. Az időskorú nők esélye 73%-kal volt kisebb a nőgyógyászati vizitre, mint a fiatal korosztály nőtagjainak (12. ábra).

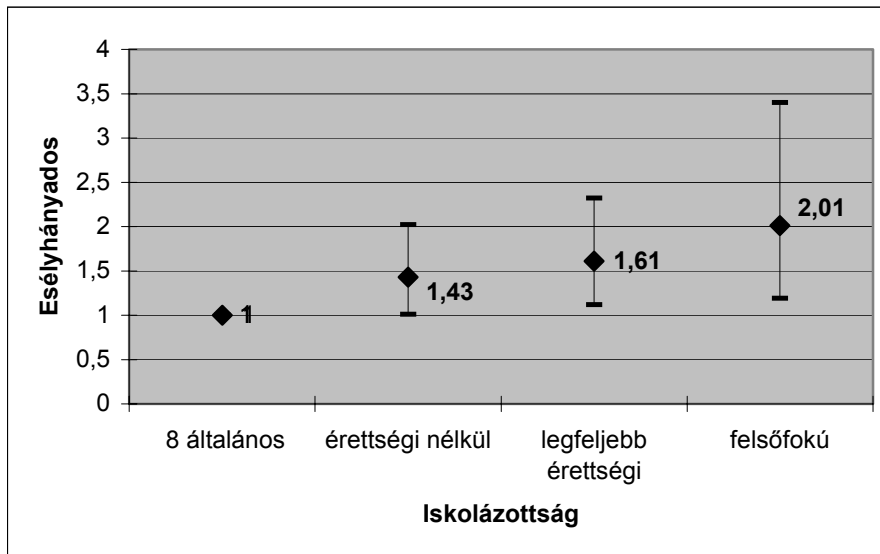
**12. ábra: A nőgyógyászati ellátás igénybevételének az esélye és az életkor összefüggése**



Nő az esély a nőgyógyászati ellátás igénybevételére a magasabb iskolai végzettséggel. A felsőfokú végzettségűek kétszer nagyobb eséllyel vették igénybe a nőgyógyászati ellátást, mint a 8 általánost végzettek (13. ábra).

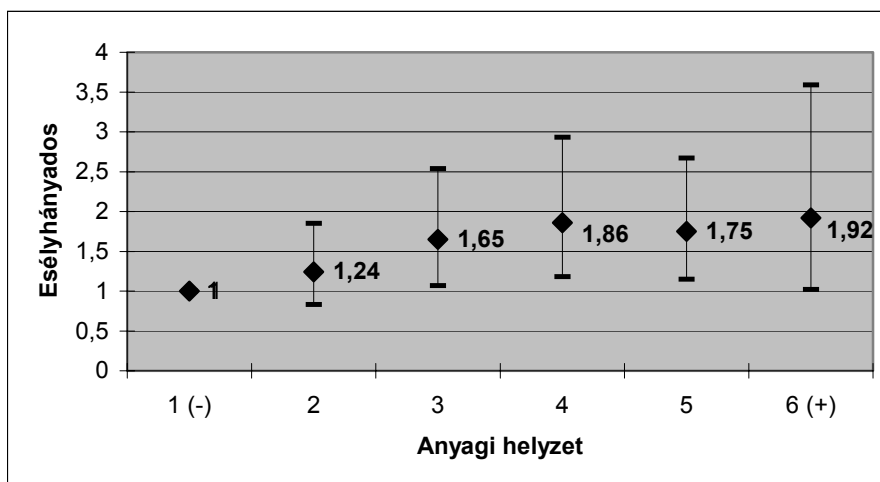


13. ábra A nőgyógyászati ellátás igénybevételének az esélye és az iskolázottság összefüggése



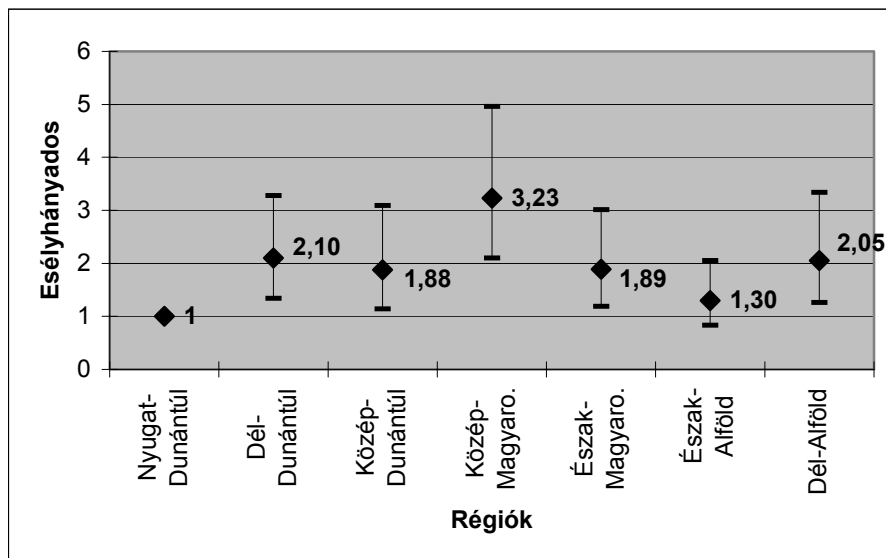
A nőgyógyászati ellátás igénybevételének az esélye jelentősen összefügg az anyagi helyzettel. A legjobb anyagi helyzetben levő nők esélye 92%-kal volt nagyobb a nőgyógyászati ellátás igénybevételére, mint a legkedvezőtlenebb anyagi helyzetűeké (14. ábra).

14. ábra: A nőgyógyászati ellátás igénybevételének az esélye és az anyagi helyzet összefüggése



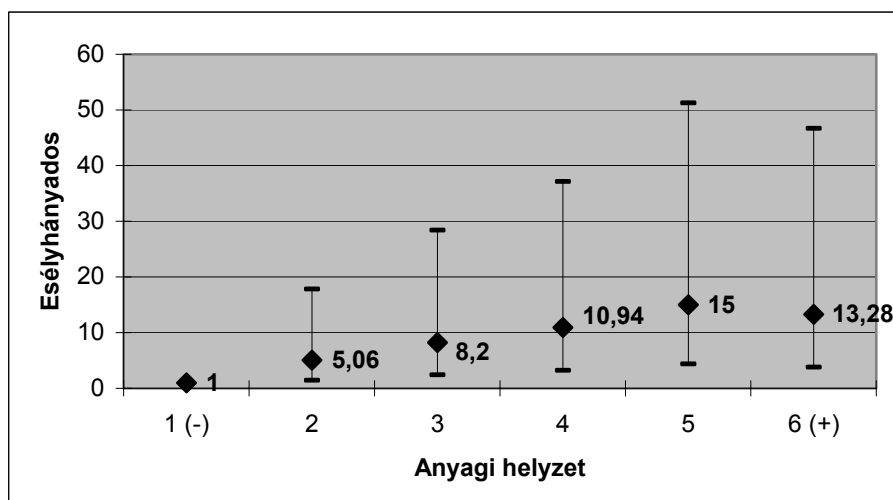
Legalább egy terhességmegszakítás meglétének az esélye kapcsolatban volt a fent vizsgált tényezők közül a korról, az iskolázottsággal, a társas támogatottsággal, a régióval, valamint a korlátozottsággal. A felsőfokú végzettségűek 30%-kal, a megfelelő vagy teljesen kielégítő társas támogatottsággal rendelkezők 30%-kal, a súlyosan korlátozottak 56%-kal kisebb eséllyel estek át abortuszon. A regionális különbségek is szignifikánsak: Észak-Alföld kivételével minden régióban nagyobb volt az esély a terhességmegszakításra, mint Nyugat-Magyarországon. Közép-Magyarországon különösen magasnak, több, mint 3-szorosnak adódott az esély az abortusz meglétére (15. ábra).

15. ábra: Az abortusz esélye és a régiók összefüggése



A **magánorvosi és egyéb egészségügyi ellátás** – a fogorvosi ellátás kivételével – igénybevételének az esélye kapcsolatban volt a vizsgált tényezők közül a nemmel, a korrall, az anyagi helyzettel, az iskolázottsággal, a társas támogatottsággal, a régióval, valamint a korlátozottsággal. A nők 3,5-szer nagyobb eséllyel vették igénybe a magánorvosi ellátást, mint a férfiak. A középkorúak és az idősek 30%-kal, illetve 40%-kal kisebb eséllyel vették igénybe a magánorvosi ellátást, mint a fiatalok. A felsőfokú végzettségűek közel 2,5-szer nagyobb eséllyel, mint a 8 általánost végzettek, és várakozásunknak megfelelően a legjobb anyagi helyzetűek 13-szor nagyobb eséllyel vették igénybe az egészségügyi magánszolgáltatást, mint a legrosszabb anyagi helyzetben lévők (16. ábra). A teljesen kielégítő társas támogatottsággal rendelkezők szignifikánsan 30%-kal kisebb eséllyel fordultak magánorvoshoz, mint a támogatottság súlyos hiányát jelentők. A súlyosan korlátozottak szignifikánsan kétszeres eséllyel fordultak magánorvoshoz, mint az egészségesek. Nyugat-Magyarországhoz képest Közép-Dunántúl és a Dél-Alföld kivételével minden régióban szignifikánsan kisebb volt az esély a magán egészségügyi ellátás igénybevételére.

16. ábra: A magánorvosi ellátás igénybevételének az esélye és az anyagi helyzet összefüggése



### **4.3. Részletes eredmények**

Itt jegyezzük meg, hogy a táblázatokban (8.-18. táblázatok) nem tüntettük fel azokat a tényezőket, amelyeknél a becsült esély egyetlen kategóriában sem tért el statisztikailag szignifikáns mértékben ( $p < 0,05$ ) a referencia kategóriában becsült értéktől.

Egy magyarázó tényező hatását jellemző esélyhányados becslésekor a modellben szereplő többi tényező hatását az alkalmazott logisztikus regresszió kiszűri. Így például a táblázatban szereplő, nemhez tartozó esélyhányados úgy értelmezhető, hogy az alapellátás esélye hányszorosa a nők körében a férfiakhoz mint referenciához viszonyítva, függetlenül attól, hogy melyik korcsoportban, iskolázottsági szinten stb. vizsgáljuk.

**8. Táblázat: Az alapellátás igénybevétele és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat**

Magyarázó tényezők	Módosító tényezők kategóriái	Magyarázó tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
<b>NEM</b>				
Referencia: férfi		nő	1,32	1,11 - 1,56
<b>FOGLALKOZÁS</b>				
Referencia: felsővezető		közép/alsóvezető	0,50	0,20 - 1,27
		beosztott szellemi	0,66	0,25 - 1,72
		önálló kereskedelmi/ ipari/ szolgáltató/ szellemi szabadfoglalkozású	0,31	0,12 - 0,78
		szakmunkás	0,61	0,23 - 1,60
		betanított-/ segéd-/ mezőgazdasági munkás	0,55	0,21 - 1,45
<b>MUNKAVISZONY</b>				
Referencia: dolgozik		munkanélküli	0,26	0,09 - 0,72
		rokkantnyugdíjas	0,63	0,24 - 1,64
		nyugdíjas	0,50	0,19 - 1,32
		egyéb inaktív	0,34	0,12 - 0,91
<b>FUNKCIONALITÁS<sup>2</sup></b>				
Referencia: egészséges		enyhe/közepes korlátozottság	1,31	1,08 - 1,59
		súlyos korlátozottság	2,01	1,11 - 3,64
<b>SZÍV- ÉRRENDSZERI VAGY CUKORBETEGSÉG</b>				
Referencia: nem beteg		beteg	5,38	4,12 - 7,03

<sup>2</sup> Ebben az elemzésben az OLEF 2003 Gyorsjelentéshez kifejlesztett funkcionalitás-csökkenés származtatott változót használtuk, mely több dimenzióban (mozgás, önellátás, látás, hallás) vizsgálta az egyén korlátozottságát. Bármely dimenzió esetében detektált súlyos korlátozottságot súlyos funkcionalitás-csökkenésként értékeltünk, enyhe/közepes funkcionalitás-csökkenés kategóriába soroltuk a valamilyen szintű, de nem súlyos korlátozottságról beszámoló egyéneket.

**9. Táblázat: Vérnyomásmérésen való részvétel esélye a felmérést megelőző egy éven belül és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat**

Magyarázó tényezők	Módosító tényezők kategóriái	Magyarázó tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
<b>KOR</b>				
Referencia: 18-34 év		35-64 év	1,32	1,07 - 1,61
		65+ év	1,19	0,77 - 1,85
<b>ISKOLÁZOTTSÁG</b>				
Referencia: 8 általános		érettségi nélkül	1,22	0,94 - 1,59
		legfeljebb érettségi	1,18	0,91 - 1,51
		felsőfokú	1,61	1,13 - 2,30
<b>MUNKAVISZONY</b>				
Referencia: dolgozik		munkanélküli	0,84	0,39 - 1,79
		rokkantnyugdíjas	2,50	1,08 - 5,79
		nyugdíjas	1,79	0,78 - 4,13
		egyéb inaktív	0,97	0,43 - 2,18
<b>FUNKCIONALITÁS</b>				
Referencia: egészséges		enyhe/közepes korlátozottság	1,21	1,01 - 1,46
		súlyos korlátozottság	1,58	0,88 - 2,82
<b>MAGASVÉRNYOMÁS BETEGSÉG</b>				
Referencia: nem beteg		beteg	4,94	3,69 - 6,59

**10. Táblázat: Koleszterinszint-mérése való részvétel esélye a felmérést megelőző egy éven belül és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat**

Magyarázó tényezők	Módosító tényezők kategóriái	Magyarázó tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
<b>NEM</b>				
Referencia: férfi		nő	1,38	1,18 - 1,60
<b>KOR</b>				
Referencia: 18-34 év		35-64 év	2,10	1,78 - 2,47
		65+ év	1,70	1,25 - 2,31
<b>ISKOLÁZOTTSÁG</b>				
Referencia: 8 általános		érettségi nélkül	1,28	1,03 - 1,59
		legfeljebb érettségi	1,12	0,92 - 1,37
		felsőfokú	1,36	1,06 - 1,76
<b>FOGLALKOZÁS</b>				
Referencia: felsővezető		közép/alsóvezető	0,58	0,29 - 1,14
		beosztott szellemi	0,58	0,31 - 1,09
		önálló kereskedelmi/ ipari/ szolgáltató/ szellemi szabadfogl.	0,48	0,26 - 0,87
		szakmunkás	0,57	0,31 - 1,03
		betanított-/segéd- /mezőgazd.-i munkás	0,62	0,33 - 1,16
<b>MUNKAVISZONY</b>				
Referencia: dolgozik		munkanélküli	0,42	0,21 - 0,82
		rokkantnyugdíjas	1,28	0,66 - 2,39
		nyugdíjas	0,76	0,41 - 1,40
		egyéb inaktív	0,43	0,22 - 0,82
<b>TELEPÜLÉSNAGYSÁG</b>				
Referencia: 0-1000 fő		1001-3000	1,04	0,78 - 1,38
		3001-5000	0,93	0,67 - 1,32
		5001-10000	1,48	1,07 - 2,05
		10001-50000	1,35	1,02 - 1,78
		50001+	1,37	1,05 - 1,79
<b>RÉGIÓ</b>				
Referencia: Nyugat-Dunántúl		Dél-Dunántúl	0,73	0,56 - 0,96
		Közép-Dunántúl	1,16	0,84 - 1,62
		Közép-Magyaró.	1,17	0,91 - 1,51
		Észak-Magyaró.	0,91	0,69 - 1,21
		Észak-Alföld	0,75	0,57 - 0,98
		Dél-Alföld	0,92	0,70 - 1,21
<b>FUNKCIONALITÁS</b>				
Referencia: egészséges		enyhe/közepes korlátozottság	1,20	1,03 - 1,40
		súlyos korlátozottság	1,65	1,17 - 2,32
<b>MAGAS KOLESZTERINSZINT</b>				
Referencia: nem beteg		beteg	5,80	4,49 - 7,58

**11. Táblázat: Vércukorszint-mérésen való részvétel esélye a felmérést megelőző egy éven belül és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat**

Magyarázó tényezők	Módosító tényezők kategóriái	Magyarázó tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
<b>NEM</b>				
Referencia: férfi		nő	1,49	1,29 - 1,72
<b>KOR</b>				
Referencia: 18-34 év		35-64 év	2,05	1,75 - 2,40
		65+ év	1,98	1,47 - 2,67
<b>ISKOLÁZOTTSÁG</b>				
Referencia: 8 általános		érettségi nélkül	1,38	1,11 - 1,70
		legfeljebb érettségi	1,27	1,04 - 1,56
		felsőfokú	1,83	1,42 - 2,37
<b>MUNKAVISZONY</b>				
Referencia: dolgozik		munkanélküli	0,72	0,39 - 1,36
		rokkantnyugdíjas	2,05	1,05 - 3,99
		nyugdíjas	1,07	0,58 - 1,99
		egyéb inaktív	0,83	0,44 - 1,55
<b>RÉGIÓ</b>				
Referencia: Nyugat-Dunántúl		Dél-Dunántúl	0,88	0,69 - 1,10
		Közép-Dunántúl	1,06	0,78 - 1,44
		Közép-Magyaró.	1,10	0,89 - 1,36
		Észak-Magyaró.	0,87	0,68 - 1,11
		Észak-Alföld	0,78	0,61 - 0,99
		Dél-Alföld	0,81	0,62 - 1,05
<b>FUNKCIONALITÁS</b>				
Referencia: egészséges		enyhe/közepes korlátozottság	1,18	1,01 - 1,36
		súlyos korlátozottság	1,34	0,94 - 1,91
<b>CUKORBETEGSÉG</b>				
Referencia: nem beteg		beteg	11,30	6,76 - 18,88

12. Táblázat: A járóbeteg szakellátás igénybevétele és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat

Magyarázó tényezők	Módosító tényezők kategóriái	Magyarázó tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
<b>NEM</b>				
Referencia: férfi	18-34 év	nő	3,86	3,03 - 4,91
	35-64 év	nő	2,46	2,03 - 2,99
	65+ év	nő	1,35	0,99 - 1,85
<b>KOR</b>				
Referencia: 18-34 év	férfi	35-64 év	1,23	0,98 - 1,55
		65+ év	1,51	1,01 - 2,24
	nő	35-64 év	0,79	0,63 - 0,98
		65+ év	0,53	0,37 - 0,75
<b>ISKOLÁZOTTSÁG</b>				
Referencia: 8 általános		érettségi nélkül	1,28	1,06 - 1,54
		legfeljebb érettségi	1,24	1,01 - 1,53
		felsőfokú	1,73	1,34 - 2,26
<b>MUNKAVISZONY</b>				
Referencia: dolgozik		munkanélküli	1,38	0,74 - 2,56
		rokkantnyugdíjas	3,11	1,60 - 6,05
		nyugdíjas	1,42	0,74 - 2,72
		egyéb inaktív	1,56	0,82 - 2,94
<b>ANYAGI HELYZET</b>				
Referencia: 1 (legrosszabb)		2	1,28	0,96 - 1,70
		3	1,33	1,00 - 1,77
		4	1,32	0,98 - 1,77
		5	1,41	1,04 - 1,91
		6 (legjobb)	1,28	0,90 - 1,80
<b>TELEPÜLÉSNAGYSÁG</b>				
Referencia: 0-1000 fő		1001-3000	1,10	0,82 - 1,46
		3001-5000	1,06	0,76 - 1,49
		5001-10000	1,07	0,77 - 1,47
		10001-50000	1,27	0,96 - 1,68
		50001+	1,36	1,03 - 1,78
<b>FUNKCIONALITÁS</b>				
Referencia: egészséges		enyhe/közepes korlátozottság	1,72	1,50 - 1,96
		súlyos korlátozottság	1,57	1,15 - 2,15



13. Táblázat: A fekvőbeteg szakellátás igénybevétele és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat

Magyarázó tényezők	Módosító tényezők kategóriái	Magyarázó tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
<b>NEM</b>				
Referencia: férfi	18-34 év	nő	2,67	1,76 - 4,05
	35-64 év	nő	1,15	0,88 - 1,49
	65+ év	nő	1,08	0,75 - 1,56
<b>KOR</b>				
Referencia: 18-34 év	férfi	35-64 év	1,78	1,21 - 2,60
		65+ év	2,80	1,71 - 4,58
	nő	35-64 év	0,76	0,56 - 1,03
		65+ év	1,14	0,72 - 1,78
<b>MUNKAVISZONY</b>				
Referencia: dolgozik		munkanélküli	1,81	0,47 - 6,95
		rokkantnyugdíjas	6,36	1,70 - 23,74
		nyugdíjas	2,36	0,62 - 8,92
		egyéb inaktív	3,35	0,90 - 12,37
<b>FUNKCIONALITÁS</b>				
Referencia: egészséges		enyhe/közepes korlátozottság	1,86	1,54 - 2,25
		súlyos korlátozottság	2,79	1,90 - 4,08

**14. Táblázat: Pszichológus vagy pszichiáter nyújtotta ellátás igénybevétele és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat**

Magyarázó tényezők	Módosító tényezők kategóriái	Magyarázó tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
<b>NEM</b>				
Referencia: férfi	18-34 év	nő	0,69	0,37 - 1,26
	35-64 év		1,96	1,28 - 3,00
	65+ év		1,86	0,61 - 5,60
<b>KOR</b>				
Referencia: 18-34 év	férfi	35-64 év	0,58	0,35 - 0,96
		65+ év	0,28	0,09 - 0,89
	nő	35-64 év	1,65	0,99 - 2,76
		65+ év	0,76	0,32 - 1,79
<b>ISKOLÁZOTTSÁG</b>				
Referencia: 8 általános		érettségi nélkül	1,23	0,80 - 1,88
		legfeljebb érettségi	1,57	1,05 - 2,36
		felsőfokú	1,34	0,72 - 2,49
<b>TÁRSAS TÁMOGATOTTSÁG</b>				
Referencia: súlyos hiány		megfelelő	0,59	0,36 - 0,97
		teljesen kielégítő	0,41	0,27 - 0,62
<b>FUNKCIONALITÁS</b>				
Referencia: egészséges		enyhe/közepes korlátozottság	1,93	1,37 - 2,71
		súlyos korlátozottság	1,56	0,82 - 2,96

15. Táblázat: A fogorvosi ellátás igénybevétele és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat

Magyarázó tényezők	Módosító tényezők kategóriái	Magyarázó tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
<b>NEM</b>				
Referencia: férfi	18-34 év	nő	1,92	1,51 - 2,44
	35-64 év	nő	1,60	1,34 - 1,91
	65+ év	nő	1,11	0,75 - 1,63
<b>KOR</b>				
Referencia: 18-34 év	férfi	35-64 év	0,61	0,49 - 0,76
		65+ év	0,42	0,27 - 0,63
	nő	35-64 év	0,51	0,41 - 0,64
		65+ év	0,24	0,16 - 0,35
<b>ISKOLÁZOTTSÁG</b>				
Referencia: 8 általános		érettségi nélkül	1,38	1,12 - 1,71
		legfeljebb érettségi	1,56	1,31 - 1,87
		felsőfokú	2,61	1,95 - 3,48
<b>ANYAGI HELYZET</b>				
Referencia: 1 (legrosszabb)		2	1,05	0,74 - 1,47
		3	1,17	0,85 - 1,61
		4	1,25	0,90 - 1,72
		5	1,31	0,93 - 1,84
		6 (legjobb)	1,61	1,12 - 2,31
<b>TELEPÜLÉSNAGYSÁG</b>				
Referencia: 0-1000 fő		1001-3000	1,39	1,04 - 1,87
		3001-5000	1,24	0,89 - 1,74
		5001-10000	1,27	0,90 - 1,79
		10001-50000	1,24	0,92 - 1,66
		50001+	1,37	1,03 - 1,81
<b>FUNKCIONALITÁS</b>				
Referencia: egészséges		enyhe/közepes korlátozottság	1,01	0,87 - 1,18
		súlyos korlátozottság	0,48	0,29 - 0,77

16. Táblázat: A nőgyógyászati ellátás igénybevétele és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat

Magyarázó tényezők	Módosító tényezők kategóriái	Magyarázó tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
<b>KOR</b>				
Referencia: 18-34 év		35-64 év	0,66	0,47 - 0,91
		65+ év	0,27	0,17 - 0,43
<b>ISKOLÁZOTTSÁG</b>				
Referencia: 8 általános		érettségi nélkül	1,43	1,01 - 2,02
		legfeljebb érettségi	1,61	1,12 - 2,32
		felsőfokú	2,01	1,19 - 3,40
<b>ANYAGI HELYZET</b>				
Referencia: 1 (legrosszabb)		2	1,24	0,83 - 1,85
		3	1,65	1,07 - 2,54
		4	1,86	1,18 - 2,93
		5	1,75	1,15 - 2,66
		6 (legjobb)	1,92	1,02 - 3,59
<b>TELEPÜLÉSNAGYSÁG</b>				
Referencia: 0-1000 fő		1001-3000	1,15	0,73 - 1,79
		3001-5000	0,59	0,35 - 0,99
		5001-10000	1,32	0,78 - 2,23
		10001-50000	0,97	0,60 - 1,57
		50001+	1,07	0,69 - 1,65

**17. Táblázat: Legalább egy terhelemegszakítás megléte és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat**

Magyarázó tényezők	Módosító tényezők kategóriái	Magyarázó tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
<b>KOR</b>				
Referencia: 18-34 év		35-64 év	2,58	2,06 - 3,24
		65+ év	2,00	1,31 - 3,05
<b>ISKOLÁZOTTSÁG</b>				
Referencia: 8 általános		érettségi nélkül	1,02	0,75 - 1,40
		legfeljebb érettségi	0,83	0,63 - 1,09
		felsőfokú	0,69	0,48 - 0,98
<b>TÁRSAS TÁMOGATOTTSÁG</b>				
Referencia: súlyos hiány		megfelelő	0,69	0,50 - 0,95
		teljesen kielégítő	0,70	0,52 - 0,92
<b>RÉGIÓ</b>				
Referencia: Nyugat-Dunántúl		Dél-Dunántúl	2,10	1,34 - 3,28
		Közép-Dunántúl	1,88	1,14 - 3,09
		Közép-Magyaro.	3,23	2,10 - 4,96
		Észak-Magyaro.	1,89	1,19 - 3,01
		Észak-Alföld	1,30	0,83 - 2,05
		Dél-Alföld	2,05	1,26 - 3,34
<b>FUNKCIONALITÁS</b>				
Referencia: egészséges		enyhe/közepes korlátozottság	0,87	0,72 - 1,06
		súlyos korlátozottság	0,44	0,28 - 0,70

**18. Táblázat: A magán egészségügyi ellátás – a fogorvosi ellátás kivételével – igénybevétele és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat**

Magyarázó tényezők	Módosító tényezők kategóriái	Magyarázó tényező kategóriái	Esélyhányados	95%-os megbízhatósági tartomány
<b>NEM</b>				
Referencia: férfi		nő	3,53	2,73 - 4,57
<b>KOR</b>				
Referencia: 18-34 év		35-64 év	0,67	0,54 - 0,83
		65+ év	0,58	0,33 - 1,00
<b>ISKOLÁZOTTSÁG</b>				
Referencia: 8 általános		érettségi nélkül	1,41	0,96 - 2,06
		legfeljebb érettségi	1,41	0,98 - 2,03
		felsőfokú	2,44	1,64 - 3,63
<b>ANYAGI HELYZET</b>				
Referencia: 1 (legrosszabb)		2	5,06	1,44 - 17,79
		3	8,20	2,40 - 28,04
		4	10,94	3,22 - 37,1
		5	15,00	4,39 - 51,26
		6 (legjobb)	13,28	3,78 - 46,68
<b>TÁRSAS TÁMOGATOTTSÁG</b>				
Referencia: súlyos hiány		megfelelő	0,73	0,50 - 1,05
		teljesen kielégítő	0,70	0,52 - 0,94
<b>RÉGIÓ</b>				
Referencia: Nyugat-Dunántúl		Dél-Dunántúl	0,50	0,28 - 0,89
		Közép-Dunántúl	0,78	0,51 - 1,18
		Közép-Magyaro.	0,58	0,39 - 0,86
		Észak-Magyaro.	0,60	0,38 - 0,96
		Észak-Alföld	0,54	0,34 - 0,84
		Dél-Alföld	1,11	0,73 - 1,70
<b>FUNKCIONALITÁS</b>				
Referencia: egészséges		enyhe/közepes korlátozottság	1,15	0,92 - 1,43
		súlyos korlátozottság	2,19	1,11 - 4,32

## 5. Megbeszélés

### 5.1. Más felmérések adataival való összehasonlíthatóság

Széleskörű jelentőséggel bír, ha az egészségi állapottal kapcsolatos megállapítások összehasonlíthatóak a különböző, elismert minőségű nemzeti egészségfelmérésekben. Világszerte nő az érdeklődés az egészség „monitorizálására”, a különböző egészségügyi rendszerek teljesítményének, illetve az ugyanazon populáción belüli és a különböző populációk közötti egészség-különbségek összevetésére [19]. Az OLEF 2003 felmérésben használt kérdőív nemzetközi szakmai fórumok ajánlásai és az OLEF 2000 alapján készült, így alkalmas arra, hogy az OLEF 2000-rel, illetve a hasonló vizsgálati célkitűzésekkel bíró külföldi felmérésekkel adott részletekben pontos megfeleltetéssel vagy a trendekben összehasonlítható legyen. A korábbi magyar felmérésekkel való összehasonlításnál szigorúan figyelembe kell venni, hogy önmagában az eltérő módszertan miatt adódhatnak számottevő különbségek az eredményekben, hiszen az OLEF vizsgálatával szemben a korábbi hazai vizsgálatokban nem végeztek összefüggés-elemzéseket. A külföldi vizsgálatok esetében nincsenek információink az alkalmazott elemzési módszerekről.

A TÁRKI 1997-es vizsgálatának eredményeihez hasonlítva az OLEF 2003-ban magasabb igénybevételi arányt állapítottunk meg a háziorvosi ellátásban, mind a férfiak, mind a nők esetén; a nők mindkét felmérés szerint nagyobb gyakorisággal fordulnak az alapellátáshoz a férfiakhoz képest [20]. Felmérésünk szerint az alapellátás igénybevételében nem mutathatók ki szignifikáns összefüggések a társadalmi-gazdasági helyzet alapján ellentétben a TÁRKI mérésével. A szakellátás igénybevételénél a két felmérés eredménye összhangban van, miszerint továbbra is a magasabb iskolázottságú, nagyobb városokban élő betegek előfordulása a gyakoribb. Kedvező változásnak tekinthetjük, hogy míg a '97-es felmérés szerint fogorvosi kezelésen a felmérést megelőző évben nem egészen minden 4. megkérdezett vett részt, addig 2003-ban közel minden 3. személy, valamint a középkorú nők felmérésünk alapján mintegy 10%-kal nagyobb gyakorisággal vették igénybe a nőgyógyászati ellátást a TÁRKI által mért adathoz képest.

A Magyar Háztartás Panel 1996-os vizsgálatához képest az OLEF 2003-ban nem igazolódott, hogy az alacsony végzettségűek, valamint a betanított és segédmunkások szignifikánsan az átlag alatti gyakorisággal keresik fel az alapellátást. Mindkét felmérés azonos eredményre jutott abban, hogy a járóbeteg szakellátás igénybevételében a kistélepusú lakók hátrányban vannak: az OLEF 2003-ban az 50.001 főnél nagyobb lakosú városokban lakók szignifikánsan közel 40%-kal nagyobb eséllyel vették igénybe a járóbeteg szakellátást, mint a legkisebb településeken lakók. Mindkét felmérés megállapította, hogy a magasabb képzettséggel rendelkezők és a kedvezőbb anyagi helyzetben lévők nagyobb eséllyel fordulnak szakorvosi ellátáshoz, mint a képzetlenek és a szegényebbek. A nők mindkét felmérés eredményei szerint gyakrabban járnak szakorvoshoz, mint a férfiak [21].

A KSH 1994-es Egészségi Állapot Felmérésében a férfiak 31%-a, a nők 20%-a nem fordult egészségügyi ellátáshoz a felmérést megelőző évben, öröndetesen ez az arány az OLEF 2003-ban már csak 13%, illetve 6,5% [22]. A megállapítás, miszerint az alacsonyabb státuszúak többet járnak orvoshoz felmérésünk szerint nem igazolódott: sem az alapellátás, sem a fekvőbeteg ellátás igénybevétele esetén sem találtunk összefüggést az iskolázottsággal, illetve az anyagi helyzettel. Ez egyedül a szakellátás esetén áll fenn az OLEF 2003 eredményei alapján.

A közép-kelet európai régióban a Cseh Köztársaság HIS CR 2002 felmérésének eredménye azt mutatja, hogy a felmérést megelőző egy évben a cseh férfiak 11%-a és a nők 15%-a töltött

fekvőbetegként legalább 1 napot kórházban [23]. Az OLEF 2003 eredményei hasonlóak (férfiaknál 13%, nőknél 18%). Semmilyen egészségügyi ellátást nem vett igénybe a cseh férfiak 10%-a és a nők 5%-a, ez az OLEF 2003 esetén ez az érték 13%, illetve 6,5%. A kutatást megelőző 12 hónapban a cseh férfiak 66%-ának és a nők 75%-ának mérték a vérnyomását, a magyaroknál ez lényegesen jobban alakult: a férfiak 79%-ának, a nők 82%-ának ellenőrizték a vérnyomását. A cseh férfiak 35%-ánál és a nők 45%-ánál történt koleszterinszint mérés, míg az OLEF 2003 alapján a férfiak 41%-ánál, a nők 50%-ánál végeztek koleszterinszint mérést a felmérést megelőző 12 hónapon belül.

Belgiumban 2001-ben szervezték a második kérdőíves lakossági egészségfelmérést [24]. A válaszolók 77%-ának mérték a vérnyomását, és 43%-nál történt koleszterinszint-mérés a felmérést megelőző 12 hónapban. Felmérésünkben ez 80,5%-nak, illetve 46%-nak bizonyult. Az összes megkérdezett körében a szakorvosi ellátás igénybevétele Belgiumban 50%-nak adódott, míg felmérésünkben 56%-os eredményt kaptunk. A belgák a fekvőbeteg szakellátást 14%-ban, az alternatív egészségügyi ellátást 11%-ban vették igénybe, addig a magyarok a kórházi ellátást 15,5%-ban, az alternatív formákat 5%-ban vették igénybe. A belga felmérés megállapítása szerint az alapellátást a rosszabb társadalmi-gazdasági státuszúak vették igénybe, míg szakellátáshoz és fogorvosi ellátáshoz a kedvezőbb társadalmi-gazdasági státuszúak fordultak. Az OLEF 2003-ban a fenti különbség nem mutatkozott meg az alapellátásnál, de a szakellátásban és fogorvosi ellátásban igen. Korcsoportos bontásra való tekintet nélkül a felnőtt belga nők 30%-ánál, a felnőtt magyar nők 35%-ánál végeztek mammográfiás vizsgálatot a felméréseket megelőző 2 éven belül. A belga felmérésben a kérdezettek 49%-a járt fogorvosnál a felmérést megelőző 12 hónapon belül, és 8%-a soha nem volt fogorvosnál. OLEF 2003-ban az előbbi adat 39% volt, míg több, mint 5 éve vagy sohasem járt fogorvosnál a kérdezettek 23%-a.

Az Egyesült Államokban a 2002-es lakossági egészségfelmérés (NHIS 2002) megállapítása szerint a felmérést megelőző 12 hónapban az amerikai férfiak 26%-a, míg a nők 13%-a nem vett igénybe semmilyen egészségügyi ellátást, ez az OLEF 2003-ban 13%, illetve 6,5% [18]. A felmérést megelőző 12 hónapban a megkérdezettek 62%-a vett igénybe fogorvosi ellátást, 24 %-uk 5 éven belül, 14%-uk több, mint 5 éve vagy soha nem részesült fogorvosi ellátásban. A magyar kérdezettek 39%-a 1 éven belül, 38%-a 5 éven belül, illetve 23%-uk több mint 5 éve vagy sohasem kereste fel fogorvosát. A NHIS 2002 jelezte, hogy az alapellátást a rosszabb társadalmi-gazdasági státuszúak vették igénybe gyakrabban, de ahogy már említettük, ez az OLEF 2003 felmérés során nem igazolódott.

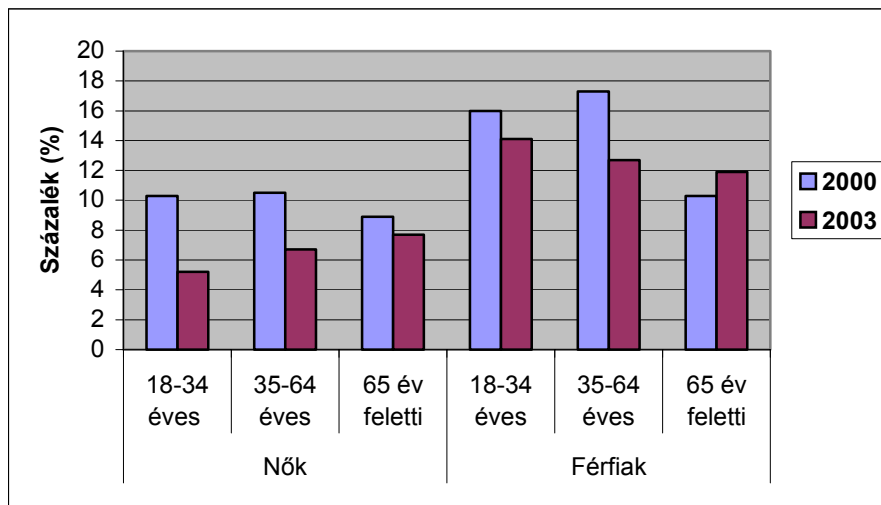
## **5.2. Összehasonlítás az OLEF 2000 adataival**

Az OLEF 2003 lakossági egészségfelmérés közvetlen előzménye az a 2000-ben lezajlott OLEF 2000, amely módszereiben és tematikájában közel azonos volt a jelen vizsgált felméréssel [25]. A két felmérés összevetése egyedülálló lehetőséget nyújt az időközben bekövetkezett változások észlelésére. Hangsúlyozandó, hogy csak a statisztikailag szignifikáns változásokat jeleztük a szöveges elemzésben (95%-os megbízhatósági tartomány vagy  $\chi^2$  próba alapján).

A fiatal nők között 10,3%-ról 5,2%-ra, a középkorú nőknél 10,5%-ról 6,7%-ra csökkent azok aránya, akik nem vettek igénybe semmilyen egészségügyi ellátást a felmérést megelőző egy évben. A középkorú férfiaknál is szignifikáns csökkenés mutatkozott e tekintetben: míg 2000-ben 17,3%-uk, 2003-ban már csak 12,7%-uk nem vette igénybe egészségügyi szolgáltatások bármely formáját (17. ábra). A nőknél összességében 10,1%-ról 6,5%-ra, a férfiaknál 15,8%-ról 13%-ra csökkent az ellátást igénybe nem vevők aránya.

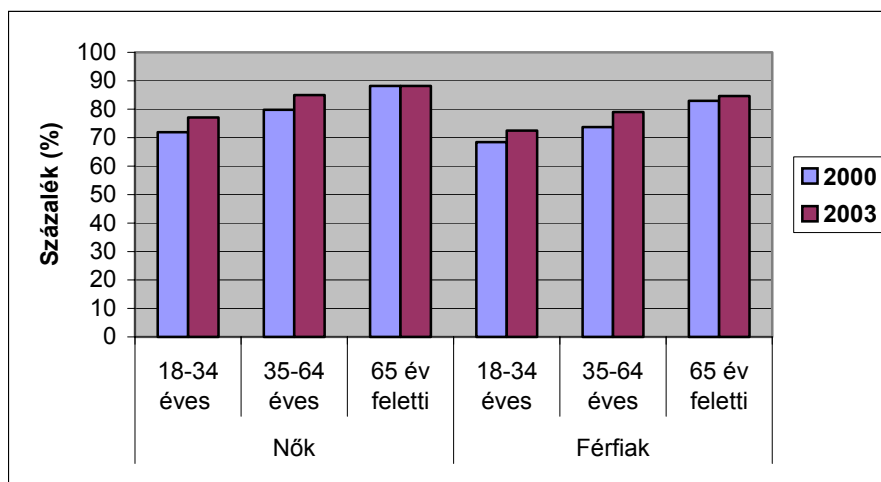


17. ábra: Azok aránya kor és nem szerint, akik a felmérést megelőző 12 hónapban semmilyen egészségügyi ellátást nem vettek igénybe, 2000-ben és 2003-ban

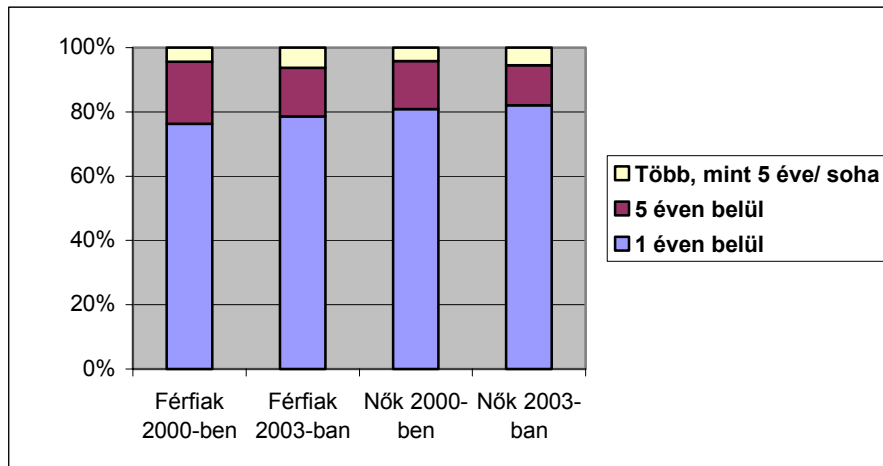


Alapellátás igénybevételében észlelhető változás, hogy a fiatal nőknél 71,9%-ról 77,1%-ra, középkorú nők esetében 79,8%-ról 84,9%-ra emelkedett az ellátást igénybevevők aránya, míg a középkorú férfiaknál 73,7%-ról 79%-ra (18. ábra). A nők esetén összességében 79,3%-ról 83,4%-ra, a férfiaknál 73,2%-ról 77,6%-ra emelkedett az alapellátásban részesültek aránya. Az OLEF 2000-hez képest a legfontosabb változás, hogy az OLEF 2003-ban nem mértünk különbséget az alapellátás igénybevételénél a különböző társadalmi-gazdasági háttérű személyek között.

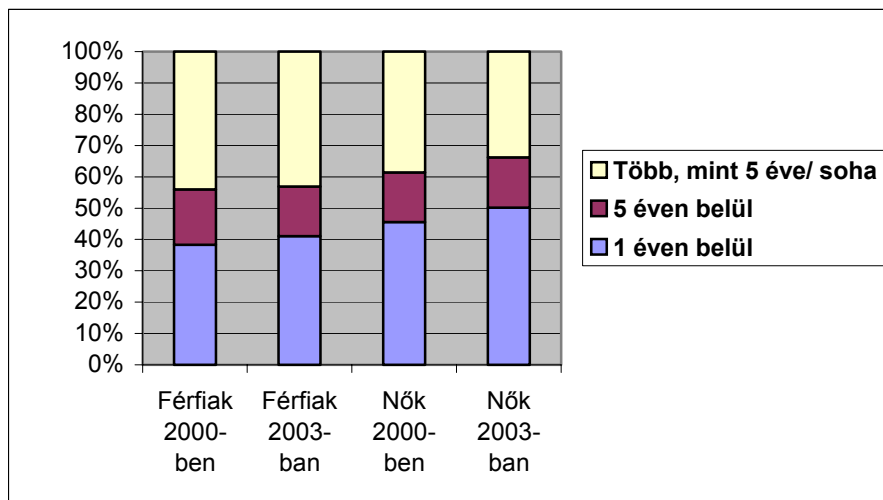
18. ábra: Az alapellátás igénybevétele kor és nem szerint, 2000-ben és 2003-ban



Az alapellátáshoz tartozó szűrővizsgálatok elvégzésének gyakoriságában (vérnyomásmérés, koleszterinszint-mérés, vércukormérés) is adódtak változások az OLEF 2000 adataihoz képest. A férfiaknál 19,3%-ról 15,1%-ra csökkent azok aránya, akiknek 5 éven belül mérték a vérnyomását, 4,4%-ról 6,3%-ra nőtt azok aránya, akiknek több mint 5 éve vagy sohasem mérték. A nőknél 14,9%-ról 12,4%-ra csökkent azok aránya, akiknek 5 éven belül mérték a vérnyomását, 4,2%-ról 5,5%-ra nőtt azok aránya, akiknek több mint 5 éve vagy sohasem mérték (19. ábra). A magasvérnyomás betegségben szenvedőknél 84,9%-ról 88,3%-ra nőtt azok aránya, akiknek fél éven belül mérték a vérnyomását.

**19. ábra: Vérnyomásmérésen való részvétel nem szerint, 2000-ben és 2003-ban**

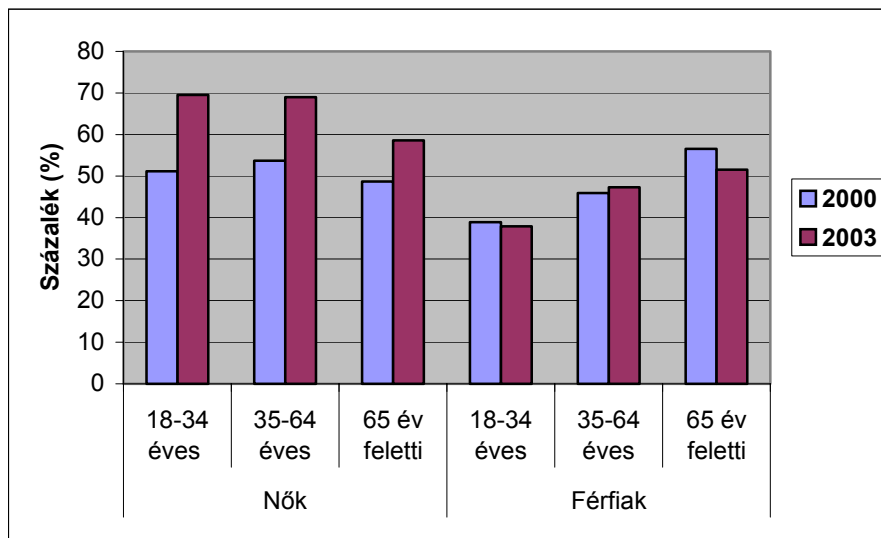
A nőknél 45,6%-ról 50,2%-ra nőtt azok aránya, akiknek a felmérést megelőző egy éven belül mérték a koleszterinszintjét (20. ábra). Az emelkedéshez leginkább a középkorú nők járultak hozzá: 2000-ben 50,2%-uknál végeztek koleszterinszint-vizsgálatot egy éven belül, míg 2003-ban 57,6%-nál.

**20. ábra: Koleszterinszint-mérésen való részvétel nem szerint, 2000-ben és 2003-ban**

A vércukorszint ellenőrzésében egyedül a középkorú nőknél kimutatható változás: 56,9%-ról 61,6%-ra nőtt azok aránya, akiknek egy éven belül mérték a vércukorszintjét.

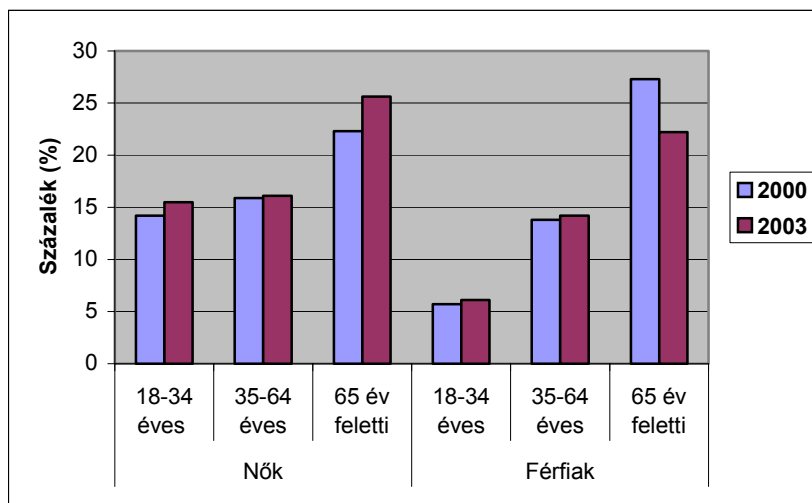
A járóbeteg szakellátás igénybevételében a nők esetében volt különbség a két felmérés eredményei között: a fiatal korosztály tagjainál 51,1%-ról 69,4%-ra nőtt az ellátást igénybevevők aránya, míg a középkorúaknál 53,7%-ról 67,8%-ra, az időskorú nőknél 48,7%-ról 57,8%-ra (21. ábra). Összességében 51,8%-ról 66,1%-ra nőtt a járóbeteg szakellátás igénybevétele a nők körében.

21. ábra: A járóbeteg szakellátás igénybevétele kor és nem szerint, 2000-ben és 2003-ban



Az idős korcsoportoknál látható eltérések statisztikailag nem szignifikánsak, a fekvőbeteg szakellátás igénybevételében egyik nem és korcsoport esetében sem történtek változások (22. ábra).

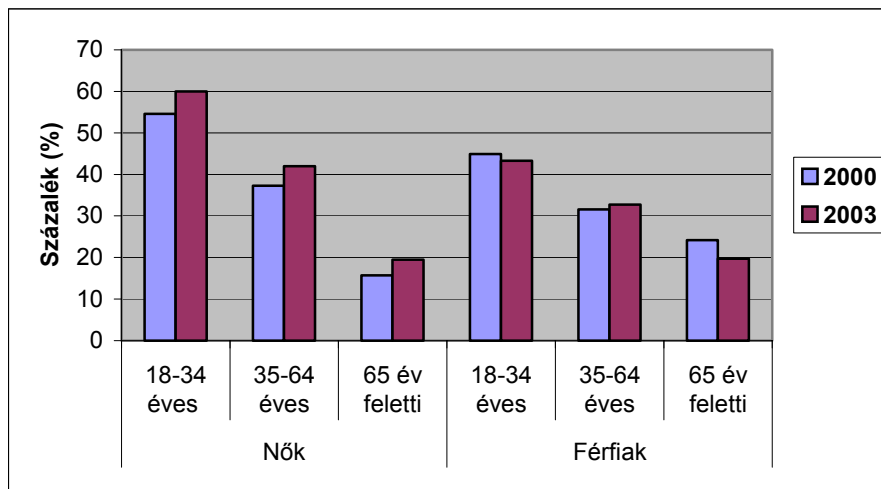
22. ábra: A fekvőbeteg szakellátás igénybevétele kor és nem szerint, 2000-ben és 2003-ban



A fekvőbeteg szakellátás igénybevételéhez hasonlóan a pamedikális ellátás és az alternatív egészségügyi ellátás igénybevételében sem találtunk szignifikáns eltérést a nemek és a különböző korcsoportok esetén.

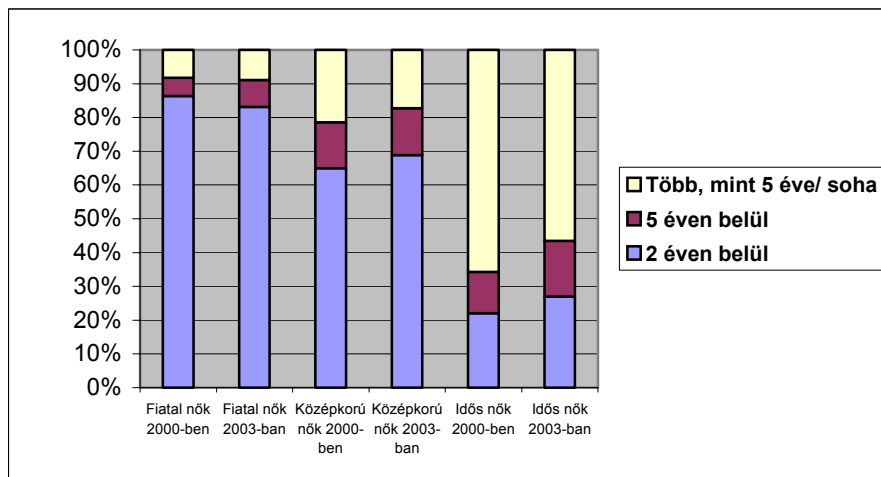
A kérdezést megelőző egy évben fogorvosi ellátásban részesült középkorú nők aránya 37,3%-ról 42%-ra emelkedett. Összességében a nőknél 37,7%-ról 42,3%-ra nőtt ez az arány. A férfiak esetében ilyen kedvező jelekről nem beszélhetünk: 2000-ben 64,8%, 2003-ban 65,7% volt azok aránya, akik a kérdezést megelőző 12 hónapban nem jártak fogorvosnál (23. ábra).

**23. ábra: A fogorvosi ellátás igénybevétele a felmérést megelőző 12 hónapban, kor és nem szerint, 2000-ben és 2003-ban**



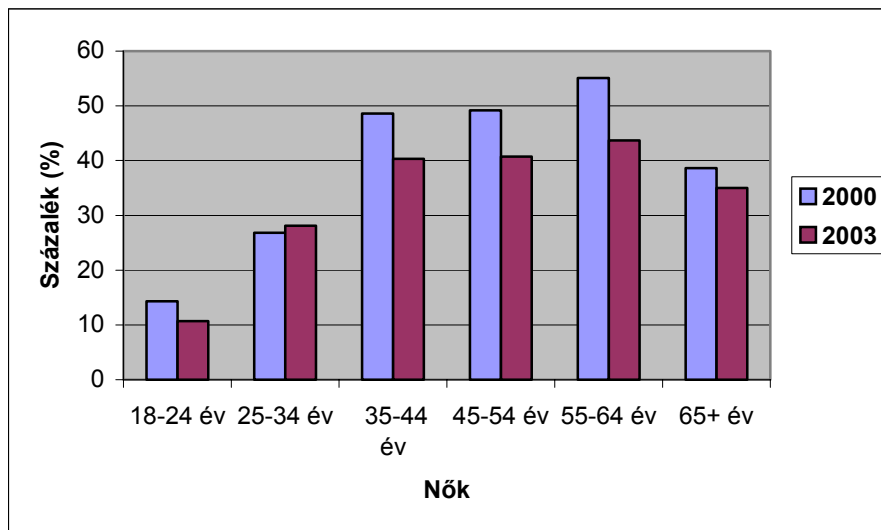
A nőgyógyászati ellátás igénybevételekor a középkorú nők között 21,4%-ról 17,2%-ra csökkent azok aránya, akik több, mint 5 éve vagy sohasem jártak nőgyógyásznál. Az idős nők körében 65,7%-ról 56,5%-ra csökkent ez az arány (24. ábra).

**24. ábra: A nőgyógyászati ellátás igénybevétele 2000-ben és 2003-ban**



Korcsoportos bontásban a 35-44 év közöttiekénél 48,6%-ról 40,3%-ra, a 45-54 évesek között 49,2%-ról 40,7%-ra, míg az 55-64 évesek körében 55,1%-ról 43,7%-ra csökkent a legalább egy terhességmegszakításon átesettek aránya (25. ábra). Összességében 60,8%-ról 65,8%-ra nőtt azon nők aránya, akik a kérdezés időpontjáig – önbevallás alapján – nem végeztek terhességmegszakítást.

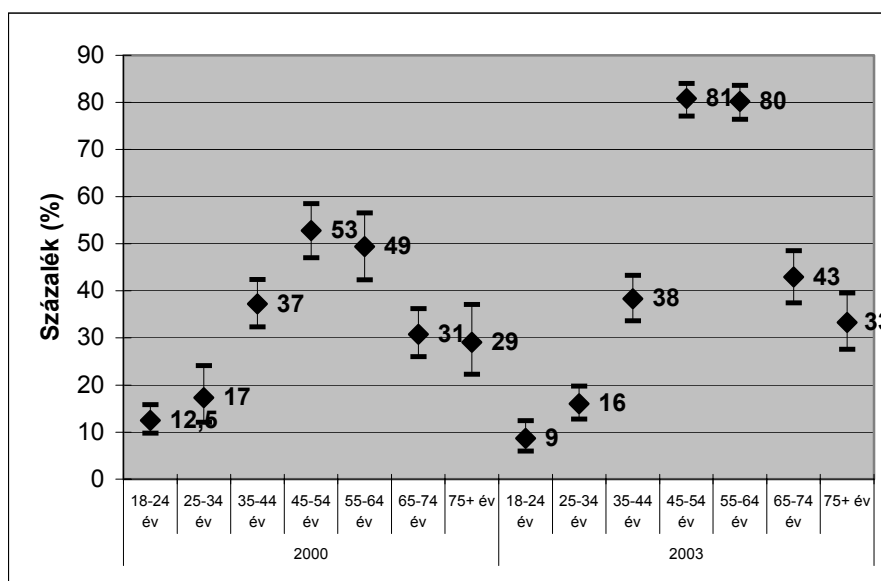
**25. ábra: Legalább egy terhességmegszakításon átesett nők aránya korcsoportok szerint, 2000-ben és 2003-ban**



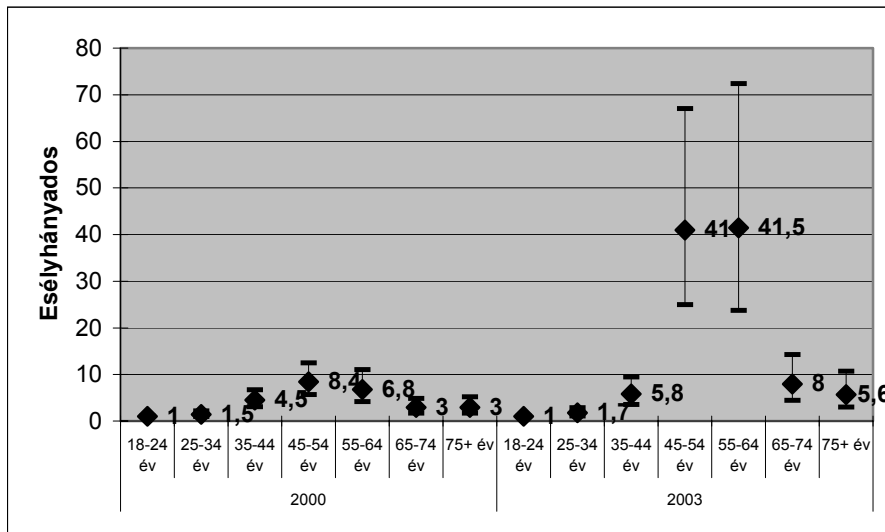
Külön figyelmet érdemel az emlőrákszűrés eredményeinek összehasonlítása az OLEF 2000 és az OLEF 2003 eredményeinek tükrében [26]. Ismert, hogy a Népegészségügyi Program keretében 2001-ben kezdődött el a szervezett mellrákszűrés, minden 45 és 64 év közötti nő két évente meghívó levelet kap mammográfiás vizsgálatra. Mivel az időpont a két lakossági egészségfelmérés közé esett, összehasonlításunk kiválóan alkalmas a behívórendszer eredményességének felmérésére. A kedvező eredmények ismeretében a szűrési program sikeresnek jellemezhető.

A két időpont között jelentősen megnőtt a mammográfiás vizsgálaton való részvétel a szűrési célcsoportnál, azaz a 45-64 év közötti nők körében, illetve kissé megnőtt az ennél idősebb, és kissé csökkent az ennél fiatalabb korosztályoknál. Korcsoportos bontás nélkül a szűrés életprevalenciája 34%-ról 45%-ra emelkedett. A nők 2003-ban 54%-kal nagyobb eséllyel vettek részt életük során legalább egyszer emlőrákszűrésen 2000-hez viszonyítva (26. ábra és 27. ábra).

**26. ábra: Az emlőrákszűrés életprevalenciája korcsoportonként, 2000-ben és 2003-ban**



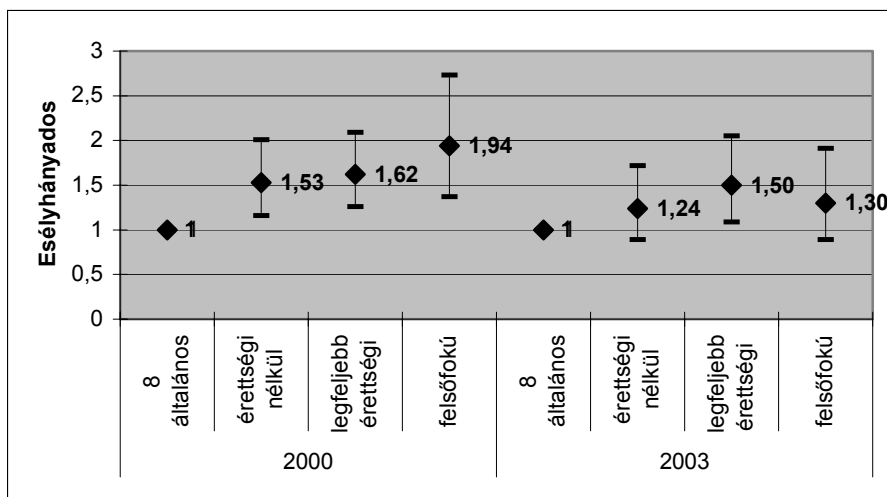
27. ábra: Az emlőrákszűrésen való részvétel esélye és a kor összefüggése, 2000-ben és 2003-ban



Fontos kérdés, hogy változott-e a két felmérés között a szűrés befolyásoló tényezők hatása. Az eredmények alapján elmondható, hogy a korcsoportot kivéve minden magyarázó változó hatása csökkent, vagyis csökkentek a szűrésben való részvételt meghatározó szociodemográfiai különbségek.

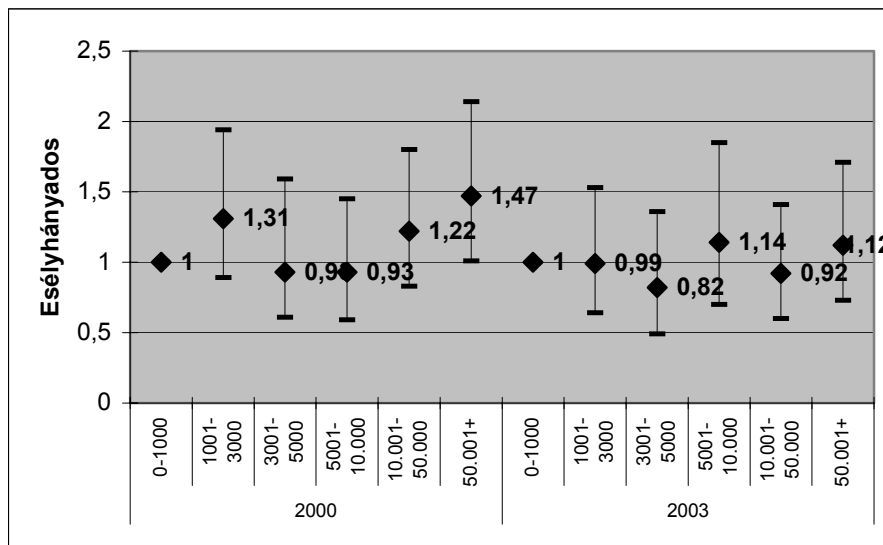
Míg 2000-ben az esély a szűrésen való részvételre az iskolai végzettséggel jelentősen emelkedett, addig 2003-ban egyedül az érettségivel rendelkezőknek volt szignifikánsan 50%-kal volt nagyobb az esélye a szűrésben való részvételre a 8 általánost végzettekkel szemben. Összességében tehát csökkentek az eltérő iskolázottságnak köszönhető különbségek (28. ábra).

28. ábra: Az emlőrákszűrésen való részvétel esélye és az iskolázottság összefüggése, 2000-ben és 2003-ban



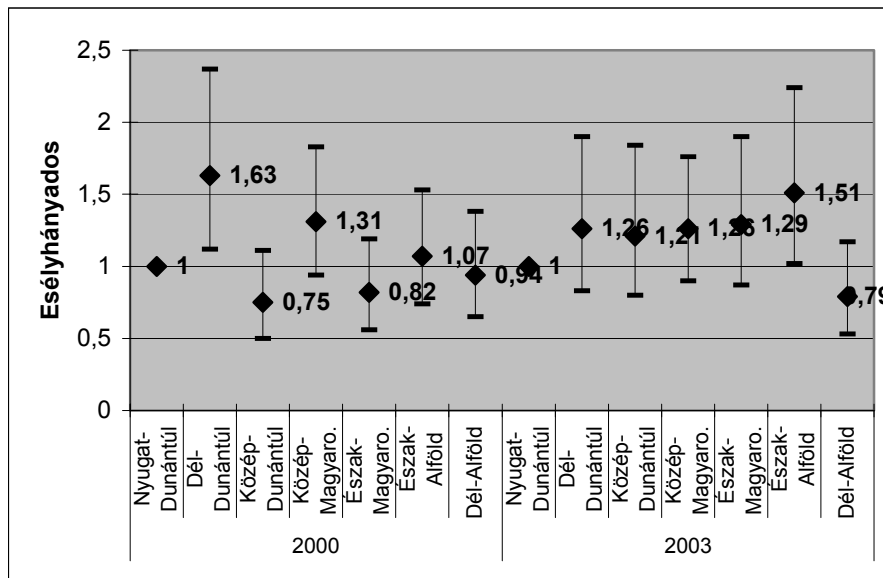
Ehhez hasonlóan csökkent a településtípus szerinti egyenlőtlenség a két felmérés között. 2000-ben az 50.000 főnél több lelket számláló településeken szignifikánsan közel 50%-kal nagyobb eséllyel vettek részt a szűrésen, mint az 1000 főnél kevesebb lakosú településeken. 2003-ban már nem volt szignifikáns különbség a lakóhely nagysága tekintetében (29. ábra).

29. ábra: Az emlőrákszűrésen való részvétel esélye és a településnagyság összefüggése, 2000-ben és 2003-ban



2000-ben a Dél-Dunántúlon még 63%-kal nagyobb eséllyel vettek részt az emlőrákszűrésen a nők Nyugat-Dunántúlhoz képest, 2003-ra megszűnt a szignifikáns különbség. A Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei Tisztiorvosi Hivatal a kisebb körzetekben a házi orvosok, az egészségügyi dolgozók és az önkormányzat segítségével szervezte meg a szűrésre az utazást. Ennek a hatása is látható: bár nem szignifikánsan, de az Észak-Alföld régióban a legmagasabb a szűrésen való részvétel esélye. Fontos megemlíteni, hogy ezek az eredmények a régió mint változó befolyását önállóan, a többi változó – például társadalmi-gazdasági tényezők – hatását kiszűrve számszerűsítik (30. ábra).

30. ábra: Az emlőrákszűrésen való részvétel esélye és a régió összefüggése, 2000-ben és 2003-ban



### 5.3. Az eredmények értelmezése

Az OLEF 2000-rel való összevetés alapján elmondható, hogy a középkorú nők és férfiak aránya az alapellátás igénybevételére szignifikánsan megnőtt. Ugyanakkor az alapellátás igénybevételének növekedésével nem emelkedett szignifikánsan a háziiorvosi szűrővizsgálatokon való részvétel aránya, de az eredmények emelkedést mutatnak. Lehetséges, hogy még egy felmérési ciklusnak kell eltelnie ahhoz, hogy ezen a területen megjelenjen a szignifikáns változás. A fiatal nők 41%-ánál, a fiatal férfiak 29%-ánál mérték a vércukorszintjét egy éven belül. Ez a szignifikáns különbség a terhességi diabétesz kötelező szűrésének tulajdonítható, hiszen a fiatal nők nem vették szignifikánsan nagyobb mértékben igénybe az alapellátást, mint a fiatal férfiak az OLEF 2003 eredményei szerint.

Nem történt számottevő kedvező változás a krónikus betegségben szenvedő lakosok gondozásában sem. A magasvérnyomás betegségben szenvedők között minden 8. személynek, a magas koleszterinszinttel rendelkezők harmadánál, míg a cukorbetegség között minden 5. embernek nem ellenőrizték vérnyomását, koleszterinszintjét, vércukorszintjét a felmérést megelőző fél éven belül.

Önbevallás alapján a gyógytornász, a természetgyógyász, valamint a pszichológus-pszichiáter nyújtotta ellátás igénybevételének gyakoriság elenyésző. A gyógytornász által nyújtott szolgáltatás igénybevételének alacsony volta egyértelműen negatívumként értékelhető az időskorú népesség arányának növekedése, ezzel a rehabilitációs tevékenységek felértékelődése szempontjából. A pszichológus-pszichiáterek nyújtotta ellátások önbevallásában elképzelhető a torzítás a hazánkban jelen lévő stigmatizáció miatt. Ugyanakkor kétségtelen, hogy a lelki egészség megőrzésére alkalmas ellátási struktúra a mai magyar egészségügyben igen szegényes, az alapellátás elégtelenül működik a korai, tüneti kép felismerésében.

A szakmai ajánlások alapján a 45-65 éves korosztálynak két évente ajánlott az emlőrákszűrésen való részvétel. Az emlőrákszűrés 45-64 év közötti célcsoportjában a nők közel háromnegyedénél történt mammográfiás vizsgálat két éven belül. Elmondható, hogy a 2001-ben bevezetett szervezett szűrés sikeressége nem csak az OEP, hanem az OLEF 2003 adatai alapján is mérhető volt [27]. Sajnálatos módon 2004-ben először haladta meg a tüdőrák az emlődaganatot a női daganatos halálozásban köszönhetően a rendszeres dohányzás elterjedésének a nők körében, de az időben felismerhető emlőrák szűrésének továbbra is népegészségügyi prioritásnak kell lennie.

Kedvezőtlen adat, hogy a méhnyakrák citológiai szűrésének 25-64 év közötti célcsoportjában közel minden 3. nő esetében nem történt kenetvizsgálat a kérészt megelőző két éven belül, habár szakmai ajánlások alapján három évente indokolt lenne. 2000-ben csaknem háromszor magasabb volt hazánkban a méhnyakrák miatti halálozás, mint az Európai Unióban.

Felmérésünk alátámasztja a regisztráción alapuló adatokat, mely szerint javulni látszik az abortusz helyzet, de még így is kedvezőtlen adat, hogy a 18-44 éves nők 28%-ának volt már életében terhesség megszakítása az OLEF 2003 eredményei szerint.

A magyar lakosság nemzetközi összehasonlításban is rossz fogászati státusza alapján figyelemreméltó, hogy a felmérést megelőző 12 hónapban nem kereste fel fogorvosát a lakosság 61,4%-a, ezen belül a nők 57,7%-a, a férfiak 65,7%-a. Az adatok a tudatos szájhigiéne hiányát és a prevenció törekvések elégtelenségét jelzik, ugyanakkor tény, hogy a magán fogorvosi ellátás sokak számára megfizethetetlen.

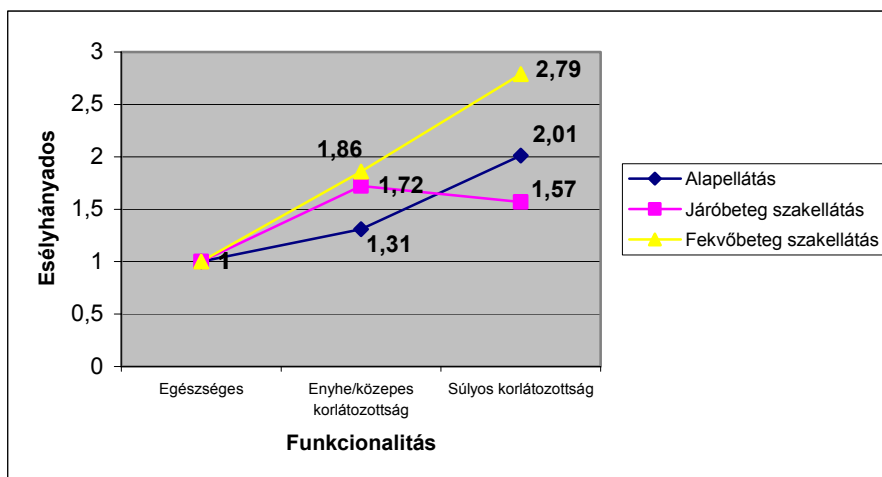


Az egészségügyi ellátás igénybevételének összefüggéseit külön modellezve, a többi magyarázó tényező hatását kiszűrve megállapítható, hogy a nők esélye az alapellátás igénybevételére 32%-kal nagyobb volt, mint a férfiaké. 2000-hez képest már nem észlelhető a magasabb iskolai végzettségük és a jobb anyagi helyzetben lévők előnye az alapellátás igénybevételére, így a társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek hatásának csökkenéséről beszélhetünk ezen a téren. Ugyanakkor az alapellátás szűrővizsgálataiban való részesülésben továbbra is fennállnak ilyen egyenlőtlenségek. Ez egyaránt jelezheti az ellátórendszer célzott, azaz megkülönböztető odafigyelését, valamint a kedvezőbb helyzetű társadalmi csoportok magasabb szintű egészségkultúráját.

Mind a járóbeteg, mind a fekvőbeteg szakellátás igénybevételének vizsgálata során kimutattunk a nem és a kor között interakciót. A nők minden korosztályban – kiugróan a fiatal korosztályban – szignifikánsan nagyobb eséllyel vették igénybe ezen ellátási formákat, mint a férfiak. Ez összefügg a szülészeti és nőgyógyászati ellátásra vonatkozó igényekkel (rutin nőgyógyászati vizsgálat, terhsgondozás, szülés, terhességmegszakítás), amelyeket alátámasztanak a GYÓGYINFOK adatai, valamint nemzetközi felmérések is. A nemeken belül vizsgálva az életkor hatását, a nők esetén a középkorúak 20%-kal, az idős korosztályba tartozó nők közel 50%-kal kisebb eséllyel vették igénybe a járóbeteg szakellátást a fiatal nőkhöz képest. A nők esetében minden korcsoportban szignifikánsan megnőtt a járóbeteg szakellátás igénybevételének az aránya 2000-hez képest. Figyelemreméltó Magyarország statisztikai adata az évente 1 főre jutó 11,9 szakorvosi vizsgálaton való megjelenéssel, ami a 2004-es bővítés előtt álló Európai Unió átlagánál 284%-kal magasabb [28]. A kor hatásának vizsgálata azt mutatta, hogy a férfiak körében a kor előrehaladtával szignifikánsan nő az esély a fekvőbeteg ellátás igénybevételére, ami összefüggésben van a magasabb férfi morbiditással.

Bármilyen fokú funkcionalitás-csökkenés szignifikánsan növelte az esélyt mindhárom ellátási szint igénybevételére az egészségesekhez képest (31. ábra). Az adatokból látható, hogy az alapellátás és a fekvőbeteg szakellátás igénybevételére a súlyosan korlátozottaknak, a járóbeteg szakellátásra az enyhén/közepesen korlátozottaknak volt a legnagyobb esélyük.

**31. ábra: A különböző ellátási szintek igénybevételének esélye és a funkcionalitás összefüggése**



Az összefüggés-elemzéseink háttértényezői között markáns társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek mutathatók ki a fogászati és a nőgyógyászati ellátás, valamint a járóbeteg szakellátás igénybevétele esetén. Ezek mindegyike jelzi a tudatos egészségmagatartás jelentőségét, mivel az ellátási igénnyel fellépő szereplő ezeken a területeken jóval aktívabb közreműködője a folyamatok alakulásának. Az egyenlőtlenségek az előbbi két esetben a színvonalas, rendszeres ellátás magas költségére, utóbbi esetben a hálapénz esetleges jelentőségére utalhatnak.

### **5.5. Javaslat esetleges jövőbeli módosításokra**

Az ellátást igénybe vevők attitűdjének (például elégedettség) felmérése az ellátással kapcsolatban, a külföldön igénybe vett egészségügyi ellátás felmérése.

## 6. Irodalom

- 1.) Wagner U, Horisberger B. „The priority cube” – a model for priority setting – the case of Switzerland, The 8th International Conference on System Science in Health Care, Geneva, Switzerland, 1-4 September 2004
- 2.) Stronks K, Strijbis AM, Wendte JF, Gunning-Schepers LJ. Who should decide? Qualitative analysis of panel data from public, patients, healthcare professionals, and insurers on priorities in health care. *BMJ* 1997; 315:92-96 (12 July)
- 3.) Mooney GH. Equity in health care: confronting the confusion. *Eff Health Care*. 1983 Dec;1(4):179-85.
- 4.) Starfield B. Basic concepts in population health and health care. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:452-454 July
- 5.) Dózsa Cs. Méltányosság az egészségügyi ellátásban és finanszírozásban (előadáskivonat). Méltányosság az egészségügyben szimpózium, ELTE, 2002. nov. 9.
- 6.) Reijneveld SA, Stronks K. The validity of self-reported use of health care across socioeconomic strata: a comparison of survey and registration data. *International Journal of Epidemiology* 2001; 30:1407-1414
- 7.) Bellón JÁ, Lardelli P, Dios Luna J, Delgado A. Validity of self reported utilisation of primary health care services in an urban population in Spain. *J Epidemiol Community Health*, 2000 July; 54:544-551
- 8.) Bancej CM, Maxwell CJ, Snider J. Inconsistent self-reported mammography history: Findings from the National Population Health Survey longitudinal cohort. *BMC Health Services Research* 2004, 4:32
- 9.) Bowman JA, Sanson-Fischer R, Redman S. The accuracy of self-reported Pap smear utilisation. *Soc Sci Med* 1997 Apr. 44(7):969-76
- 10.) Last JM. *Public Health and Human Ecology*. Appleton&Lange, 1987
- 11.) Dunlop S, Coyte PC, McIsaac W. Socio-economic status and the utilisation of physicians' services: results from the Canadian National Population Health Survey. *Soc Sci Med*. 2000 Jul;51(1):123-33.
- 12.) La Vecchia C, Negri E, Pagano R, Decarli A. Education, prevalence of disease, and frequency of health care utilisation. The 1983 Italian National Health Survey. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1987 Jun, Vol 41, 161-165
- 13.) Adamson J, Ben-Shlomo Y, Chaturvedi N, Donovan J. Ethnicity, socio-economic position and gender – do they affect reported health-care seeking behaviour? *Social Science & Medicine*. Sept 2003 v57 i5 p895(10).
- 14.) Yelin EH, Kramer JS, Epstein WV. Is health care use equivalent between social groups? A diagnosis-based study. *American Journal of Public Health*, Vol 73, Issue 5 563-571, 1983
- 15.) Maxwell CJ, Bancej CM, Snider J. Predictors of mammography use among Canadian women aged 50-69: findings from the 1996/97 National Population Health Survey. *CMAJ* Febr 6, 2001; 164(3)

- 16.) Katz SJ, Hofer TP. Socioeconomic disparities in preventive care persist despite universal coverage. Breast and cervical screening in Ontario and the United States. JAMA 1994 Aug 17;272(7):530-4
- 17.) Fernandez E, Schiaffino A, Rajmil L, Badia X, Segura A. Gender inequalities in health and health care services use in Catalonia (Spain). Journal of Epidemiology and Community Health, 1999 Apr, Vol 53, 218-222
- 18.) 2002 National Health Interview Survey (NHIS), Centers for Disease Control and Prevention, www.cdc.gov
- 19.) Aromaa A, Koponen P, Tafforeau J, Vermeire C, Primatesta P, Marmot M, Kurth B, Gargiulo L, Letho-Järnstedt US, Rätty S. Health surveys: evaluation and recommendations. KTL – National Public Health Institute, Helsinki, 2003
- 20.) Lehmann H, Polonyi G. Az egészségügyi intézményrendszer elérése és igénybevétele. In: Empirikus felmérés a népesség egészségi állapotának meghatározottságáról. Zárójelentés. TÁRKI, Budapest, 1998
- 21.) Spéder Zs. Egészségi állapot. In: Sík E, Tóth IGY: Az ajtók záródnak (?!). Magyar Háztartás Panel. Műhelytanulmányok. Társadalomkutatási Informatikai Egyesülés, Budapest, 1997
- 22.) Juhász J. Egészségügyi ellátó szolgálat igénybevétele. In: Egészségi Állapot Felvétel, 1994, Életmód, kockázati tényezők. KSH, Budapest, 1996 (tanulmány)
- 23.) HIS CR 2002, Sampley survey of the health status of the Czech population. Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic, Prague, 2004
- 24.) Enquête de Santé par Interview Belgique 2001, Institut Scientifique de la Santé Publique: IPH/EPI REPORTS N° 2002 – 22, Bruxelles, 2002
- 25.) Széles Gy. OLEF 2000 – Az egészségügyi ellátás igénybevétele. www.antsz.hu/oek
- 26.) Németh R. Időbeli változások vizsgálata: az OLEF2003 és az OLEF2000 eredményeinek összevetésének módszertana (előadáskivonat). www.antsz.hu/oek
- 27.) Boncz I. Hatékonyság és átszűrtség a szervezett lakossági szűrővizsgálatok esetében. IV. Egészségstatisztikai Fórum, Budapest, 2004. nov.
- 28.) EU – számunió. KSH, Budapest, 2003

## 7. Ábrajegyzék

1. ábra: A vélt egészségre vonatkozó kérdésre válaszadók között az alapellátást igénybe vevők %-os megoszlása .....	13
2. ábra: Kedvező és kedvezőtlen egészségmagatartású válaszadók között az alapellátást igénybe vevők %-os megoszlása.....	14
3. ábra: A járóbeteg szakellátás igénybevétele és a nem összefüggése, az életkor módosító hatását figyelembe véve .....	19
4. ábra: A járóbeteg szakellátás igénybevétele az esélye és az iskolázottság összefüggése .....	19
5. ábra: A járóbeteg szakellátás igénybevétele az esélye és az anyagi helyzet összefüggése .....	20
6. ábra: A fekvőbeteg szakellátás igénybevétele és a nem összefüggése, az életkor módosító hatását figyelembe véve .....	21
7. ábra: A fekvőbeteg szakellátás igénybevétele az esélye és az életkor összefüggése a nők és a férfiak esetén .....	21
8. ábra: A fogorvosi ellátás igénybevétele és a nem összefüggése, az életkor módosító hatását figyelembe véve .....	22
9. ábra: A fogorvosi ellátás igénybevétele az esélye és az életkor összefüggése a nők és a férfiak esetén .....	22
10. ábra: A fogorvosi ellátás igénybevétele az esélye és az iskolázottság összefüggése ...	23
11. ábra: A fogorvosi ellátás igénybevétele az esélye és az anyagi helyzet összefüggése.	23
12. ábra: A nőgyógyászati ellátás igénybevétele az esélye és az életkor összefüggése .....	24
13. ábra: A nőgyógyászati ellátás igénybevétele az esélye és az iskolázottság összefüggése .....	25
14. ábra: A nőgyógyászati ellátás igénybevétele az esélye és az anyagi helyzet összefüggése.....	25
15. ábra: Az abortusz esélye és a régiók összefüggése .....	26
16. ábra: A magánorvosi ellátás igénybevétele az esélye és az anyagi helyzet összefüggése .....	26
17. ábra: Azok aránya kor és nem szerint, akik a felmérést megelőző 12 hónapban semmilyen egészségügyi ellátást nem vettek igénybe, 2000-ben és 2003-ban .....	41
18. ábra: Az alapellátás igénybevétele kor és nem szerint, 2000-ben és 2003-ban .....	41
19. ábra: Vérvnyomás mérésen való részvétel nem szerint, 2000-ben és 2003-ban .....	42
20. ábra: Koleszterinszint-mérésen való részvétel nem szerint, 2000-ben és 2003-ban .....	42
21. ábra: A járóbeteg szakellátás igénybevétele kor és nem szerint, 2000-ben és 2003-ban...	43
22. ábra: A fekvőbeteg szakellátás igénybevétele kor és nem szerint, 2000-ben és 2003-ban	43
23. ábra: A fogorvosi ellátás igénybevétele a felmérést megelőző 12 hónapban, kor és nem szerint, 2000-ben és 2003-ban.....	44
24. ábra: A nőgyógyászati ellátás igénybevétele 2000-ben és 2003-ban.....	44
25. ábra: Legalább egy terhességmegszakításon átesett nők aránya korcsoportok szerint, 2000-ben és 2003-ban.....	45
26. ábra: Az emlőrákszűrés életprevalenciája korcsoportonként, 2000-ben és 2003-ban .....	45
27. ábra: Az emlőrákszűrésen való részvétel esélye és a kor összefüggése, 2000-ben és 2003-ban .....	46
28. ábra: Az emlőrákszűrésen való részvétel esélye és az iskolázottság összefüggése, 2000-ben és 2003-ban.....	46
29. ábra: Az emlőrákszűrésen való részvétel esélye és a település nagyság összefüggése, 2000-ben és 2003-ban.....	47

---

30. ábra: Az emlőrákszűrésen való részvétel esélye és a régió összefüggése, 2000-ben és 2003-ban.....	47
31. ábra: A különböző ellátási szintek igénybevételének esélye és a funkcionalitás összefüggése.....	49

## 8. Táblázatjegyzék

1. Táblázat: A kérdezést megelőző 12 hónapban az alapellátást igénybe vevők %-os megoszlása [95%-os megbízhatósági tartomány] .....	13
2. Táblázat: A kérdezést megelőző 12 hónapban legalább egy napot kórházban töltött személyek %-os megoszlása kor és nem szerint [95%-os megbízhatósági tartomány]...	14
3. Táblázat: A kérdezést megelőző 12 hónapban fekvőbetegként kórházban töltött napok száma kor és nem szerint, azok körében, akik legalább egy napot kórházban töltöttek ..	14
4. Táblázat: A kérdezést megelőző 12 hónapban az alapellátást és a pszichológusi-pszichiátriai ellátást igénybevevők %-os megoszlása a mentális funkciókban csökkentek és az egészségesek körében [95%-os megbízhatósági tartomány].....	15
5. Táblázat: A legutóbbi vérnyomásmérés óta eltelt idő %-os megoszlása kor és nem szerint [95%-os megbízhatósági tartomány].....	15
6. Táblázat: A legutóbbi vércukormérés óta eltelt idő %-os megoszlása kor és nem szerint [95%-os megbízhatósági tartomány].....	16
7. Táblázat: A legutóbbi fogorvosi vizit óta eltelt idő %-os megoszlása kor és nem szerint [95%-os megbízhatósági tartomány].....	16
8. Táblázat: Az alapellátás igénybevétele és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat .....	28
9. Táblázat: Vérnyomásmérésen való részvétel esélye a felmérést megelőző egy éven belül és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat.....	29
10. Táblázat: Koleszterinszint-mérésen való részvétel esélye a felmérést megelőző egy éven belül és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat .....	30
11. Táblázat: Vércukorszint-mérésen való részvétel esélye a felmérést megelőző egy éven belül és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat .....	31
12. Táblázat: A járóbeteg szakellátás igénybevétele és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat.....	32
13. Táblázat: A fekvőbeteg szakellátás igénybevétele és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat.....	33
14. Táblázat: Pszichológus vagy pszichiáter nyújtotta ellátás igénybevétele és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat .....	34
15. Táblázat: A fogorvosi ellátás igénybevétele és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat.....	35
16. Táblázat: A nőgyógyászati ellátás igénybevétele és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat.....	36
17. Táblázat: Legalább egy terhességmegszakítás megléte és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat.....	37
18. Táblázat: A magán egészségügyi ellátás – a fogorvosi ellátás kivételével – igénybevétele és a társadalmi-gazdasági tényezők közötti kapcsolat .....	38