

A magyar társadalom szubjektíven megítélt egészségi állapota és az egészségüggyel kapcsolatos intézményi preferenciák

Jelen tanulmány a magyar társadalom szubjektíven megítélt egészségi állapotát és az egészségügyi reform egyes lehetséges elemeiről alkotott véleményeket mutatja be a Társi 2002-ben felvett adatai alapján.

Az egyes társadalmi csoportok egymástól eltérő egészségi állapota, morbiditási és mortalitási rátája már „évszázados” kutatási téma, sőt, némi túlzással a szociológia egyik első témájának is nevezhetjük. Elég csak a 18–19. századtól kezdve felduzzadt városi ipari munkásság „újszerű”, ámde egészségtelen életmódjáról, életkörülményeiről szóló, ma már közhelyszámba menő megfigyelésekre gondolni. A társadalmi egyenlőtlenségeknek az egészségi állapotban való manifesztálódása az óta is folyamatosan kutatott és megfigyelt, a mindenkori társadalmi változások függvényében alakuló jelenség, éppen ezért időről időre érdemes megvizsgálni, hogy miképp alakul egy adott társadalom és a benne lévő, egymástól nagyon eltérő csoportok egészségi állapota.

A magyar társadalom egészségi állapotáról is számos ilyen leíró-magyarázó vizsgálat készült, amely az egyes korszakok társadalmi változásainak az egészségi állapotra való reflexióiként is értékelhetők. Jelen kutatás a rendszerváltás óta eltelt évtized, és az abban bekövetkezett gyökerekig ható társadalmi-gazdasági változásoknak az egészségi állapotra gyakorolt hatásait kívánja megragadni, de nem megy túl a leírás, illetve a primér magyarázatok szintjén. Célunk, hogy az általános demográfiai tényezők és a szubjektíven megítélt egészségi állapot közti kapcsolatot bemutassuk. Az utóbbi évtizedekben számtalan ilyen témájú kutatás született, amelyek rendkívül tanulságos következtetésekre jutottak az 1980–90-es évek magyar társadalomról és a társadalmi egyenlőtlenségekről az egyes társadalmi csoportok egészségi állapota alapján. (Csak jelzésszerűen, a teljesség igénye nélkül: Kopp-Skrabiski 1995, Losonczy 1989, Lehmann–Polónyi 1998, TÁRKI 1999.) A határainkon túl készült ilyen jellegű kutatások közül az utóbbi évek egyik legérdekesebb vállalkozása egy kilenc országra kiterjedő nemzetközi összehasonlító vizsgálat, amely igen erős kapcsolatot talált az egészségi állapotban megnyilvánuló különbségek és a jövedelmi egyenlőtlenségek között. (E. van Doorslaer et al. 1997) Ezek a kutatások azonban nagyon különböző megközelítéseket választottak, amelynek igen jellemző eltérési pontja az, hogy az egészségi állapotot szubjektív vagy objektív módon közelítették-e meg. Objektív módon mérni az egészségi állapotot annyit jelent, hogy az egészségesség/egészségtelenség dimenzióját különböző betegségek, tünetek létevel vagy nemlétevel ragadjuk meg: a kérdezett számos orvosi kérdésre adott válaszából alakul ki egy diagnózis (e módszer alkalmazására példa lehet a korábban már hivatkozott Lehmann – Polónyi 1998 Losonczy 1989). A szubjektív mérési módszer viszont a kérdezettre bízta saját egészségi állapotának megítélését: itt a jó/rossz egészségi állapot dichotómiája, és a két végpont közé eső néhány átmeneti kate-

gória szerint határozzuk meg az egészségi állapotot (ilyen megközelítésű például a TÁRKI 1999).¹ Az itt bemutatásra kerülő 2002-es kutatás a talán „hatékonyabb” és egyszerűbb szubjektív kérdésfeltevést alkalmazza.

A vizsgálat alapjául a Tárki 2002. júniusi adatfelvétele szolgál, amely 1500 fős országos reprezentatív mintán készült.² A kutatás központi kérdése a szubjektíven megítélt egészségi állapot volt. A kérdés így hangzott: *Mit mondana? Az Ön egészségi állapota: kiegyensúlyozottan jó; változó, de inkább jónak mondható; változó, de nem kielégítő vagy az egészségi állapota inkább rossznak mondható?*

Az egészségi állapottal szorosan összefügg az egészségügyi ellátórendszer igénybevétele és általában az egészségügyi intézményrendszer, illetve annak hiányosságai. A mindennapi diskurzusokból és a közvélemény-kutatásokból is kiderül az egészségügygel való általános társadalmi elégedetlenség, amelyre az egészségügy régóta tervezett és részben már végrehajtott reformjával kívántak és kívánnak reagálni a rendszerváltás utáni kormányok. Ennek egyik lehetősége az, hogy az eddigi egyetlen egészségbiztosító helyett több biztosító legyen, amelyek piaci versenyt generálnak. Emellett állandó kérdés a hálapénz intézményének megszüntetése, amire lehetőségként valamilyen kiegészítő biztosítási összeg kínálkozik. E két alternatíva támogatottságát és a szubjektíven megítélt egészségi állapottal való kapcsolatát is megvizsgáltuk.

A lakosság három, nagyjából azonos nagyságú csoportra osztható: saját bevallása szerint minden harmadik 18 éven felüli magyar lakos (35%) kiegyensúlyozottan jó egészségi állapotnak örvend, és szintén minden harmadik felnőtt (35%) véli úgy, hogy egészségi állapota változó, de jó. A társadalom harmadik harmada időszakosan vagy állandóan valamilyen egészségi problémával küzd: minden nyolcadik felnőtt (12%)

rossznak tartja állapotát, minden hatodik (17%) pedig változó, de nem kielégítő egészségi állapotú.

Ez a kérdés 1999-ben a Tárki *Állam és polgárai II.* című kutatásában is szerepelt: az akkori adatok hasonló arányokat tükröznek, de azért figyelemre méltó változások is kimutathatók. Kiegyensúlyozottan jó egészségi állapotról akkor 33% számolt be, változó, de jó egészségű pedig 31% volt 1999-ben. Ezek az arányok 3-4 százalékponttal alacsonyabbak a 2002-es felmérésben kapottakhoz képest, azaz az elmúlt három évben 6 százalékponttal nőtt a jobb vagy jó egészségűek aránya a társadalmon belül. Ez a többlet természetesen a rosszabb vagy rossz egészségűek arányának csökkenéséből származik. Összességében tehát javuló tendenciát lehet felfedezni a magyar társadalom egészségi állapotában a 90-es évek legvége óta (1.tábla).

A hagyományos társadalmi-demográfiai háttérváltozók igen jól magyarázzák az egészségi állapotról adott önértékelést, és azt az eddig is ismert összefüggést erősítik meg, miszerint az idősebb, alacsonyabb státusú lakosok egészségi állapota szignifikánsan rosszabb, mint a társadalom többi csoportja esetében (2. tábla). Legnagyobb hatással – érthető módon – az életkor van az egészségi állapotra, illetve annak érzetére. A legfiatalabbaktól indulva rendre feleződik azok aránya, akik kiegyensúlyozottan jónak ítélik egészségi állapotukat, és fordítva: az életkor növekedésével jelentősen nő a rossz egészségi állapotról

1. tábla
A szubjektíven megítélt egészségi állapot (1999, 2002)

Mit mondana? Az Ön egészségi állapota...	1999		2002	
	N	%	N	%
kiegyensúlyozottan jó	480	33	526	35
változó, de inkább jónak mondható	462	31	531	35
változó, de nem kielégítő	297	20	265	17
inkább rossznak mondható	238	16	178	12
Nem tudja, válaszhány	1	0	18	1
Összesen	1478	100	1509	100

1 Számos szakértő szerint a szubjektív megítélésen alapuló egészségi állapot-kérdések valamelyest jobb mérőszköznek bizonyulnak a részletes kérdés utáni objektív diagnózishoz képest. A jobb mérőszköz kritériuma ebben az esetben a morbiditási és mortalitási arányok pontosabb becslése az egyes társadalmi-demográfiai-kulturális csoportokon belül.

2 A minta reprezentatív a 18 éves vagy annál idősebb magyar lakosságra nem, kor, iskolázottság és lakóhelyének településtípusa alapján. A kiválasztott személyek egy részének kiesése (válaszmegtágadások, elköltözések stb.) miatti mintatorzulást négydimenziós (kor, csoport, nem, iskolai végzettség, lakóhely) súlyozással korrigáltuk.

potúak aránya: miközben a fiatalok körében alig találkozzunk ilyen válasszal, addig a 60 év felettek esetében tízből hatan többé-kevésbé rossz egészségi állapottal küzdenek.

A férfiak a nőknél nagyobb arányban állítják magukról, hogy jó az egészségük: a férfiak 40%-a kiegyensúlyozottan jónak, 38%-a pedig változónak, de kielégítőnek tartja egészségi állapotát. A nők körében viszont mindössze 31 és 33% e két arány.

Az iskolai végzettség is erőteljes hatással van az egészségi állapot önértékelésére, és ez a hatás nem függ össze az életkor, a jövedelem valamint a lakhely hatásával. E hatásáról önmagában az mondható el,

hogy az iskolázottság növekedésével nő az egészségesek aránya és csökken a rosszabb egészségi állapotúaké. Főként az alapfokú végzettségűek válaszal térnek el a többiekétől: köztük az átlagosnál jóval nagyobb arányban vannak azok, akik változó, de nem kielégítő vagy inkább rossz állapotról számoltak be, és jóval kevesebb köztük az egészséges.

Érdekes módon a jövedelem – az egy főre eső havi háztartási jövedelemmel mérve – az előzőeknél gyengébben hat az egészségi állapotra, de az azért szembetűnő, hogy a leggazdagabbak, azaz a felső ötödbe tartozók között felülreprezentáltak a panaszmentes válaszadók. Ez az eredmény ellentétes a ki-

2. tábla

A lakosság egészségi állapota saját megítélése alapján különböző társadalmi-demográfiai szempontok szerint (%)

Ön szerint milyen az Ön egészségi állapota?				
	kiegyensúlyozottan jó	változó, de inkább jó	változó, nem kielégítő	inkább rossznak mondható
NEM				
Férfi	40	38	14	7
Nő	31	33	21	16
Együtt	35	35	18	12
N=	526	532	264	179
ÉLETKOR				
18–39	57	36	(5)	(2)
40–59	26	39	23	12
60–	12	28	32	28
Együtt	35	35	18	12
N=	525	530	265	179
ISKOLAI VÉGZETTSÉG				
legfeljebb általános iskola	28	36	23,5	12,8
szakmunkásképző	44	39	(11)	(6)
érettségi	43	37	13	(7)
felsőfokú	49	36	(8)	(7)
Együtt	37	37	17	9
N=	520	516	237	132
JÖVEDELMI HELYZET				
legalsó ötöd	32	34	21	14
második ötöd	34	36	19	(12)
harmadik ötöd	31	43	16	(10)
negyedik ötöd	36	38	19	(7)
legfelső ötöd	48	34	(11)	(7)
Együtt	36	37	1	10
N=	405	417	194	112

2. tábla

**A lakosság egészségi állapota saját megítélése alapján
különböző társadalmi-demográfiai szempontok szerint (%)**

GAZDASÁGI AKTIVITÁS				
alkalmazott	46	41	9	4
önálló, vállalkozó	11	26	35	28
nyugdíjas	(25)	(38)	(13)	(25)
munkanélküli	63	36	(1)	-
Egyéb inaktív	(41)	(35)	(24)	-
<i>Együtt</i>	35	36	17,6	11,9
N=	524	531	264	178
TELEPÜLÉS JOGÁLLÁSA				
Budapest	45	33	12	11
megyei jogú város	38	31	20	11
város	35	37	16	12
község	28	39	20	13
<i>Együtt</i>	35	35	18	12
N=	526	30	264	178

() = alacsony elemszám: N

lenc nyugati országban végzett hasonló vizsgálat tanulságaival, hiszen ott éppen, hogy erős összefüggés mutatkozott a szubjektíven megítélt egészségi állapot és a jövedelem között (E. van Doorslaer et al.1997).

Tanulságos a gazdasági aktivitás szerint kapott eredmény is, hiszen valamelyest ellentmond egyes korábbi kutatások eredményeinek (Lehmann-Polónyi 1998, 306–7.): a munkanélküliek szinte mindegyike kiegyensúlyozottan jó vagy változó, de inkább jó egészségi állapotról nyilatkozott, és az alkalmazottak között is felülreprezentáltak az egészségesek: tízből kilencen ezt mondják magukról. Az önállók vagy vállalkozók viszont aggasztó képet festenek egészségükről: körükben az átlag kétszerese (63%) azok aránya, akik változó, nem kielégítő vagy inkább rossz egészségi állapotban él.

A lakóhely mérete szerint is markáns különbségeket találunk a válaszadó csoportok között: a fővárosiak között felülreprezentáltak az egészségesebbek, míg a községekben élőkre ennek ellentéte igaz. Itt azonban nem szabad elfelejtenünk az életkor hatásáról, hiszen a kistélepüléseken nagyobb az idősek aránya, mint Budapesten.

Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételét úgy mértük fel, hogy megkérdeztük, 2001 eleje óta, azaz az elmúlt másfél évben volt-e háziorvosnál,

járóbeteg ellátáson vagy kórházban a kérdezett vagy valamely olyan családtagja, akivel egy háztartásban él. Tíz kérdezettből hét volt a vizsgált periódus alatt háziorvosnál, a kérdezettek fele járóbeteg szakrendelésen, közel egyötödük pedig kórházban. Tízből kilenc háztartásban volt legalább egy családtag, aki tavaly óta járt háziorvosnál, a családok kétharmadában fordult elő legalább egyszer, hogy valaki járóbeteg ellátásban részesült, a háztartások egyharmadában pedig volt kórházban ápolat beteg. (3. tábla)

Az összes megkérdezett 27%-a nem jelölt meg egyetlen orvosi ellátási típust sem, egynegyedük (25%) pedig csak a háromféle ellátás egyikét használta az elmúlt másfél hónapban. Kétféle orvosi ellátást egyharmadnyian (33%), mindhárom félét pedig 15%-uk vette igénybe. A 4. tábla adataiból látható, hogy az egészségi állapotról adott önértékelés reális képet ad, amennyiben az egyes egészségügyi intézmények igénybe vételével teszteljük azt. Erre utal, hogy míg az összes megkérdezett egyötöde nem volt egyik intézményben sem az elmúlt másfél évben, addig az egészségi állapotukat kiegyensúlyozottan jónak mondók felére igaz ugyanez, és további egyharmaduk a három közül csak egyetlen egészségügyi ellátás típust vett igénybe tavaly óta. Az egészségi állapotukat nem kielégítőnek vagy inkább

3. tábla

2001. január 1. óta volt-e Ön vagy együttélő családtagjai közül valaki ...?

(az érvényes választ adók százalékában)

	házi orvosnál		járóbeteg szakrendelésen		kórházban	
	%	N	%	N	%	N
csak a kérdezett	25	370	22	329	14	209
csak a vele egy háztartásban élő családtag	19	292	18	274	15	228
a kérdezett és a családtag is	44	664	26	397	6	83
senki sem	12	181	33	501	65	981
összesen	100,0	1507	100,0	1500	100,0	1501

rossznak mondók között viszont elenyésző azok aránya, akik nem vették igénybe egyik egészségügyi szolgáltatást sem, és az átlagnál jóval nagyobb arányban mondják azt, hogy a három intézményből kettő vagy mindhárom helyen jártak egészségügyi problémáik miatt 2001 eleje óta (4. tábla).

Szinte minden egészségügyi kutatás rávilágít arra, hogy a nők előbb fordulnak orvoshoz panaszaikkal, mint a férfiak. Nem meglepő tehát az az eredmény, hogy nők inkább látogatták a három intézmény valamelyikét, mint a férfiak, azaz a nők alul-, a férfiak pedig felülreprezentáltak az egyik intézményben sem járók között, ugyanakkor a két vagy három intézmény egészségügyi szolgáltatását igénybe vevők között több a nő, mint a férfi. A kor is igen erős hatással van az egészségügyi intézmények igénybe vételének kiterjedtségére: az életkor emelkedésével egy-

re nagyobb arányban találunk olyan válaszolót, akik egy vagy több intézmény szolgáltatását vették igénybe az elmúlt másfél évben. Az alkalmazottak ritka, az önálló, vállalkozók viszont gyakori páciensek. Mindez egybeesik az egészségi állapotról adott szubjektív értékeléssel a két csoport esetében. Ez az összhang egyébként is jellemző: többé-kevésbé ugyanazok a társadalmi csoportok veszik ritkábban vagy gyakrabban igénybe az egészségügyi intézményeket, amelyek saját egészségi állapotukat az átlagos-

nál gyakrabban érzik jónak vagy rossznak.

Az egészségügy reformja a rendszerváltás óta húzóódo, részben megoldott, részben viszont restanciaként jelen lévő probléma. Megoldott, amennyiben már megvalósult az egységes TAJ-szám rendszer, amellyel végigkísérhető minden betegnek az egészségügyi rendszerben való mozgása. Létrejött a házi-orvosi praxis privatizálása is, amellyel verseny teremtődött az egészségügyi ellátórendszer első lépcsőfokán. Nem valósult meg ugyanakkor az intézményi reform, amely mögött még az az el nem döntött dilemma áll, miszerint járjon-e mindenkinek egyenlő egészségügyi ellátás, ami azonban többek között pazarló működéssel jár a nagyobb összegű hálapénzek miatt vagy verseny teremtődjön az ellátórendszer különböző szintjein belül, ami viszont az egészségügyi rendszeren belüli egyenlőtlen ellátás-

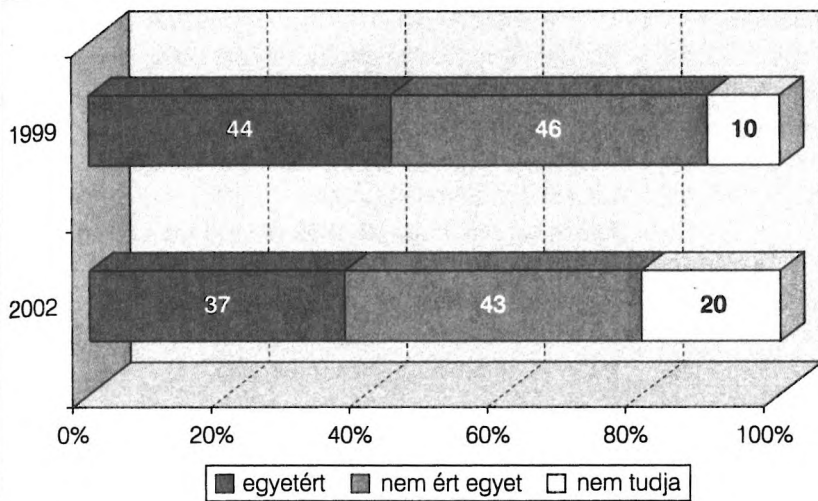
4. tábla

Az egészségi állapotról alkotott önértékelés és az egészségügyi szolgáltatások igénybe vétele (%)

	Volt-e házi orvosnál és/vagy járóbeteg szakrendelésen és/vagy kórházban 2001. január 1. óta?				
	nem volt	a háromból egy intézményben	a háromból két intézményben	mindhárom intézménytípusban	összesen
kiagyensúlyozottan jó	47	30	17	6	100
változó, de inkább jónak mondható	24	27	38	11	100
változó, nem kielégítő	7	23	45	25	100
egészségi állapota inkább rossznak mondható	6	10	48	36	100
átlag	27	25	33	15	100
N	403	377	497	223	1500

1. ábra

A több betegbiztosító létével való egyetértés
1999-ben és 2002-ben (%)



sal jár. Nem megoldott még az egészségbiztosítás reformja sem, amelynek egyik lehetősége a magántőke bevonása, azaz magán-pénzintézetek belépése az egészségbiztosítási rendszerbe. Ez utóbbi kérdés többek között még azért sincs megoldva, mert az előző lépés – egyenlő egészségügyi ellátás vs. verseny az ellátórendszer különböző szintjein – még nincs eldöntve.

A problémák közül a jelen kutatás csak néhányat tudott foglalkozni. Az egyik a biztosítási rendszeren belüli változtatás, hiszen az egészségügy évek óta napirenden lévő reformjának egyik – a kutatásban általunk is tesztelt – megoldása lehetne az, ha a finanszírozást ellátó pillanatnyilag egyetlen egészségbiztosító helyett több, egymással versengő biztosító kezelné az állampolgárok befizetéseit. E változtatás azonban nem

érintené a kötelező befizetés mértékét, azaz maradna a jelenlegi szisztéma. Ez szimuláció arra deríthet fényt, hogy mennyire rugalmas a lakosság az egészségügyi reform tekintetében egy olyan esetben, ha az nem jelent konkrét többletkiadást az egyén számára. Arra voltunk tehát kíváncsiak, hogy miként fogadja a lakosság ezt a felvetést.¹

A 1. ábra tanúsága szerint a lakosság több mint egyharmada egyetért az egészségbiztosító monopóliumának megtörésével, de még többen, 43%-nyian vannak azok, akik ellenzik ezt. Minden ötödik megkérdezett elhárította a válaszadást, nem tudott vagy nem

5. tábla

A több betegbiztosító létével való egyetértés-egyet nem értés a szubjektív egészségi állapot és az egyes egészségügyi intézmények igénybevételeinek kiterjedtsége szerint (%)

	Jóváhagyná-e több egészségbiztosító létét?	
	igen	nem
Az egészségi állapot saját megítélés szerint		
kiegyensúlyozottan jó	53	47
változó, de inkább jó	49	51
változó, nem kielégítő	31	69
inkább rossz	31	69
összesen	46	54
N	555	647
Volt-e háziorvosnál és/vagy járóbeteget szakrendelésen és/vagy kórházban 2001. január 1. óta?		
nem	51	49
A háromból egy intézményben	50	50
A háromból két intézményben	42	58
mindhárom intézménytípusban	40	60
összesen	46	54
N	557	648

1 A kérdés így hangzott: A jelenlegi egészségügyi ellátórendszerbe egy bizonyos fix összegben túl a járuléklízetők jövedelmük 3%-át fizetik be egészségügyi ellátásra, amihez a munkáltató még 11%-ot hozzátesz. A beszédelt pénzt az Országos Egészségbiztosítási Pénztár kezeli. Egyetértene-e azzal a javaslattal, hogy a jelenlegi egyetlen egészségbiztosító helyett több, egymással versengő biztosító legyen, és azok kezeljék az állampolgárok kötelező befizetéseit, ha a kötelező befizetés mértéke változatlan marad?

akart válaszolni a kérdésre. Már 1999-ben is feltettük ugyanezt a kérdést: ekkor az egyetértők és az egyet nem értők aránya közel azonos volt, azaz 2002-re csökkent a javaslatot támogatók aránya. (Tárki 1999) Kimutatható különbség van még a véleményélkülök arányában is: három éve csak minden tizedik megkérdezett tért ki a válaszadás elől, azaz 2002-re 10 százalékponttal nőtt a bizonytalanok aránya. Ezek az adatok egyértelműen jelzik, hogy növekszik a társadalom zavarodottsága az egészségügyi reform kulcskérdéseit illetően.

A 5. tábla adataiból látszik, hogy az egészségbiztosítási piac lehetséges kialakulásával való egyetértés a szubjektív egészségi állapot javulásával folyamatosan nő: az állapotukat inkább rossznak tartók egyharmada, a magukat egészségesnek tekintőknek viszont fele támogatná a jelenlegi egybiztosítós rendszer megváltoztatását. Nő az egyetértés mértéke az egyes egészségügyi intézményi fokozatok (házi orvos, járóbeteg szakellátás, kórház) igénybe vételének szűkülésével is, de ez a folyamat kevésbé markáns, mint az előző.

Az egészségbiztosítás kötelező formája mellett elképzelhető egy olyan kiegészítő befizetés is, amely egy kisebb vagy nagyobb, havonta befizetendő összeg ellenében a térítésből eddig kimaradt területek finanszírozását vállalná át. Ilyen terület lehet a hálapénz, az egészségügyi ellátással kapcsolatos utazási költségek, de akár a betegség alatt kiesett jövedelem is. Különböző havi összegek mellett kíváncsiak voltunk arra, hogy egy ilyen finanszírozási formát a társadalom mekkora része támogatna. A 6. táblán olvasható, hogy különböző havi összegek mellett mennyien lennének hajlandóak ilyen kiegészítő

egészségbiztosítást kötni.¹ 1999-ben a már többször hivatkozott kutatásban szintén szerepelt ez a kérdéssor, így az akkori állapot összevethető a mai helyzettel.

A megkérdezettek 40%-a semmilyen összeg mellett nem kíván kiegészítő biztosítást kötni, de 1999-ben még ennél is többen, 56%-nyian utasították el az új egészségbiztosítás ilyen formáját a befizetendő havi összegtől függetlenül. A kiegészítő biztosítást vállalók növekvő arányának pontos indokát nem ismerjük, de feltételezhető, hogy az 1999 óta történt infláció hatása is tetten érhető itt. Az adatok összehasonlíthatósága kedvéért ugyanis az 1999-ben feltett kérdéssort változtatás nélkül ismételtük meg, de nyilvánvaló, hogy mást jelentett 1999-ben havi 200 vagy akár 10 000 Ft-ot szánni egy eddig nem létező kiadásra, és más ezt tenni 2002-ben. Az infláció tehát részben magyarázhatja azt, hogy az elmúlt 3 évben számottevően nőtt azok aránya, akik áldoznának ilyen célra havi jövedelmük rovására, de csak az infláció nem elegendő magyarázat.

Ugyanígy minden egyes összeg esetében növekedés tapasztalható 1999 és 2002 között az adott havi befizetést vállalók arányában, ami mögött szintén feltételezhetjük az infláció hatását is. Ahogy az egyre magasabb összegek felé haladunk, úgy csökken a növekedés mértéke az adott összeg befizetését vállalók arányát tekintve, de még a havi 3000 Ft-os összeg esetében is megduplázódott a biztosítást megkötni szándékozóak aránya. Havi 200 Ft-ot tizből hat válaszoló vállalna, 500 Ft-ot a megkérdezettek több mint fele, 1000 Ft pedig kevesebb, mint fele. Havonta 2000 Ft-ot fizetnének be tizből négyen, egy ezrellel többet pedig minden negyedik-ötödik megkérdezett áldozna erre a kiadásra. Ennél többet azonban csak a társadalom egy szűk rétege hajlandó havonta kifizetni: e csoport nagysága csupán 8%, de az 1999-es 3%-hoz képest észrevehető ennek az „elitnek” a szolid növekedése.

Az egészségi állapot és a kiegészítő biztosítás vállalása összefügg: a kiegyensúlyozottan jó

6. tábla

Havi ... Ft befizetése mellett kötne-e olyan kiegészítő egészségbiztosítást, amely fedezné a hálapénz, az utazások és a kiesett jövedelmek összegét?
(1999, 2002, kumulatív százalékok)

	max. 200 Ft	max. 500 Ft	max. 1000 Ft	max. 2000 Ft	max. 3000 Ft	max. 5000 Ft	max. 10 000 Ft	nem kötne
1999%	44	38	28	21	10	2	1	56
2002%	61	55	47	39	23	6	1	39

1 A kérdést két bontásban tettük fel. Kiinduló összegnek a havi 2000 Ft-os befizetést tekintettük, és elsőként azt kérdeztük, hogy kötne-e a kért kiegészítő egészségbiztosítást. Aki itt igennel válaszolt, attól megkérdeztük, hogy kötne-e akkor is, ha az összeg havi 3000, 5000 vagy 10000 Ft lenne. Aki már 2000 Ft-ért sem kötött volna biztosítást, annak alacsonyabb összegeket ajánlottunk: havi 1000, 500 és 200 Ft.

7. tábla

A szubjektíven megítélt egészségi állapot és a kiegészítő biztosítás kötésének hajlandósága (oszlop%)

		Milyen az Ön egészségi állapotát?					
		kiegyensúlyozottan jó	változó, de inkább jó	változó, nem kielégítő	inkább rossznak mondható	összesen	
						%	N
10000 Ft-ért kötne	(2)	(2)	-	-	1	21	
5000 Ft-ért kötne	7	(4)	(3)	(2)	5	74	
3000 Ft-ért kötne	24	17	(9)	(6)	17	251	
2000 Ft-ért kötne	21	16	(11)	(9)	16	238	
1000 Ft-ért kötne	7	8	(10)	(7)	8	115	
500 Ft-ért kötne	8	10	(10)	(8)	9	131	
200 Ft-ért kötne	(4)	(5)	(7)	(8)	(5)	79	
Nem kötne, nem tudja	28	38	51	60	39	590	
összesen	%	100	100	100	100	1499	

() = alacsony elemszám. N

egészségűek felülreprezentáltak a befizetést vállalók között, és ahogy „romlik” az egészségi állapot, úgy csökken a kiegészítő biztosítást kötők aránya. Míg a leginkább egészségesek körében csak 28% azok aránya, akik nem kötnének biztosítást vagy még nem tudják, hogy kötnének-e, addig az inkább rossz egészségűek között már kétszer annyian, tízből hatan nem fizetnének a kötelezőn felül az egészségbiztosításra (7. tábla).

Érdekes, hogy az orvosi ellátás igénybevétele nem fokozza az igényt a kiegészítő biztosítás iránt, hiszen felülreprezentáltak a biztosítást nem kötők között azok, akik 2001 eleje óta mindháromféle orvosi ellátást igénybe vették, ugyanakkor alulreprezentáltak köztük azok, akik legfeljebb egyféle orvosi szolgáltatást vettek igénybe az adatfelvételt megelőző másfél évben.

Azt, hogy ki milyen összegű kiegészítő biztosítást kötne, természetesen befolyásolják a válaszadók társadalmi-demográfiai jellemzői is. A férfiak, az 50 év alattiak, az iskolázottabbak, az alkalmazottként dolgozók és a magasabb jövedelmű háztartásokban élők magasabb összeget áldoznának egy ilyen jellegű kiegészítő biztosításra. A 60 év felettek, a legfeljebb 8 osztályt végzettek és a vállalkozók viszont az átlagnál jóval nagyobb mértékben állítják, hogy nem köténének ilyen különbiztosítást.

A vizsgálat két fontosabb eredménye kiemelendő. Egyfelől látható, hogy továbbra is a magasabb társadalmi-kulturális státuszúak jobb egészségi állapotúak, mint az alacsonyabb státuszúak. Másfelől az is kiderült, hogy az egészségbiztosítás reformját alapvetően az egészségesek támogatják, azok viszont nem, akik jelenleg is kapcsolatban vannak az egészségüggyel, vagy akiknek erre nagyobb esélye van erre a közeljövőben.

HIVATKOZOTT IRODALOM

- E. VAN DOORSLAER et al (1997): Income-related inequalities in health: some international comparasions. *Journal of Health Economics* 16 (1997) 93-112
- KOPP MÁRIA – SKRABSKI ÁRPÁD (1995): Magyar lelkiállapot. Végeken Kiadó
- LEHMANN HEDVIG – POLÓNYI GÁBOR (1998): Helyzetkép a lakosság egészségi állapotáról 1997. In: Társadalmi riport 1998. 298-318., TÁRKI, Budapest
- LOSONCZI ÁGNES (1989): Ártó-védő társadalom. Ahogyan a társadalom betegít és gyógyít... Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest
- TÁRKI (1999): Állam és polgárai II. című kutatás. TÁRKI, Budapest

A szerző kutatásvezető, TÁRKI