

Statisztikai jelentés a gyermekegészség állapotáról Magyarországon a 21. század második évtizedében

HAJDU TAMÁS – KERTESI GÁBOR

CERS-IE WP – 2021/8

2021 Február

<https://www.mtaki.hu/wp-content/uploads/2021/02/CERSIEWP202108.pdf>

A KRTK-KTI CERS-IE Műhelytanulmányok célja az elért kutatási eredmények bemutatása, viták és hozzászólások ösztönzése. A kifejtett álláspontok a szerző(k) véleményét tükrözik, és folyamatban lévő kutatások eredményeit jelenítik meg.

A Műhelytanulmányokra való hivatkozásnál számításba kell venni, hogy a hivatkozott tanulmány nem végleges. A sorozatban megjelent írások várhatóan a későbbiekben szakfolyóiratban jelennek meg.

ÖSSZEFOGLALÓ

Kutatásunk a magyarországi gyerekek egészségi állapotában fennálló társadalmi különbségeket vizsgálja a 2010-es években. Az elemzések alapját számos adminisztratív adatbázis és survey jellegű információforrás adja. Beszámolónk összegyűjti, egységes statisztikai keretbe rendezi a rendelkezésre álló mikroszintű adatok többségét, és a laikus közvélemény számára is követhető formában értelmezi őket. A vizsgálatunk rámutat arra, hogy gyermekek egészsége milyen nagy mértékben függ össze azzal, hogy milyen társadalmi közegbe születtek, hogy milyen életkörülmények és jövedelmi viszonyok között élnek, illetve hogy milyen viselkedési sajátosságokkal rendelkeznek ők maguk és a szüleik.

JEL: I10, I14, J13

Kulcsszavak: egészség; egyenlőtlenség; gyermekek; Magyarország

Hajdu Tamás
KRTK KTI, 1097 Budapest, Tóth Kálmán u. 4.
e-mail: hajdu.tamas@krtk.hu

Kertesi Gábor
KRTK KTI, 1097 Budapest, Tóth Kálmán u. 4.
e-mail: kertesi.gabor@krtk.hu

Health inequalities among Hungarian children in the 2010s

TAMÁS HAJDU – GÁBOR KERTESI

ABSTRACT

This report examines health inequalities among Hungarian children in the 2010s. Our work is based on a wide range of administrative and survey data drawn from numerous sources. We analyze the datasets in a unified framework and present the findings in an easily understandable way, by which our report can be informative for not only the academic but the non-academic readers too. We show that children's health is closely related to their social background, income position, living conditions, and the health behaviors of themselves and their parents.

JEL codes: I10, I14, J13

Keywords: health; inequality; children; Hungary

Statisztikai jelentés a gyermekegészség állapotáról Magyarországon a 21. század második évtizedében

Hajdu Tamás és Kertesi Gábor

KRTK Közgazdaság-tudományi Intézet
Egészség és Társadalom Lendület csoport

1. változat

OTKA K-132484 (2020-2023) kutatás 1. projektjének zárótanulmánya

2020. december

Köszönetnyilvánítás:

Köszönettel tartozunk kutatási asszisztenseinknek (Benyák Barnabásnak, Károlyi Róbertnek és Nagy Kristófnak (mindhárman az ELTECON kiváló diákjai) hozzáértő, lelkiismeretes és pontos munkájukért. Tir Melinda (KRTK Adatbank) útmutatásai nélkül nehezen igazodtunk volna el az adminisztratív adatfelvételek és a Tárki Életpálya-felvétel survey adatainak bonyolult útvesztőiben. Köszönetet mondunk Csordás Ágnesnek, a Magyar Védőnők Egyesülete elnökének, aki minden elképzelhető formában (információkkal, kapcsolatokkal, az adatokhoz való hozzáférés útjainak egyengetésével) támogatta munkánkat. Köszönettel tartozunk a KSH munkatársainak (Branyiczkiné Géczy Gabriellának, Kovács Marcellnak és Tokaji Károlynénak), dr. Gallai Mária gyermekpszichiáternek, valamint dr. Altorjai Péter, dr. Kádár Ferenc, dr. Kálmán Mihály és dr. Kovács Ákos gyermekorvosoknak, akik szakmai tanácsokkal segítették munkánkat. A szövegben található esetleges hibákért és tévedésekért, természetesen egyedül a szerzőket terheli minden felelősség.

„... without controlled experiments it is virtually impossible to pin down anything beyond first-order effects. Zvi Griliches once told me that this leads one toward factual reporting rather than deep analysis. Perhaps so. But Joe Friday* always caught the villains on *Dragnet** by asking for the facts, ma'am, just the facts, and I prefer to start with facts than with speculations. In the present state of empirical economics it is better to determine the facts than to expatiate the obscure.”

(Richard Freeman: Labor markets in action 1989)

* Joe Friday: nyomozó a népszerű amerikai Dragnet c. tévésorozatban. Olyan, mint Columbo hadnagy.

Tartalom

Ábrajegyzék	4
Bevezető	8
1. Újszülöttek, csecsemők egészsége	12
2. Várandós anyák egészsége	18
3. Csecsemő- és gyermekhalandóság.....	22
4. Gyermekegészséget befolyásoló lakás- és életkörülmények	24
5. Kisgyermekek egészsége	27
6. Iskolás gyerekek egészsége	30
6.1 Táplálkozás, testmozgás, testtömeg, szubjektív egészség	30
6.2 Fogak állapota	32
6.3 Dohányzás	35
6.4 Tinédzser terhesség.....	39
7. Társadalmi különbségek a tartós betegségek előfordulásában	42
7.1 Szelekciós torzítások az egészségügyi rendszer igénybevételén alapuló adatokban.....	42
7.2 Szegényekre jellemzőbb tartós betegségek	44
7.3 Háziorvosa szerint valamilyen tartós betegsége van	46
8. Orvos-beteg találkozások, gyógyszerfogyasztás	49
8.1 Kórházi és szakrendelői ellátás.....	50
8.2 Egészségügyi kiadás, gyógyszerkiadás.....	52
9. Záró megjegyzések	54
Ábrák	55

Ábrajegyzék

1. Újszülöttek, csecsemők egészsége

1.1 Koraszülöttek aránya	55
1.2 Alacsony súllyal születettek aránya.....	55
1.3 Magzatfejlődésükben arányosan visszamaradott újszülöttek aránya	55
1.4 Koraszülöttek és alacsony súllyal születettek aránya, 2001-2018	56
1.5 Magzatfejlődésükben arányosan visszamaradott újszülöttek aránya, 2001-2018.....	56
1.6 Kizárólagosan szoptatott csecsemők aránya	56
1.7 Kizárólagosan szoptatott csecsemők aránya, simított adatok.....	57
1.8 Kizárólagosan szoptatott csecsemők aránya, 2001-2018.....	57
1.9 Kizárólagosan szoptatott csecsemők aránya, 2001-2018 simított adatok	57
1.10 Kizárólagosan szoptatott csecsemők aránya, változás 2010-2012 és 2018 között.....	58

2. Várandós anyák egészsége

2.1 A szülő nők koreloszlása	59
2.2 A szülő nők korábbi abortuszainak száma	60
2.3 A szülő nők korábbi magzati veszteségeinek száma	60
2.4 Fokozott gondozást igénylő várandós anyák aránya: egészségi, ill. környezeti ok miatt	60
2.5 Dohányzó várandósok aránya.....	61
2.6 Dohányzó várandósok aránya, 2000-2018.....	61
2.7 Dohányzó várandósok aránya, változás 2010-2012 és 2018 között	62
2.8 A várandós nőket érő beltéri és kültéri légszennyezés	62
2.9 Újszülöttek megoszlása a családi helyzetük alapján, 2011	63
2.10 Újszülöttek megoszlása a családi helyzetük alapján, 2016.....	63
2.11 Nem házas anya által szült újszülöttek aránya	64
2.12 Nem házas anya által szült újszülöttek aránya, 2001-2018.....	64

3. Csecsemő- és gyermekhalandóság

3.1 Csecsemőhalálozás.....	65
3.2 Neonatális és poszt-neonatális halálozás	65
3.3 Neonatális és poszt-neonatális halálozás (standardizált).....	66
3.4 Gyermekhalandóság	66

4. Gyermekegészséget befolyásoló lakás- és életkörülmények

4.1 Vályogfalú lakásban élők aránya	67
4.2 Fürdőszoba nélküli lakásban élők aránya	67
4.3 Vízüblítéses WC nélküli lakásban élők aránya.....	68
4.4 Vezetékes víz nélküli lakásban élők aránya.....	68
4.5 Melegvíz nélküli lakásban élők aránya.....	69
4.6 Komfort nélküli lakásban élők aránya.....	69
4.7 Összkomfortos lakásban élők aránya.....	70
4.8 Beltéri légszennyezéssel érintettek aránya	70

4.9 Kültéri légszennyezéssel érintettek aránya	71
4.10 Huzatos, nedves falú, beázó, sötét lakások aránya 0-18 éves gyermekeket nevelő családok körében	71
5. Kisgyermek egészségé	
5.1 Beszédfejlődési problémája van	72
5.2 Szociális, pszichés, motoros, mentális, magatartási problémája van	72
5.3 Mozgásfejlődési problémája van	73
5.4 Túlsúlyos: testi fejlettsége korcsoportjának 90. percentilise fölött van	73
5.5 Alulfejlett: testi fejlettsége korcsoportjának 10. percentilise alatt van.....	74
5.6 Látásproblémája van.....	74
5.7 Hallásproblémája van	75
5.8 A szűrővizsgálatok eredményei alapján gondozást igényel	75
5.9 Egészségi ok miatt fokozott gondozást igénylő kisgyermek aránya	76
5.10 Egészségi és környezeti ok miatt fokozott gondozást igénylő kisgyermek aránya.....	76
6. Iskolás gyerekek egészségé	
6.1. Táplálkozás, testmozgás, testtömeg, szubjektív egészség	
6.1.1 Táplálkozás, testmozgás, testtömeg, szubjektív egészség 11-15 évesek.....	77
6.1.2 Egy főre jutó zöldség-gyümölcs, tej-, tejtermék- és kenyér-fogyasztás a 0-18 éves gyermekeket nevelő családok körében	77
6.2. Fogak állapota	
6.2.1 Nincs tömött, szuvas, hiányzó foga (12 évesek, Európai Unió országai).....	78
6.2.2 Tömött, szuvas, hiányzó fogak átlagos száma (12 évesek, Európai Unió országai).....	78
6.2.3 Nincs tömött, szuvas, hiányzó foga (19-20 évesek).....	79
6.2.4 Nincs tömött, szuvas, hiányzó foga, nemek szerint (19-20 évesek)	79
6.2.5 Tömött, szuvas, hiányzó fogak átlagos száma (19-20 évesek).....	79
6.2.6 Tömött, szuvas, hiányzó fogak száma, nemek szerint (19-20 évesek)	80
6.2.7 A legutóbbi fogorvosi látogatás időpontja (19-20 évesek)	80
6.2.8 A legutóbbi fogorvosi látogatás időpontja, nemek szerint (19-20 évesek).....	81
6.2.9 Naponta legalább kétszer fogat mos, 11-15 évesek	81
6.2.10 Naponta legalább kétszer fogat mos, 11-17 évesek: 2002-2018.....	81
6.3. Dohányzás	
6.3.1 Szülők és más családtagok dohányzása 0-6 éves korú gyermekeket nevelő családok körében.....	82
6.3.2 Szülők és más családtagok dohányzása 0-6 éves korú gyermekeket nevelő családok körében, változás 2010-2012 és 2018 között	82
6.3.3 Szülők dohányzása 11-15 éves gyermekeket nevelő családok körében	83
6.3.4 11-15 éves gyerekek dohányzása, szüleik iskolai végzettségétől és otthoni dohányzásától függően	83
6.3.5 Legalább heti rendszerességgel és napi rendszerességgel dohányzó 9. és 11. évfolyamos (15 és 17 éves) középiskolások, 2018.....	84
6.3.6 Szülők és 11-15 éves gyerekeik dohányzása, 2002-2020	84

6.3.7 Legalább heti rendszerességgel dohányzó 9. és 11. évfolyamos (15 és 17 éves) középiskolások, évfolyamok és nemek szerint 2002-2018.....	85
6.3.8 Napi rendszerességgel dohányzó 9. és 11. évfolyamos (15 és 17 éves) középiskolások, iskolatípus szerint 2006-2018	85
6.4. Tinédzser terhesség	
6.4.1 Szülési ráta	86
6.4.2 Abortusz ráta.....	87
6.4.3 Magzati veszteség ráta	87
6.4.4 Terhességi ráta.....	88
6.4.5 Szülési ráta, 1990-2018.....	88
6.4.6 Terhességi ráta, 1990-2018.....	89
6.4.7 Szülési ráta jövedelmi kvintilisek szerint, 15-17 évesek, 2001-2018	90
6.4.8 Szülési ráta jövedelmi kvintilisek szerint, 18-19 évesek, 2001-2018	90
6.4.9 Terhességi ráta jövedelmi kvintilisek szerint, 15-17 évesek, 2001-2018	91
6.4.10 Terhességi ráta jövedelmi kvintilisek szerint, 18-19 évesek, 2001-2018.....	92
6.4.11 Szülési és terhességi ráták a megfelelő korcsoport 2010-es értékeinek százalékában, jövedelmi kvintilisek szerint, 2001-2018.....	93
7. Társadalmi különbségek a tartós betegségek előfordulásában	
7.2. Szegényekre jellemzőbb tartós betegségek	
7.2.1 Visszamaradt magzati növekedéshez kapcsolódó rendellenességek (P05-P07)	94
7.2.2 Keringési rendszer veleszületett rendellenességei (Q20-Q28).....	95
7.2.3 Endokrin, táplálkozási és anyagcsere-betegségek (E00-E90).....	95
7.2.4 Vakság és csökkentlátás (H54).....	96
7.2.5 Hallásvesztés (H90-H91).....	96
7.2.6 Mentális és viselkedészavarok (F00-F99)	97
7.2.7 Magas vérnyomás (I10-I15)	97
7.2.8 Epilepszia (G40).....	98
7.2.9 Asztma (J45).....	98
7.3. Háziorvosa szerint valamilyen tartós betegsége van	
7.3.1 A tartós betegségek előfordulása (1-20. jövedelmi ventilis szerint).....	99
7.3.2 A tartós betegségek előfordulása (2-20 jövedelmi ventilis szerint).....	100
7.3.3 A tartós betegségek előfordulása (2-20 jövedelmi ventilis szerint simított értékek)	100
7.3.4 A tartós betegségek előfordulása nemek szerint (2-20 jövedelmi ventilis szerint simított értékek)	101
8. Orvos-beteg találkozások, gyógyszerfogyasztás	
8.1. Kórházi és szakrendelői ellátás	
8.1.1 Kórházi ellátásban részesült gyerekek száma egy naptári évben	102
8.1.2 Legalább egyszeri, illetve egynél többszöri kórházi ellátásban részesült gyerekek száma egy naptári évben, simított értékek	102
8.1.3 Szakrendelői ellátásban részesült gyerekek száma egy naptári évben	103

8.1.4 Szakrendelői ellátásban részesült gyerekek száma egy naptári évben, simított értékek	103
8.1.5 Epilepszia (G40) és asztma (J45): kórházban, szakrendelőben kezelt gyerekek száma egy naptári évben	104
8.1.6 Fertőző (A00-B99) és légúti (J00-J99) betegségek: kórházban, szakrendelőben kezelt gyerekek száma egy naptári évben	105
8.2. Egészségügyi kiadás, gyógyszerkiadás	
8.2.1 Éves átlagos egészségügyi kiadás és gyógyszerkiadás a 0-18 éves gyermekeket nevelő családok körében, a mintaátlag százalékában	106
8.2.2 Havi átlagos összes gyógyszerkiadás (Ft).....	106
8.2.3 Havi átlagos gyógyszerkiadásra jutó TB-támogatás (Ft)	107
8.2.4 Havi átlagos gyógyszerkiadásra jutó saját kiadás (Ft).....	107

Bevezető

Az itt következő tanulmány átfogó képet kíván adni a magyarországi gyerekek egészségi állapotában fennálló társadalmi különbségekről a 2010-es évtizedben hozzáférhető, megbízhatónak tekinthető adminisztratív és survey jellegű információforrások alapján. Beszámolónk összegyűjti, egységes statisztikai keretbe rendezi a rendelkezésre álló mikroszintű adatok többségét, és a laikus közvélemény számára is követhető formában értelmezi őket. A bemutatott adatok alapján az olvasó képet alkothat arról, hogy a gyermekek egészsége milyen nagy mértékben függ össze azzal, hogy milyen társadalmi közegbe születtek, hogy szüleikkel és más családtagjaikkal milyen életkörülmények és jövedelmi viszonyok között élnek, illetve hogy milyen (jövedelmi, vagyoni, iskolázottsági kondícióktól függő) viselkedési sajátosságokkal rendelkeznek. Jelentésünk, szűken véve, és csak a 0-18 év közötti gyerekeket és fiatalokat számolva, egymillió-nyolcszázezer gyerekről szól. Ha beleértjük a szülőket és más együttélő családtagokat is, akkor a gyermekes családok teljes népességét¹ érinti: több mint négymillió embert.

Írásunk statisztikai jelentés: a megfigyelhető társadalmi különbségek mértékét szeretnénk minél több, jelentős, társadalmi figyelemre számot tartó indikátor segítségével bemutatni. Nemcsak a gyermekek körében előforduló legfontosabb krónikus és akut betegségek előfordulását és egyéb egészségmutatók tekintetében fennálló különbségeket vizsgáljuk, de rámutatunk az egyenlőtlenségek alakításában fontos szerepet játszó tényezőkre is. Ezek közé tartoznak a lakás- és életkörülmények, a jövedelem, a várandósság alatti egészség, a táplálkozás, a lakókörnyezet, a környezeti hatások, az egészségügyi ellátáshoz való egyenlőtlen hozzáférés.

Azt hihetné az olvasó, hogy ezt az összegző munkát a szakma már rég elvégezte. Ez azonban nincs így. Noha számos kiváló tanulmány és meglepően sok információ áll ezen a téren rendelkezésre, tudomásunk szerint még senki sem vállalkozott arra, hogy a meglevő adminisztratív adatforrásokat és survey adatokat összegyűjtse, és az adatgyűjtések elsődleges céljaitól elszakadva, a társadalmi egyenlőtlenségek perspektívájából rendezze újra meglevő ismereteinket. Az első feladat egységes standardok szerint megmérni az így feltáruló különbségeket és a szakértő és laikus közönség számára jól áttekinthető képet adni erről a többnyire ismeretlen univerzumból. Mélyebb összefüggésekről (okokról, terápiákról, szakpolitikai programokról) csak a tények alaposabb ismeretében beszélhetünk.

¹ KSH Háztartási költségvetési és életkörülmények adatfelvétel 2018

Projektünk az első olyan kísérletnek tekinthető, amely egységes keretrendszerben próbálja az újszülöttek, kisgyermek és fiatalok között megfigyelhető szerteágazó társadalmi különbségeket feltárni és bemutatni.

A gyermekegészség vizsgálatát több körülmény is indokolja. Először is: a csecsemő- és gyermekkori egészség fontos előrejelzője a felnőttkori egészségnek. A beteg gyerekek nagyobb valószínűséggel lesznek beteg felnőttek. Másodszor: a kisgyermekkori egyenlőtlenségek a társadalmi igazságosság szempontjából is komoly figyelmet érdemelnek. Még a teljesítményelv legelszántabb hívei is nehezen találnak erkölcsi támpontot ahhoz, ha az egyenlőtlenségek közül a gyermekeket érintő egyenlőtlenségek társadalmi elkerülhetetlenségét kellene megindokolniuk, vagy ha ezeknek az egyenlőtlenségeknek bármilyen járulékos pozitív hatásairól akarnának szót ejteni. Kevés igazságtalanabb társadalmi egyenlőtlenséget ismerünk a gyerekeket érintő egyenlőtlenségeknél. Harmadszor: a gyerekkori egészség hatással van a felnőtt élet egészére, a munkaerőpiaci sikerességre, a társadalmi érvényesülésre. A gyerekekre és fiatalokra irányuló programok hasznai különösen jelentős mértékűek lehetnek, mivel az egész életpályát befolyásolhatják, és hosszú időn keresztül képesek jótékony hatásukat kifejteni. A megfelelően megtervezett és kivitelezett gyerekkori programok költség-haszon értelemben vett hatékonysága a tapasztalatok szerint igen nagy.

Jelentésünkben nagy hangsúlyt helyezünk a teljes népességre kiterjedő adminisztratív adatok használatára. E sokféle adatforrás magában foglalja a KSH demográfiai regisztereit (élveszületés, csecsemőhalandóság, halálozás, abortusz, magzati veszteség), a népszámlálások és mikrocenzusok adatait, a KSH házi orvosi körzetszinten gyűjtött teljes körű morbiditási adatait, az NNK védőnői körzet szintre aggregált védőnői jelentéseinek adatait, a NEAK által finanszírozott járó- és fekvőbeteg események adatait és vény-rekordjait. Ezekhez az adatokhoz a hozzáférést – megfelelő adatvédelmi garanciák mellett – az adatgazdákkal való megállapodások alapján a KRTK Adatbankja biztosította. A KSH egyéni szintű adatállományain KSH-kutatószobai hozzáférés keretében dolgozhattunk. Adminisztratív adatok mellett survey adatokat is használtunk: a KSH költségvetési és életkörülmények (HKÉF) adatfelvétel, a Tárki életpálya-felmérés, illetve a WHO Global Youth and Tobacco Survey (GYTS) egyéni adatbázisait. Hivatkozunk továbbá a WHO Health Behaviour of School Aged Children (HBSC) jelentéseiből származó publikus adatokra, illetve a Council of European Chief Dental Officers (CECDO) internetes forrásból hozzáférhető adataira. Jelentésünk frissített változataiban a jövőben igyekezünk a jelenlegi adatforrásainkat számos eddig nem használt új adatforrással kiegészíteni.

A társadalmi különbségeket az érintett személyek lakóhelyének egy lakosra jutó jövedelemszintjével mérjük. Az adat forrása a településszintre aggregált NAV személyi jövedelemadó (adóalap, befizetett szja) adatok. A települések jövedelemszintjét a 2011 és 2016 közötti évek szja-adóalap adatainak

települési átlagaival mérjük. Erre a mutatóra a településen lakók egy főre jutó háztartási jövedelmének *közelítő* mérőszámaként tekintünk. Mivel a településeken belül is van jövedelemszóródás, az így mért társadalmi különbségek az adatforrások többségéből hiányzó háztartási jövedelem szerinti szóródásnál kisebbek. Mindaz, amit így kiszámolunk, a háztartási szinten mért jövedelmekkel összefüggő egyenlőtlenségek alsó becslésének tekinthető. A településszintű jövedelmek alapján húsz településcsoportot képeztünk, amelyek mindegyikébe a magyarországi népesség nagyjából 5 százaléka (csoportonként fél-fél millió ember) tartozik. A legalsó jövedelmi kategória így a népesség legszegényebb településeken élő 5 százalékát foglalja magában, míg a legmagasabb jövedelmi csoport a leggazdagabb településeken élő 5 százalékot. Egészségindikátoraink többségét grafikonokon mutatjuk be, ahol a vízszintes (x) tengelyen a jövedelem szerint sorba rendezett húsz jövedelemcsoportot (ventilist) látjuk a legszegényebbtől a leggazdagabbig, a függőleges (y) tengelyen pedig az ábrán megjelenített egészségindikátor átlagos értékeit az említett húsz jövedelemcsoportban. Az ábrákon, a jobb áttekintés kedvéért, a szélső pólusokat egyszerűen csak „Szegény”, illetve „Gazdag” nevekkel jelöljük.

Kiseb esetszámú survey adatok esetében a társadalmi különbségeket a szülők iskolai végzettségével, vagy egyéni szinten mért háztartási jövedelemmel, jövedelemötödökkel mérjük.

Mind a háztartási jövedelemhez, mind pedig a lakóhelyi jövedelemhez értelmező megjegyzéseket kell fűznünk. 1) A jövedelem a társadalmi különbségek sűrített mérőszáma, nagyon sokféle tulajdonság sűrűsödik benne: kiadások fedezete, hozzáférési esélyek, viselkedési sajátosságok stb. Ezeknek a szétválasztására ebben a jelentésben nem törekedhetünk. 2) Nem jövedelemszintekkel, hanem relatív jövedelemkülönbségekkel jellemezzük a különböző társadalmi csoportokat: relatív társadalmi pozíciókat mérünk. 3) Kihhasználva a nagy esetszámokat és a jövedelem-mutató folytonosságát, a gyerekek egészségi állapotában mért társadalmi különbségeket is folytonos különbségekkel – a teljes jövedelemeloszlás mentén – mérjük, és nem csak az eloszlás nevezetes tulajdonságaival (átlag, szórás, szélsőértékek). 4) Az, hogy jövedelemmel mérjük a társadalmi különbségeket, nem jelenti egyszersmind azt is, hogy jövedelem*hatásokat* mérünk. A szegény településeken lakó családok gyerekeinek sokféle hátrányát nem feltétlenül tekinthetjük mind olyan hátrányoknak, melyeket közvetlen pénzbeli támogatással lehetne megszüntetni vagy mérsékelni, bár e hátrányok között nyilvánvalóan vannak olyanok is, melyeket magasabb jövedelemből ki lehetne egyenlíteni. 5) Végül pedig a szokásos figyelmeztetés: együttmozgásokat, asszociációkat mutatunk be, melyeket önmagukban nem tekinthetünk oksági összefüggéseknek.

A továbbiakban nyolc részre bontva tekintjük át a gyermekegészségügy mai helyzetét. Először az újszülöttek és csecsemők születéskori állapotát jellemző mutatókat tárgyaljuk, majd a várandós anyák

demográfiai, egészségi, környezeti és viselkedési jellemzőit, illetve a csecsemő- és gyermekhalálozás helyzetét. Két külön fejezetben tárgyaljuk az iskoláskor alatti (0-6 éves) kisgyermek, illetve az iskolába járó (7-18 éves) gyerekek, egy esetben 19-20 éves fiatalok egészségi állapotát. Külön alfejezetekben térünk ki olyan fontos kérdésekre, mint a fogak állapota, a dohányzás és a tinédzser terhesség. Az utolsó két rész a krónikus betegségek előfordulásában megfigyelhető társadalmi különbségeket, illetve az orvos-beteg találkozások és a gyógyszerfogyasztás társadalmi mintázatait taglalja. Tanulmányunknak ez az első változata nem tartalmaz szakirodalmi hivatkozásokat és szakpolitikai ajánlásokat. Ezekkel a további, átdolgozott változatokban bővítjük majd ki az írásunkat.

Jelentésünk terjedelmesebb része az ábramellékletben található mintegy száz ábra és néhány táblázat. Az ábrákra a szövegben intelligens linkek hivatkoznak; az ábrák számára kattintva lehet a melléklet megfelelő ábrájához eljutni (és ugyanígy a mellékletből az ábrák számára kattintva lehet visszajutni a szöveges részhez). Az ábrákat úgy szerkesztettük meg, hogy lehetőleg önmagukért beszéljenek. A szöveges rész ezekhez fűz többnyire rövid kommentárokat, illetve bővebb magyarázatokat ott, ahol azt a probléma megköveteli. Sok olyan olvasóra számítunk, aki – megértve a bevezetőben vázolt egyszerű mérési design – az ábramellékletet lapozgatva, ábráról-ábrára haladva, önállóan fedezi fel magának ezt a sok részletében minden bizonnyal ismerős, de egészében mégis ismeretlen világot.

1. Újszülöttek, csecsemők egészsége

A társadalmi egyenlőtlenségek újratermelődésének különösen elszomorító mechanizmusa, hogy a szegény, iskolázatlan, hátrányos társadalmi csoportokhoz tartozó anyák már a várandósságuk ideje alatt átörökítik hátrányaik egy részét a következő generációra. A gyermekkori fejlődéssel foglalkozó társadalomtudományi irodalom egyik legrobusztusabb összefüggése ez. A szegénységben élő társadalmi csoportok gyermekeinek fejlődési mutatói már születésük pillanatában rendre rosszabbak társadalmuk átlagánál: testsúlyuk alacsonyabb, gyakrabban jönnek koraszülöttként a világra, s ha időre születnek is, gyakrabban mutatnak fejlődésbeli lemaradásokat.

Ebben a részben három születéskori fejlődési mutatót mutatunk be: a koraszülés, illetve az alacsony születési testsúly esélyét, valamint a magzatfejlődésben tapasztalható fejlődési lemaradás leggyakoribb formájának – az arányos visszamaradottságnak (proportional retardation) – az előfordulását. E háromféle adat forrása a KSH teljeskörű élveszületési regisztere.

A szakirodalomban koraszülöttnak tekintik azokat az újszülötteket, akik a terhesség 37. hete előtt, nagyon koraszülöttnak pedig azokat, akik a terhesség 32. hete előtt jöttek a világra, alacsony (nagyon alacsony) súlyú újszülöttnak pedig azokat, akik 2500 grammnál (1500 grammnál) alacsonyabb súllyal születtek.

A koraszülés okai (hajlamosító tényezői) között egyszerre szerepelnek genetikai és környezeti társadalmi tényezők. Az epidemiológiai szakirodalom a legfontosabb környezeti kockázatnövelő tényezők között elsősorban az anya magasabb életkorát, a korábbi vetéléseket és koraszüléseket, a teherbe esés és az előző szülés között eltelt túlságosan rövid (hat hónapnál rövidebb) időtartamot, az anyát ért korábbi fertőzéseket vagy krónikus betegségeket (pl. a diabéteszt) az anya aktív vagy passzív dohányzását és a környezetből származó toxikus hatások (pl. a beltéri és kültéri légszennyeződések) tartja számon. E környezeti hatások egy része – korábbi vetélések és koraszülések nagyobb száma, előző terhesség óta eltelt túl rövid idő, korábbi fertőzések és gyulladások, dohányzás, lakóhelyi környezetszennyezés – nagyobb mértékben van jelen a szegény, iskolázatlan családok és anyák életében, mint a társadalom középrétegeinél. Egy újabb kutatás² állatkísérletek alapján arra a következtetésre jutott, hogy a koraszülés valószínűségének meredek emelkedéséhez már az is elegendő, ha a genetikai hajlam enyhe fertőzéssel párosul.

² http://www.medicalonline.hu/gyogyitas/cikk/koraszules_a_genek_es_a_kornyezet_szerencsetlen_talalkozasa

A koraszülöttség rövid távon egyike a vezető csecsemőhalandósági kockázati tényezőknél. Hosszabb távon pedig növeli a hallási és látási zavarok, szív- és érrendszeri megbetegedések, a depresszió és a hiperaktivitás kockázatát, valamint a tanulási zavarok valószínűségét.

Születési testsúly adatokat a világ számos országában több mint egy évszázada rendszeresen gyűjtöttek, gazdag tapasztalatok állnak rendelkezésre a születési testsúlykülönbségek – köztük a 2500 grammnál alacsonyabb testsúly esélyének – okairól és következményeiről. A születési testsúly a várandósság és a magzati fejlődés körülményeit jellemző legfontosabb mutatószámok egyike. Az alacsony testsúlyal született gyermekek körében bizonyítható módon nagyobb az esélye a fizikai és idegrendszeri károsodásoknak; nagyobb a valószínűsége a tanulási problémák, a figyelemzavar és a sajátos nevelési igény előfordulásának; gyakoribb az iskolai évismétlés, és alacsonyabbak a teszteredmények. Az alacsony születési testsúly hosszú távú életkilátásokat – az iskolázottság szintjét, a foglalkoztatás esélyeit és a kereseteket – illető kedvezőtlen következményeit kutatások egész sora mutatta ki. Az alacsony súlyú újszülöttek csecsemőhalandósági mutatója egy nagyságrenddel magasabb, mint a normál súlyú újszülötteké³. Az alacsony születési testsúly gyakorisága szorosan együtt mozog az érintett népesség jövedelmi-vagyoni és iskolázottsági helyzetével. Minél szegényebb és iskolázatlanabb egy ország lakossága vagy egy adott országon belül egy társadalmi csoport, annál nagyobb az alacsony születési testsúly statisztikai esélye. A szülőket sújtó szegénység és a születendő gyermekek alacsony születési testsúlya közötti összefüggés sokféle okra vezethető vissza. Az anyák (proteinben, vitaminokban és ásványi anyagokban) hiányos táplálkozása, a korábbi fertőzések, a lakóhelyi környezeti ártalmak fokozott jelenléte, a szegénységgel együtt járó stresszhelyzetek, a terhesség alatti dohányzás, az egészségügy intézményeihez való korlátozott hozzáférés – mindezek a tényezők szerepet játszanak benne.

A fejlődési mutatókban kimutatható társadalmi különbségek mérésekor az egyes szülésekre összpontosítunk, és figyelmen kívül hagyjuk az ikerszüleket.

Az **1.1 ábra** a koraszülöttek két csoportjának (a várandósság 37., illetve 32. hete előtt világra jött újszülötteknek) a részarányát mutatja az egyes szülések között. Az **1.2 ábra** pedig az alacsony (2500 g alatti), illetve a nagyon alacsony (1500 g alatti) születési testsúlyú csecsemők arányának alakulását mutatja szintén az egyes szülések között a 2010 és 2018 közötti időszak egy átlagos évében Magyarországon.

A két ábra tanúsága szerint igen szoros kapcsolat van az anyák társadalmi helyzete, illetve a koraszülöttség vagy alacsony születési súly előfordulása között. A társadalmi különbségek pedig

³ <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/csecsemohalandosag.pdf>

rendkívül nagyok: a koraszülöttség gyakoriságában 4-5 százalékpontnyi, az alacsony születési testsúly gyakoriságában pedig csaknem 8 százalékpontnyi különbség mutatkozik a legszegényebb és leggazdagabb csoport között. A relatív jövedelmi helyzet különbségei különösen sokat számítanak az első 5-7 jövedelmi ötödben, vagyis a társadalom alsó harmadában: a jövedelmi ventilisek pontjaira szorosan illeszkedő görbék meredeken konvex szakaszai erre utalnak. A jövedelemeloszlás középső és felső szakaszában (az alsó középosztálytól a felső rétegekig) a társadalmi csoportok közti relatív különbségek lényegesen kisebbek.

A harmadik indikátor, melynek segítségével az újszülöttkori fejlődési hátrányokat jellemezni fogjuk, a magzat testi fejlődésében, növekedésében tapasztalható lemaradásoknak egy jellegzetes – és leggyakoribb – típusát, a magzatfejlődés során testhosszban és testtömegben arányos lemaradásokat választottuk. Egy ilyen mérőszám kialakításakor két dologra szoktak a szakemberek figyelemmel lenni. Egyrészt arra, hogy a gyermekek különböző gesztációs hétre, testi fejlődésünknek különböző stádiumában születnek meg, s ezért a lemaradások mérésekor az adott gesztációs hétre kondicionált különbségeket kell alapul venni; másrészt arra, hogy nem léteznek időtől és helytől független sztenderdek, és ezért a lemaradások kritikus mértékének meghatározásához relatív kritériumot (az adott társadalom adott évi összes születésének eloszlásához viszonyított helyzetet) kell alapul venni.

Ennek a kérdésnek a szakirodalmából mi a KSH élveszületési regiszterének teljes körű adatait használó Berkő-Joubert (2009) féle mérési eljárás kritériumait alkalmaztuk, amelyben a szerzők az említett három kritérium (gesztációs hét, születési testhossz és testtömeg) alapján határoztak meg veszélyeztetett helyzeteket és rendeltek e helyzetekhez magyar adatokon mért perinatális halálozási⁴ kockázatokat. Az így definiált helyzetek közül indikátorként a leggyakrabban előforduló esetet – a magzatfejlődés során testhosszban és testtömegben arányos lemaradás (röviden: az arányos magzatfejlődési lemaradás) – esetét választottuk. Az összes élveszületésre vetített perinatális halálozási kockázathoz (10 ezrelék), mint bázishoz képest a fejlődésükben arányosan visszamaradott újszülöttek perinatális halálozási kockázata ennek a háromszorosa: 30 ezrelék.

Berkő és Joubert (2009) meghatározását alkalmazva, magzati fejlődésében arányosan visszamaradott-nak tekintettük a j -edik évben azt a k -edik gesztációs hétre megszületett gyermeket, aki a j -edik évben a k -edik gesztációs hétre megszületett gyermekek testsúly és testhosszeloszlását tekintve, a testsúlyban és testhosszban egyaránt a 10. percentilis alatt van. Ezeket a számokat a gesztációs hetekre ($k = 24-43$) aggregálva, kapjuk meg a j -edik évben a magzati fejlődésükben arányosan visszamaradott újszülöttek számát. Ezt a számot az adott év összes élveszületésének számára vetítve kapjuk meg

⁴ A demográfiai szakirodalom születés körüli (perinatális) halálozásnak nevezi a 24. gesztációs hét utáni halvaszületést (késői magzati veszteséget), illetve az élveszületés utáni egy héten belüli csecsemőhalandóságot.

mutatónkat: a fejlődésükben arányosan visszamaradottak részarányát. Ennek a mérőszámnak a társadalmi heterogenitását mutatja az [1.3 ábra](#).

Az arányos magzatfejlődési visszamaradottság gyakorisága szintén rendkívül szoros, csaknem lineáris és mértékét tekintve rendkívül erős összefüggésben áll a társadalmi helyzet átfogó indikátorával, a jövedelemmel. Amíg a társadalom felső 10-15 százalékában elenyésző (1 százalékpont körüli) részarányt képviselnek ezek az esetek, addig a legszegényebb 10-15 százalékban ez a részarány hatszorosa mértékű (6 százalékpont körüli).

A következő két ábra ([1.4 ábra](#) és [1.5 ábra](#)) az előző három születés kori fejlődési mutató elmúlt két évtizednyi országos trendjeit mutatja be. Hangsúlyozzuk, hogy az idősorokat is az *egyes szülések* adataira kondicionálva mutatjuk be, kiküszöbölve ezzel az ikerszülések hatását.

A leginkább figyelemreméltó összefüggés, amit ezekről az ábrákról leolvashatunk, az, hogy húsz év távlatában mennyire nem változik semmi. A koraszülöttek részaránya 6.5-7.5 százalékpont, az alacsony születési testsúlyú újszülöttek aránya 6.6-7.0 százalékpont, az arányos fejlődési lemaradást mutató újszülöttek aránya pedig 3.5-4.0 százalékpont között ingadozik. Húsz év távlatában rendkívül stabilan tartják magukat ezek az egyes szülések között megfigyelhető kedvezőtlen arányok, pozitív trendekről, sajnos, nem tudunk beszámolni.

A születés kori egészségről szóló részt a csecsemőkor egy kulcsfontosságú indikátorának tárgyalásával: a szoptatás társadalmi csoportok szerint igen eltérő mértékű elterjedtségének vizsgálatával zárjuk.

A szoptatás és az anyatejjel való táplálás jelentőségét a csecsemők fejlődésében (és a kismamák egészségében) aligha lehetne túlértékelni. A csecsemőkorokban szoptatott gyerekek körében alacsonyabb a súlyos alsó légúti megbetegedés, a hallójáratokat érintő fertőzés, az emésztőszerveket érintő fertőzés, az asztma, az elhízás, illetve az 1-es típusú diabétesz kockázata, ritkábban fordul elő hirtelen csecsemőhalál (SIDS). A csecsemőkorokban szoptatott gyerekek körében később ritkábban fordul elő fogszuvasodás. A szoptatás támogatja az anya és gyermeke közötti kötődést, elősegítve ezzel a gyermekek nyugodt pszichológiai fejlődését. A szoptatott csecsemők jobb intellektuális képességekkel és kognitív fejlettséggel rendelkeznek, mint a nem szoptatott csecsemők. A szoptatás kedvező hatással van az anya egészségére is: csökkenti a magas vérnyomás, a 2-es típusú cukorbetegség, a petefészek- és az emlődaganatok kockázatát.⁵ E sokféle előnyös következmény miatt az amerikai gyermekorvosokat tömörítő szakmai szervezet hivatalos állásfoglalása-iránymutatása egyértelműen javasolja a kismamáknak, hogy gyermekeiket 6 hónapos korukig kizárólagosan anyatejjel

⁵ <https://www.cdc.gov/breastfeeding/about-breastfeeding/index.html> , illetve Wambach és Riordan (2020).

táplálják, szoptassák, és csak azután térjenek át táplálék-kiegészítőkre.⁶ Hasonló ajánlásokat fogalmaz meg a WHO, illetve a magyarországi Szoptatást Támogató Nemzeti Bizottság is.⁷

A szoptatás és az anyatejjel való kizárólagos táplálás elterjedtségéről Magyarországon a Nemzeti Népegészségügyi Központ (NNK) területi védőnői szintű jelentéseiből alkothatunk képet. Ezekben az évről-évre ismétlődő jelentésekben⁸ az ország összes területileg illetékes védőnője – sok más egyéb információ szolgáltatása mellett – beszámol arról is, hogy a körzetében az adott naptári évben első életévüket betöltött csecsemők közül hányan voltak olyanok, akiket 4, illetve 6 hónapos korukig kizárólagosan szoptattak.

Hazánkban a védőnői ellátás, mely a lakosság egészségét teljeskörűen lefedi, összesen körülbelül 4000 védőnői körzetre bontva van területileg megszervezve. A védőnői körzetek gyakran több települést érintő, településszinten egymástól nehezen szétválasztható földrajzi egységeket alkotnak. Ezt a technikai nehézséget úgy hidaltuk át, hogy a 4000 körzetet tovább aggregáltuk, és kevesebb (nagyjából 1600), egymástól világosan elváló település-klaszterbe vontuk össze, majd a már diszjunkt klasztereket osztottuk be, az érintett települések személyi jövedelemadat adatai alapján, húsz egyenlő lakosság számú jövedelemcsoportba, – pontosan ugyanazt az eljárást követve, mint amit a bevezetőben is leírtunk, és amit a KSH demográfiai regisztereiből származó adatokon is alkalmaztunk. Az alábbiakban bemutatott adatok a 2018. évi védőnői jelentésekből származnak.

Az [1.6 ábra](#) két panelje a 4, illetve 6 hónapos korukig kizárólagosan szoptatott csecsemők arányát mutatja lakóhelyi jövedelemhuszadonként. Az összefüggés szoros és nagyon erős: a szoptatási arányok a jövedelemmel monoton módon, a lineárisnál nagyobb mértékben emelkednek. A társadalmi különbségek hatalmasak. Amíg a társadalom legszegényebb rétegeihez tartozó anyák alig 30 százaléka szoptatja fél éves koráig kizárólagosan gyermekét, addig a legjobb anyagi helyzetben levők körében ugyanez az adat 50 százalék fölött van. Mint a jövedelemcsoportok egyedi adataira fektetett regressziós illesztéseket tartalmazó [1.7 ábrából](#) jól látszik, a társadalom szélei közti különbségek mindkét mutató esetében nagyjából 25 százalékpontot tesznek ki. A szegények lemaradása igen jelentős mértékű.

Hogyan alakultak az elmúlt két évtized időbeli trendjei? Erről számol be az [1.8 ábra](#) és az [1.9. ábra](#). 2005 óta egyértelmű romlás tapasztalható az országos szoptatási arányokban. A 4 hónapos korukig kizárólag anyatejjel táplált csecsemők arányában ez a csökkenés drámai mértékű: az ezredfordulót követő évek 60-65 százalékos arányáról 2018-ra 50 százalék alá süllyedt, a 6 hónapos korig tartó

⁶ <https://pediatrics.aappublications.org/content/129/3/e827>

⁷ https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1.

⁸ https://www.antsz.hu/oszir/eFORM_2018

szoptatás ennél kisebb mértékben esett vissza: a 2005 körüli 40 százalékról a 2010-es évek végére 35 százalékra. Az [1.10 ábra](#) alapján megállapíthatjuk, hogy a szoptatás visszaszorulása a 2010-es években a szegényebb néprétegeket az átlagosnál nagyobb mértékben érintette.

2. Várandós anyák egészsége

A születés kori egészségmutatók alapvető meghatározói az anyák demográfiai, egészségi, környezeti és viselkedési jellemzői. Ebben a fejezetben azt vizsgáljuk, hogy ezen tényezők tekintetében milyen jövedelmi különbségek figyelhetők meg. A fejezet a következő indikátorokat elemezi: a szülő nők életkora, a szülést megelőző művi terhességmegszakítások és spontán magzati veszteségek száma, a fokozott gondozást igénylő és dohányzó várandósok aránya, a várandósokat érő légszennyezés mértéke és a szülő nők családi helyzete.

Elsőként a szülő nők koreloszlását vizsgáljuk a KSH élveszületési regiszterének 2010 és 2018 közötti adatai alapján. A tinédzser anyák többnyire sem pszichésen, sem szociális helyzetüket tekintve nincsenek készen az anyaságra, s ez számtalan további társadalmi hátrány kiindulópontja lehet. A korai szülés könnyen derékba törheti a fiatal nők iskolai pályafutását. A tinédzser anyák gyermekeire jellemzően kevesebb erőforrás (pénz, idő, figyelem) jut, és gyakran gyengébb az irántuk érzett tartós elkötelezettség szüleik (főként az apák) részéről. A tinédzser anyák esetében gyakoribb, hogy a terhesség a nem tervezett, mely esetben általában is rosszabbak az újszülöttek fejlettségi mutatói. Ezzel szemben ugyan az idős anyák esetében a pszichés és szociális helyzet kedvezőbb lehet, ugyanakkor magasabb a kromoszóma-rendelleniséggel való születés kockázata és a szülési komplikációk is gyakoribbak lehetnek. A települési átlagjövedelmek alapján meghatározott jövedelmi huszadok szerint vizsgálva a szülő nők koreloszlását, azt látjuk, hogy a szegényebb településeken lényegesen magasabb a tinédzser és fiatal anyák aránya, míg a gazdagabb csoportokban az idősebb anyák teszik ki a szülő nők többségét (2.1 ábra). A legszegényebb huszad esetében 8 százalék a 15-17 éves anyák aránya, 12 százalék a 18-19 éveseké, szemben a leggazdagabb huszadban mért 0,4 és 0,8 százalékkal. Azaz, míg a legszegényebb csoportban minden ötödik újszülöttet tinédzser anya szül, addig a leggazdagabbaknál csak nagyjából minden századikat. Ezzel szemben a 35-39 éves és a 40 éves vagy idősebb anyák aránya a legalsó jövedelmi csoportban sorrendben 8 és 2 százalék, míg a legfelső jövedelmi csoportban 28 és 6 százalék.

A korábbi abortusz és spontán magzati veszteség alacsonyabb születési súllyal és a koraszülés magasabb kockázatával jár együtt. A KSH élveszületési regisztere információt nyújt arra vonatkozóan is, hogy a szülést megelőzően az anyának hány művi terhességmegszakítása és spontán vetélése volt. Ezeket az adatokat vizsgálva azt látjuk, hogy az alacsonyabb jövedelmi csoportokban nagyobb annak az esélye, hogy egy szülő nő a szülést megelőzően átesett már művi terhességmegszakításon (2.2 ábra). A legszegényebb huszadban a szülő nők 13 százalékának egy, közel 8 százalékának pedig legalább két abortusza volt. Ezek az arányok a leggazdagabb csoportban sorrendben 9 és 3 százalék. A szülést megelőző spontán magzati veszteségek esetében ugyanakkor csekély mértékűek a jövedelem szerinti

különbségek (2.3 ábra). A szegényebb településen élők kissé alacsonyabb arányban számolnak be arról, hogy a korábbi terhességeik során volt már egy vagy legalább két vetélésük. Ugyanakkor az eltérések mindössze fél százalékpont körüliek.

Az eddig információk a szülő nőkre vonatkoztak, de adminisztratív adatok alapján a várandós anyák környezeti és viselkedési jellemzőiről is képet kaphatunk. A Nemzeti Népegészségügyi Központ (NNK) területi védőnői szintű jelentései alapján a fokozott gondozást igénylő, illetve dohányzó várandós anyák arányát vizsgáltuk meg. Az egészségi ok miatt (orvosi diagnózis alapján megállapított) fokozott gondozást igénylő várandós anyák aránya 35 százalék körüli a jövedelem-rangsor alsó negyedében, míg 25-30 százalék közötti a leggazdagabb jövedelmi huszadokban (2.4 ábra). Ha az egészségi ok mellett a környezeti okok (lakás, lakókörnyezet, anyagi-gazdasági helyzet) miatt fokozott gondozást igénylő várandós anyákat is számításba vesszük, akkor azt látjuk, hogy a legszegényebb huszadban a fokozott gondozást igénylők aránya eléri a 45 százalékot, míg a leggazdagabb huszadban csak minimális mértékben nő, 26-27 százalék körüli. Összeségében a legszegényebb csoportban a környezeti okok 10 százalékponttal növelik meg a fokozott gondozást igénylő várandósok arányát, a leggazdagabb csoportban ez az arány 1 százalékpont.

A terhesség alatti dohányzás egyértelműen negatív hatással van az újszülöttek egészségére és későbbi fejlődésére. A szakirodalom szerint az anya dohányzása 150-250 grammal csökkenti a születési súlyt, növeli a koraszülés és a születési rendellenességek kockázatát. A védőnői adatok szerint a legszegényebb jövedelmi csoportban a várandós nők nagyjából 35 százaléka dohányzik, szemben a leggazdagabb csoport 3 százalékos arányával (2.5 ábra). A dohányzó várandósok aránya erőteljesen csökken a jövedelem növekedésével, és a csökkenés a jövedelmi rangsor alján jelentősebb. Mindez azt jelenti, hogy az első és tizedik jövedelmi huszad közti különbség lényegesen nagyobb (35 százalék vs. 13 százalék), mint a tizenegyedik és a huszadik jövedelmi csoport közti különbség (10 százalék vs. 3 százalék). Érdemes azt is megemlíteni, hogy a dohányzás visszaszorítására tett intézkedések ellenére a dohányzó várandós nők országos szinten mért aránya csak kismértékben változott 2000 és 2018 között: az időszak eleji 14-15 százalékos értékről az időszak végére 12-13 százalékra csökkent (2.6 ábra). A várandós nők dohányzását érintő jövedelmi gradiens ugyanakkor alapvetően stabilnak látszik, nem tapasztalható érdemi változás a 2010-es évek eleje és a 2018-as jövedelmi meredekség között (2.7 ábra).

A légszennyezés a terhesség kimenetele és születéskori egészségmutatók egyik fontos befolyásolója, így különösen fontos ismerni azt, hogy a várandós anyákat érintő légszennyezés hogyan függ össze a jövedelmi helyzettel. A következőkben a légszennyezésnek egy olyan formáját vizsgáljuk, ami adminisztratív adatok alapján Magyarország összes településére számszerűsíthető. Ez a szilárd

tüzelőanyag égetéséből eredő légszennyezés. Azt elemezzük, hogy a várandós nők milyen arányban érintettek a lakáson belüli (beltéri) és lakáson kívüli (kültéri) légszennyezéssel. Az adatok forrását a 2011-es census és a 2016-os mikrocensus teljeskörű lakásadatai jelentik. A népszámlálás nem tartalmaz információt a várandósságra vonatkozóan, ezért a 1 év alatti gyermekkel rendelkező nőket vizsgáljuk, azt feltételezve, hogy az őket érő légszennyezés tekintetében tapasztalt jövedelem szerinti különbségek közel azonosak a várandós nők esetében fennálló jövedelem szerinti különbségekkel. Beltéri légszennyezéssel érintett személynek azt tekintjük, aki olyan lakásban él, ahol helyiségenként külön fűtenek és fát, szenet vagy fűtőolajat használnak fűtőanyagként. Kültéri légszennyezéssel érintett személynek azt tekintjük, aki olyan településen él, ahol a lakott lakások több mint felében fával, szénrel vagy fűtőolajjal fűtenek.

A legszegényebb jövedelmi huszadban a várandós nők közel 75 százaléka érintett a szilárd tüzelőanyaggal való fűtésből fakadó beltéri légszennyezéssel (2.8 ábra). Ezzel szemben a leggazdagabb huszadban mindössze a várandós anyák 4 százalékának kell ezt elszemnednie. A jövedelmi gradiens a lineárisnál erőteljesebben csökken, így a jövedelemeloszlás felső felében a várandós anyák legfeljebb 10-12 százaléka érintett a beltéri légszennyezés által, a felső néhány huszadban pedig rendre 5 százalék alatti ez az arány. A kültéri légszennyezés még aránytalanabban sújtja a szegényeket. A legszegényebb huszad 90 százaléka érintett a szilárd tüzelőanyaggal történő fűtés miatti kültéri légszennyezés által, míg a tizedik jövedelmi csoporttól kezdve ez az arány 5 százalék alatti, a legfelső négy csoportban pedig mindössze néhány tized százalék.

A házassági kapcsolatok visszaszorulása és a házasságon kívül született gyermekek részarányának növekedése a múlt század nyolcvanas-kilencvenes évei óta világjelenség. A házasságok általános visszaszorulása mellett megfigyelhető, hogy ez a trend aránytalanul nagy mértékben érinti a szegény és iskolázatlan néprétegeket, valamint a hátrányos helyzetű etnikai csoportokat.

A család a születendő gyermek számára erőforrás. Ha mindkét fél jelen van a nevelésben, az nyilvánvalóan kézzelfogható előnyökkel jár: a fizikai erőforrások (jövedelem, vagyon, idő, figyelem) magasabb szintjét jelzi előre ahhoz képest, mintha csak egy szülő lenne jelen. A gyermek fejlődése szempontjából hasonlóan fontos erőforrás a kapcsolati stabilitás, valamint a gyermeknevelés mint közös vállalkozás iránti tartós elkötelezettség is. Nehéz kérdés azt eldönteni, hogy a házasság, szemben az élettársi kapcsolattal hozzátesz-e valamit a kapcsolati stabilitáshoz, illetve a gyermeknevelés iránti elkötelezettséghez. Az mindenestre bizonyos, hogy az élettársi kapcsolatok kevésbé stabilak, és a válások többnyire előnytelenül érintik a gyermekek későbbi fejlődési mutatóit.

Elsőként a KSH élveszületési regiszterének adatai alapján azt elemezzük, hogy az újszülöttek hány százaléka született házasságon kívül. Ezt az anyák családi állapota alapján határozzuk meg. A házasság

ténye önmagában nem jelenti azt, hogy az anya együtt is él a házastársával, bár ez az esetek többségében nagyon valószínű. Ezzel szemben a házasságon kívüli szülések igen heterogének lehetnek: lehetnek a szülők közötti élettársi kapcsolatok, valamelyik szülő egyedül nevelheti a gyermeket, és – ritka esetben – az is előfordulhat, hogy a szülők közül egyik sincs jelen a gyermeket nevelő családban. Ezeknek az eseteknek a szétválasztása az élveszületési regiszter alapján nem lehetséges. Folytonos, hosszú távú idősorokat azonban csak az élveszületési regiszterből tudunk összeállítani.

Az élveszületési regiszter 2010 és 2018 közötti adatai alapján elmondható, hogy a legszegényebb jövedelmi huszadban a házasságon kívül született újszülöttek aránya közel 70 százalék, míg a leggazdagabb huszadban 27 százalék (2.11 ábra). A jövedelmi lejtő e mutató vonatkozásában nagyjából lineárisnak tekinthető. Az országos idősor alapján az látszik, hogy 2001 és 2018 között nőtt a házasságon kívül születettek aránya, igaz, 2015 után a növekvő trend visszafordulni látszik (2.12 ábra).

A 2011-es census és 2016-os mikrocensus adatai részletesebb bontásban engedik meg az újszülöttek (1 év alattiak) családi helyzetének vizsgálatát. A népszámlálási adatok alapján azt tudjuk megállapítani, hogy az újszülöttek milyen arányban élnek együtt (egy háztartásban) mindkét vérszerinti szülőjükkel, és ezen a családformán belül milyen mértékben van jelen a házassági és az élettársi kapcsolat, illetve hogy ezek az újszülöttek milyen arányban élnek olyan egyszülős családokban, melyben csak az édesanyjuk neveli őket. A többi családtípust (nevelőszülők, egyedülálló apa, stb.) az „egyéb” kategóriába soroljuk.

A 2.9 ábra szerint 2011-ben a legszegényebb jövedelmi csoportban az újszülöttek 32 százaléka élt olyan családban, ahol mind az édesanya, mind pedig az édesapa jelent volt és ők házasok voltak. A leggazdagabb csoportban ez az arány több mint kétszeres (68 százalék). Az élettársként együtt élő vérszerinti anyával és apával rendelkező újszülöttek aránya a legszegényebb csoportba 49 százalék, a leggazdagabb csoportban pedig 17 százalék. Az egyedülálló édesanyjával élők aránya a szegényeknél nagyjából 14 százalék, a gazdagoknál nagyjából 10 százalék. Az egyéb családtípus aránya 6 százalék körüli minden jövedelmi csoportban, de a 6 százalékot kissé meghaladó a szegények, és 6 százaléknál kissé alacsonyabb a gazdagok esetében. 2016-ban a 2011-ben látottakhoz hasonló tendenciák rajzolódnak ki, jelentős mértékű változás nem érzékelhető (2.10 ábra).

3. Csecsemő- és gyermekhalandóság

Csecsemőhalandóságnak nevezik az élveszületések után egy éven belül bekövetkező halálozásokat. Ezen belül a neonatális (korai) csecsemőhalandóság a 27 napon belüli, a poszt-neonatális (késői) csecsemőhalandóság pedig a 28-364. nap között bekövetkezett eseményeket jelöli. A csecsemőhalandósági adatokat az adott évi élveszületések ezrelékében szokás kifejezni: ezt a mutatót csecsemőhalálozási rátának nevezik. Hasonlóképpen definiáltak a neonatális és poszt-neonatális csecsemőhalálozási ráták is. Mindennek megfelelően a csecsemőhalálozási ráta a neonatális és poszt-neonatális csecsemőhalálozási ráták összege.

A 2010 és 2018 közötti csecsemőhalálozási (és élveszületési) adatok alapján az átlagos csecsemőhalálozási ráta tekintetében több mint kétszeres eltérés mutatkozik a legszegényebb és leggazdagabb települések között (3.1 ábra). A legszegényebb jövedelmi csoportokban az átlagos csecsemőhalálozási ráta 6,2 ezrelék körüli, míg a leggazdagabb csoportokban 2,8 körüli volt a vizsgált időszakban. A neonatális csecsemőhalálozási ráta esetében ezek az értékek sorrendben nagyjából 3,5 és 2 ezrelék, míg poszt-neonatális csecsemőhalálozási ráta esetében 2,7 és 0,9 ezrelék (3.2 ábra). Mindez azt jelenti, hogy a relatív különbség a szegény és gazdag településen élők között jelentősebb a késői csecsemőhalandóság esetében. Az átlagos értékekre vetítve a jövedelmi huszadok halálozási rátáit azt látjuk, hogy míg a legszegényebb településeken a neonatális csecsemőhalálozási ráta az országos érték nagyjából 140 százalékának felel meg, addig a leggazdagabb huszadokban a neonatális csecsemőhalálozási ráta az átlagosnál 25 százalékkal alacsonyabb (3.3 ábra). A poszt-neonatális csecsemőhalálozási ráta esetében a különbség jóval nagyobb: a szegények körében az országos értéknél 80 százalékkal magasabb (annak 180 százaléka), míg a gazdagonál 40 százalékkal alacsonyabb. Másképpen fogalmazva, a késői csecsemőhalálozás jövedelmi grádiense meredekebb, mint a korai csecsemőhalálozásé.

Ez az eltérés nem meglepő annak a fényében, hogy a késői csecsemőhalálozási eseményekre többnyire a családok otthonában kerül sor, szemben a korai halálozásokkal⁹, amelyek inkább egészségügyi intézményekben következnek be. A leginkább veszélyeztetett (nagyon koraszülött, nagyon alacsony súlyú) újszülötteket életük első szakaszában (első néhány hetében) magas szintű ellátást biztosító neonatális intenzív centrumokban (NICU) gondozzák, amelyek valamilyen szintig képesek tompítani a születéskor meglévő társadalmi különbségek hatásait. Az egészségügyi ellátó rendszer fókuszából kikerülő szegény településeken élő újszülötteknél ez a hatás már nem érvényesül, így a késői csecsemőhalálozások esetében a társadalmi különbségek nagyobbá válnak.

⁹ Melyeknek zöme a születést követő első 7 napra esik.

A gyermekhalandóság az 1-18 éves korú gyermekek halálózását jelenti. Ebben a jelentésben a halálózási rátákat 10 000 főre vetítve mutatjuk be, és külön vizsgáljuk az 1-5, 6-14 és 15-18 évesek halálózási rátáját. A gyermekhalandósági ráták azt mutatják meg, hogy 10 000 adott korú gyermek közül hányan haltak meg átlagosan egy évben a 2010 és 2018 közötti halálózási adatok alapján.

A [3.4 ábra](#) foglalja össze a gyermekhalálózási rátákban mért társadalmi különbségeket. A gyermekhalandóság szerencsére ritka esemény, ugyanakkor számottevő különbség mutatkozik a szegény és gazdag településeken élők között. A legszegényebb településeken az 1-5 évesek halálózási rátája 3,7, szemben a gazdag településeken tapasztalt 0,9-es értékkel. A 6-14 és 15-18 évesek halálózási rátája a legszegényebb huszad esetében sorrendben 1,8 és 4,5, míg a gazdagok esetében 0,8 és 2,2. A simított értékek alapján felrajzolt jövedelmi grádiensek szerint a legszegényebb és leggazdagabb csoport közti relatív különbség az 1-5 éves korcsoportban közel négyszeres, míg az idősebb korosztályokban nagyjából kétszeres.

4. Gyermekegészséget befolyásoló lakás- és életkörülmények

A gyermekek közvetlen fizikai környezete, a lakáskörülményei közvetlen hatással lehetnek a betegségek előfordulásának gyakoriságára, a gyermekek életminőségére. A megfelelő fűtés és vízellátás hiánya, a nedves, huzatos lakás a közvetlen mikrokörnyezet olyan indikátorai, amik előrejelezhetik a gyermekbetegségek előfordulását, így az ezekben a mutatókban mért társadalmi különbségek vizsgálata hozzájárulhat az egészségkülönbségek alaposabb megértéséhez. A következőkben elsősorban a 2011-es census és a 2016-os mikrocensus teljeskörű lakásadatai alapján vizsgáljuk a településszintű jövedelmek alapján képzett húsz jövedelmi csoport lakáskörülményeit és lakókörnyezetét. Ezt egészítik ki a KSH háztartási költségvetési és életkörülmények adatfelvétel alapján képzett mutatók. A vizsgálatban kizárólag olyan lakásokat vesszük figyelembe, amelyekben 0-18 éves korú gyermekek is élnek.

A lakások jellemzői alapján a következőket elemezzük:

- vályogfalú lakásban élők aránya
- fürdőszoba nélküli lakásban élők aránya
- vízöblítéses WC nélküli lakásban élők aránya
- vezetékes víz nélküli lakásban élők aránya
- melegvíz nélküli lakásban élők aránya
- komfort nélküli lakásban élők aránya
- összkomfortos lakásban élők aránya

Mivel a légszennyezés számos krónikus és akut légúti megbetegedés elsődleges kiváltója, ezért megvizsgáljuk azt is, hogy a különböző életkorú gyermekek milyen arányban érintettek a lakáson belüli (belső) és lakáson kívüli (külső) légszennyezéssel. A 2. fejezethez hasonlóan a légszennyezésnek egy olyan formáját vizsgáljuk, ami adminisztratív adatok alapján Magyarország összes településére számszerűsíthető (szilárd tüzelőanyag égetéséből eredő légszennyezés). Beltéri légszennyezéssel érintett gyermeknek azt tekintjük, aki olyan lakásban él, ahol helyiségenként külön fűtenek és fát, szenet vagy fűtőolajat használnak. Külső légszennyezéssel érintett gyermeknek azt tekintjük, aki olyan településen él, ahol a lakott lakások több mint felében fával, szénrel vagy fűtőolajjal fűtenek.

Végül a KSH háztartási költségvetési és életkörülmények adatfelvétel adatai alapján a huzatos, nedves, beázó vagy sötét lakásban élő gyermekek arányát vizsgáljuk. A társadalmi különbségeket e mutatók esetében nem a települési jövedelemcsoportok alapján elemezzük, hanem az egy főre jutó háztartási jövedelem alapján meghatározott jövedelemötödök szerint.

A lakáskörülmények vizsgálatát a vályogfalú lakásban élők arányával kezdjük. A legszegényebb településeken élő a 0-6 éves gyermekek közel 40 százaléka élt vályogfalú lakásban 2011-ben, míg a leggazdagabb településeken élő hasonló korú gyermekek körében 2 százalék alatti ez az arány (4.1 ábra). A 7-14 éves gyermekek esetében a legszegényebb és leggazdagabb csoportok közötti különbség ehhez hasonló, bár kissé mérsékeltebb: 35 százalék vs. 2 százalék. Mindkét életkori csoportban a jövedelmi gradiens meredeken csökken a jövedelmi eloszlás alsó felében: a tizedik jövedelmi huszadtól kezdve a vályogfalú lakásban élők aránya 10 százalék alá csökken, és a tizenhatodik huszadtól kezdve elenyészővé (3 százalék alattivá) válik. A társadalmi különbségek időben állandónak tűnnek; 2016-ban a 2011-ben mérttel azonos arányokat látunk.

A legszegényebb jövedelmi huszadban a fürdőszoba nélküli lakásban élők aránya 28 százalék a 0-6 évesek és 20 százalék a 7-14 évesek esetében (4.2 ábra). Mindkét csoportban a jövedelem növekedésével ez az arány meredeken csökken: a hatodik huszadnál 5 százalék körülivé válik, majd a tizenkettedik huszadtól kezdve 2 százalék körüli vagy az alatti. Összességében a fürdőszoba nélküli lakásban élő gyermekek száma a legszegényebb három huszadban magasabb, mint a többi tizenhét jövedelmi csoportban együttvéve. Másképp fogalmazva, a fürdőszoba nélküli lakásban élő gyermekek nagyjából fele a három legszegényebb csoportban található. 2016-ban a 2011-eshez hasonló társadalmi különbségek láthatóak. A vízöblítéses WC nélküli (4.3 ábra) és a melegvíz nélküli lakásban élők aránya (4.5 ábra) is szinte megegyezik a fürdőszoba nélküli lakásban élők arányával mind a szinteket, mind pedig a társadalmi különbségeket és időbeli állandóságot tekintve. A vezetékes víz nélküli lakásban élők aránya esetében a társadalmi különbségek és időbeli változás (illetve változatlanosság) azonos az előzőkkel, azonban a szintek kissé alacsonyabbak (4.4 ábra). A legszegényebb jövedelmi huszadban a 0-6 évesek 19 százaléka él vezetékes víz nélküli lakásban, míg a 7-14 évesek körében 13 százalék ez az arány. A felső kilenc huszadban már 1 százalék alatti ez az arány, míg a legfelső öt huszadban nullához közelít (0,3 százalék alatti).

A lakás kényelmi jellemzőinek összefoglaló mutatója a komfortfokozat. A fokozatok közti különbséget alapvetően a közműellátottság jellemzői jelentik. A félkomfortos, komfort nélküli, vagy szükséglakásban élő 0-6 évesek aránya 36 százalék a legszegényebb huszadban, míg 1,5 százalék alatti a leggazdagabb huszadban (a 7-14 évesek esetében ez a különbség 28 vs. 1,5 százalék) (4.6 ábra). Az előző lakásindikátorokhoz hasonlóan itt is meredek a jövedelmi gradiens; a legszegényebb öt jövedelmi huszadon túl a félkomfortos, komfort nélküli, vagy szükséglakásban élők aránya maximum 8 százalék, és jellemzően 1-4 százalék a felső tíz jövedelmi csoportban. Az összkomfortos lakásban élők aránya is hasonló mintázatot mutat, mind a 0-6, mind pedig a 7-14 évesek esetében (4.7 ábra). A legszegényebb csoport alig több mint 20 százaléka él összkomfortos lakásban, szemben a leggazdagabb csoportban mért 88 százalékkal.

A szilárd tüzelőanyaggal (fa, szén, fűtőolaj) történő fűtésből eredő légszennyezés aránytalanul nagymértékben érinti a szegényebb csoportokat. Igaz ez mind a beltéri (4.8 ábra), mind pedig a kültéri légszennyezés esetében (4.9 ábra). A legszegényebb csoportban a 0-6 évesek 73 százaléka, a 7-14 évesek 69 százaléka él olyan lakásban, ahol helyiségenként külön fűtenek és fát, szenet vagy fűtőolajat használnak fűtőanyagként. A közepesnél nagyobb jövedelmű családok gyerekei ritkán vannak beltéri légszennyezésnek kitéve: a felső tíz jövedelmi csoportban a beltéri légszennyezéssel érintett gyermekek aránya rendre 12 százalék alatti, a leggazdagabb három huszadban pedig 3-4 százalék körüli. A kültéri légszennyezés esetében ennél is nagyobbak a társadalmi különbségek. Míg a legszegényebb csoportba tartozó gyerekek nagyjából 90 százaléka él olyan településen, ahol a lakott lakások több mint felében fával, szénrel vagy fűtőolajjal fűtenek, addig a felső öt jövedelmi huszadban ez az arány legfeljebb 1 százalék. Érdeemes kiemelni, hogy a légszennyezés tekintetében időbeli változás sem a szintek, sem pedig a társadalmi különbségek tekintetében nem látszik.

A társadalmi különbségek a tekintetben is tetemesek, hogy a (0-18 éves) gyermeket nevelő családok milyen arányban élnek huzatos, nedves, beázó vagy sötét lakásban (4.10 ábra). A háztartási jövedelem alapján számított legalsó (legszegényebb) jövedelmi ötödben a gyermekes családok 34 százaléka él huzatos, 18 százaléka nedves, 10 százaléka beázó, 14 százaléka pedig sötét lakásban. A jövedelmi rangsor másik végén, a leggazdagabb ötödbe tartozó gyermekes családok nagyjából 4-4 százaléka él huzatos, nedves vagy sötét lakásban, és mindössze 1 százaléka él olyan lakásban, ami beázik.

5. Kisgyermek egészségé

Az iskolába még nem járó, 0-7 éves korú kisgyermek egészségügyi állapotáról, *a teljeskörűség igényével* a területi védőnők gyűjtenek információkat. A védőnők feladatai közé tartozik, hogy a körzetükben élő gyermekek fejlődését rendszeresen – meghatározott életkorokban – monitorozzák. Ezek az egyéni szűrővizsgálatok rögzített protokollok szerint történnek 1, 2,..., 9 hónapos életkorban, illetve az 1., 2., ...7. életévek betöltése után.¹⁰ A szűrővizsgálatokat a védőnő a szülővel együttműködve végzi el. A szűréseket a szülő részéről megelőzi egy kérdőív kitöltése, amelyben a szülőt standardizált módon kikérdezik a gyerekről. Az egyéni szinten elvégzett mérések eredményeiből a házi gyermekorvosok, a védőnők és az érintett szülők együtt dönthetik el, hogy milyen beavatkozásokra lehet szükség a gyermek testi vagy lelki fejlődésének elősegítése érdekében. Az így keletkező *egyéni szintű* egészségügyi információk nem kerülnek be semmilyen adatbázisba (anonimizált adatbázisba se), ezért közvetlen céljukon túl népegészségügyi elemzésekre sem használhatók.

Létezik viszont egy másik nyilvántartás, amit a Nemzeti Népegészségügyi Központ felügyel, amelyben a területi feladatokat ellátó védőnők *körzetszintre aggregált mutatók révén* számolnak be a körzetükhöz tartozó gyerekek, várandós anyák és családok egészségügyi állapotáról, illetve az általuk az adott naptári évben elvégzett feladatokról. A „Védőnői jelentés” nevű adatlap, amelyen a területi feladatokat ellátó védőnők regisztrálják ezeket az adatokat, részét képezi a KSH egységes éves adatgyűjtési programjának is. Ezek közül az adatok közül már ismertettünk az anyatejes táplálásról, illetve a szoptatásról szóló adatokat tanulmányunk 1. fejezetében. Ott részletesebben is kitértünk ennek az adatgyűjtésnek néhány fontos technikai részletére, illetve beszámoltunk arról is, miként illesztettük be ezeket az információkat tanulmányunk egységes mérési keretébe. Mindaz, amit ott elmondtunk, a jelen részben használt adatokra is érvényes.

A területi védőnői jelentésekben a védőnők – többek között – beszámolnak az általuk elvégzett szűrővizsgálatok közül az 1, 3, illetve 5 éves kori szűrések során felszínre került egészségügyi problémák, eltérések, elváltozások mértékéről. Mivel a megfelelő életkori szűrések elvileg teljes körűek, a területi védőnők teljes körű áttekintéssel rendelkeznek ezekről az elváltozásokról. A kérdőív *aggregált* információkat gyűjt, de az aggregált információk alapja a védőnő által egyéni szinten és teljes körben elvégzett szűrések. A védőnői jelentések körzetszintű adatai (N ≈ 4000 körzet) alapján ellenőrizni lehet, hogy a szűrések valóban teljes körben megtörténtek-e: a védőnőnek az ellátandó összes gyereket számba kell venni és meg kell számolni azokat, akikre a szűrések kiterjedtek. A két szám között csaknem teljes az egyezés. A szűrések valóban teljes körűnek tekinthetők.

¹⁰ Lásd https://feszgyi.hu/letoltesek/GYV_SZGYIR_a_teruleti_vedonok_szamara.pdf, 27. oldal.

A védőnő által elvégzett 1, 3 és 5 éves kori szűrővizsgálatok hat területre terjednek ki: a beszédfejlődésre, a pszichés, motoros, mentális, szociális fejlődési és magatartás-problémák vizsgálatára, a mozgásszervek vizsgálatára, a testi fejlődésre (ez testtömeg-vizsgálatot jelent), látásproblémákra, hallásproblémákra. Az egyéni szintű adatgyűjtés életkori csoportokra optimalizált kérdőíveken alapszik, amelyek területenként általában több itemből állnak.¹¹ Ezek alapján dönti el a védőnő, hogy a körzeti jelentésében egy megfelelő korú gyereket bizonyos fejlődési probléma, fejlődési eltérés által érintett gyerekként vesz-e számításba. A fejlődési területek közül a nagyon vegyesnek tekinthető, ún. „pszichés, motoros, mentális, szociális fejlettség és magatartásproblémák” terület szorul kicsit több magyarázatra. E fejlődési terület egyaránt magában foglal kognitív készségeket, finommotoros készségeket (pl. kézügyesség), szociális jártasságokat és magatartási problémákat. A „mozgásszervi problémák” – ellentétben az itt érintett finommotoros problémákkal – inkább a végtagokat érintő nagymozgásos készségekre vonatkoznak.

Ebben a fejezetben először ezeket a fejlődési területeket érintő indikátorokat mutatjuk be, szám szerint hetet. Mindegyik indikátor azt méri, hogy a védőnők által szűrt gyerekek körében milyen gyakorisággal fordult elő az illető eltérés, elváltozás, fejlődési probléma. Indikáronként minden ábra 4 panelt tartalmaz: az A, B, C panel 1, 3, és 5 évesekre külön mutatja települési jövedelemventilisenként az illető probléma előfordulását, a D panel pedig a három életkori csoportra illesztett görbéket mutatja egy ábrán egymással összehasonlítható léptékben. Az adatok a 2018. évi védőnői jelentésből származnak.

Egyértelmű negatív összefüggés mutatható ki a jövedelem és a beszédfejlődési lemaradások előfordulása (5.1 ábra), a szociális, pszichés, kismotoros, mentális és magatartási problémák gyűjtőnéven összefoglalt problémák gyakorisága (5.2 ábra), illetve az túlsúly/elhízás gyakorisága (5.4 ábra) között. A társadalmi háttértől függő lemaradások korán kialakulnak. A beszédfejlődés esetében már 3 éves korban. A szociális-pszichés stb. készségek esetében a társadalmi lejtő már 1 éves kortól kialakul, az összefüggés meredeksége nem változik később sem, csak a szintje lesz magasabb 3 éves kortól. Az elhízás esetében a 3 és 5 éves kor között a szintek is emelkednek, és a jövedelem szerinti lejtő is meredekebbé válik.

A mozgásfejlődési problémák (5.3 ábra), a testi alulfejlettség (5.5 ábra), a látásproblémák (5.6. ábra) és a hallásproblémák (5.7 ábra) esetében nem mutatható ki egyértelmű összefüggés a jövedelem és az illető eltérés gyakorisága között.

¹¹ https://feszgyi.hu/letoltesek/GYV_SZGYIR_a_teruleti_vedonok_szamara.pdf ; 1 éves kori szűrés kérdőíve: 8/g melléklet; 3 éves kori szűrés kérdőíve: 8/l melléklet; 5 éves kori szűrés kérdőíve: 8/n melléklet.

A Védőnői jelentés kérdőíve megkéri a védőnőt arra is, hogy figyelembe véve mind a hétféle indikátort, amelyre életkorspecifikus szűrési eredmények állnak a rendelkezésére, adja meg azt is, hogy – halmozódásoktól mentesen – összesen hány olyan gyerek van a praxisában, aki a mért elváltozások közül legalább egy elváltozás alapján gondozásra szorul. Ezt az információt mutatja be az [5.8 ábra](#).

A kérdőív egy másik módon is megbecsülteti a védőnővel azt, hogy milyen mértékben vannak a körzetében fokozott gondozást igénylő kisgyermek a 0-1, az 1-3, illetve a 3-6 éves gyermekek között. Az [5.9 ábra](#) azoknak a gyermekeknek a részarányát mutatja korcsoportonként, akiknek a fokozott gondozási igénye mögött valamilyen orvosi dokumentummal (diagnózissal) alátámasztott egészségügyi ok áll.

A szűrővizsgálatokkal, illetve egészségügyi diagnózisokkal alátámasztható gondozási igények meredek negatív társadalmi lejtőn helyezkednek el, és nagyjából ugyanazt mutatják: 5-6 éves életkorban a legszegényebb gyerekek 12-13 százalékánál van valamilyen egészségügyi probléma. A legmagasabb jövedelmű csoportban ez az adat 7-8 százalék. Ezek a különbségek a szűrővizsgálati eredmények szerint 1 és 5 éves kor között fokozatosan, a védőnők által regisztrált orvosi diagnózisok szerint felerészben 3 éves kor után alakulnak ki.

Az [5.10 ábra](#) összesítve tartalmazza mindazt, amit a védőnői jelentésekből a 0-6 éves korú gyerekekről megtudhatunk: egyszerre mutatja az egészségügyi okok miatt, illetve a bármilyen (egészségügyi + környezeti) okok miatt fokozott gondozást igénylő 0-6 éves gyerekek részarányát. Környezeti oknak tekinti a kérdőív a lakással, a lakókörnyezettel, a család anyagi helyzetével, a szülők magatartásával, a család működésével összefüggő körülményeket (ide tartoznak a gyámügyi eljárások is). Az egészségi okoknak betudható negatív grádiens itt kiegészül a környezeti-társadalmi okoknak is betudható sokkal meredekebb grádienssel. A legszegényebb társadalmi csoportban élő kisgyermek több mint ötödével komoly gondok vannak, amelyekkel a védőnőnek kell foglalkoznia. Ebben a társadalmi csoportban a fokozott gondozási igények kétharmada környezeti-társadalmi különbségeket is tükröz, egyharmada pedig kizárólag orvosi indokokat. A magas jövedelmű csoportban mért lényegesen alacsonyabb gondozási igények fele-fele arányban tükröznek egészségi, illetve környezeti okokat.

6. Iskolás gyerekek egészsége

Az iskolás korú (közoktatási intézményekbe járó) 7-18 éves korú gyerekek, illetve a 19-20 éves fiatalok egészségi állapotáról és egészségmagatartásáról többféle információ áll rendelkezésre, mint a kisgyermekekéről. Az alábbiakban a jelenleg rendelkezésünkre álló információkat dolgoztuk fel négy alfejezetben: egy általánosabb, áttekintő részben az iskolás gyerekek táplálkozási szokásairól, testmozgásáról, szubjektív egészségértékeléséről, a túlsúlyosság gyakoriságáról számolunk be, az előbbi fejezetekkel összhangban, a társadalmi különbségek mértékét hangsúlyozva. Ezt követően pedig három tematikus alfejezetben három különösen fontos problémát veszünk tüzetesebben szemügyre: a fogak állapotát, a dohányzást és a tinédzser terhességet.

6.1 Táplálkozás, testmozgás, testtömeg, szubjektív egészség

A WHO Health Behavior of School Aged Children nevű négyévenkénti adatfelvétele a világ mintegy 50 országában gyűjt egészségmagatartási információkat a 11, 13, 15 és 17 éves korú iskolás fiatalokról. Magyarország több mint két évtizede vesz részt ezekben az adatfelvételekben. A legfrissebb információk a HBSC 2018. évi adatfelvételéből származnak a nemzetközi szervezet által kiadott publikus jelentés köteteiből. A nemzetközileg harmonizált mérési keretben a 11-15 éves korú fiatalokra nézve közölnek adatokat, a magyarországi országos jelentésbe a hazai adatgazdák bevonták a 17 éves korú gyermekek adatait is. A nemzetközi szervezet 2018. évi jelentésének 2. kötetéből gyűjtöttük össze a magyarországi 11-15 éves fiatalok néhány fontos egészségmagatartási indikátorát, nemek szerint és jövedelmi-vagyoni helyzet szerint megbontva.¹²

A HBSC nemzetközi teamje a családi jövedelmi-vagyoni helyzet mérésére egy speciális eljárást dolgozott ki, melyben a családok jólétét (family affluence) hat, könnyen mérhető és országok között könnyen összehasonlítható mérőszám (hány gépkocsi van a család tulajdonában; van-e a gyerekek külön hálósobája; hány számítógép van a családban; hány fürdőszoba van a lakásban; van-e a családnak mosogatógépe; előző évben hányszor voltak nyaralni) alapján alakította ki, és ezekből egy folytonos szintetikus mutatót (family affluence scale) képzett. A családi jólét szintetikus mutatójának az országra jellemző eloszlása alapján, megkülönböztette egymástól az alsó és a felső jövedelmi-vagyoni ötédbbe tartozó gyerekeket – a „szegényeket” és a „gazdagokat” –, középen hagyva a társadalom derékhatát jelentő 50 százalékot.

A [6.1.1 táblázatban](#) az egészséges, illetve egészségtelen táplálkozás gyakoriságát (a zöldség és gyümölcsfogyasztás versus édességek és cukros üdítők napi rendszerességű fogyasztását) jelző

¹² <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/health-behaviour-in-school-aged-children-hbhc/publications/2020/spotlight-on-adolescent-health-and-well-being.-findings-from-the-20172018-health-behaviour-in-school-aged-children-hbhc-survey-in-europe-and-canada.-international-report.-volume-2.-key-data>

mutatókat, a rendszeres testmozgás gyakoriságát, valamint a válaszadók által megadott testmagasság és testsúly adatokból számolt testtömegindex túlsúlyt-elhízást jelző gyakorisági értékeit közöljük nemek szerinti bontásban, szegényekre és gazdagokra külön-külön. A táblázat utolsó sorában látható azoknak a gyerekeknek az aránya, akik a saját egészségüket egy négyfokozatú skálán a legjobbnak ítélték meg. Hogy a *relatív különbségek* jól kivehetők legyenek, a szegény gyerekek adatát a gazdag gyerekek adatának százalékában is kifejeztük. Ezeket az adatokat a táblázat 3. és 6. oszlopa tartalmazza.

A táblázatot vízszintes léniákkal három részre bontottuk. A felső három sorban láthatók a pozitív egészségindikátorok (zöldség, gyümölcs, testmozgás), a középsőben a negatív indikátorok (édesség, cukros üdítő, túlsúly), alul pedig a szubjektív egészségértékelés. Bármely indikátort tekintjük is, a szegény gyerekek hátrányai igen nagyok. Egyszerűen megfogalmazva: a szegény gyerekek kevés egészséges ételt és sok egészségtelen ételt fogyasztanak, keveset mozognak, gyakori közöttük a túlsúly és elhízás, valamint lényegesen kevesebben tekintik a saját egészségüket kiválóknak, mint a gazdag gyerekek. Döbbenetesen nagyok a szegények hátrányai a lányok körében: a cukros üdítők fogyasztásának gyakorisága több mint kétszerese a gazdagokénak, a túlsúly előfordulása 80 százalékkal magasabb, hogy a legriasztóbb példákat említsük.

A HBSC adataival teljes összhangot mutatnak a teljesen más metodikával készült magyar fogyasztásstatisztikai adatok. A KSH háztartási és költségvetései és életkörülmények felvételének (HKÉF) adataiban, kellően nagy országos reprezentatív mintából leválogathatók a 0-18 éves gyerekeket nevelő családok, melyeknek fogyasztásában hasonlóan nagy, háztartási jövedelemtől függő különbségeket látunk.

A HKÉF az ország teljes lakosságát reprezentáló mintáját az egy főre (fogyasztási egységre) jutó háztartási jövedelem alapján egyenlő lakosság számú kvintilisekre bontja. Az alábbi statisztikák országos lakossági jövedelmi kvintilisek szerint (Q1: legszegényebbek, Q5: leggazdagabbak) mutatja a gyermekes családokban mért zöldség/gyümölcs-, tej/tejtermék- és kenyérfogyasztás egy főre jutó éves értékeit természetes mértékegységekben mérve¹³, és a megfelelő mutatók gyermekes családokra jellemző átlagos értékeire standardizálva. A [6.1.2 ábra](#) adatai HKÉF 2017. és 2018. évi fogyasztási adatainak átlagos értékeiből lettek kiszámolva. Családi egy főre jutó átlagokat mérünk, és feltételezzük, hogy ezek egyformán érintik a családok minden tagját: a felnőtteket és a gyerekeket.

¹³ A zöldség-gyümölcs fogyasztása (burgonya nélkül) és a kenyér fogyasztása kg/fő/év mértékegységben mérve. A tej és folyékony tejtermékek fogyasztása liter/fő/év-ben, a szilárd halmazállapotú tejtermékek (pl. vaj, sajt) pedig kg/fő/év mértékegységben mérve.

E fogyasztási naplókából származó, pontosabb adatok ugyanazt mutatják, mint a HBSC elnagyoltabb becsült adatai: a szegény családok gyermekei lényegesen kevesebb egészséges táplálékot (zöldséget, gyümölcsöt, illetve tejet, tejterméket) fogyasztanak, mint gazdagabb családok gyermekei, és étrendjükben lényegesen nagyobb szerepet játszik a kenyér mint alapélelmiszer. A szilárd tejtermékekben (pl. vaj, sajt) a szegények fogyasztási lemaradásának mértéke a gazdagokéhoz képest különösen nagy: a mintaátlag háromnegyedének felel meg.

6.2 Fogak állapota

Társadalomtudományi vizsgálatok szerint a fogak állapota az egyik legpontosabb indikátor, amely szerint a társadalom rétegei különböznek egymástól. Ebben a fejezetben összegyűjtöttük a jelenleg rendelkezésre álló részletesebb információkat a 2002 és 2018 közötti naptári évekből, amit a magyarországi gyerekek és fiatalok (a 19-20 éves korosztály) fogainak állapotáról, szájhigiéniai viselkedéséről és fogorvosi látogatásairól, illetve ezeknek az egészségindikátoroknak a társadalmi heterogenitásáról tudhatunk. A probléma fontosságához képest meglepően kevés jó minőségi adat áll e tekintetben a kutatók rendelkezésére. Jelentésünk frissített változataiban ezen újabb adatok gyűjtésével próbálunk majd segíteni.

A legáltalánosabban használt, és egyszersmind a legegyszerűbb indikátor, amellyel egy adott populáció fogainak állapotáról szokás beszámolni a fogászati kérdéseket tárgyaló epidemiológiai szakirodalomban, egy szintetikus mutató, amely egyszerű, additív módon megszámolja az érintett személyek bármilyen módon károsodott (szuvas, hiányzó és tömött) fogait. Ezt a mutatót a fogászok DMFT mutatójának nevezik, amelyben a D betű jelöli a szuvas (Decayed), M a hiányzó (Missing), F a tömött (Filled) fogakat, az utolsó betű (T) arra utal, hogy a *tartós* fogakról (permanent Teeth) van szó. A mutatót általában a 12 éves vagy annál idősebb korosztályokra számolják ki. Erre az információra támaszkodva, a szakemberek általában kétféle mérőszámmal jellemzik egy populáció fogainak állapotát: egyrészt megadják, hogy az illető népességnek vagy demográfiai csoportnak hány százaléka van olyan kedvező helyzetben, hogy egyetlen szuvas, hiányzó vagy tömött foga sincs (DMFT_0); másrészt kiszámolják, hogy az adott populáció egy átlagos képviselőjének hány darab szuvas, hiányzó vagy tömött foga van (DMFT_avg). Ez utóbbi mutatót egy vagy két tizedes pontossággal szokás megadni.

Egy kitüntetetten fontos életkor, amikor a szakemberek népegészségügyi monitorozás céljából felméri egy gyermekpopuláció fogainak állapotát, a 12 éves kor. Erre az életkorra a gyerekeknek már nincsenek tejfogai. Az alábbi két ábrán (6.2.1 ábra és 6.2.2. ábra), a jelenleg rendelkezésre álló legfrissebb és legmegbízhatóbb nemzetközi adatokra támaszkodva bemutatjuk, hol áll ebben a

versenyben az Európai Unió belül Magyarország. Mennyire jók, illetve rosszak a 12 éves magyar gyerekek fogai?

Az adatok nem nemzetközileg összehangolt adatfelmérésből, hanem országoként különböző (nem tökéletesen harmonizált, de a fogász szakemberek által elfogadható minőségűnek tekintett) nemzeti adatfelvételekből származnak, melyeknek adatait a Council of European Chief Dental Officers (CECDO) nevű szakmai szervezet gyűjtötte össze.¹⁴ Az adatok a 2010-es évek helyzetét tükrözik, országoként más-más naptári években; melyekhez az adatbázis összeállítói egységes referenciaévként a 2015-ös évet adták meg. A két ábrán, amit itt bemutatunk, az 12 éves gyerekek DMFT_0, illetve DMFT_avg mutatóit ábrázoljuk: egyfajta európai toplistát, amelyen felülről lefelé haladva fokozatosan jutunk el a legjobb fogászati helyzetű országoktól a legrosszabb helyzetű országokig. Az élen mindkét mutatóban Németország és Dánia áll. A legtöbb ép fogú 12 éves gyerek ezekben az országokban él (Németországban például 80 százalék), és a 12 éves korú gyerekek körében itt a legalacsonyabb a sérült (szuvas, hiányzó vagy tömött) fogak átlagos száma (Németországban például 0.5).

Ahogy Közép-Kelet Európa országai, úgy Magyarország sem áll különösen jó helyen ebben a versenyben. A 12 éves magyar gyerekek 24 százaléka rendelkezett teljesen ép fogakkal 2015-ben, szuvas, hiányzó vagy tömött fogaik átlagos száma pedig 2.4 volt. A magyar gyerekeknek átlagosan 2-3 fogával van gond már ebben az életkorban. Az első mutató szerint az európai lista alján, a második mutató szerint pedig az alsó középmezőnyben vagyunk.

Nem könnyű feladat megmondani, hogy a magyar országos adatok mögött mekkora társadalmi heterogenitás húzódik meg. A CECDO-adatbázis alapjául szolgáló magyarországi reprezentatív fogászati állapotfelmérés adatai nem állnak rendelkezésünkre. Így erre a korosztályra nézve nem tudunk erre a kérdésre válaszolni. Rendelkezésünkre állnak viszont 19-20 éves fiatalokra nézve nagymintás, személyes kikérdezéses survey adatok 2011-ből, amelyben az adatfelvétel készítői a WHO standardjai szerint tették fel megkérdezett személyeknek a szuvas, hiányzó és tömött fogaik számát illető kérdéseket.

Az adatok forrását jelentő Tárki Életpálya-felmérésről röviden a következőket kell elmondanunk. Az Életpálya-felmérés kérdezőbiztosi kikérdezésen alapuló hosszú távú pályakövetéses vizsgálat, amely tízezer nyolcadik évfolyamos tanuló középiskolai és későbbi pályáját követte nyomon éves rendszerességgel 2006 júniusától, az általános iskola befejezésétől 2012 tavaszáig. A minta összeállításakor nagy súlyt fektettek a megfelelő mértékű földrajzi heterogenitás biztosítására: a kérdések nagyjából kilencszáz településen folytak. Az Életpálya-felmérés a rendszerváltás utáni Magyarország

¹⁴ <https://cecdo.org/oral-healthcare/cecdo-database>

egyik legnagyobb országosan reprezentatív társadalomtudományi adatfelvétele. Az Életpálya-felmérés 2010-2011. tanévi 5. hullámában tettek fel a megkérdezetteknek fogaik állapotára és fogorvosnál tett legutóbbi látogatásuk időpontjára vonatkozóan kérdéseket. A megkérdezettek modális életkora ekkor 19-20 év volt.

Kihasználva az Életpálya-felmérés nagy földrajzi heterogenitását és az adatfelvételnek még az 5. hullámban is magas válaszadási arányait ($N \approx 7000$), a megkérdezett fiatalok lakóhelyi adataihoz települési személyi jövedelemadó adatokat rendeltünk, és a jelentésben eddig is megszokott módon, jövedelem-huszadonként, a teljes jövedelemeloszlás mentén mutatjuk be a 19-20 éves fiatal felnőtt fogainak állapotát jellemző társadalmi különbségeket.

A DMFT_0 indikátort („a különböző jövedelmi csoportok ennyi és ennyi százalékának teljesen épek a fogai”) megjelenítő [6.2.3 ábra](#) (nemek szerinti bontásban a [6.2.4 ábra](#)) illetve a DMFT_avg indikátort („a különböző jövedelmi csoportok tagjainak átlagosan ennyi és ennyi szuvas, hiányzó és tömött foga van”) megjelenítő [6.2.5 ábra](#) (nemek szerinti bontásban a [6.2.6 ábra](#)) hatalmas társadalmi különbségekre derít fényt. Az ép fogak előfordulásában 30 százalékpontnyi a különbség a társadalom legszegényebb (14 százalék) és leggazdagabb (44 százalék) fiataljai között, a szuvas, hiányzó, tömött fogak átlagos számában pedig 2 darab egész fog: a legszegényebbek adata átlagosan 3.7 károsodott fog, a leggazdagabbaké 1.7. A fogak állapotát tekintve, a szegény és a gazdag fiatalokat világok választják el egymástól.¹⁵

Hogy valakinek milyen állapotban vannak a fogai, az rengeteg tényezőtől függ. Ehhez a nagyon összetett kérdéshez két szempontból tudunk pótlólagos információkat hozzátenni: a napi rendszerességű fogmosásról, illetve fogorvosi vizitekről való adatok bemutatásával. Az előbbiről az HBSC-ben, az utóbbiról a Életpálya-felmérésben vannak adatok.

A legutolsó fogorvosi vizit időpontjára adott válaszok értékeléséhez számításba kell venni, hogy a kérdés időpontjától számított nem túl régi (egy éven belüli) fogorvosi látogatások nagyobb elővigyázatosságot, de gyakoribb fogorvosi problémákat is jelenthetnek. Ezért az egyértelműbben az elhanyagolásra utaló „nagyon régen volt utoljára fogorvosnál” kérdésnél számíthatunk inkább arra, hogy a válaszokban a társadalmi különbségek megjelenjenek. Mint a [6.2.7 ábra](#) (és a nemek szerint megbontott [6.2.8 ábra](#)) tanúsítja: valóban a nagyon régi (két évnél régebbi) fogorvosi látogatások gyakoriságában látunk jelentős társadalmi különbségeket.

¹⁵ A jövedelemmez képest a nemek szerinti eltérések igen mérsékeltnek tekinthetők.

A gyerekek fogmosási szokásairól a WHO Health Behaviour of School Aged Children (HBSC) adatfelvétele gyűjt információkat. A 11-15 éves gyerekek rendszeres (napi kétszeri fogmosási) magatartásának elterjedtségéről a [6.2.9 táblázat](#) adatai alapján alkothatunk képet (2018. évi adatok). A nemek közötti, nagyjából 10 százalékpontnyi szintkülönbségek mellett e tekintetben is nagy relatív társadalmi különbségeket látunk: a szegény gyerekek jóval kisebb mértékben mosnak fogat, mint a gazdag gyerekek. A szegények 30-40 százaléknyi lemaradása a gazdagokéhoz képest igen jelentős. A fiúknál nagyobbak a társadalmi különbségek, a lányoknál kisebbek.

A HBSC hazai adatai alapján az adatfelvétel magyar szervezői (Németh, Horváth és Várnai 2019) egy tanulmányban hosszú távú idősort közölnek a 11-17 éves gyerekek fogmosási szokásairól. Ezeket az adatokat a [6.2.10 ábránkon](#) újra közöljük, hogy képet alkothassunk arról, hogy több mint másfél évtized távlatában (2002 és 2018 között) mennyire nem változott semmi. A napi kétszeri fogmosás gyakorisága a magyar gyerekek körében pontosan olyan alacsony 2018-ban, mint amilyen 15 évvel ezelőtt, 2002-ben volt.

6.3 Dohányzás

A fogak állapota mellett a dohányzás a másik olyan egészségmagatartási indikátor, amely nagyon világos társadalmi mintázatot alkot. A kutatások tapasztalata szerint a dohányzás jóval elterjedtebb a szegény, iskolázatlanabb néprétegekben, mint a gazdagabb, iskolázottabb társadalmi csoportokban. A dohányzás mint szokás kiépülése kamaszkorban kezdődik, de kora gyermekkori hatásokra is – a dohányfüstnek való korai kitettségére is – visszavezethető.

A dohányfüstnek való kitettség különösen veszélyes formája a várandósok dohányzása. A magzatok szervezetébe dohányzó édesanyáik vérkeringésén keresztül, közvetlen módon bejutnak a dohányfüstben levő toxikus anyagok. A várandós anyák egészségéről szóló 2. fejezetben láthattuk, hogy milyen óriási különbségek vannak szegények és a gazdagok között e tekintetben: a legszegényebb terhes anyák közül minden harmadik dohányzik, a leggazdagabb terhes anyák közül pedig csak minden harmincadik.

Ezt a gondolatot folytatjuk ebben a fejezetben is. A gyermekkori passzív dohányzásról beszélünk először. Két gyermek- és fiatalkori életkori csoportra nézve vannak megbízható adataink arról, hogy a szülők társadalmi hovatartozásától függően mennyire elterjedt ma Magyarországon a szülők és más együttélő családtagok körében a dohányzás, és ennek következtében milyen mértékben vannak az érintett gyerekek a dohányfüstben levő ártalmaknak családjukban, lakásukban kitéve.

Az egyik információforrás a területi védőnői adatfelvétel, melyet már a korábbi fejezetekből is megismerhettünk, és amelyre imént a várandósok dohányzása kapcsán utaltunk. Ebben az

adatfelvételben a védőnők arról is beszámolnak, hogy a körzetükben gondozott családok körében mennyire elterjedt a dohányzás. A védőnő szempontjából a „gondozott család” magában foglal minden olyan családot, amelyben legalább egy 0-6 éves korú gyermek él, vagy várandós anya van, vagy iskolába *nem* járó 7-18 éves korú gyerek él. A „gondozott családok” családok többsége – a 0-6 évesekre vonatkozó teljes körű gondozási kötelezettség miatt – iskoláskor alatti kisgyermeket nevelő családnak tekinthető. Az az információ tehát, amit a védőnők rögzítenek – kisebb mérési hibákkal ugyan – a *teljeskörűség* igényével tükrözi a 0-6 éves gyermekek családjában a dohányfüstnek való kitettség mértékét. Ezeket az adatokat mutatjuk be, a már megszokott mérési keretben a [6.3.1 ábra](#) segítségével.

Az országos átlag nagyon magas (29 százalék), ami azt jelenti, hogy 2018-ba Magyarországon csaknem minden harmadik, 0-6 éves korú gyereket nevelő családban rendszeresen dohányzik valaki, aminek a káros hatásai alól nyilvánvalóan nem tudják kivonni magukat a gyermekek. A társadalmi heterogenitás – a várandós kori dohányzáshoz hasonlóan – a kis gyermekek passzív dohányzásában is nagyon nagy. A legszegényebb kisgyermekes családok közül minden második ilyen, a leggazdagabb családok közül pedig minden ötödik.

Mivel a 2010-es évtizedre nézve több időbeli megfigyeléssel is rendelkezünk, arról is beszámolhatunk, hogy az évtized eleje és vége között volt-e e tekintetben bármilyen javulás. A [6.3.2 ábra](#) alapján könnyen belátható, hogy nem volt. Az ábrán két görbét látunk. A folytonos görbe ugyanaz, mint amit pontfelhőben és simított értékekben az előző ábrán láttunk (2018), a szaggatott vonallal jelzett görbe pedig ugyanezzel az eljárással készült simított értékeket mutatja, csak egy korábbi időpontra (az 2010-2012 közötti évekre). A kisgyermekes passzív dohányzása, illetve az ebben tapasztalható társadalmi heterogenitás az évtized egészében stabilnak és változatlanak tekinthető.

Milyen mértékű a passzív dohányzás a nagyobb gyerekek körében? Olyan gyerekek körében, akik már maguk is dohányozhatnak? Erről a kérdéstről a WHO és az amerikai CDC¹⁶ Global Youth Tobacco Survey (GYTS)¹⁷ nevű nemzetközi adatfelvételének 2016. évi magyar adatai alapján¹⁸ tájékozódhatunk. Az adatok a 11-15 éves korú gyermekek (és szüleik) dohányzási szokásaira és családi körülményeire terjednek ki, és a felvételben részt vevő országok megfelelő gyereknépességére reprezentatívnak tekinthetők. A 2016. évi felvétel magyar adatai publikusan hozzáférhetők.¹⁹

¹⁶ Centers for Disease Control and and Prevention: <https://www.cdc.gov>

¹⁷ <https://www.who.int/tobacco/surveillance/gyts/en>

¹⁸ https://fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/GYTS2016_factsheet_en_20180320.pdf

¹⁹ <https://fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/hu/content/hazai-es-kulfoldi-adatok-tanulmanyok>

A 6.3.3 ábra a szülői dohányzás elterjedtségét mutatja különböző társadalmi csoportokban. A társadalmi heterogenitást a szülők iskolai végzettségével mérjük. A családokat három csoportra bontottuk: olyan családokra, amelyekben egyik szülőnek sincs szakmunkás végzettségénél magasabb végzettsége („szakmunkás szülők”), olyan családokra, ahol legalább az egyik szülő érettségivel rendelkezik („érettségizett szülők”), illetve olyan családokra, ahol a legalább az egyiknek diplomája van („diplomás szülők”). Ahol csak az egyik szülő van jelen, arra értelemszerűen a szigorúbb kritérium érvényes.

Az ábrán a dohányzás mértékének szóródását látjuk szülői iskolai végzettségi csoportokban aszerint, hogy a két szülő közül az egyik, vagy mindkettő dohányzik, vagy egyik sem dohányzik. A mérésben résztvevő 11-15 éves gyerekeket e két kritérium szerint osztályozzuk. Mindegyik oszlop száz-száz 11-15 éves korú gyereket reprezentál, és a különböző szakaszok azt jelzik, hogy a száz gyerek hányad része él dohányzó, illetve nemdohányzó családban, illetve ha a szülők dohányoznak, akkor csak az egyikőjük dohányzik-e vagy a másik is. A társadalmi különbségek igen tekintélyesek: a „szakmunkás szülők” gyerekeinek csaknem kétharmada él dohányos családban, a „diplomás szülők” gyermekeinek több mint kétharmadát nemdohányzó szülők nevelik.

Hogy ez nemcsak az eltérő mértékű dohányfüst-kitettség (passzív dohányzás) miatt aggasztó, hanem a gyerekek ezzel összefüggő nagyobb dohányzási hajlandósága²⁰ miatt is, arról a most következő, 6.3.4 ábra alapján alkothatunk képet. Dohányosnak azt a gyereket tekintjük, aki arra a kérdésre, hogy az előző 30 napban hány napon cigarettázott, válaszként 1-30 közötti gyakoriságokat adott meg, nemdohányzóknak pedig azokat a gyerekeket, aki 0 napot jelöltek meg vagy nem válaszoltak a kérdésre. Az adatok a GYTS 2016. évi magyar adatfelvételéből származnak.

Az ábrán látható grafikonok azt szemléltetik, mennyivel nagyobb gyakorisággal dohányoznak azok a 11-15 éves gyerekek, akiknek alacsonyabb iskolai végzettségűek a szülei és egyszersmind dohányoznak is. A középen levő piros színű szaggatott vonal mutatja a tisztán a szülő iskolai végzettséggel összefüggő átlagos társadalmi különbségeket: a szakmunkás szülők gyerekeinek 22 százaléka dohányzik, a diplomás szülők gyerekeinek 10 százaléka. A különbség több mint kétszeres. Hogyan erősít rá ezekre a különbségekre a szülői dohányzás? Ezt abból állapíthatjuk meg, hogy megfigyeljük, hogy adott iskolai végzettségű csoportokon *belül* milyen mértékű különbségek vannak dohányzó és nemdohányzó szülők gyerekei *között*. Ha a szélső helyzetekre fogalmazzuk meg a következtetéseinket, akkor azt látjuk, hogy a szülői dohányzásnak leginkább a legszegényebbek (szakmunkás szülők gyerekei) körében vannak jelentős polarizáló következményei. Az olló itt nyílik a legtágabbra: a dohányzó gyerekek aránya 31

²⁰ Mint a bevezetőben is hangsúlyoztuk, együttmozgásokról, korrelációkról beszélünk. Nincs megfelelő adatunk ahhoz, hogy oksági összefüggéseket állapítsunk meg.

versus 13 százalék, attól függően, hogy mindkét szülő dohányzik vagy egyik sem. Ugyanezek a különbségek a legjómódúbbak (diplomás szülők gyerekei) körében 18, illetve 7 százalék. A szegényeknél mért különbség 18 százalékpont, a gazdagoknál 11.

Hogyan terjed a dohányzás az eggyel idősebb – 15-17 éves, 9. és 11. évfolyamra járó, középiskolás – korcsoportban? Ebben az életkorban egy-két év nagyon sokat számít. Erről a Health Behaviour of School Aged Children (HBSC) 2018. évi magyar adatai alapján alkothatunk képet. Ezt az adatfelvételt már az előző fejezetekből jól ismerjük. A [6.3.5 táblázatban](#) a HBSC-2018 magyar jelentéséből vettünk át adatokat, melyeket bizonyos becslésekkel kiegészítettünk. A dohányzást itt finomabb mutatók – napi, illetve heti rendszerességű dohányzás – mérik. A társadalmi különbségeket itt (jobb híján) a középiskolába járó fiatalok iskoláinak típusával mérjük.²¹ Mint a továbbiakból majd kiderül, erre jó okunk van: a szakképző iskolák és az érettségít adó iskolák gyerekpopulációja társadalmi hovatartozás szerint nagyon markánsan különbözik egymástól. De ne vágjunk a dolgok elébe. Lássuk előbb az adatokat.

Világosan látható a dohányzás fokozatos elterjedése az eggyel idősebb életkori csoportban. Napi rendszerességgel dohányzik – ez komoly dohányzásnak számít – a 9. évfolyamos diákok 15 százaléka, a 11. évfolyamos diákoknak pedig a 23 százaléka. Ezek nagyon magas számok. Megdöbbenően nagyok a társadalmi különbségek: a szakképzőbe járó 17 éves (11. évfolyamos) fiatalok csaknem 40 százaléka (38.3 százalék) dohányzik. Ugyanez a számarány az érettségít adó hasonló korú fiatalok körében épp fele ekkora (19.3 százalék).

A táblázat lábjegyzetében magyarázatot fűztünk ahhoz, hogy miért tekinthetjük a középiskola típusát a társadalmi háttér jó *közelítő* indikátorának. A 2017. évi országos kompetenciamérés 10. évfolyamra járó középiskolásainak szülői háttérkérdőívéből származó adatok nagyon egyértelműen mutatják ezt: a szakképző iskolák a szegényebbek tipikus középiskolái, az érettségít adó iskolák pedig a gazdagabbaké. Az adatfelvétel nyelvén fogalmazva: A szakképző iskolákba járók 3/4-ének édesanyja érettséginél alacsonyabb (0-8 osztályos vagy szakmunkás) iskolai végzettséggel rendelkezik, az érettségít adó iskolákba járók több mint 2/3-ának édesanyja pedig érettségizett vagy diplomás (forrás: KRTK Adatbank).

A következő három ábra a gyerekek dohányzásának hosszabb távú magyarországi trendjeiről számol be. A [6.3.6 ábra](#) a 11-15 éves gyerekek és szüleik dohányzási arányainak alakulását mutatja 2002 és 2020 között a GYTS publikus factsheetjei alapján. A [6.3.7 ábra](#) ugyanezt mondja el a 15-17 éves középiskolásokról a HBSC adatai alapján a 2002 és 2018 közti időszakra. Mindkét ábra javuló trendeket

²¹ Az alkalmazott számítások technikai részleteiről a táblázat belső lábjegyzeteiből tájékozódhat az olvasó.

mutat: húsz év perspektívájából nézve, a dohányzás visszaszorulóban van. Mint a 9. és 11. évfolyamos tanulók dohányzási adatait *összevontan*²² tartalmazó 6.3.8 ábrából (2006-2018) megállapíthatjuk: a társadalmi különbségek mértéke is csökkenőben van: a folyamat hajtóereje a dohányzás szintjének jelentős csökkenése a szakiskolába járó (szegényebb családokban élő) fiatalok körében.

6.4 Tinédzser terhesség

A nagyon fiatal, 15-19 éves nők terhessége mint súlyos társadalmi gond, különös figyelemre tart számot a demográfusok és más társadalomkutatók részéről. A tinédzserek többnyire sem pszichésen, sem szociális helyzetüket tekintve nincsenek készen az anyaságra, s ez számtalan további társadalmi hátrány kiindulópontja lehet. A korai szülés könnyen derékba törheti a fiatal nők iskolai pályafutását. Noha az okság kétirányú: van olyan eset, hogy a korai iskolaelhagyás következtében, az általa keletkezett szociális vákuumban esnek teherbe és szülnek a tinédzserek, de a tinédzser kori gyermekvállalás is vezethet korai iskolaelhagyáshoz. A korreláció mindenestre megállapítható: a tinédzser korban első gyereket megszüülő nők jóval alacsonyabb végzettséggel zárják iskolai pályafutásukat, mint a későbbi életkorban először szülő nők. A korai szülés a tinédzser anya későbbi életesélyeit rontja: rosszabb munkavállalási esélyeket és alacsonyabb kereseteket jelez előre.

A tinédzser anyák az átlagosnál jóval kisebb eséllyel élnek a terhességet megelőzően párkapcsolatban (még kevésbé: házasságban), s emiatt rosszabbak a születendő gyermekeik életesélyei: kevesebb erőforrás (pénz, idő, figyelem) jut rájuk, és gyakran gyengébb az irántuk érzett tartós elkötelezettség szüleik (főként az apák) részéről. A tinédzser anyák esetében gyakoribb a nem tervezett terhesség, mely esetben általában is rosszabbak az újszülöttek fejlettségi mutatói.

De nem csak a korai szülésnek lehetnek negatív következményei. Egy korai abortusz vagy spontán magzati veszteség a későbbre halasztott gyermekvállalás sikerességét és kimenetelét befolyásolhatja, illetve komoly pszichés és szociális terhek társulhatnak hozzá.

A következőkben a fiatal nők élveszülései, abortuszai és magzati veszteségei tekintetében fennálló jövedelmi különbségeket vizsgáljuk a KSH adminisztratív regisztereinek 2010 és 2018 közötti adatai alapján. Négy rátát számolunk külön-külön a 15-17 és 18-19 éves korosztályra, illetve egyben a 15-19 éves nőkre. A szülési ráta az élveszülésben végződő terhességek számát mutatja 1000 nőre vetítve egy egyéves periódus alatt.²³ Az abortusz ráta a művi terhességmegszakítással végződő terhességek számát vetíti 1000 nőre, míg a magzati veszteség rátát a spontán magzati veszteséggel (vetélés, halvaszületés) végződő terhességek száma alapján számítják ki. A terhességi ráta a másik három ráta (szülési,

²² A 9. és 11. évfolyamosok *különválasztott* adatainak trendjeire nem találtunk publikus adatot.

²³ Az ikerszülések tehát egy szülésnek számítanak ebben a számításban.

abortusz, magzati veszteség) összege, és azt mutatja meg, hogy egy év alatt hány (klinikailag megfigyelt terhességi kimenetekben végződő) terhesség jut 1000 nőre.

A 15-17 és 18-19 éves nők szülési rátája tekintetében hatalmas jövedelmi különbségek mutatkoznak. A települési átlagjövedelmek alapján meghatározott legszegényebb huszadban 1000 15-17 éves nőre egy évben átlagosan csaknem 54 szülés jutott a 2010 és 2018 közötti időszakban, azaz öt százalékuk hozott a világra egy átlagos évben gyermeket (6.4.1 ábra). A leggazdagabb csoportban ezzel szemben a szülési ráta 3 alatti. Mindez azt jelenti, hogy a legszegényebb településeken élő 15-17 évesek több mint hússzoros eséllyel szülnek gyermeket a leggazdagabb településen élőkhez viszonyítva. A 18-19 évesek szülési rátái között is jelentős a különbség. Míg a legszegényebb 18-19 évesek esetében évi 111, addig a leggazdagabbaknál 8 szülés jut 1000 nőre (közel tizennégyszeres különbség).

Az abortuszok és spontán magzati veszteségek esetében kissé laposabb, ám így is jelentős a jövedelmi gradiens. A legszegényebb 15-17 évesek esetében közel évi 25 művi terhességmegszakítás jut 1000 nőre, a leggazdagabbak esetében pedig 6, azaz a különbség nagyjából négyszeres (6.4.2 ábra). Hasonló mértékű a 18-19 évesek abortusz rátái esetében fennálló társadalmi különbség is (44 vs. 11).

A spontán magzati veszteségeket tekintve a legszegényebb és leggazdagabb huszadba tartozók esetében sorrendben 7,2 és 0,5 magzati halálozás jut 1000 nőre a 15-17 évesek esetében (6.4.3 ábra). A 18-19 évesek között ezek az értékek 12,8 és 1,4.

Mindez azt jelenti, hogy a legszegényebb településeken élő 15-17 évesek körében évente átlagosan 86 olyan terhesség jut 1000 nőre, ami klinikailag megfigyelt terhességi kimenettel ér véget (6.4.4 ábra). Azzal a feltevessel élve, hogy egy nőre egy terhesség esik egy évben, ez a szám azt jelenti, hogy egy egyéves időszak alatt a legszegényebb 15-17 évesek 8,6 százaléka szül gyermeket, esik át művi abortuszon vagy spontán vetélésen.²⁴

A jövedelem növekedésével a terhességi ráta meredeken csökken. A második jövedelmi huszadban már „csak” 53, a harmadikban pedig 42 klinikailag megfigyelt terhesség jut 1000 nőre, azaz a legszegényebbek között tapasztaltnak kevesebb mint a fele. A jövedelmi ranglétra felső felében a terhességi ráta rendre 20 alatti. A leggazdagabb huszadban pedig évente mindössze 9 (klinikailag megfigyelt kimenetben végződő) terhesség jut 1000 15-17 éves nőre. A 18-19 évesek között megfigyelt jövedelem

²⁴ Érdemes hangsúlyozni, hogy az adataink csak a klinikailag megfigyelt terhességi kimeneteket fedik le. Mivel a terhessége nagyjából fele nem jut el abba a fázisba, hogy klinikailag is megfigyelhető legyen (a terhesség nagyon korai szakaszában bekövetkező spontán vetélés miatt), ezért a tinédzser terhességekre vonatkozó becsléseink alsó becslésnek tekinthetőek.

szerinti eltérések ehhez hasonlóak. A legszegényebb huszadban a terhességi ráta 168, a harmadik huszadban 84, míg a leggazdagabb csoportban 20.

Érdeemes rövidben áttekinteni a szülési és terhességi ráták időbeli alakulását is. A 15-17 évesek országos szinten mért szülési és terhességi rátája is jelentős mértékben csökkent 1990 és 2000 között, majd egy stagnáló/nagyon enyhén csökkenő időszakot követően 2012-től kezdve újra jelentősen nőni kezdett, végül 2016 után újabb csökkenés kezdődött (6.4.5 ábra és 6.4.6 ábra). A 18-19 évesek szülési és terhességi rátái eléggé hasonló dinamikát követtek.

Az országos trendek vizsgálata ugyanakkor elfedi a jövedelem szerinti jelentős mértékű különbségeket. Az időbeli változások jövedelem szerinti különbségeinek vizsgálatához települési jövedelem alapján képzett húsz csoportot öt részre osztottuk. Így a legalsó jövedelmi csoport a legszegényebb jövedelmi ötödöt takarja, míg a felső csoportba a leggazdagabb jövedelmi ötöd tartozik. Az így csoportosított adatokon a 2001 és 2018 közötti években vizsgáljuk a jövedelmi csoportok szerinti időbeli változásokat.

Általánosságban elmondható, hogy amíg az ezredfordulótól a 2010-es évek elejéig az *alsó két jövedelmi ötödben* a szülési és terhességi ráta is enyhén csökkent vagy stagnált a 15-17 évesek esetében (6.4.7 ábra és 6.4.9 ábra), a 18-19 éveseknél pedig sokkal alacsonyabb lett (6.4.8 ábra és 6.4.10 ábra), addig a 2010-es éveket egy erősen emelkedő tendencia jellemezte. Az emelkedő trendek egyaránt érintették a 15-17 és a 18-19 éveseket, és egyaránt jellemző volt a szülési és terhességi rátákra. A *felső két jövedelmi ötödben* mért szülési és terhességi ráta markánsan eltérő időbeli dinamikát mutat. A terhességi ráták az időszak egészében csökkentek mindkét életkori csoportban, míg a szülési ráták stagnáltak vagy nagyon enyhe mértékben emelkedtek.

A jövedelem szerinti nagyon eltérő tendenciákat egységes keretben, a 2010-ben mért értékhez viszonyítva mutatja be a 6.4.11 ábra.

7. Társadalmi különbségek a tartós betegségek előfordulásában

A 0-18 éves korú gyerekek és fiatalok tartós betegségeinek előfordulásáról a KSH háziorvosi jelentések nevű rendszeres adatgyűjtése²⁵ alapján alkothatunk képet. Az adatfelvételben évente kb. háromezer, gyermekeket ellátó háziorvosi körzetben praktizáló orvos²⁶ számol be a betegállományának demográfiai összetételéről, illetve az ezekben a demográfiai csoportokban (nem × korcsoport) leggyakrabban előforduló krónikus betegségekről. A morbiditási adatlapokon 38 gyakori betegségcsoportra (BNO-csoportra)²⁷ gyűjt adatokat a kérdőív. A betegállományra vonatkozó adatokat minden évben, a morbiditási adatokat pedig minden páratlan évben gyűjti a KSH. A háziorvosok ezeken az adatlapokon nem és életkor szerint külön csoportokra bontva adják meg, hogy a betegkörükbe tartozó megfelelő demográfiai csoportban hány személynél fordultak elő az illető naptári évben az adott diagnózisok. Példának okáért: ha egy 16 éves korú lány két különböző diagnózis által is érintett volt a megkérdezés évében – mondjuk asztma és elhízás miatt is kezelték –, akkor ezt két helyen is rögzítette a háziorvosa, ami az asztma, illetve az elhízás által érintett 15-18 éves fiatal lányok jelentett számát egy-egy fővel növelte. Az adott körzetben ellátott demográfiai csoportok létszámára standardizálva lehet a megfelelő diagnózisokra országosan összehasonlítható mutatókat számolni.

A háziorvosi körzetek – akárcsak a védőnői körzetek – gyakran több települést érintő, településszinten egymástól nehezen szétválasztható földrajzi egységeket alkotnak. Emiatt a körzeteket tovább aggregáltuk, és kevesebb (nagyjából 1700), egymástól világosan elváló település-klaszterbe vontuk össze, majd a már diszjunkt klasztereket osztottuk be, az érintett települések személyi jövedelemadat adatai alapján, húsz egyenlő lakosságszámú jövedelemcsoportba, – az eddig is alkalmazott eljárást követve.

7.1 Szelekciós torzítások az egészségügyi rendszer igénybevételén alapuló adatokban

Jelentésünknek először ebben a fejezetben ismertetünk olyan adatokat, melyekben a betegségek előfordulásáról, gyakoriságáról szóló információkat egészségügyi *ellátási* adatokból merítjük. Az ilyen típusú adatoknak jól megkülönböztethető sajátosságai vannak. A házi gyermekorvosi praxisokat ellátó orvosok teljes körű adatokkal rendelkeznek a magyarországi 0-18 éves korú gyereknépességről. Ez a teljes körű és kötelező hazai egészségbiztosítás következménye: minden magyar állampolgárságú

²⁵ KSH Jelentés a háziorvosok és a házi gyermekorvosok tevékenységéről:

https://www.ksh.hu/docs/hun/info/02osap/2020_eves/k201021.pdf.

²⁶ A kizárólag gyerekeket, illetve és felnőtteket és gyerekeket együttesen ellátó, ún. „vegyes” körzeteknél több érintett körzet adatait kellett felhasználnunk, ugyanis a 15-18 évesek közül 45ezer fiatal kizárólag felnőtteket ellátó háziorvosi körzetbe adta le a TAJ-kártyáját, és emiatt nagyszámú „tisztán felnőtt” körzet adatát is be kellett vonnunk az elemzésbe.

²⁷ 0-18 évesekre külön kérdőíveken; a 2017. évre az alábbi a kérdőívnek a 6-9. lapján:

<https://www.bmszki.hu/sites/default/files/fajlok/node-510/7853311-1.pdf>.

gyereknek alanyi jogon van egészségbiztosítása és társadalombiztosítási azonosítója, mellyel legkésőbb az első kötelező védőoltásai révén bekerül az egészségügyi ellátó rendszerbe. Az viszont, hogy bizonyos diagnózisokkal érintettként hányat tart számon közülük a háziorvosa, több körülménytől is függ. Függ attól, hogy valóban beteg-e a gyerek, mutat-e olyan tüneteket, amelyek alátámaszthatják az orvosa számára ezeket a diagnózisokat, de attól is függ, hogy háziorvosa egyáltalán tudomást szerzett-e ezekről a tünetekről. Elvitték-e a gyereket a szülei orvoshoz ezekkel a tünetekkel? E két szempontnak megfelelő események társadalmilag teljesen ellentétes módon szóródnak.

A szegény településeken élő gyerekek egészségi állapota általában rosszabb, mint a gazdagabb településeken élő gyermekeké; a szegényebb, iskolázatlanabb szülők gyerekei valóban betegebbek. Az eddigi fejezetekből egyértelműen ezt a következtetést szűrhetjük le. Viszont épp a szegény és iskolázatlan szülők gyermekei jutnak el a legkevésbé – azonos objektív egészségi állapotok, illetve tünetek mellett is – az orvoshoz, vagy legalábbis kisebb eséllyel jutnak el orvoshoz, mint a gazdagabb és iskolázottabb szülők gyermekei, és ezért betegségeik egy része az egészségügyi rendszer előtt rejtve marad. Miért? Legalább három oknál fogva: (i) A szegényebb családok lakóhelyeitől fizikailag távolabb vannak az egészségügyi rendszer intézményei (háziorvosi rendelők, gyógyszertárak, szakrendelők, kórházak); és a közlekedés *számukra* magasabb pénzbeli²⁸, időbeli²⁹ és logisztikai³⁰ költségei csökkentik az orvoshoz fordulás valószínűségét. (ii) A szegény, iskolázatlanabb szülők kevesebb információval rendelkeznek az egészséges életformáról és a betegségekről, rosszabbul képesek azonosítani a betegségek tüneteit, alacsonyabb jövedelmükből adódóan kevésbé tudják megfizetni az egészséges életformához szükséges javakat és szolgáltatásokat, illetve betegség esetén a gyógyszereket. Mindez nyilvánvalóan kihat az orvoshoz fordulás valószínűségére. (iii) A szegények a gyakorta hosszú várakozási idő miatt kevésbé tudnak hozzáférni bizonyos diagnosztikus vizsgálatokhoz, melyeket a magasabb jövedelműek magánellátási keretek között azonnal meg tudnak vásárolni maguknak. Ilyen jellegű magánegészségügyi szolgáltatások közbeiktatása nélkül gyakran nem lehet megbízható módon azonosítani bizonyos betegségeket.

Ha tehát a betegségek prevalenciájának társadalmi heterogenitását az egészségügyi rendszer tényleges igénybevételét mérő információkból próbáljuk megállapítani – mint jelen esetben a háziorvosok praxisában felmerülő betegségek előfordulásából – elkerülhetetlenül számolnunk kell az ilyen jellegű szelekciós torzításokkal. Minél kisebb ezeken a mérési pontokon a rendszer szereplőinek

²⁸ Az alacsonyabb jövedelműek számára ugyanannak az útiköltségnek a kifizetése nagyobb megterhelést jelent.

²⁹ A szegények számára a közlekedés sokszor prohibítív mértékű időráfordítást igényel: kis távolságokat is sok-sok óráig tartó buszozással, átszállásokkal lehet megtenni.

³⁰ A tömegközlekedés menetrendjei nincsenek mindig kellően összehangolva az egészségügyi intézmények nyitvatartásával.

(orvosoknak, betegeknek és családjaiknak) a döntési szabadsága, annál kisebb a látencia, és annál kisebb ez a fajta szelekciós torzítás; minél nagyobb a szereplők döntési szabadsága, annál nagyobb. Az újszülöttek születési testsúlyát kötelező megmérni, és az újszülöttek 99 százaléka kórházban születik; ezért a születési testsúlyban mért társadalmi különbségeket elvileg sem torzíthatja el az orvoshoz fordulás társadalmilag különböző mértéke. A 1, 3, 5 éves kori védőnői szűrővizsgálatok szintén mindenki számára kötelezőek, és az alacsonyabb jövedelmű családok gyerekeire éppúgy kiterjednek, mint a jobb anyagi körülmények között élő családok gyermekeire. Nem véletlen, hogy az 1. és 5. fejezetben jelentős negatív jövedelemgrádiens mértünk ezekben az indikátorokban. Ezzel szemben a coeliakia (lisztérzékenység) olyan betegség, ami jól informált orvost, szülőt és speciális vizsgálatokat feltételez, melyeknek elvégzése gyakran magánegészségügyi szolgáltatások közbeiktatását is igényli; így a lisztérzékenység prevalenciájában mért társadalmi heterogenitást erősen befolyásolhatja az a tényező, hogy az iskolázottabb, magasabb jövedelmű szülők inkább viszik el orvoshoz erre emlékeztető tünetekkel a gyerekeiket. A szelekciós torzítás az egészségügyi rendszer tényleges igénybevételét mérő információkból nyerhető prevalencia-adatokban olyan nagy mértékű is lehet, hogy olybá tűnhet, *mintha* a magasabb iskolázottságú és jövedelmű társadalmi csoportokhoz tartozók (gyerekek) lennének a betegebbek.

A 7. és a 8. fejezetben még többször érintjük ezt a problémát. A fejezet további részében két tematikus alfejezetre bontva ismertetjük a KSH háziorvosi jelentéseiből származó adatokat. A 7.2 alfejezetben kigyűjtöttük a szegény családok gyermekeire jellemzőbb krónikus betegségeket. Ezek a diagnózisok valamennyi gyerek korcsoport esetében világos jövedelem szerinti mintázatot követnek: a szegényebb településeken lakó gyermekek szignifikánsabb nagyobb részaránya érintett általuk, mint a magasabb átlagjövedelmű településeken élő gyermekeké. A 7.3 alfejezetben aggregált indikátorokat mutatunk be ugyanerre. Az adatok értékelésekor emlékezzünk rá, hogy a szegény gyerekek körében nagyobb arányban maradnak rejtve a betegségek, és emiatt az indikátorainkban mért társadalmi különbségek a tényleges társadalmi különbségek *alsó becsléseinek* tekinthetők. A bemutatott adatok a 2017. és 2019 évi háziorvosi jelentésekből származnak, és a közölt indikátorok értékeinek 2017. és 2019. évi számtani átlagait jelenítik meg.

7.2 Szegényekre jellemzőbb tartós betegségek

Ebben a részben kiemeljük azokat a krónikus gyerekbetegségeket, melyeknek jövedelmi grádiensei a torzító tényezők tompító hatása ellenére is erős társadalmi meghatározottságról tanúskodnak. Ha képesek lennének kiszűrni a szelekciós torzítás hatásait, akkor e jövedelmi grádiensek talán valamivel meredekebbek lennének, és esetleg más krónikus betegségeknél is ki tudnánk hasonló összefüggéseket mutatni. A háziorvosok beszámolóí alapján, azonban, meggyőzően, kilenc betegség-

csoportot (BNO-csoportot³¹) tudunk szegény gyerekekre jellemzőbb tartós betegségeként azonosítani. Mindegyik betegség ábráján megadjuk az adott betegség diagnózis-kódját (BNO-kódját) is.

A [7.2.1 ábrán](#) és a [7.2.2 ábrán](#) a gyerekeket még magzati korban ért károsodások erős társadalmi meghatározottságát látjuk: a szegények gyerekeit az átlagnál jóval nagyobb mértékben sújtják a visszamaradt magzati növekedéshez kapcsolódó rendellenességek (P05-P07), illetve a keringési rendszer veleszületett rendellenességei (Q20-Q28). Az előbbinél nagyobbak a prevalencia-értékek, az utóbbinál kisebbek. Mindkét esetben a csecsemőkori értékek a legnagyobbak, a későbbi életkorban mért értékek kisebbek; a társadalmi lejtő meredeksége azonban, mindkét betegség esetében, még 5-14 éves életkorban is meglehetősen nagy.

Az endokrin, táplálkozási és anyagcsere-betegségek (E00-E90) a nagyon kis gyerekek (0-11 hónapos csecsemők) jellemző betegségei. Mint a [7.2.3 ábra](#) mutatja, itt is igen nagyok a társadalmi különbségek. Amíg a gazdag települések gyerekeinek 4 százalékát kezelték ilyen tünetekkel, addig legszegényebb településeken élő gyerekek 12 százalékánál állapított meg ehhez a csoporthoz tartozó betegségeket a háziorvosa.

A súlyos érzékszervi betegségeknél jóval alacsonyabbak a prevalencia-értékek, a társadalmi lejtő azonban nagyon meredek, elsősorban a 15-18 éves fiatalok körében: a vakság és csökkentlátás (H54) esetében ([7.2.4 ábra](#)) a szélső értékek 1 és 4 ezrelék, a hallásvesztés (H90-H91) esetében ([7.2.5 ábra](#)) pedig 2 és 5 ezrelék.

A mentális és viselkedészavarok (F00-F99) betegségcsoportjában ([7.2.6 ábra](#)) magas prevalencia-értékű, az életkor előrehaladtával növekvő szintű és egyre meredekebb társadalmi grádienseket látunk. A kamaszoknál a gazdagok és szegények közti távolság eléri a 4 százalékpontot, ami ezeknél a szinteknél – a gazdagoknál 3 százalék, a szegényeknél 7 százalék – igen nagy különbséget jelent.

A magas vérnyomás (I10-I15) későbbi komoly betegségeknek megágyazó krónikus állapot, az epilepszia (G40) pedig súlyos krónikus betegség. A háziorvosi beszámolók alapján mindkét diagnózis előfordulásában jelentős társadalmi különbségeket tapasztalhatunk. A jövedelem szerinti relatív különbségek az életkorral szintben és meredekségben is növekednek: a magas vérnyomás esetében ([7.2.7 ábra](#)) a lakóhelyi jövedelem mentén folyamatosan, az epilepszia esetében ([7.2.8 ábra](#)) inkább a közepesenél magasabb jövedelműek körében (a 10-20. jövedelem-ventilis közötti tartományban).

³¹ BNO: betegségek nemzetközi osztályozási rendszere: <https://www.pharmindex-online.hu/gyogyszerek/bno> . A KSH háziorvosi kérdőív morbiditási adatlapjai egy betű-két számjegy mélységben adják meg ezeket a diagnóziskódokat.

A kisiskolások és a kamaszok körében elterjedt betegségnek számít az asztma (J45, 7.2.9 ábra), mely inkább a közepes és alacsonyabb jövedelmű lakóhelyi csoportokban mutat magasabb mért prevalencia-értékeket. Az asztma diagnózisában gyanítható, hogy a szegényebb települések házi orvosainak jelentéseiben aluldiagnosztizáltak az asztma esetek a valóságos prevalenciájukhoz képest. Aligha hihető, hogy éppen a legszegényebbeknél lenne a legalacsonyabb az asztma előfordulása; inkább arra gyanakodhatunk, hogy a legszegényebb társadalmi csoportok gyermekei az átlagnál rosszabb eséllyel jutnak el orvoshoz, ha asztmatikus tüneteik vannak. Az ebből eredő szelekciós torzítás mértéke a legszegényebb települések gyerekeinél tűnik jelentősnek, illetve azokon belül a nagy kamaszokat érintheti jobban. Az iskolázatlan és szegény szülők alulinformáltsága mellett az életkor is szerepet játszhat ebben: a 5-14 éveseket szüleik viszik el jellemzően orvoshoz, a 15-18 évesek egy része már magától megy el (vagy nem megy el) orvoshoz, ha valamilyen egészségi problémája van.

7.3 Házi orvos szerint valamilyen tartós betegsége van

A házi orvosi jelentés morbiditási adatlapján szereplő krónikus betegségekből egy aggregált mutatót is képezhetünk, és kiszámolhatjuk, hogy a különböző jövedelemcsoportokba tartozó gyerekek hányad részének van valamilyen – bármilyen – krónikus betegsége. A házi orvosi jelentés morbiditási adatlapján szereplő 38 betegségből, értelemszerűen, csak a magasabb hierarchikus szintű BNO-kódokkal megjelölt eseteket vesszük figyelembe: szám szerint 26 krónikus állapotot.³²

A mutatót úgy képeztük, hogy minden demográfiai csoport (nem × korcsoport × települési jövedelem-huszd) esetében összeadtuk a megjelölt betegségekkel diagnosztizált gyerekek számát, és ezt a számot standardizáltuk az érintett demográfiai csoport összlétszámára.

Az adatgyűjtés sajátosságaiból adódóan az aggregált mutatóban elkerülhetetlen halmozódások vannak. Mivel a KSH betegségecsoportok és nem a gyerekek érintettsége szerint gyűjt morbiditási adatokat a házi orvosoktól, nem tudjuk megkülönböztetni egymástól azokat az eseteket, amikor egy gyerek több krónikus betegség által is érintett, azoktól az esetektől, amikor több különböző gyerekek

³² Daganatok (C00-C97), vérképzőszervek betegségei (D50-D89), endokrin, táplálkozási és anyagcsere-betegségek (E00-E90), mentális és viselkedészavarok (F00-F99), epilepszia (G40), Csecsemőkorai agyi bénulás (G80), szemizmok stb. betegségei (H49-H52), vakság és csökkenőt látás (H54), Hallásvesztés (H90-H91), magas vérnyomás (I10-I15), asztma (J45), gyomor-, bél- stb. fekély (K25-K28), bélrendszeri felszívódási rendellenességek (K90), atópiás dermatitisz (L20), psoriasis (L40), fiatalkori ízületi gyulladás (M08), deformáló dorsopathiák (M40-M43), fiatalkori degeneratív medencei csont- és porc- elváltozások (M91), vesebetegségek (N00-N08, N10-N16), visszamaradt magzati növekedéshez kapcsolódó rendellenességek (P05-P07), idegrendszer veleszületett rendellenességei (Q00-Q07), keringési rendszer veleszületett rendellenességei (Q20-Q28), ajak- és szájpadahasadék (Q35-Q37), húgyrendszer veleszületett rendellenességei (Q60-Q64), csípő veleszületett deformitásai (Q65). A morbiditási adatlapon szereplő „elhanyagolás és elhagyás (Y06)” diagnózis-kód alá tartozó eseteket *nem* vettük figyelembe.

van egy-egy krónikus betegsége. Az aggregált mutató az előbbi eseteket úgy veszi számításba, mintha több különböző gyerek lenne érintve valamilyen krónikus betegséggel. Ezek a halmozódások az összes demográfiai csoportot egyaránt jellemzik. A mutató, tehát, *pontosan értelmezve*, a krónikus állapotok előfordulását méri az érintett betegállományok (demográfiai csoportok) létszámára standardizálva.

A [7.3.1 ábra](#) korcsoportonként mutatja a krónikus betegségek előfordulását lakóhelyi jövedelem-kategóriánként és életkori csoportonként külön ábrapaneleken. Hogy a trendek jól kivehetőek legyenek, a pontthalmazokra nemparametrikus regressziós görbéket illesztettünk, ahogy a korábbi fejezetek ábráinál is tettük. Az ábrák legszembeötlőbb tulajdonsága, a meredek jövedelmi grádiensek mellett, a trendeket reprezentáló görbék visszahajló szakaszai a legszegényebb jövedelmi csoportokban. Ez minden bizonnyal nem azzal függ össze, hogy a szegény és iskolázatlan szülők gyermekei nem annyira betegek, hanem – a 7.1 alfejezetben elmondottakkal összhangban – inkább azzal, hogy szűkös anyagi lehetőségeik, közlekedési nehézségeik, illetve információs és tudásbeli korlátaik miatt kevésbé jutnak el orvoshoz. A mutató nevezőjében ott vannak (hiszen TAJ-kártyájukat leadták egy házi orvoshoz), de a számlálóban alulbecsült értékekkel szerepelnek.

Ez a szelekciós torzítás annál nagyobb, minél szegényebb és iskolázatlanabb társadalmi csoportról van szó. A [7.3.2 ábrán](#) üres kör alakú ikonokkal megjelöltük a legszegényebb településeken lakó gyerekek adatát, és mint outliereket (szabálytalanul kiugró értékeket) kihagytuk őket a trendek meghatározásakor követett becslési eljárásból: az illesztett görbék így csak a 2-20. jövedelem-huszadok közötti különbségeket tükrözik. A legszegényebb csoport kihagyása a csecsemőknél és a kiscsoportos óvodásoknál csaknem teljesen kiegyeneseíti a jövedelem és a krónikus betegségek prevalenciája közti összefüggést reprezentáló görbéket; az 5-14 és 15-18 éveseknél pedig jelentősen mérsékeli az ellentétes hatás („a szegények kevésbé fordulnak orvoshoz”) erejét.

A [7.3.3 ábra](#) már csak a 2-20. ventilisekre illesztett görbéket mutatja, minden korcsoportra egységes koordináta-rendszerben, alkalmat adva leglényegesebb megfigyeléseink kimondására. (i) A krónikus betegségek már gyerekkorban, az életkor előrehaladtával növekvő mértékűek; ez tükröződik a jövedelem szerinti prevalencia-görbék emelkedő szintjeiben. (ii) A társadalmi különbségek a csecsemőkorban a legmagasabbak; a későbbi életkorokban kisebbek. A krónikus betegségek előfordulásában mért csecsemőkori különbség terjedelme csaknem 20 százalékpont, ami a középső jövedelemcsoportnál mért érték (30 százalék) kétharmada. (iii) A különbség zöme a társadalom jobb anyagi helyzetben levő felső ötven százalékán belül mutatkozik: a leggazdagabbak és a középen levők között nagyon nagy – 15 százalékpontnyi – a különbség. A rosszabb anyagi helyzetben levő alsó ötven százalékon belül ezzel szemben alig 5 százalékpont. (iv) Az orvos-beteg találkozásokat befolyásoló, társadalmilag kondicionált szelekciós torzításokhoz a 15-18 éves korcsoportban hozzáadódik az életkor

hatása is: ezeknek a fiataloknak egy része már maga dönti el, hogy bizonyos tünetekkel elmegy vagy nem megy el orvoshoz. A kétfajta hatás eredőjét látjuk abban, hogy a szegényebb lakóhelyi ventilisekben a legidősebb korcsoportban a legnagyobb a jövedelmi grádiensek visszahajló szakaszán a görbék meredeksége.

A [7.3.4 ábra](#) ugyanezeket az összefüggéseket nemek szerinti bontásban mutatja. Az ábra alapján előző megállapításainkat egyetlen megfigyeléssel egészítjük ki: a 0-18 éves életkorban kialakuló krónikus betegségek prevalenciája a fiúknál egy korábbi életszakaszban (valamikor 5 és 14 éves életkor között) emelkedik meg nagyobb mértékben, a lányoknál egy későbbi életszakaszban (valamikor 15 és 18 éves életkor között). A 15-18 éves kori prevalencia-szintek és a jövedelmi grádiensek meredekségei nagyjából hasonlóak.

8. Orvos-beteg találkozások, gyógyszerfogyasztás

A háziorvosi ellátás mellett a kórházi és szakrendelői ellátás a másik két nagy egészségügyi ellátási forma, ahol információk keletkeznek a biztosítottak, köztük a gyerekek egészségi állapotáról. A társadalombiztosítás által finanszírozott kórházi és szakrendelői eseményeket teljeskörűen a NEAK (Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő³³) tartja nyilván. Ebben a fejezetben ilyen forrású anonimizált egyéni szintű adatokból településszintre aggregált információk³⁴ alapján elemezzük az 1-8 éves gyerekek kórházi és szakrendelői orvos-beteg találkozásait.

A forrásadatok a 2008 és 2014 között született összes gyerek 2009 és 2017 közötti valamennyi járó- és fekvőbeteg-eseményét és vénykiváltását magukban foglalják. Technikai okok miatt³⁵ az egy évesnél fiatalabb gyerekeket kizártuk az elemzésből. Egy naptári évben egy gyermek többször is járhatott szakrendelőben vagy lehetett kórházban, de az is előfordulhatott, hogy egyszer sem került kórházba vagy egyszer sem járt szakrendelőben.

A számításaink alapjául szolgáló adatbázist úgy állítottuk össze, hogy mindegyik születési évjáratnak legalább három teljes éve legyen arra, hogy az egészségi ellátó rendszer látókörébe kerüljön. Azokat vettük be az elemzésbe, akiknek ennyi idő alatt legalább egy járó- vagy fekvőbeteg eseményük volt vagy nevükre legalább egy vényt kiváltottak. Arra törekedtünk, hogy a számítások alapjául szolgáló adatbázis az érintett születési évjáratokat teljeskörűen lefedje. A 2014-ben született gyerekeknek volt a legkevesebb idejük (3 naptári évük) arra, hogy érintett gyerekként bekerüljenek az adatbázisunkba (és ezzel indikátoraink nevezőjébe), a 2008-ban született gyerekeknek pedig a legtöbb idő (8 teljes naptári év) állt rendelkezésére ugyanehhez. Ez az eljárás megfelelően biztosította valamennyi születési évjárat teljes körű részvételét. A KSH élveszületési regiszterének adataival összevetve, azt tapasztaltuk, hogy a 2008 és 2014 között megszületett gyerekek 99 százalékát³⁶ (összesen 638 ezer gyereket) sikerült bevonni az elemzésbe.

³³ Korábbi nevén: OEP (Országos Egészségbiztosítási Pénztár).

³⁴ A felhasznált adminisztratív adatok anonimizáltak (személyi azonosításra alkalmatlanok), azok az ÁEEK és a KRTK között kötött megállapodás keretében álltak rendelkezésünkre. A kutatásban részt vevő kutatók titoktartási kötelezettség mellett fértek hozzá az adatokhoz. Az adatok feldolgozása a KRTK Adatbankjának biztonságos szerverén történt.

³⁵ Az újszülöttek egy része születésekor ideiglenes TAJ-számot kap, és csak valamikor később kapja meg (nem tudni, hogy pontosan mikor, de 12 hónapos koráig biztosan megkapja) a végleges TAJ-számát. Ennek következtében sem a tényleges, sem pedig a rendelkezésünkre álló anonimizált (hash-kódolt) azonosítók alapján nem lehet a csecsemőkről biztonsággal megállapítani, hogy megfelelő módon vagy duplikálva (ideiglenes és végleges hash-kódolt azonosítójukkal megkülönböztethetetlenül keveredve) szerepelnek-e az adatbázisban. Ezért az 1 évesnél fiatalabb gyerekeket kizártuk az elemzésből. 12 hónaposnál idősebb gyerekek esetében ez a technikai probléma nem fordul elő.

³⁶ Születési évjáratonként ezek a számok a 97% (2014) és a 100% (2008) szóródtak.

Erre a több mint hatszázezer gyerekre nézve rendelkezünk (hosszabb-rövidebb idejű) panelszerű, követéses adatokkal (nem, életkor, aktuális lakóhely, ellátási esemény jellege, időpontja, diagnózis [BNO] kódok, beavatkozás [OENO] kódok, adatok a kiváltott gyógyszerekről). Mivel az ellátási eseményeket (és a gyógyszerkiváltásokat) időben pontszerűen szóródó lakóhelyi adatok jellemzik, melyben a költözéseknek is van szerepük – és ez technikailag nehezen kezelhető –, a primér lakóhelyi adatokat minden egyes gyerek esetében az adott naptári évre leginkább jellemző település lakóhelyi adatára cseréltük.

Hogy a kórházi és a szakellátás igénybevételében megmutatkozó társadalmi különbségeket az előző fejezetekben alkalmazott egységes mérési keretben tudjuk kezelni, ahhoz tovább kellett egyszerűsíteni adataink szerkezetét: a gyerekek panelszerűen rendelkezésre álló adatait egyesített keresztmetszeti (pooled cross-section) szerkezetűvé alakítottuk át, amelyben a 2008-2014 közötti születési évjáratok gyerekei a születésük utáni évek *mindegyikében* szerepelnek (természetesen más-más életkorú gyerekeként): a 2008-as születési évjárat például nyolc különböző életkori csoportként (1, 2, ..., 8 évesként), a 2014-es évjárat pedig három különböző életkori csoportként (1,2, 3 évesként). A társadalmi helyzet közelítő mérőszámaként itt is a lakóhelyi információkat, a lakóhely településének átlagos jövedelemszintjét (a jövedelmi huszadokat) használjuk. A könnyebb áttekinthetőség kedvéért nem korévekre, hanem korév-párookra (1-2, 3-4, 5-6, 7-8 évesekre) számoltunk mutatókat. Minden mutatót először korévekre számoltunk, és azután átlagoltuk korév-párookra.

8.1 Kórházi és szakrendelői ellátás

Ebben az egyszerűsített adatszerkezetben jól értelmezhetők a fejezetben felvetett kérdések: A különböző társadalmi háttérű és életkorú gyerekek hány százaléka feküdt 2009 és 2017 között egy átlagos naptári évben kórházban, és hányszor volt kórházban, ha többször volt; illetve hány százalékukat vitték el a szülei egy átlagos naptári évben valamilyen szakellátásra, és évente átlagosan hányszor vitték el őket?

A [8.1.1 ábra](#) a kórházi ellátásban részesült gyerekek arányát mutatja a 2009 és 2017 közötti időszak egy átlagos évében korcsoportonként és települési jövedelemhuszadok szerint. Két nagyon világos szabályszerűséget látunk. (i) A kisebb gyerekek sérülékenyebbek, mint a nagyobbak. A fekvőbeteg-események jóval gyakoribbak az 1-2 éves korú gyerekeknél, mint, mondjuk, a 7-8 éveseknél; és ez a jövedelem-huszadokra kondicionálva is igaz. (ii) A szegény gyerekek nagyobb gyakorisággal kerülnek kórházba, mint a gazdagabbak; és ez mindenekelőtt a legsérülékenyebb, 1-2 évesek gyerekeket érinti, kisebb mértékben a 3-4 éveseket.

Hogy nem félreértés ezt a súlyosabb állapotok szegényeket érintő magasabb prevalenciájaként értelmezni, ezt támasztják alá a [8.1.2 ábra](#) illesztett görbéi. Mindkét életkori ábrán két-két grafikont

látunk: a magasabb fekvő grafikon az évente legalább egyszer kórházi ellátásban részesült, az alacsonyabban fekvő grafikon pedig az évente kétszeri vagy annál többszöri kórházi ellátásban részesült gyerekek relatív számát mutatja. Az utóbbiak nyilván a betegesebb gyerekek. A jövedelem szerinti relatív különbségek e mutatóban mérve, még az előbbinél is nagyobbak. Ez ismételt arra utal, összhangban a korábbi fejezetek számos indikátorával, hogy a szegény gyerekek egészségi állapota rosszabb; a szegény gyerekek betegebbek.

Noha a szegényebb gyerekek egészségi állapota általánosságban rosszabb, mint a jobb társadalmi körülmények között élő gyermekeké, a szakrendelői vizitek gyakoriságában jól érzékelhető lemaradásban vannak az utóbbiakhoz képest. A legszegényebbek és leggazdagabbak közti távolság – a [8.1.3 ábra](#) és a [8.1.4 ábra](#) tanúsága szerint –, valamennyi itt tárgyalt korcsoportban nagyjából 10 százalékpontot tesz ki. Az életkor-hatás ugyanúgy működik, mint a kórházi tartózkodások esetében: a nagyobb gyerekeknek kevesebb egészségi problémájuk van: a jövedelem/szakrendelői vizit görbék mindegyik életkorban ugyanazt az összefüggést mutatják; a szintek viszont az idősebb gyerekek esetében alacsonyabbak.

Kórházba többnyire azért kerülnek a betegek, mert aktuális tüneteik súlyosak vagy ellátásuk nem tűr halasztást. Ezért a kórházi ellátásba bekerült gyerekek adataiban kevésbé számíthatunk szelekciós torzításokra, mint a szakrendelői ellátásoknál. Szakrendelői kezelést a kórházi ellátáshoz képest kevésbé súlyos tünetek vagy inkább halasztható ellátások esetében vesznek igénybe. Itt inkább előfordulhat, hogy ellátást igénylő tüneteik ellenére nem jut el orvoshoz a gyerekek egy része. Két ábrán szemléltetjük ezt a megfigyelésünket: két, kisebb gyakorisággal előforduló krónikus betegség (az epilepszia és az asztma)³⁷ és két nagy gyakorisággal előforduló akut betegségcsoport (a fertőző betegségek és a légúti betegségek) példáján.

A [8.1.5 ábrán](#) az epilepszia (G40) és az asztma (J45) diagnózisaival kórházban és szakrendelőben kezelt esetek gyakoriságát mutatjuk be a 3-8 éves korcsoportra. Ezeknél a krónikus betegségeknél, amelyek ismétlődő tüneteik miatt folyamatos odafigyelést igényelnek, a társadalmi lejtő nemcsak a kórházi, de a szakrendelői ellátási adatokban is megmutatkozik. Szelekciós torzításra utaló jeleket az asztmával szakrendelőben kezelt gyerekeknél láthatunk, azokon belül is csak a legszegényebbek körében³⁸; az epilepsziával kezelt gyerekek esetében ilyen mintázatot nem látunk.

³⁷ Erről a két krónikus betegségről, mint szegényekre jellemzőbb állapotokkal a háziorvosi jelentések adatainak ismertetésekor már beszéltünk.

³⁸ Pontosabban ugyanezt a mintázatot láttuk a háziorvosi jelentések adatait elemző fejezetben az asztma diagnózis előfordulásában.

A gyakori akut diagnózisok – fertőző betegségek (A00-B99), légúti betegségek (J00-J99) – kezelésében nagyon világosan megmutatkoznak a halaszthatatlan beavatkozást igénylő kórházi, illetve a halaszthatóbb beavatkozásokat igénylő szakrendelői esetek eltérő társadalmi mintázatai. A [8.1.6 ábrán](#) e két betegségcsoport diagnózisainak gyakoriságait látjuk az ilyen betegségekkel leginkább érintett 1-2 éves korcsoportban. 2009 és 2017 között egy átlagos évben a legszegényebb csoporthoz tartozó gyerekeket kétszer akkora arányban kezelték kórházban fertőző betegségekkel, illetve légúti betegségekkel, mint a magasabb jövedelmű családok gyermekeit. Ez legalábbis azt jelenti, hogy a szegényebbek körében jóval magasabb lehet a súlyosabb esetek aránya. A szakrendelői kezeléseknél, ezzel szemben – jóllehet az átlagos prevalencia-értékek itt is nagyon magasak –, nem látunk semmilyen összefüggést a jövedelem és a kezelések gyakorisága között. Aligha hihető, hogy a kevésbé súlyos esetek előfordulásában ne lennének társadalmi különbségek ugyanabban a betegségcsoportokban. Inkább arra gyanakodhatunk, hogy enyhébb tünetek vagy halaszthatóbb ellátások esetében a szegények gyerekei kisebb eséllyel jutnak el a szakorvoshoz, mint a magasabb jövedelmű, iskolázottabb és informáltabb szülők gyermekei.

8.2 Egészségügyi kiadás, gyógyszerkiadás

A társadalmi különbségek a gyógyszerfogyasztásban és az egészségügyi szolgáltatásokra fordított kiadásokban is megjelennek. A KSH háztartási költségvetési és életkörülmények adatfelvétele (HKÉF) elkülönítve tartja számon többek között ezeket a kiadásokat is. A HKÉF országosan reprezentatív adatfelvételének 2017. és 2018. évi állományán leválogattuk a 0-18 éves gyerekeket nevelő családokat, és ezeknek a körén belül megvizsgáltuk a háztartási jövedelemtől függő különbségeket. A [8.2.1 ábra](#) lakossági jövedelem-kvintilisek szerint mutatja a gyermekes családok egy főre jutó éves egészségügyi kiadásainak és gyógyszerkiadásainak szóródását a 2017. és 2018. évben. A jövedelem-ötödökre számolt kiadási értékeket e két naptári év átlagára a mintaátlag százalékában adtuk meg.

A legszegényebb és a leggazdagabb családok kiadásai között a mintaátlag kétszeresét vagy több kétszeresét kitevő különbségek vannak. Az legalacsonyabb jövedelemszinten élő családok harmadannyi egészségügyi szolgáltatást tudnak maguknak vásárolni, mint a legmagasabb jövedelemből élők, a gyógyszereiket pedig feleannyira képesek megfizetni, mint a legjobb módúak.

A további ábrákon a gyógyszerekre fordított kiadások jövedelem szerinti különbségeit mutatjuk be az 1-8 éves gyerekek receptre felírt gyógyszeradatai alapján. Az adatok – melyek a fejezet bevezető részében részletesen ismertetett forrásból származnak – a 2009 és 2017 közötti időszak átlagos havi gyógyszerkiadásait tükrözik a 2008-2014 között született gyerekek kétéves korcsoportjaira.

Három ábrát közlünk: a [8.2.2 ábra](#) a teljes gyógyszerköltség (a TB-támogatás plusz a saját zsebből fizetett önrész) összegének, a [8.2.3 ábra](#) a TB-támogatások értékének, a [8.2.4 ábra](#) a családok saját

zsebből fedezett kiadásainak havi átlagos forintértékeit mutatja, lakóhelyi jövedelemcsoportok és kétéves korcsoportok szerint.

A gyógyszerkiadások összege – összhangban azzal, amit a szakrendelői és fekvőbeteg-eseményeknél is megfigyelhettünk – a legfiatalabb (1-2 éves) gyerekeknél a legmagasabbak; az életkor növekedésével a gyógyszerkiadások nagysága is csökken. A társadalmi különbségek is elsősorban a betegségeknek leginkább kitett 1-2 éves gyerekeknél nagyok, és leginkább a saját kiadásokban figyelhetők meg: a legszegényebb és leggazdagabb csoport közötti távolság a legalacsonyabb jövedelműeket jellemző havi forintérték kétszeresét teszi ki.

9. Záró megjegyzések

Ahogy a tanulmány több pontján is jeleztük, mindenekelőtt többféle mikroszintű információval szeretnénk kibővíteni az elemzések körét. Új adatok szükségesek a várandósság lefolyásának, a szülés körülményeinek elemzéséhez, valamint a terhességeket megelőző, a terhességek alatti betegségek és a terhsgondozási események társadalmi heterogenitásának vizsgálatához. Új mikroadatokat kellene a gyakoribb gyerekbetegségek szakellátási, illetve fekvőbeteg-ellátási eseményeinek diagnóziskód mélységű elemzéséhez. Kiemelten fontosnak tekintjük ezeken belül a légúti betegségek, illetve a magatartási és pszichés problémák részletesebb vizsgálatát.

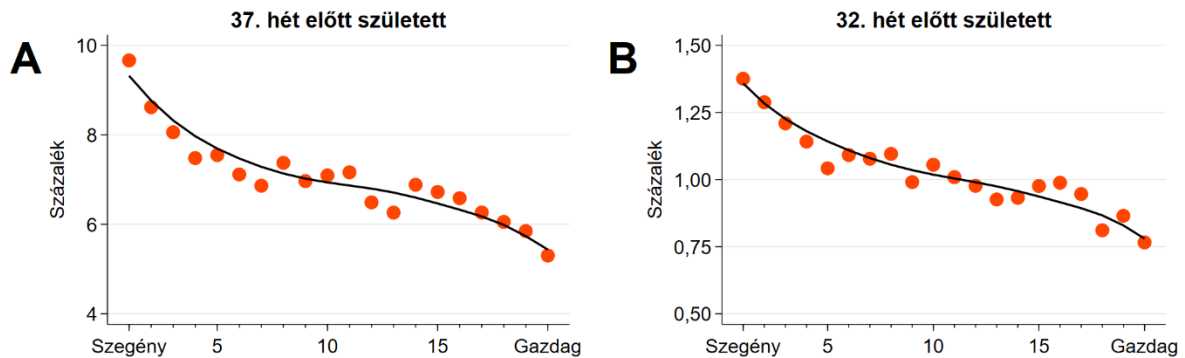
Részletesebb adatokra támaszkodva szeretnénk alaposabban megvizsgálni a gyermekkori táplálkozás, a túlsúly/elhízás, valamint a testmozgás és fizikai erőnlét problémáját. Ellátási adatok alapján részletes elemzést tervezünk a gyermekkori fogászati problémákról, survey adatok alapján pedig a dohány- és alkoholfogyasztásról, az egészségmagatartást befolyásoló kognitív és nem-kognitív készségekről, valamint a családi nevelési környezetről és a családok gyermeknevelésre fordított időfelhasználásáról.

Új számítások szükségesek az egészségügyi ellátás intézményeihez való hozzáférés társadalmilag eltérő esélyeinek vizsgálatához. Szeretnénk képet adni az egészségügyi intézmények (háziorvosi rendelők, szakrendelők, kórházak, mentőállomások, gyógyszerárak) területi elhelyezkedéséről, továbbá arról, hogy valóságos közlekedési adatok alapján mennyi idő alatt és mekkora költséggel érhetőek el ezek az intézmények az ország bármelyik településéről. Az ehhez szükséges információk a KRTK Adatbankjának GEO adatbázisában rendelkezésre állnak. Adatokat kell gyűjtenünk az ellátások minőségi indikátorairól, a munkaterhelés mérőszámairól, illetve ezeknek a társadalmi különbségeiről.

A Jelentés átdolgozott változataiban nagy szerepet szánunk az érintett kérdések egészségügyi, epidemiológiai és társadalomtudományi szakirodalomban való elhelyezésére, a világban működő-képesnek bizonyult szakpolitikai programok bemutatására, illetve szakpolitikai javaslatok megfogalmazására.

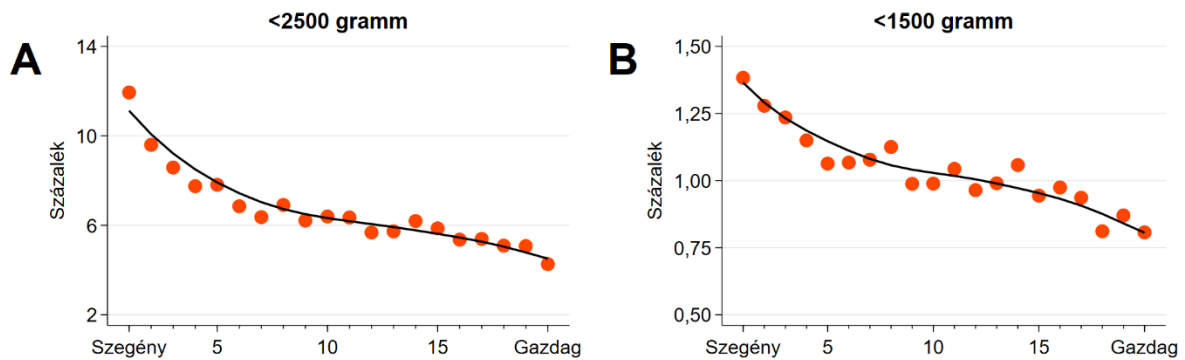
Ábrák

1. Újszülöttek, csecsemők egészsége



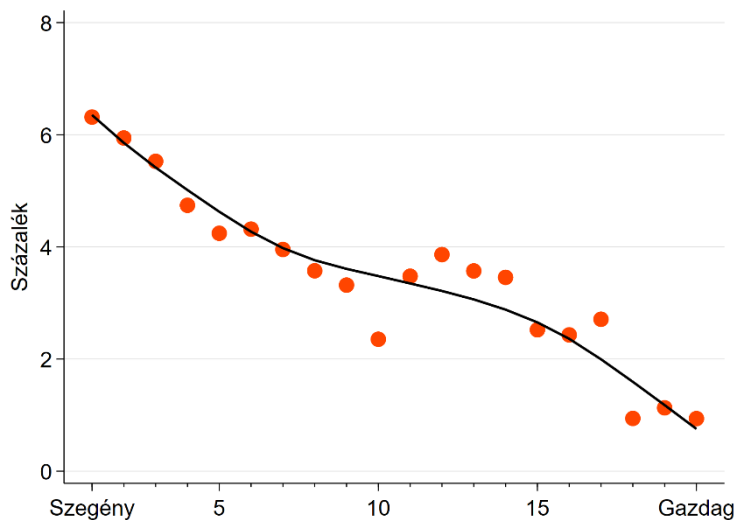
1.1 Koraszülöttek aránya

Egyes szülések között. A 2010 és 2018 közötti időszak átlagos értékei. Adatok forrása: KSH élveszületési regiszter.



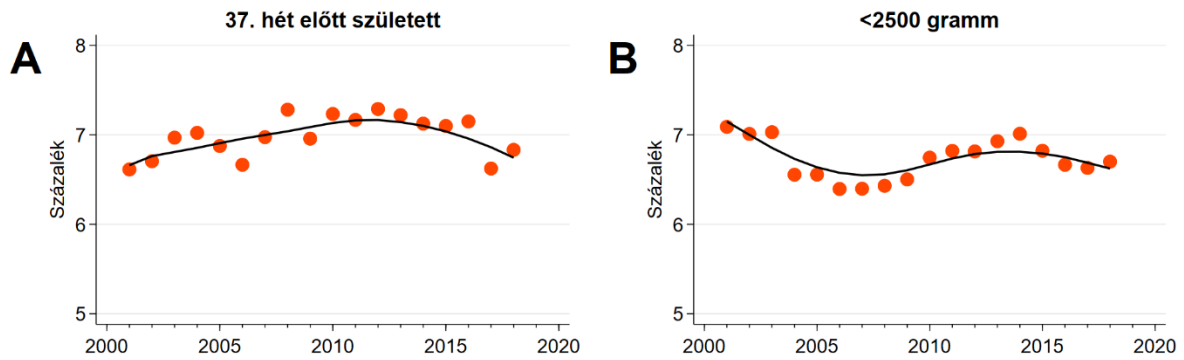
1.2 Alacsony súllyal születettek aránya

Egyes szülések között. A 2010 és 2018 közötti időszak átlagos értékei. Adatok forrása: KSH élveszületési regiszter.



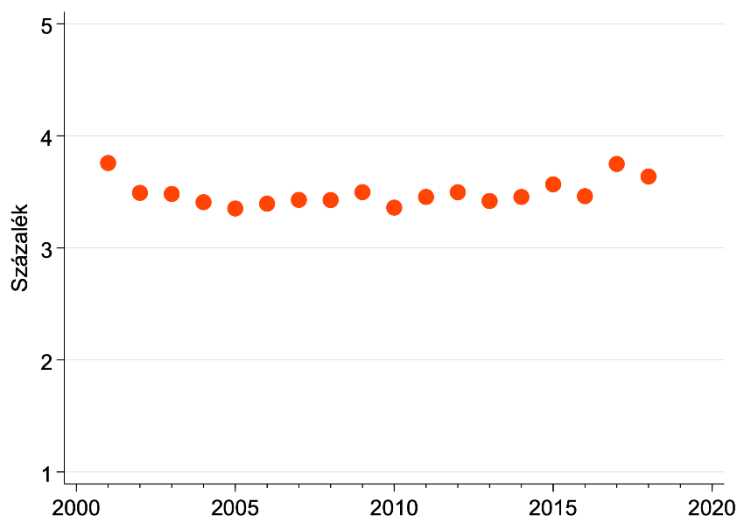
1.3 Magzatfejlődésükben arányosan visszamaradott újszülöttek aránya

Egyes szülések között. A 2010 és 2018 közötti időszak átlagos értékei. Berkő és Joubert (2009) alapján. Adatok forrása: KSH élveszületési regiszter.



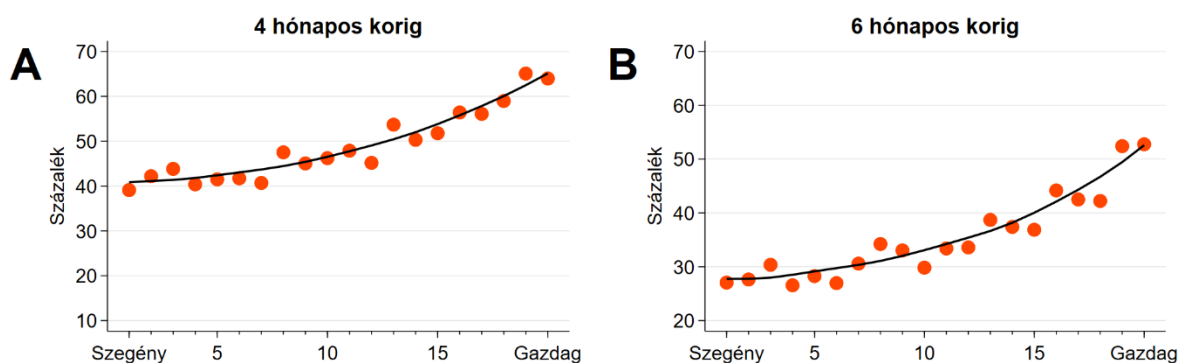
1.4 Koraszülöttek és alacsony súllyal születettek aránya, 2001-2018

Egyes szülések között. Országos értékek 2001-2018 között. Adatok forrása: KSH élveszületési regiszter.



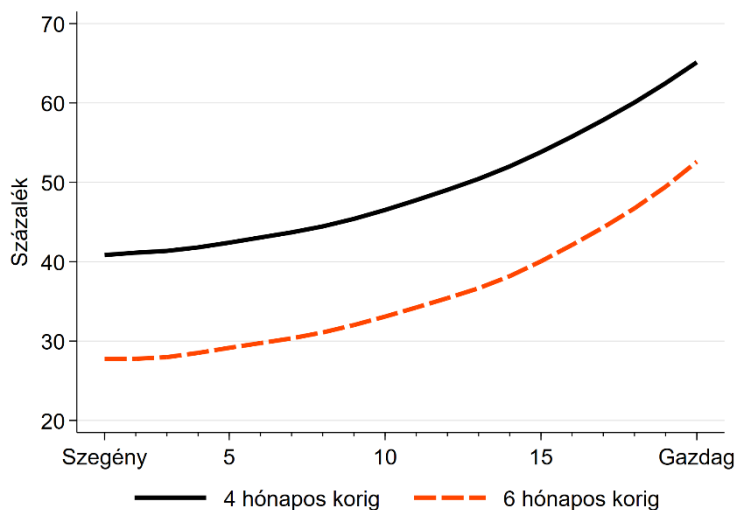
1.5 Magzatfejlődésükben arányosan visszamaradott újszülöttek aránya, 2001-2018

Egyes szülések között. Országos értékek 2001-2018 között. Berkó és Joubert (2009) alapján. Adatok forrása: KSH élveszületési regiszter.



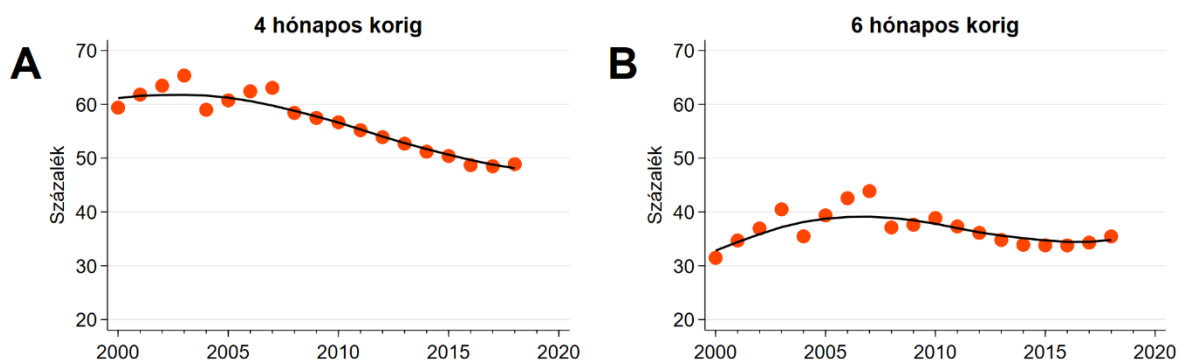
1.6 Kizárólagosan szoptatott csecsemők aránya

Első életévüket betöltötték között. 2018. Adatok forrása: NNK területi védőnői jelentés.



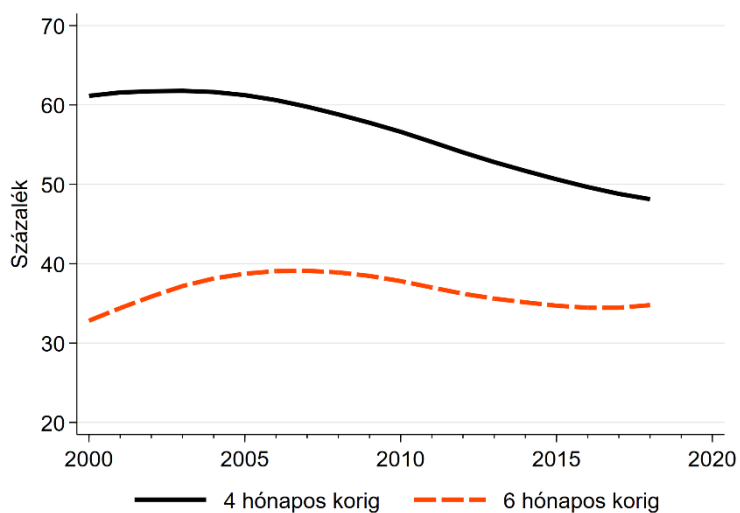
1.7 Kizárólagosan szoptatott csecsemők aránya, simított adatok

Első életévüket betöltötték között. 2018. Adatok forrása: NNK területi védőnői jelentés.



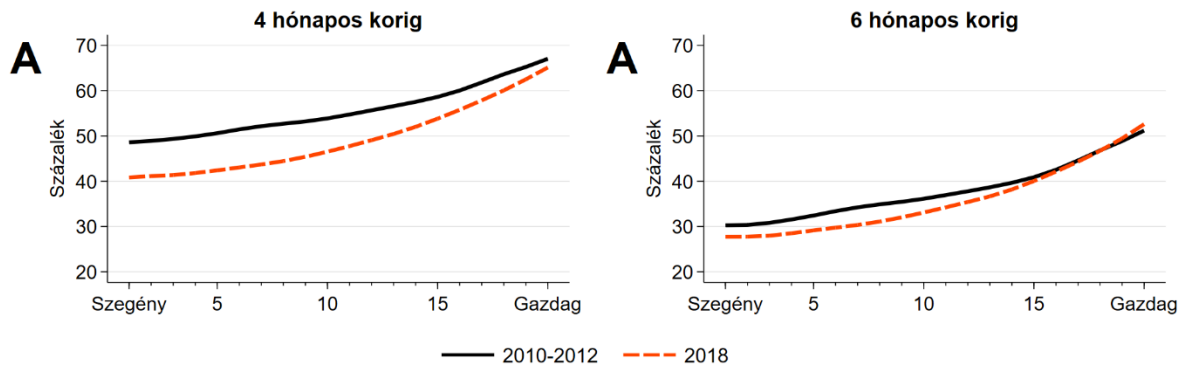
1.8 Kizárólagosan szoptatott csecsemők aránya, 2001-2018

Első életévüket betöltötték között. Országos értékek 2000-2018 között. Adatok forrása: NNK területi védőnői jelentés.



1.9 Kizárólagosan szoptatott csecsemők aránya, 2001-2018 simított adatok

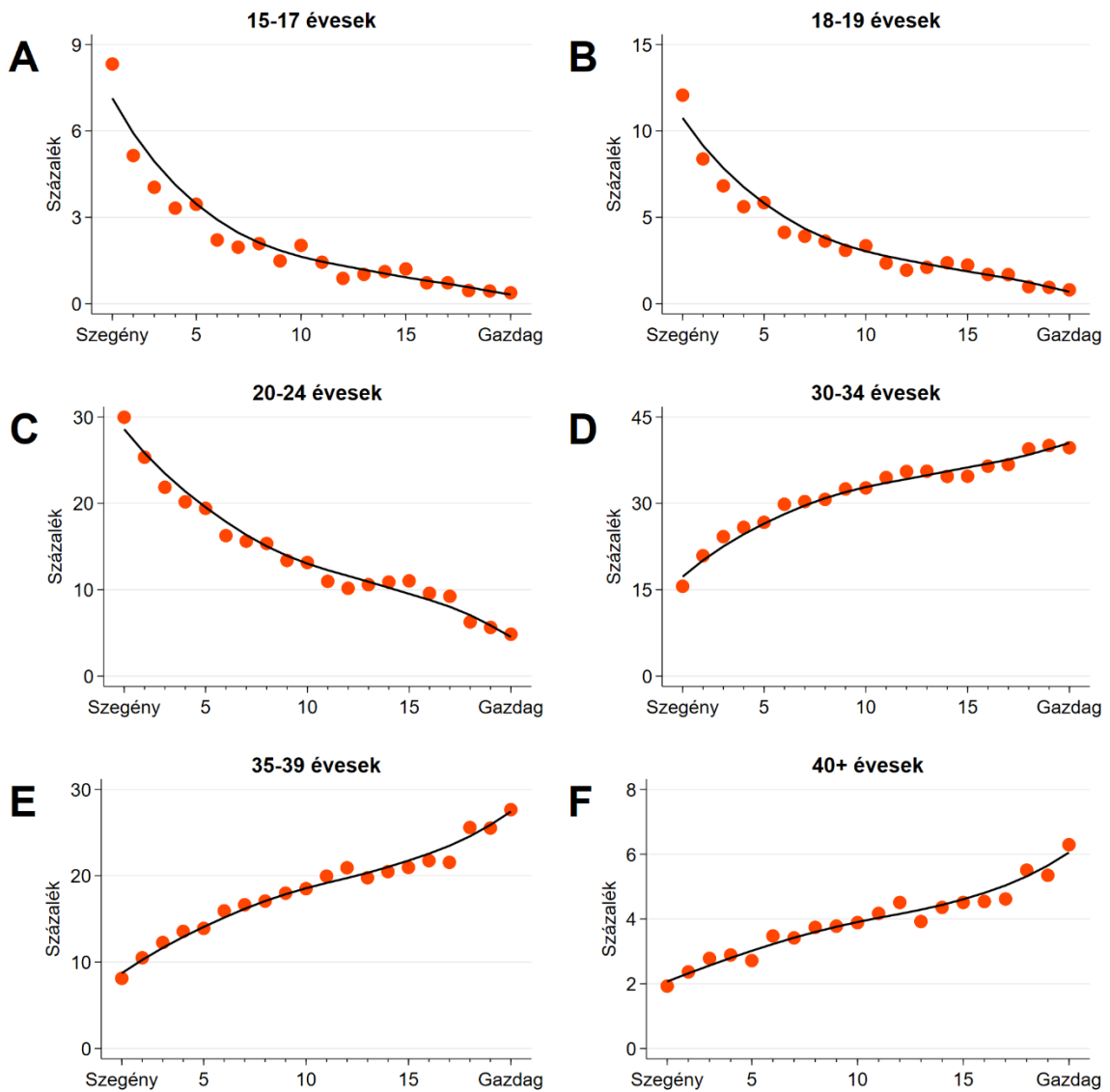
Első életévüket betöltötték között. Országos értékek 2000-2018 között. Adatok forrása: NNK területi védőnői jelentés.



1.10 Kizárólagosan szoptatott csecsemők aránya, változás 2010-2012 és 2018 között

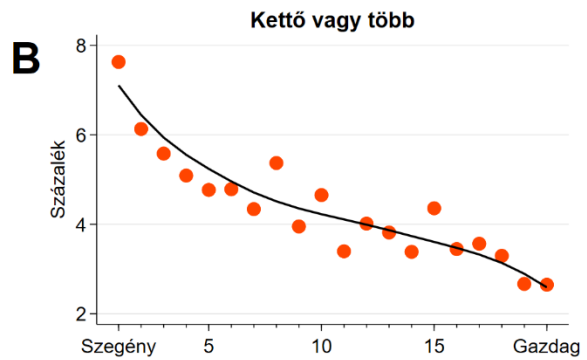
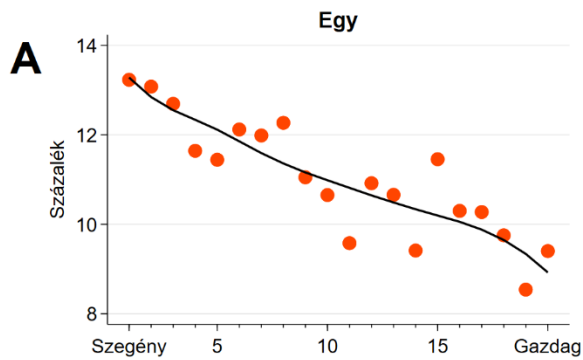
Első életévüket betöltötték között. Országos értékek 2010, 2011, 2012 átlaga és 2018. Adatok forrása: NNK területi védőnői jelentés.

2. Várandós anyák egészsége



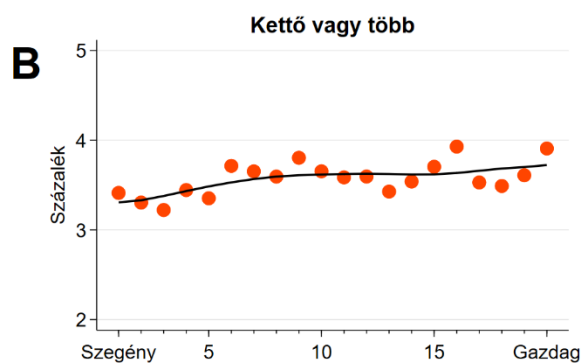
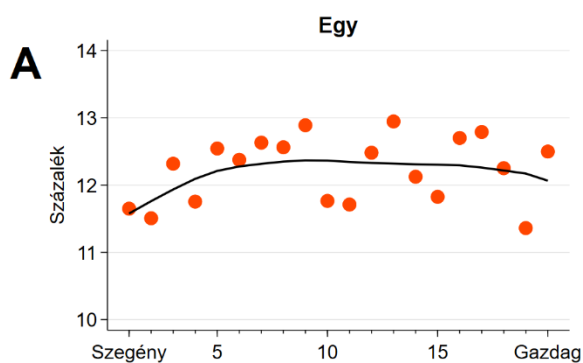
2.1 A szülő nők koreloszlása

A 2010 és 2018 közötti időszak átlagos értékei. Adatok forrása: KSH élveszületési regiszter.



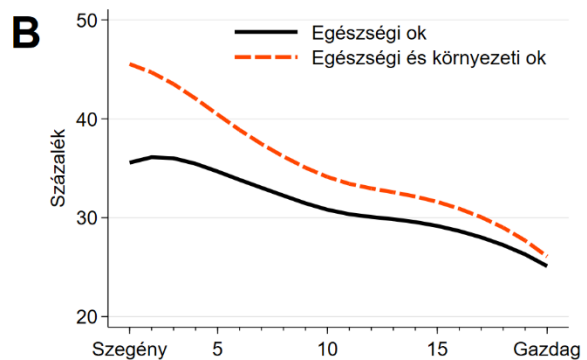
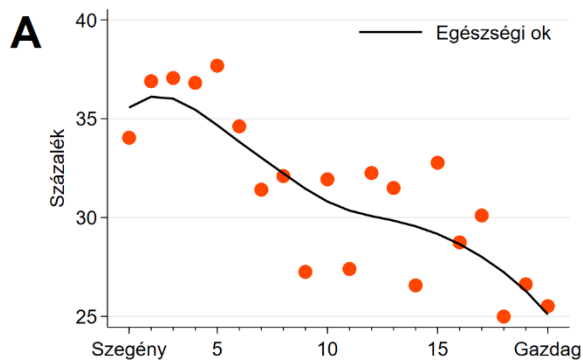
2.2 A szülő nők korábbi abortuszainak száma

A 2010 és 2018 közötti időszak átlagos értékei. Adatok forrása: KSH élvészületési regiszter.



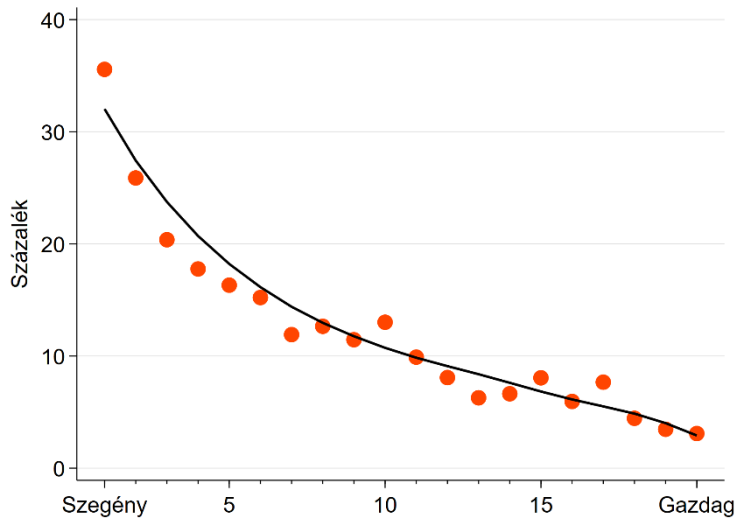
2.3 A szülő nők korábbi magzati veszteségeinek száma

A 2010 és 2018 közötti időszak átlagos értékei. Adatok forrása: KSH élvészületési regiszter.



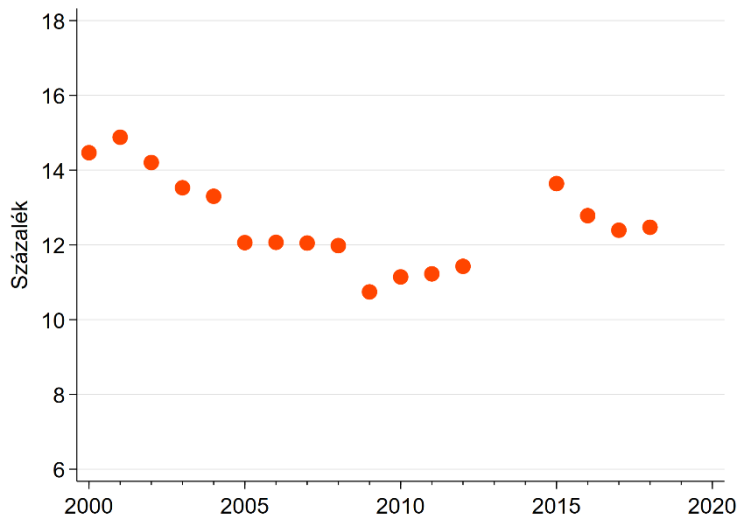
2.4 Fokozott gondozást igénylő várandós anyák aránya: egészségi, ill. környezeti ok miatt

Egészségi ok: orvosi diagnózis alapján. Környezeti ok: lakás, lakókörnyezet, anyagi-gazdasági helyzet. Adatok forrása: NNK területi védőnői jelentés 2018.



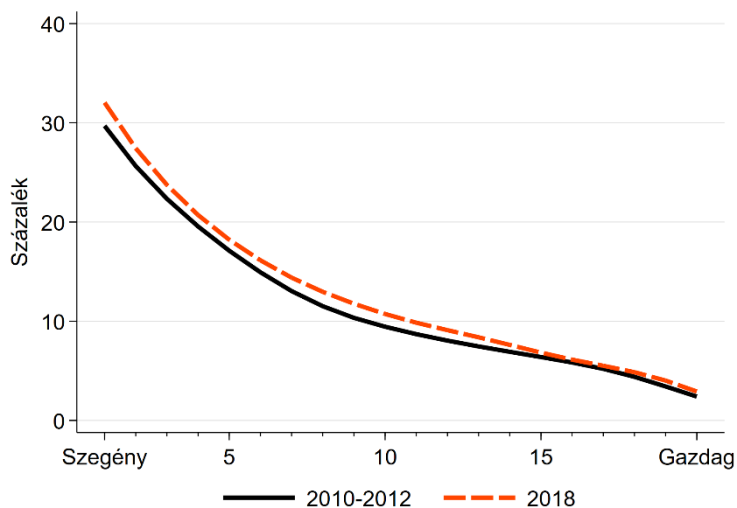
2.5 Dohányzó várandósok aránya

Adatok forrása: NNK területi védőnői jelentés 2018



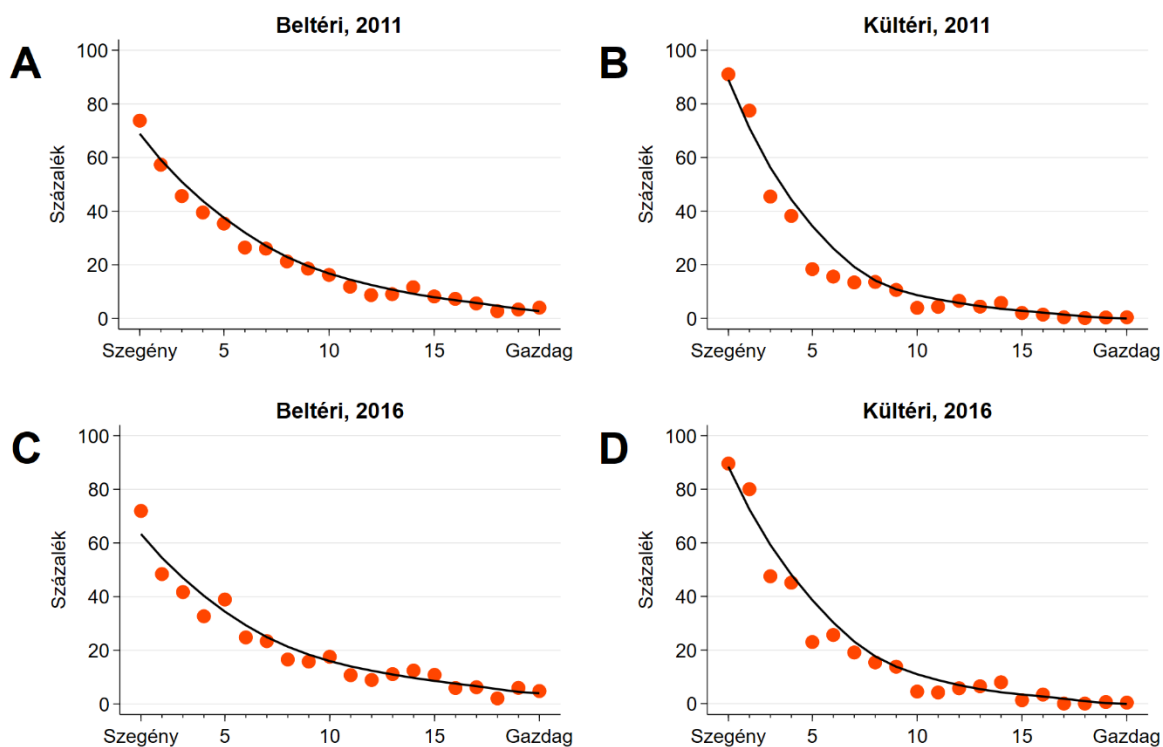
2.6 Dohányzó várandósok aránya, 2000-2018

Országos értékek 2000-2018 között. Adatok forrása: NNK területi védőnői jelentés.



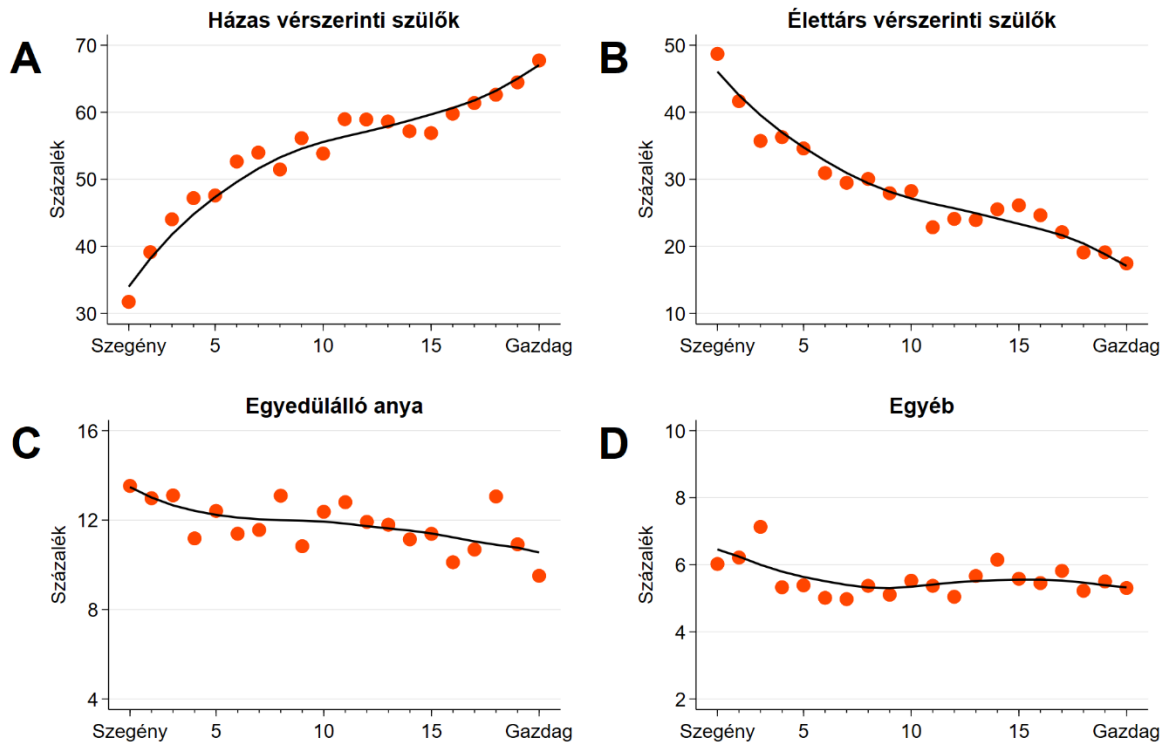
2.7 Dohányzó várandósok aránya, változás 2010-2012 és 2018 között

Adatok forrása: NNK területi védőnői jelentések 2010, 2011, 2012 átlaga és 2018.



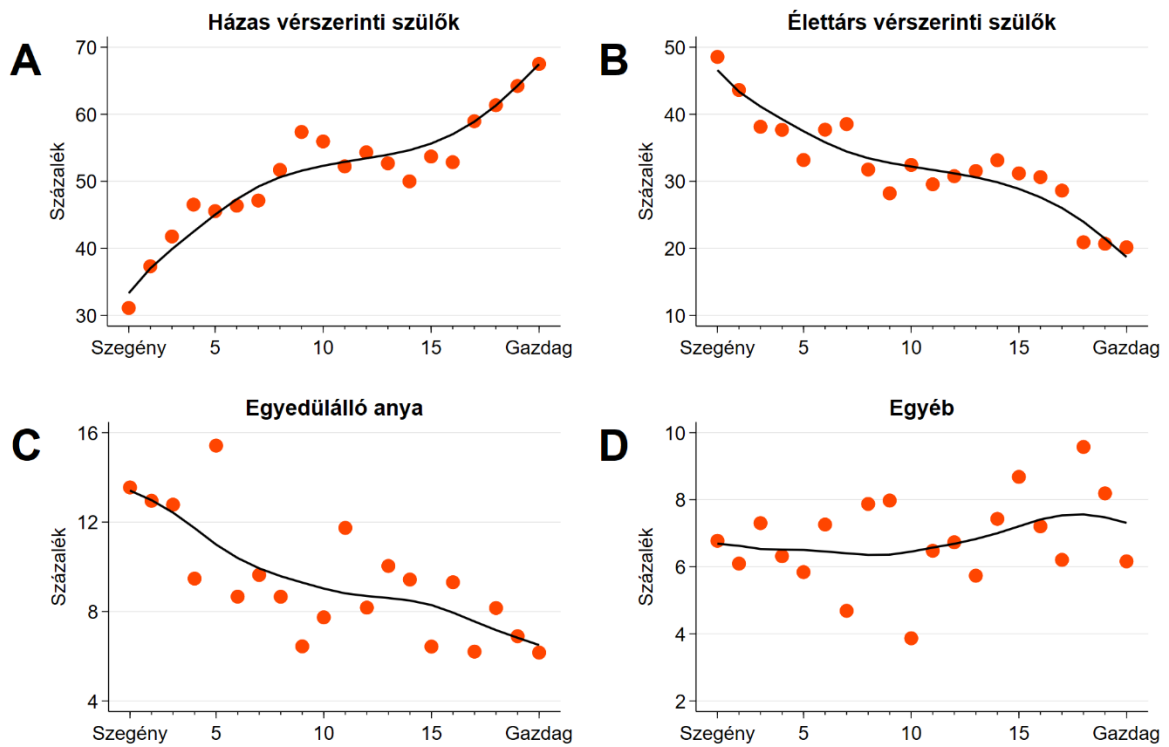
2.8 A várandós nőket érő beltéri és kültéri légszennyezés

Várandós nő = 1 év alatti gyermekkel rendelkező. Beltéri légszennyezéssel érintett = olyan lakásban lakik, ahol helyiségenként külön fűtenek és fát, szénét vagy fűtőolajat használnak. Kültéri légszennyezéssel érintett = olyan településen él, ahol a lakott lakások több mint felében fával, szénével vagy fűtőolajjal fűtenek. Adatok forrása: 2011-es census és 2016-os mikrocensus.



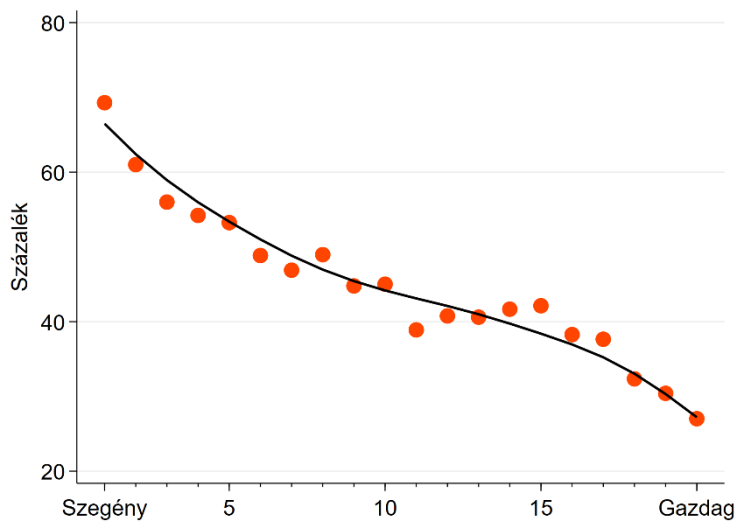
2.9 Újszülöttek megoszlása a családi helyzetük alapján, 2011

Újszülött = 1 év alatti gyermek. A családi helyzet az újszülött háztartása alapján került meghatározásra. Adatok forrása: 2011-es census.



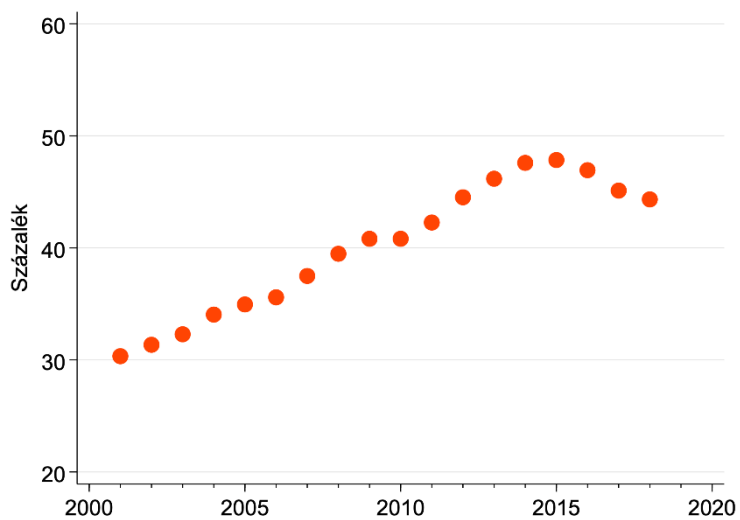
2.10 Újszülöttek megoszlása a családi helyzetük alapján, 2016

Újszülött = 1 év alatti gyermek. A családi helyzet az újszülött háztartása alapján került meghatározásra. Adatok forrása: 2016-os mikrocensus.



2.11 Nem házas anya által szült újszülöttek aránya

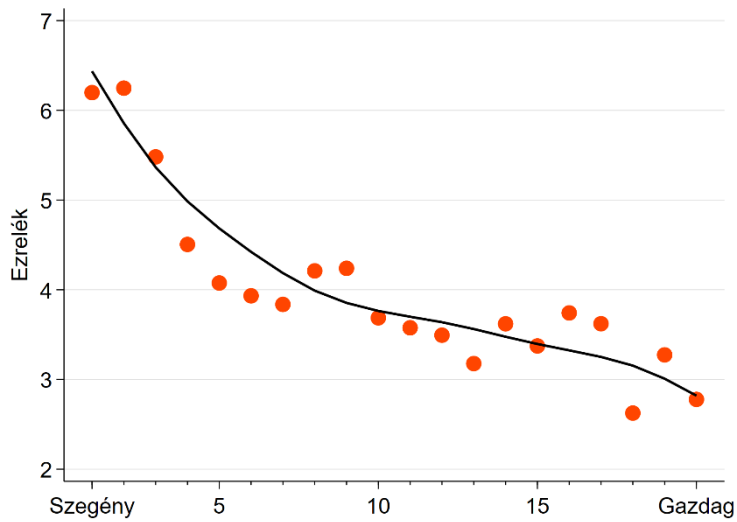
A 2010 és 2018 közötti időszak átlagos értékei. Adatok forrása: KSH élvészületési regiszter.



2.12 Nem házas anya által szült újszülöttek aránya, 2001-2018

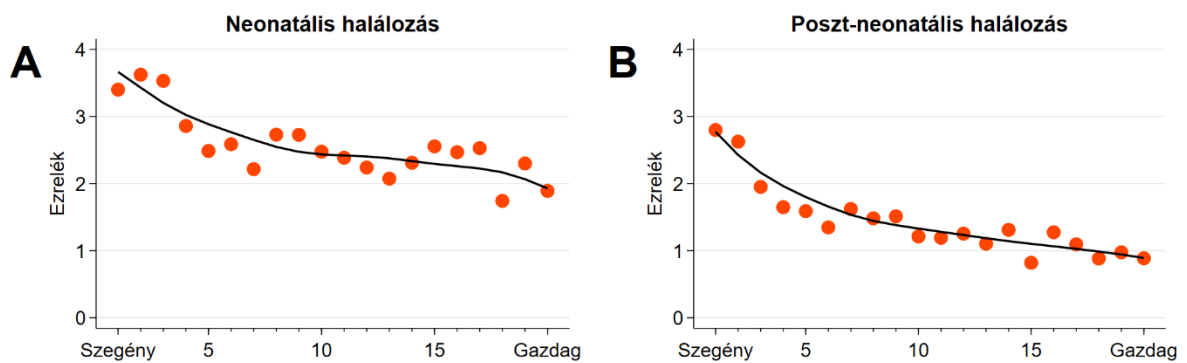
Országos értékek 2001-2018 között. Adatok forrása: KSH élvészületési regiszter.

3. Csecsemő- és gyermekhalandóság



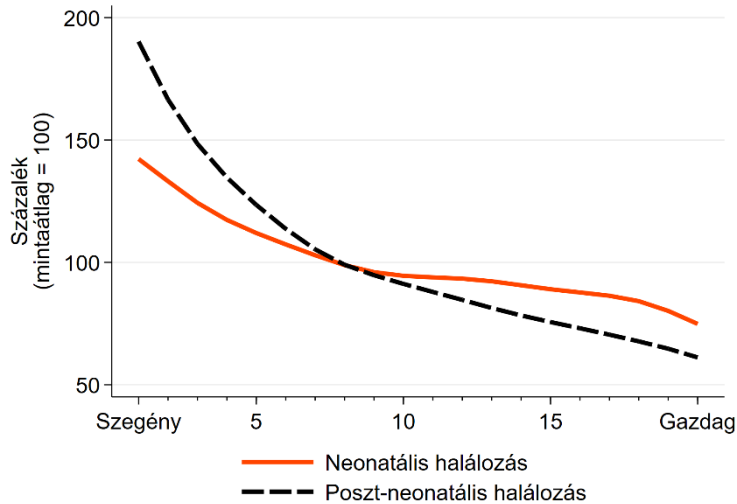
3.1 Csecsemőhalálozás

A 2010 és 2018 közötti időszak átlagos értékei. Adatok forrása: KSH élveszületési és csecsemőhalálozási regiszter.



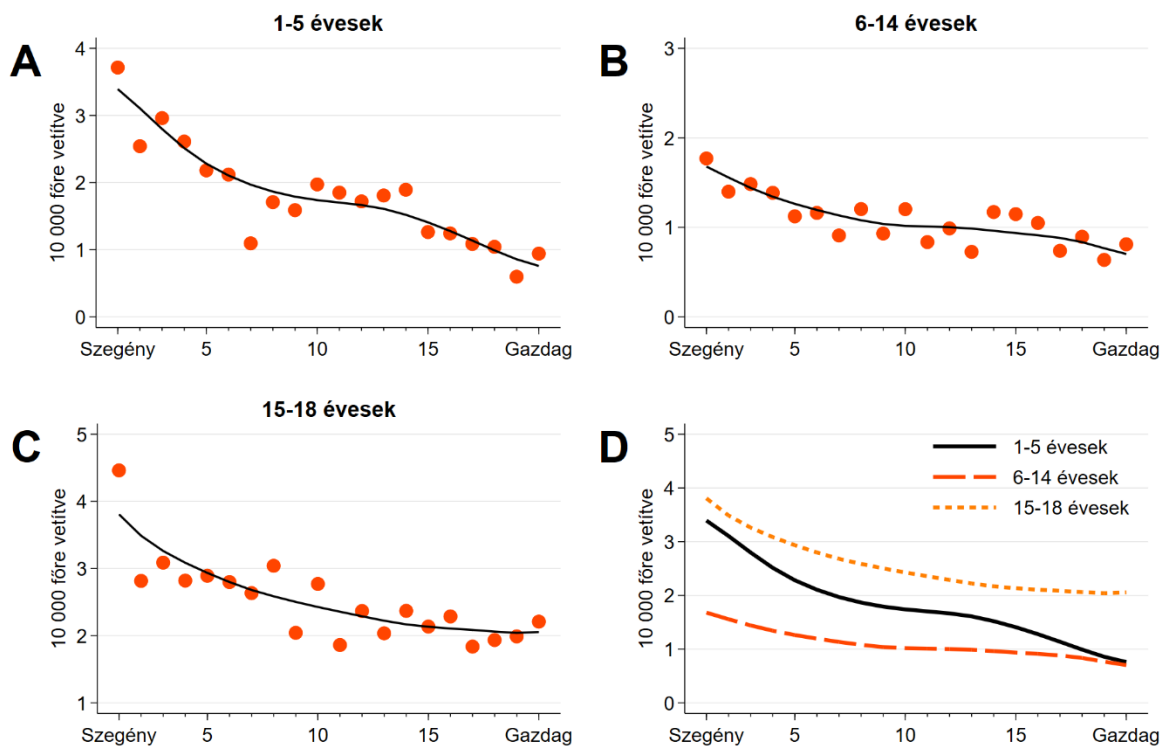
3.2 Neonatális és poszt-neonatális halálozás

A 2010 és 2018 közötti időszak átlagos értékei. Neonatális halálozás: 0-27 napos csecsemőhalálozás. Poszt-neonatális halálozás: 27 napon túli csecsemőhalálozás. Adatok forrása: KSH élveszületési és csecsemőhalálozási regiszter.



3.3 Neonatális és poszt-neonatális halálozás (standardizált)

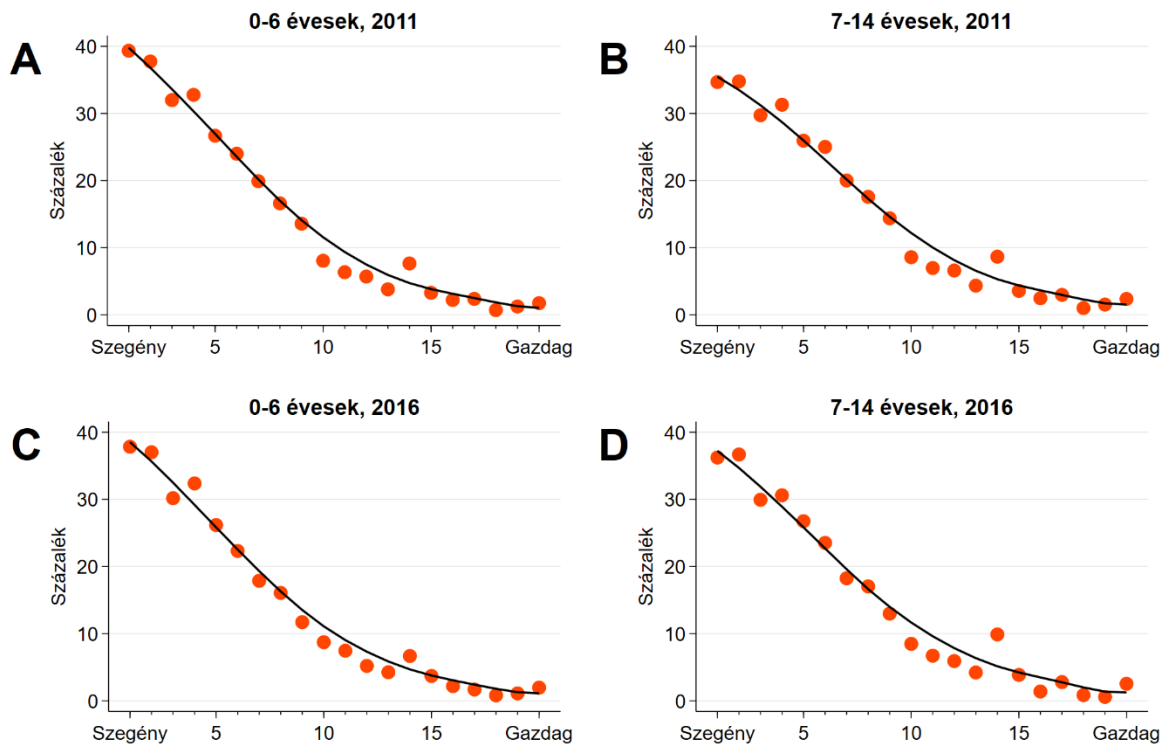
A 2010 és 2018 közötti időszak átlagos értékei a mintaátlag százalékában kifejezve. Adatok forrása: KSH élveszületési és csecsemőhalálozási regiszter.



3.4 Gyermekehalandóság

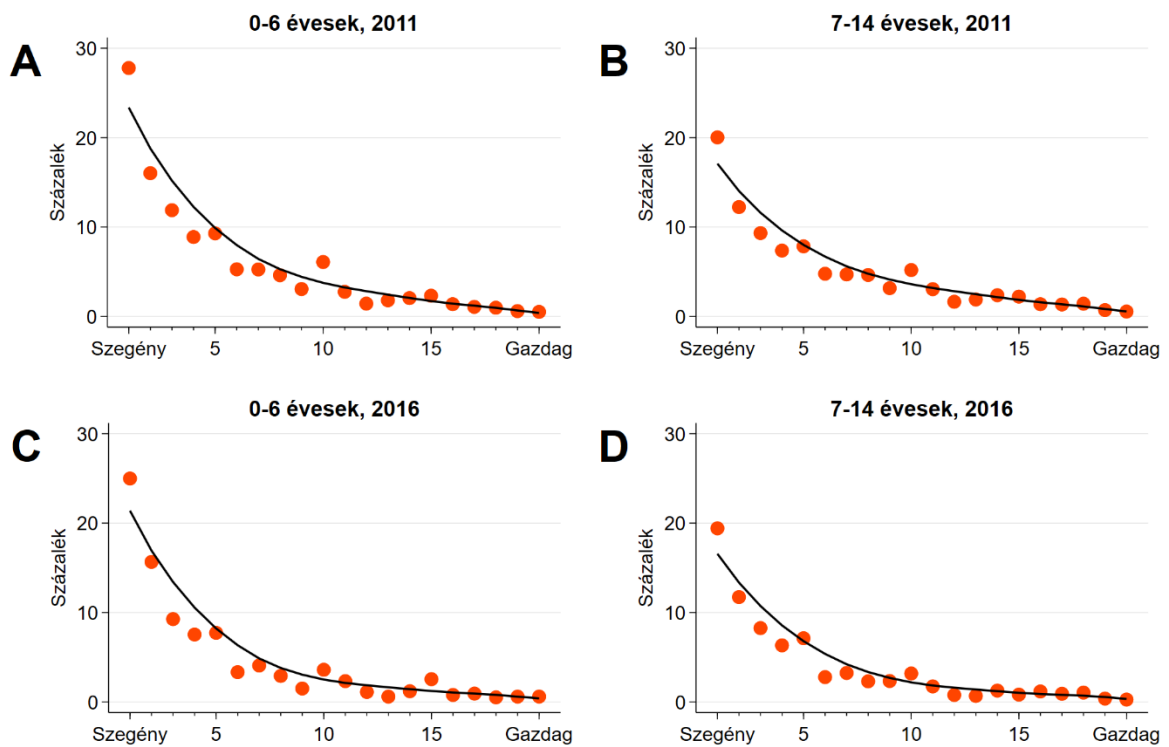
A 2010 és 2018 közötti időszak átlagos értékei. Adatok forrása: KSH halálozási és demográfiai regiszter.

4. Gyermekegészséget befolyásoló lakás- és életkörülmények



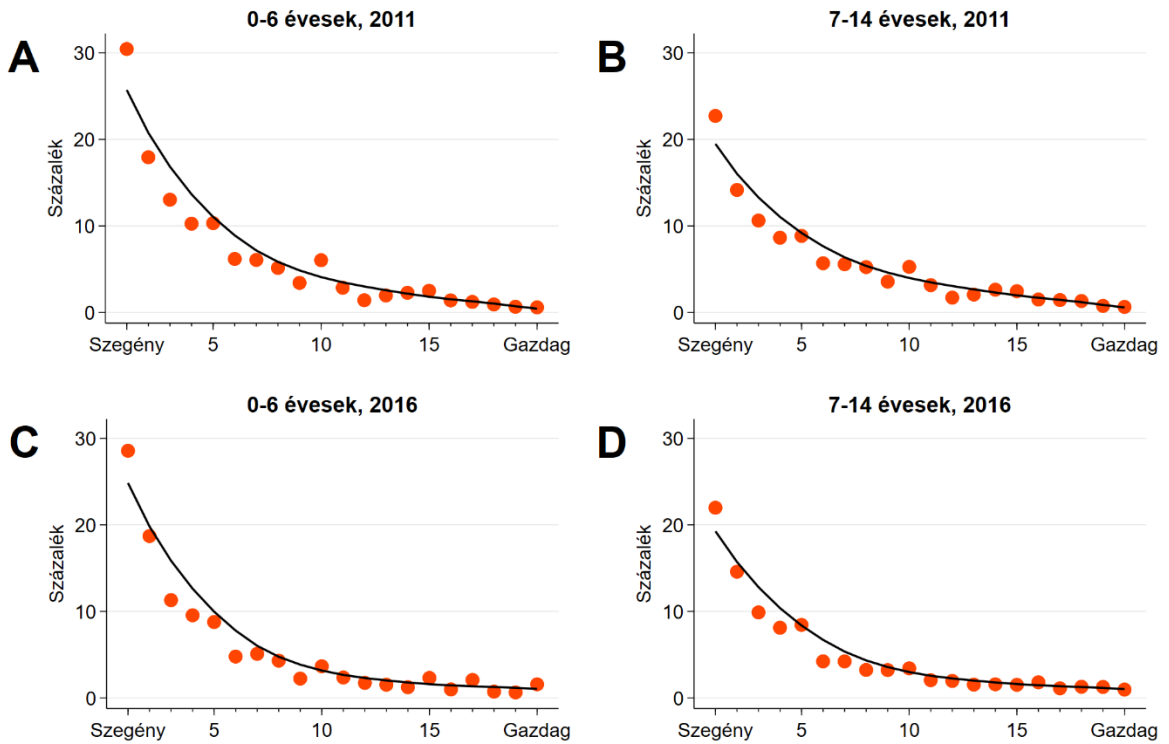
4.1 Vályogfalú lakásban élők aránya

Adatok forrása: 2011-es census és 2016-os mikroczensus.



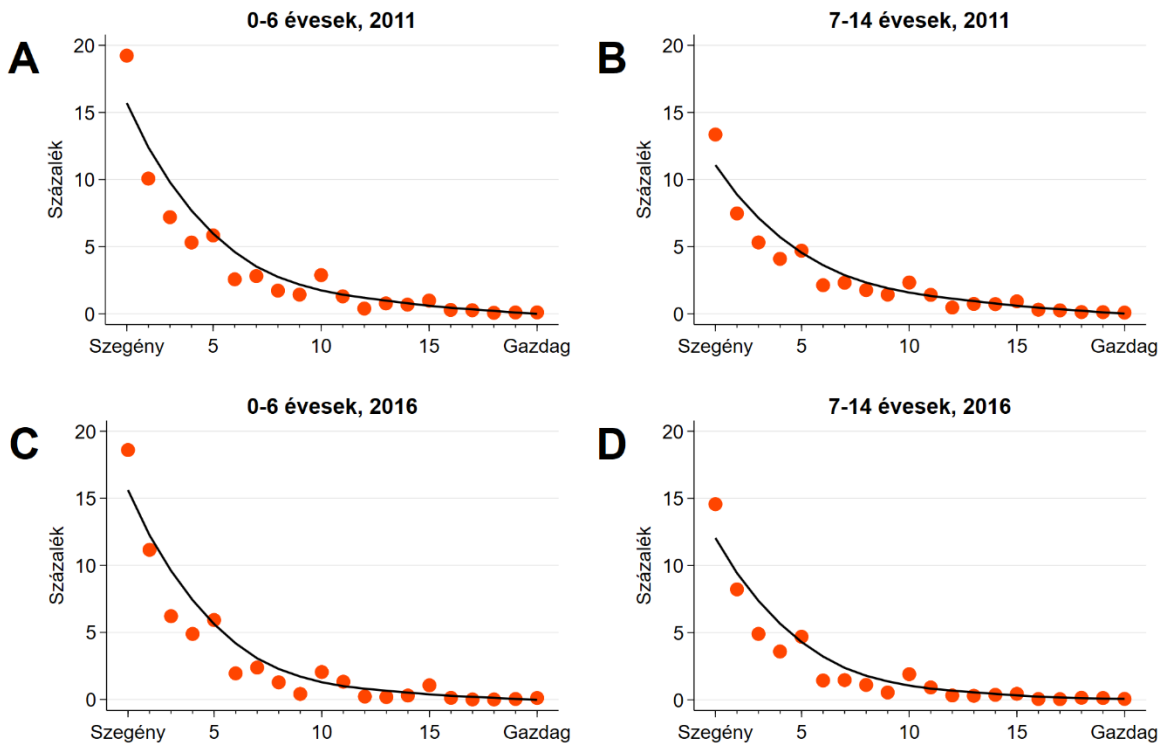
4.2 Fürdőszoba nélküli lakásban élők aránya

Adatok forrása: 2011-es census és 2016-os mikroczensus.



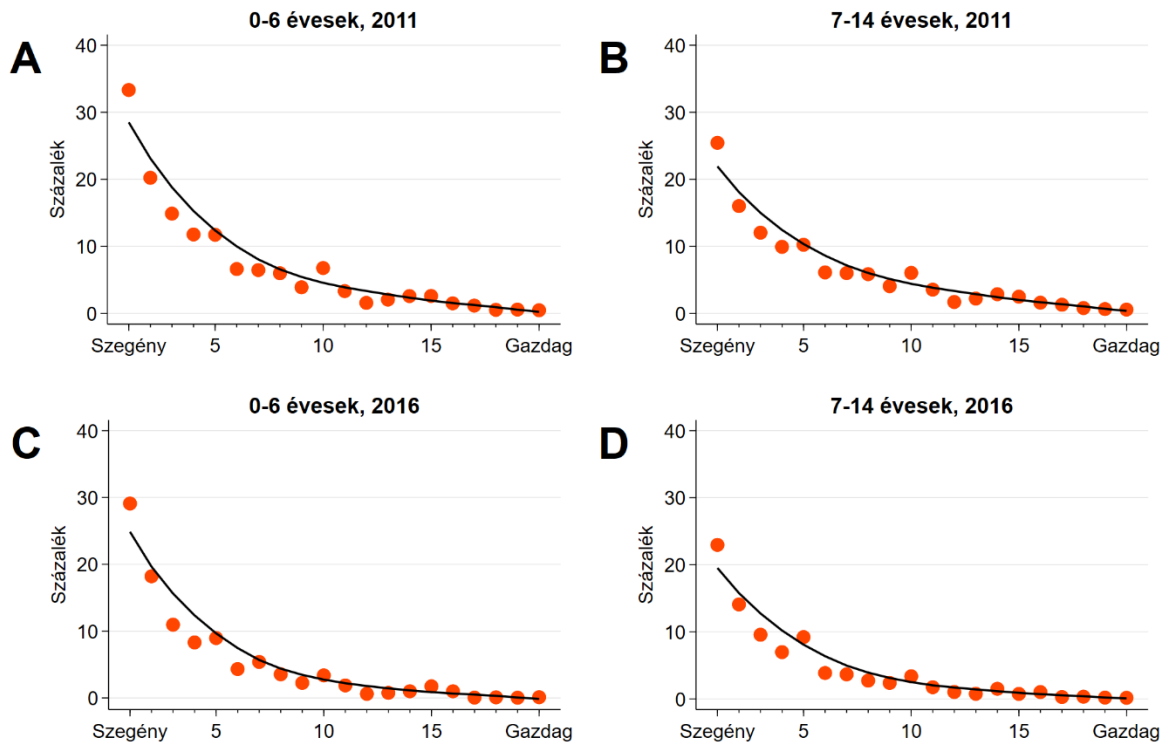
4.3 Vízüblítéses WC nélküli lakásban élők aránya

Adatok forrása: 2011-es census és 2016-os mikroczensus.



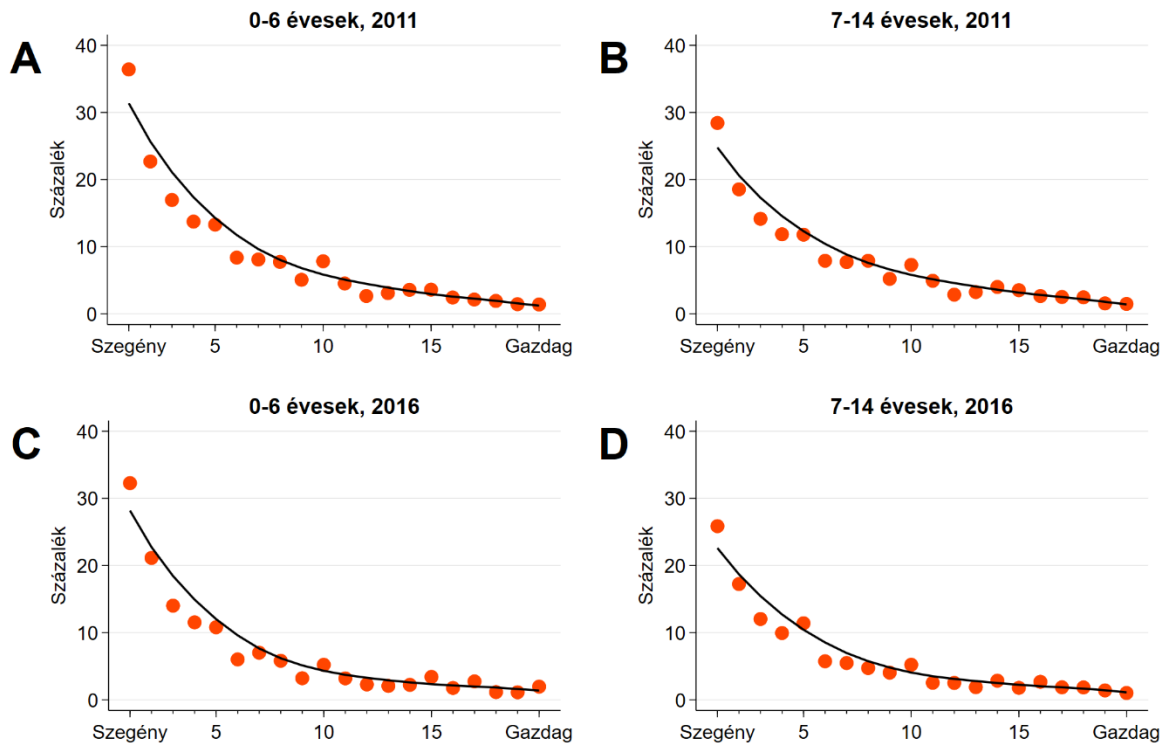
4.4 Vezetékes víz nélküli lakásban élők aránya

Adatok forrása: 2011-es census és 2016-os mikroczensus.



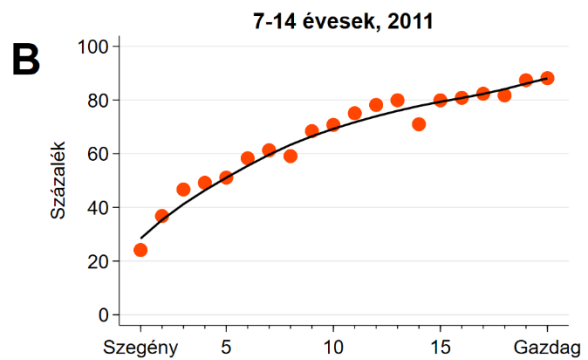
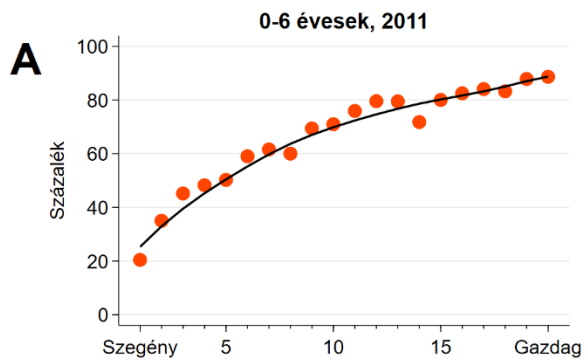
4.5 Melegvíz nélküli lakásban élők aránya

Adatok forrása: 2011-es census és 2016-os mikro-census.



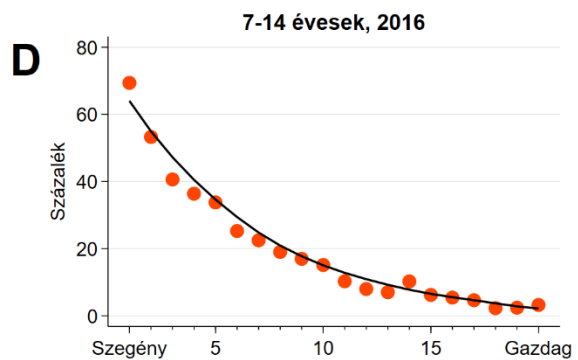
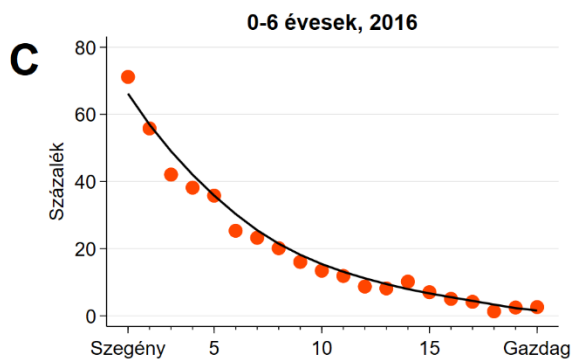
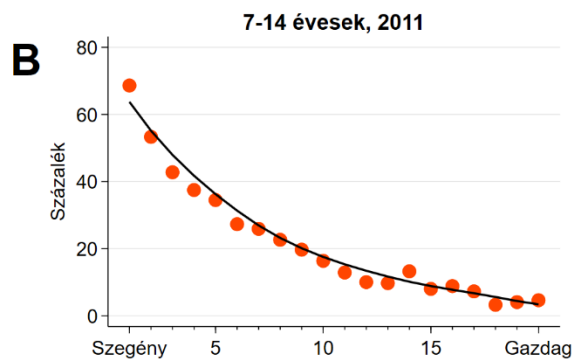
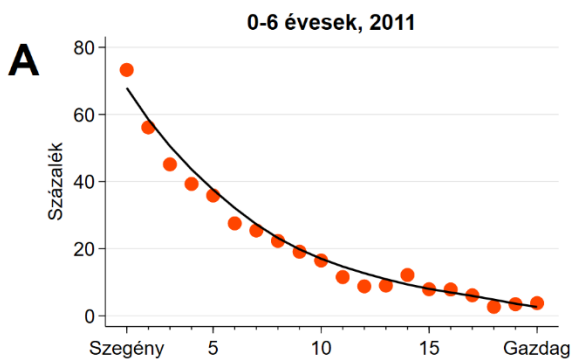
4.6 Komfort nélküli lakásban élők aránya

Komfort nélküli lakás = félkomfortos, komfort nélküli, szükség vagy egyéb lakás. Adatok forrása: 2011-es census és 2016-os mikro-census.



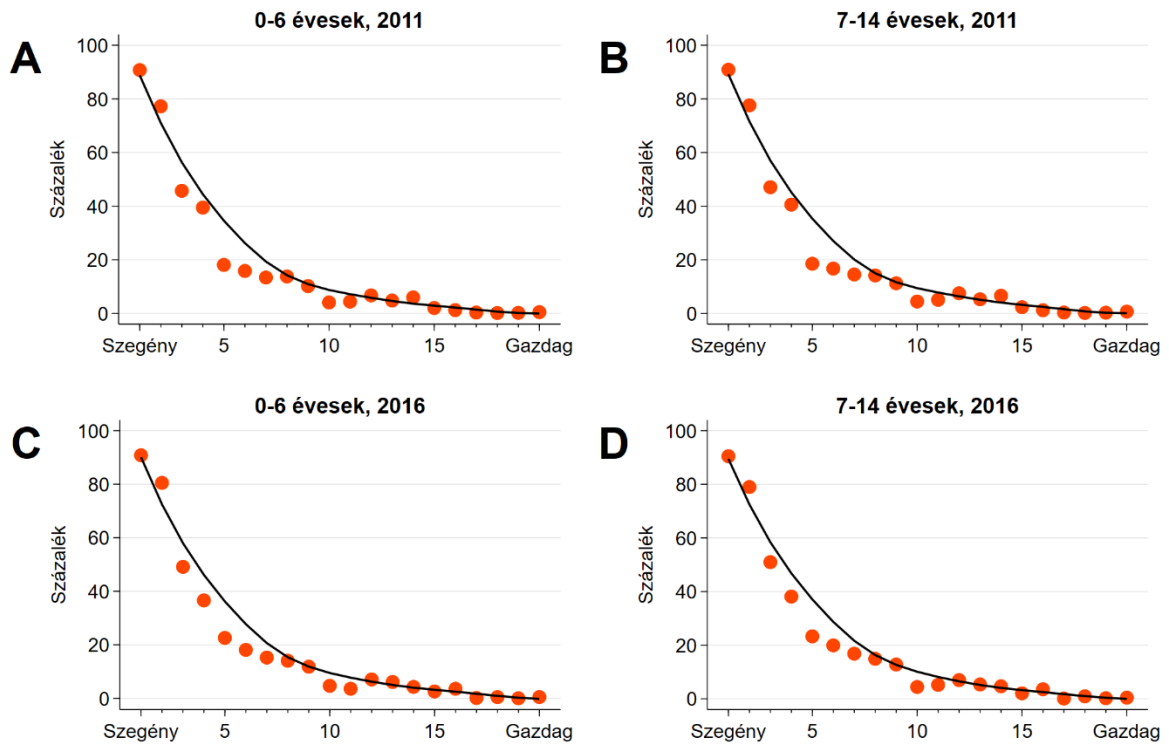
4.7 Összkomfortos lakásban élők aránya

Adatok forrása: 2011-es census és 2016-os mikrocensus.



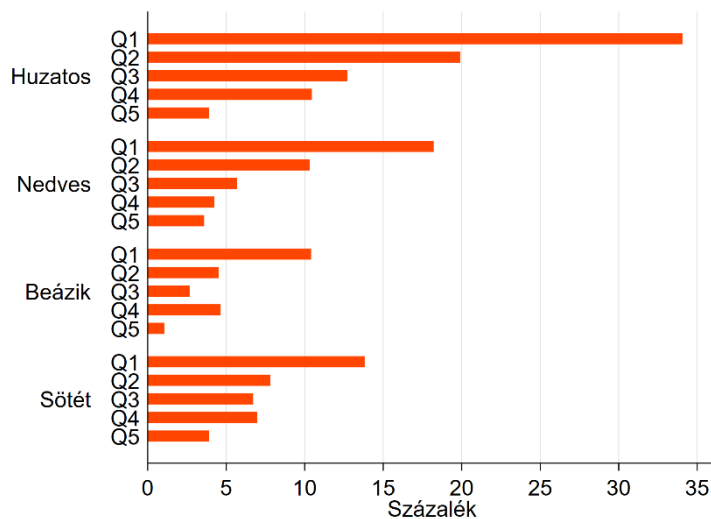
4.8 Beltéri légszennyezéssel érintettek aránya

Beltéri légszennyezéssel érintett = olyan lakásban lakik, ahol helyiségenként külön fűtenek és fát, szenet vagy fűtőolajat használnak. Adatok forrása: 2011-es census és 2016-os mikrocensus.



4.9 Kültéri légszennyezéssel érintettek aránya

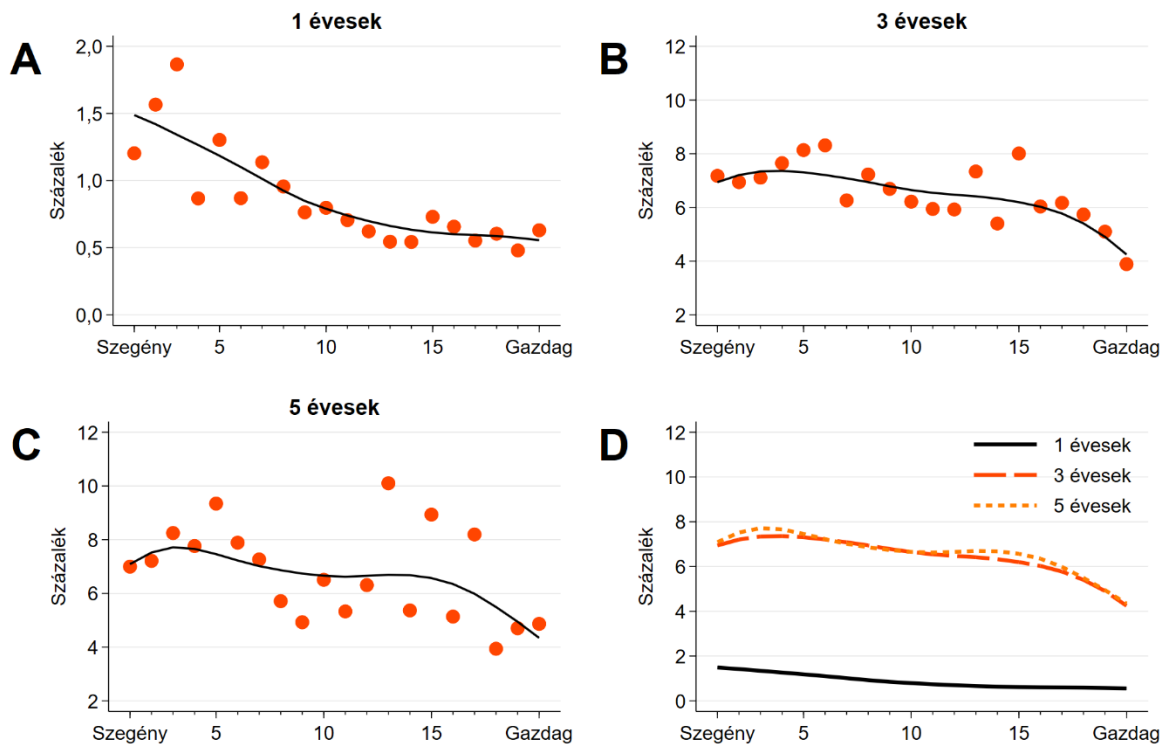
Kültéri légszennyezéssel érintett = olyan településen él, ahol a lakott lakások több mint felében fával, szénnel vagy fűtőolajjal fűtenek. Adatok forrása: 2011-es census és 2016-os mikroczensus.



4.10 Huzatos, nedves falú, beázó, sötét lakások aránya 0-18 éves gyermekeket nevelő családok körében

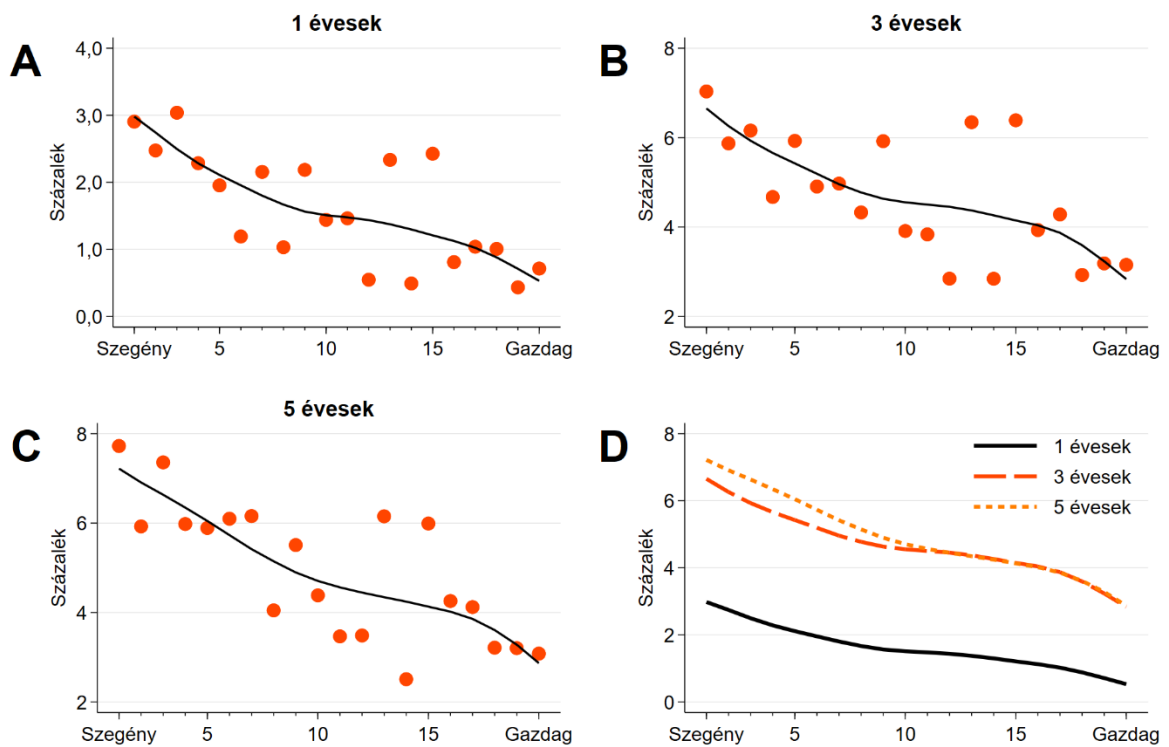
Gyermekeket nevelő család = ahol legalább egy 0-18 éves gyermek van. Huzatos = rossz nyílászárók; nedves = nedves falú; beázik = beázik a mennyezet; sötét = nem elég világos a lakás. Q1,..., Q5 = egy főre jutó háztartási jövedelem alapján meghatározott lakossági jövedelemötödök. Q1 = legalsó, Q5 = legfelső jövedelemötöd. Forrás: KSH háztartási költségvetési és életkörülmények adatfelvétel, 2017 és 2018 évek átlagai.

5. Kisgyermek egészségé



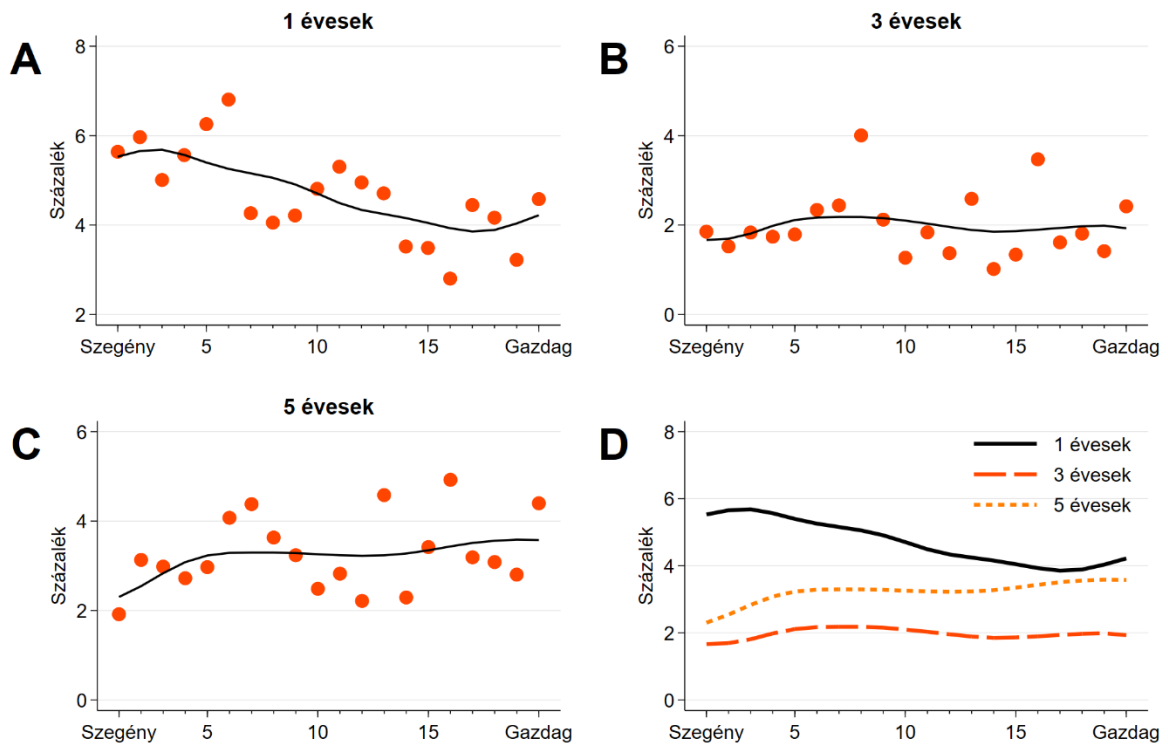
5.1 Beszédfejlődési problémája van

Adatok forrása: NNK területi védőnői jelentés 2018: 1, 3 és 5 éves kori védőnői szűrővizsgálatok eredményei.



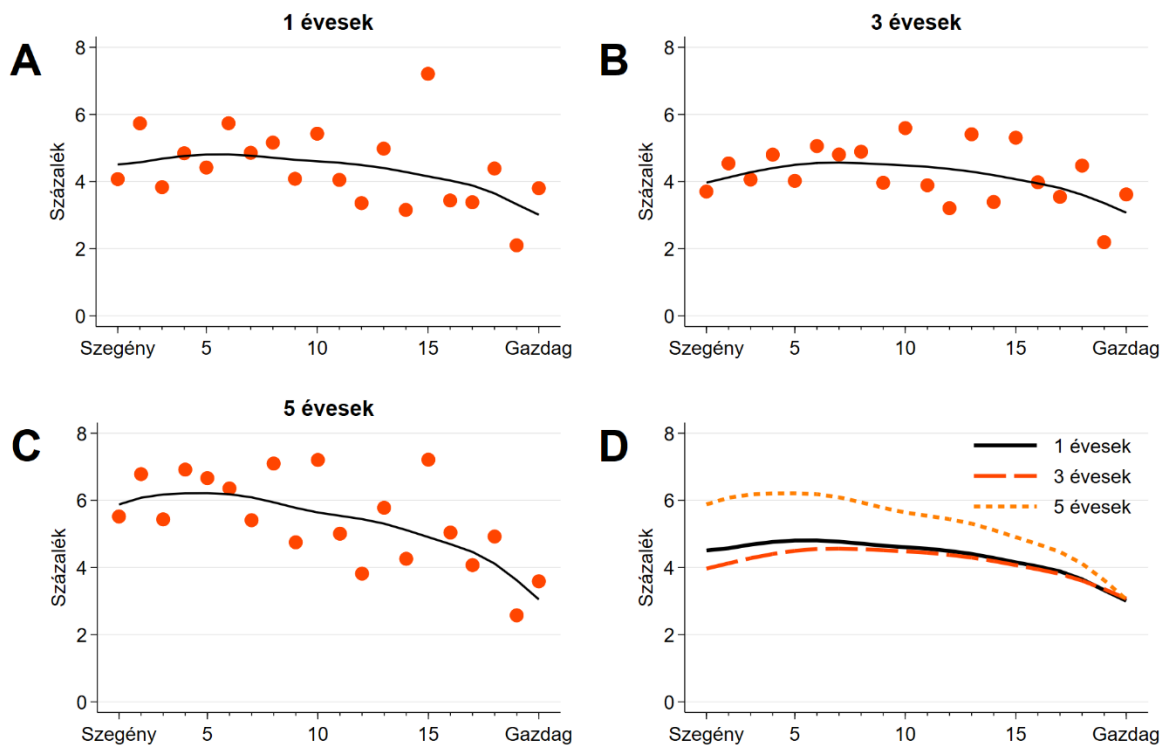
5.2 Szociális, pszichés, motoros, mentális, magatartási problémája van

Adatok forrása: NNK területi védőnői jelentés 2018: 1, 3 és 5 éves kori védőnői szűrővizsgálatok eredményei.



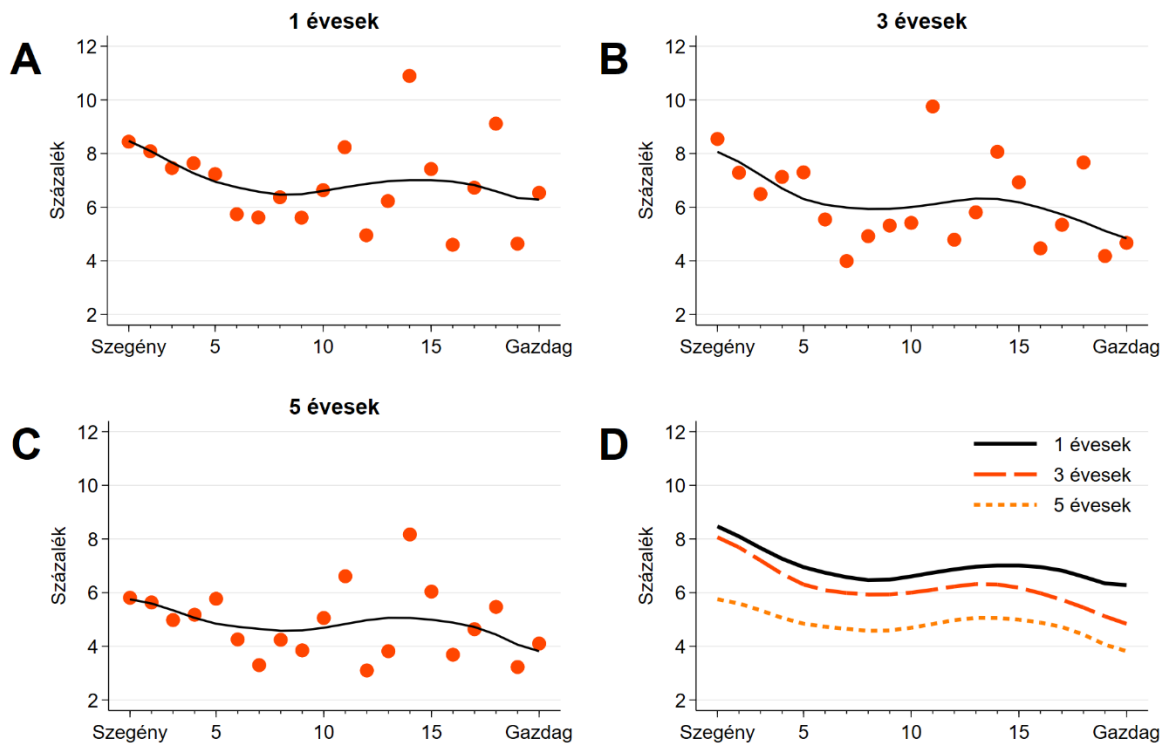
5.3 Mozgásfejlődési problémája van

Adatok forrása: NNK területi védőnői jelentés 2018: 1, 3 és 5 éves kori védőnői szűrővizsgálatok eredményei.



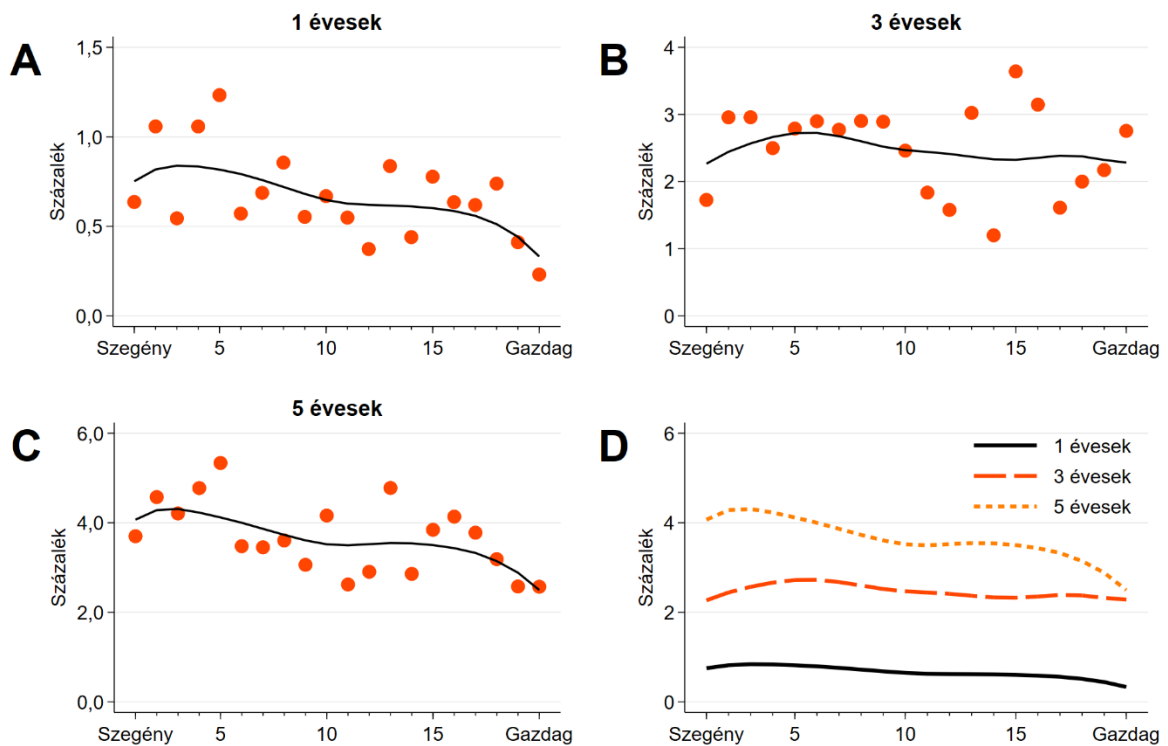
5.4 Túlsúlyos: testi fejlettsége korcsoportjának 90. percentilise fölött van

Adatok forrása: NNK területi védőnői jelentés 2018: 1, 3 és 5 éves kori védőnői szűrővizsgálatok eredményei.



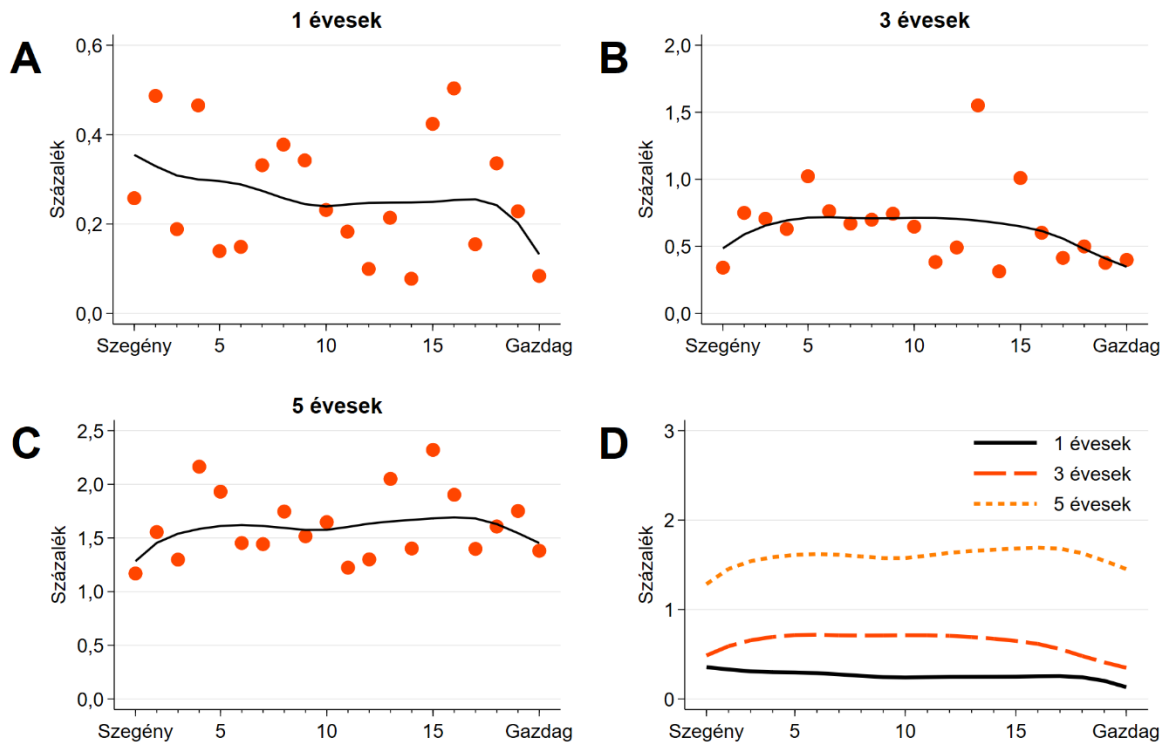
5.5 Alulfejlett: testi fejlettsége korcsoportjának 10. percentilise alatt van

Adatok forrása: NNK területi védőnői jelentés 2018: 1, 3 és 5 éves kori védőnői szűrővizsgálatok eredményei.



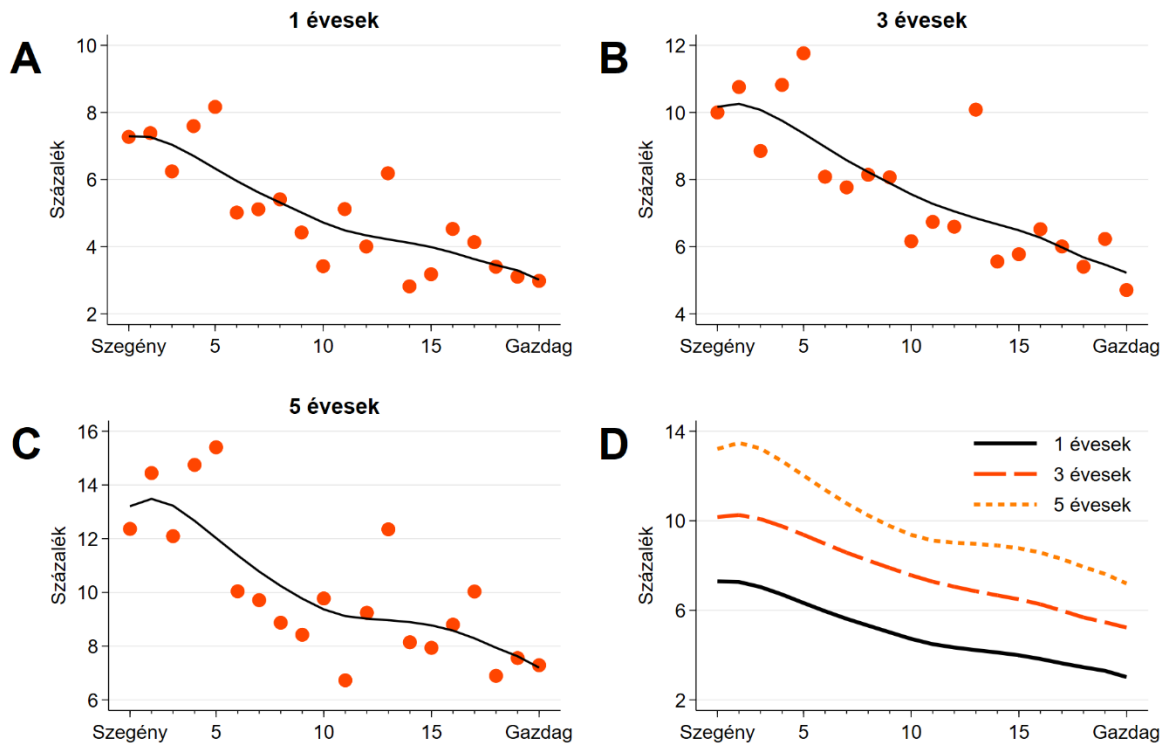
5.6 Látásproblémája van

Adatok forrása: NNK területi védőnői jelentés 2018: 1, 3 és 5 éves kori védőnői szűrővizsgálatok eredményei.



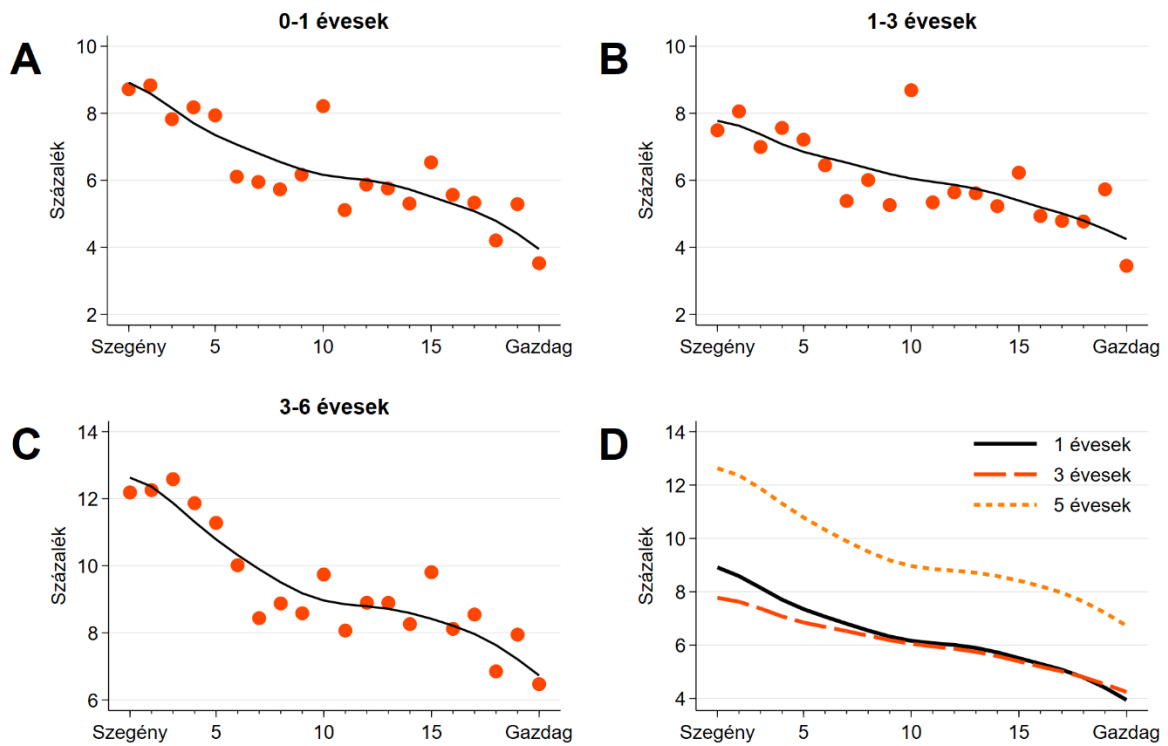
5.7 Hallásproblémája van

Adatok forrása: NNK területi védőnői jelentés 2018: 1, 3 és 5 éves kori védőnői szűrővizsgálatok eredményei.



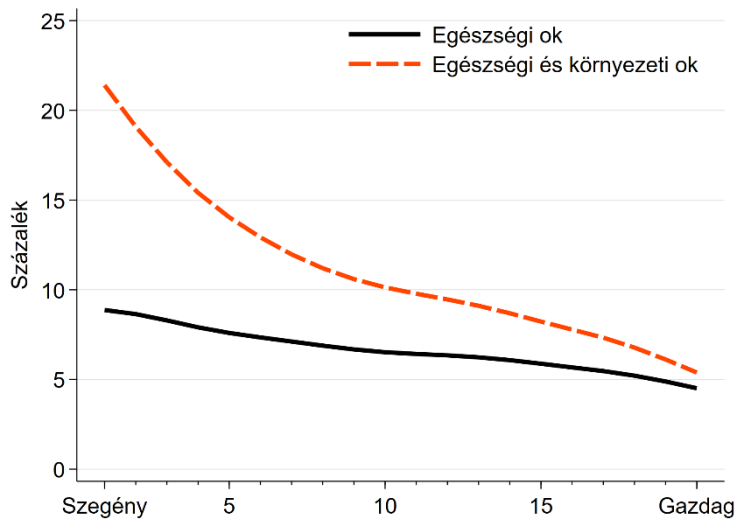
5.8 A szűrővizsgálatok eredményei alapján gondozást igényel

5.1-5.7 problémák (lásd megfelelő ábrák) közül legalább egy fennáll. Adatok forrása: NNK területi védőnői jelentés 2018: 1, 3 és 5 éves kori védőnői szűrővizsgálatok eredményei



5.9 Egészségi ok miatt fokozott gondozást igénylő kisgyermek aránya

Egészségi ok: orvosi diagnózis alapján. Adatok forrása: NNK területi védőnői jelentés 2018.



5.10 Egészségi és környezeti ok miatt fokozott gondozást igénylő kisgyermek aránya

Egészségi ok: orvosi diagnózis alapján. Környezeti ok: lakás, lakókörnyezet, anyagi-gazdasági helyzet. Adatok forrása: NNK területi védőnői jelentés 2018.

6. Iskolás gyerekek egészsége

6.1. Táplálkozás, testmozgás, testtömeg, szubjektív egészség

Egészségmutató	Fiúk			Lányok		
	gazdagok	szegények		gazdagok	szegények	
	%	%	gazdagok=100	%	%	gazdagok=100
Zöldség ^a	32	21	66	40	21	53
Gyümölcs ^a	41	24	59	44	27	61
Testmozgás ^b	32	25	78	19	15	79
Édesség ^a	23	30	130	22	31	141
Cukros üdítő ^a	25	35	140	15	33	220
Túlsúlyos ^c	25	30	120	16	29	181
Kiváló egészség ^d	45	27	60	34	16	47

6.1.1 Táplálkozás, testmozgás, testtömeg, szubjektív egészség 11-15 évesek

Forrás: Health Behaviour of School Aged Children 2018, 2. kötet.

^a Naponta legalább egyszer fogyaszt

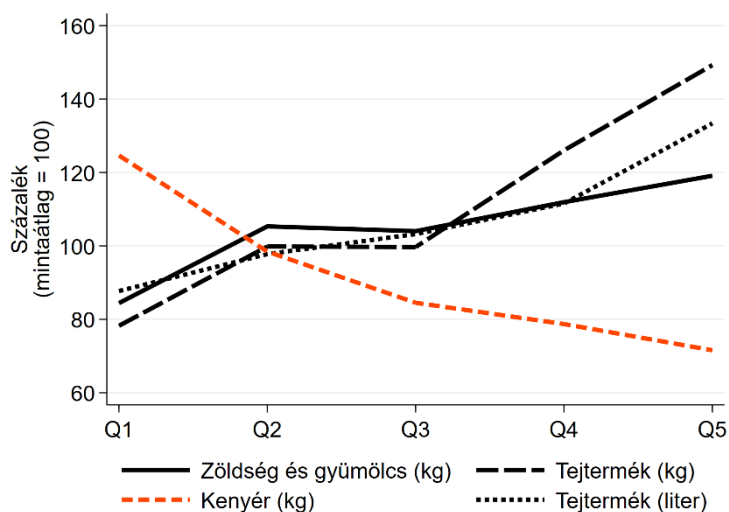
^b Naponta legalább egy órát mozog.

^c Túlsúlyos vagy elhízott (WHO).

^d Egészségi állapotát négyfokozatú skálán a legjobbnak tekinti.

Családi jólét mérése: az alábbi változókból képzett folytonos szintetikus mutatóval (Family Affluence Scale (FAS)): Van-e a családnak gépkocsija/teherautója? (0,1,2+) Van-e a gyerekeknek saját hálószobája? (0,1) Van-e a családban számítógép? (0,1,2,3+) Hány fürdőszoba van a lakásban? (0,1,2,3+) Van-e a lakásban mosogatógép? (0,1) Az előző évben hányszor voltak külföldön nyaralni? (0,1,2,3+)

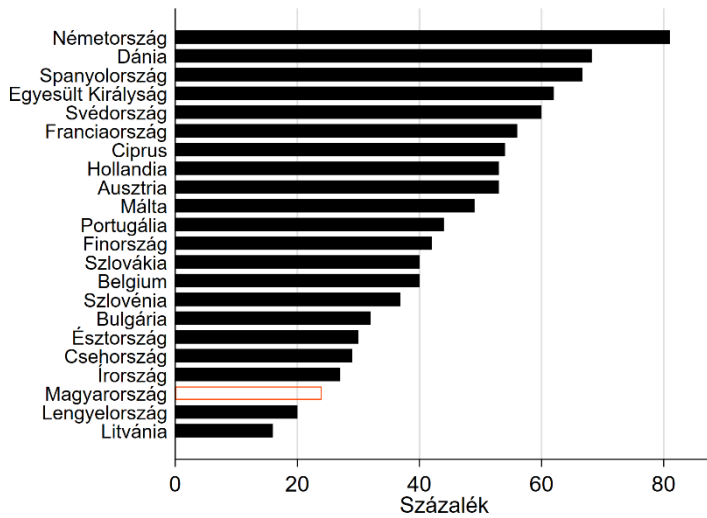
Szegények, gazdagok: a családi jólét szintetikus mutatójának (FAS) alsó és felső ötödébe tartozó gyerekek.



6.1.2 Egy főre jutó zöldség-gyümölcs, tej-, tejtermék- és kenyér-fogyasztás a 0-18 éves gyermekeket nevelő családok körében

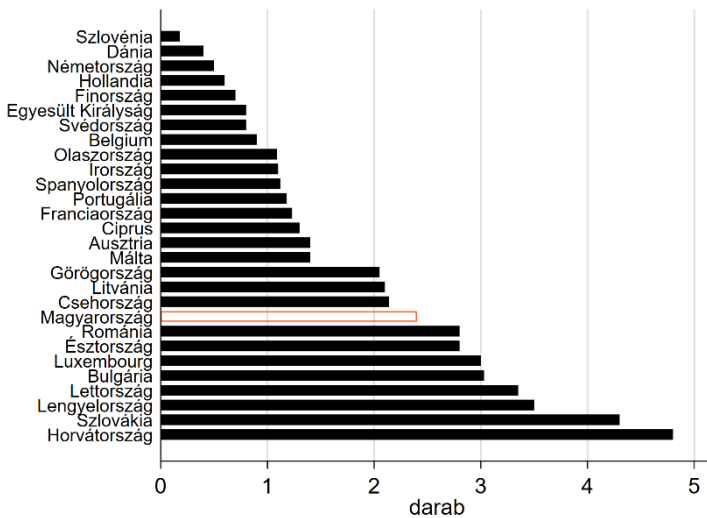
Gyermekek nevelő család = ahol legalább egy 0-18 éves gyermek van. Q1,..., Q5 = egy főre jutó háztartási jövedelem alapján meghatározott lakossági jövedelemötödök. Q1 = legalsó, Q5 = legfelső jövedelemötöd. Forrás: KSH háztartási költségvetési és életkörülmények adatfelvétel, 2017 és 2018 évek átlagai.

6.2. Fogak állapota



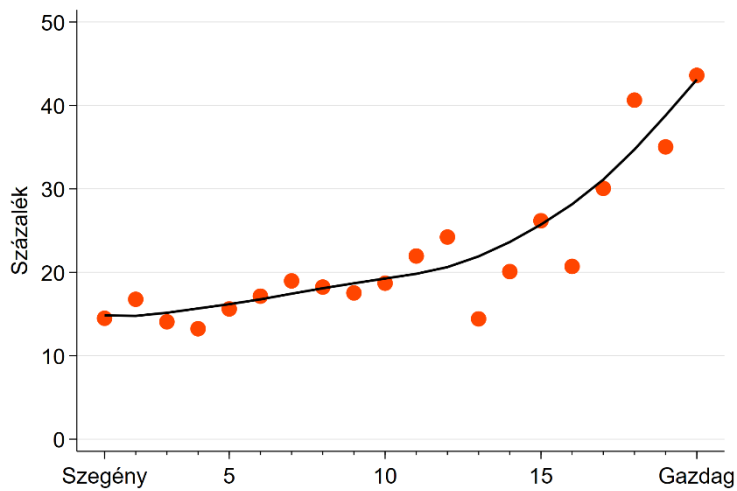
6.2.1 Nincs tömött, szuvas, hiányzó foga (12 évesek, Európai Unió országai)

Adatok forrása: The Council of European Chief Dental Officers (CECDO) adatbázis 2015



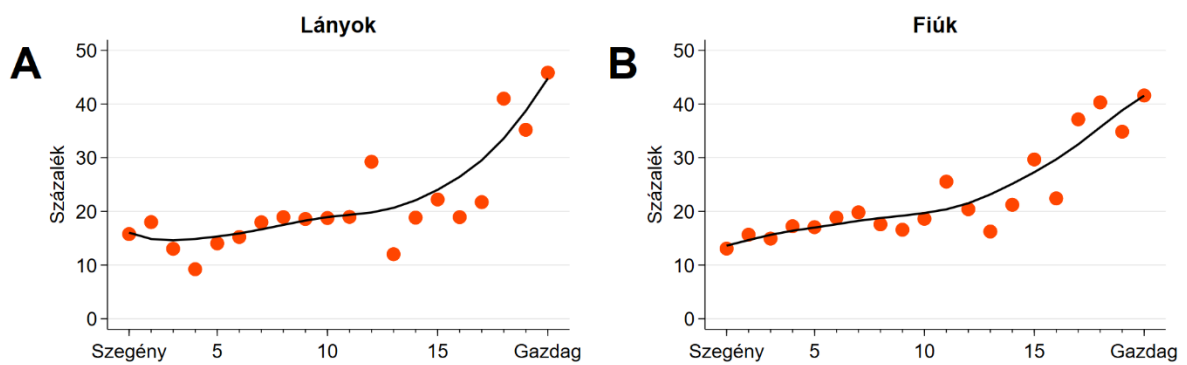
6.2.2 Tömött, szuvas, hiányzó fogak átlagos száma (12 évesek, Európai Unió országai)

Adatok forrása: The Council of European Chief Dental Officers (CECDO) adatbázis 2015



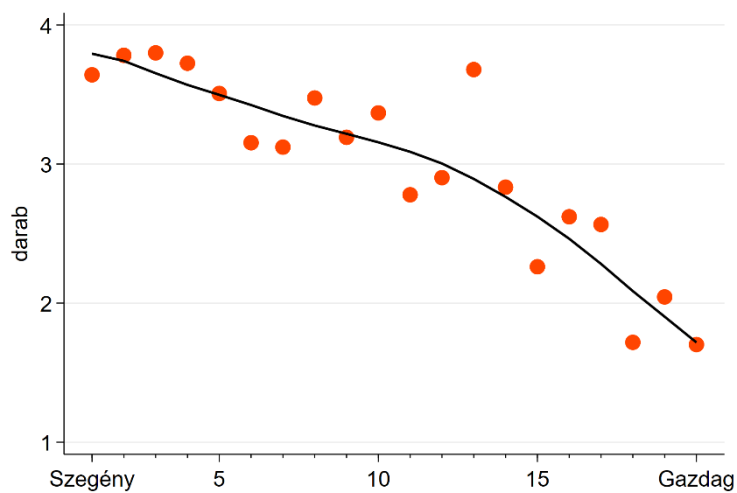
6.2.3 Nincs tömött, szuvas, hiányzó foga (19-20 évesek)

Adatok forrása: Társi Életpálya-felmérés, 5. hullám 2011



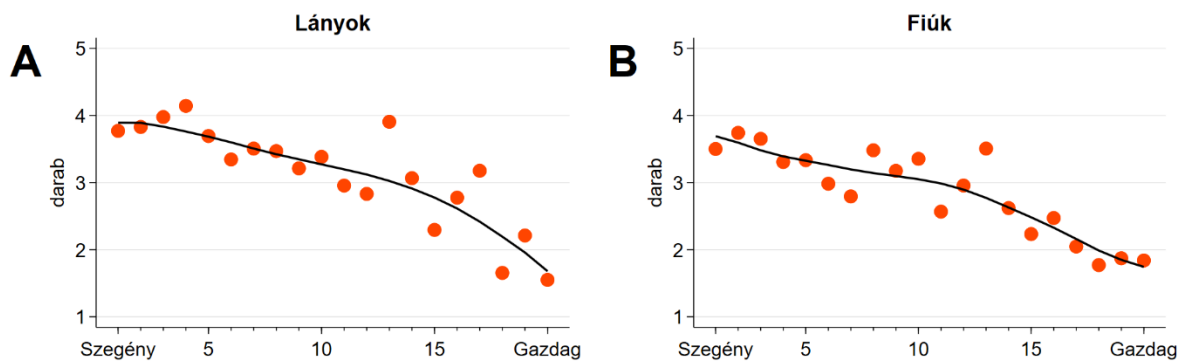
6.2.4 Nincs tömött, szuvas, hiányzó foga, nemek szerint (19-20 évesek)

Adatok forrása: Társi Életpálya-felmérés, 5. hullám 2011



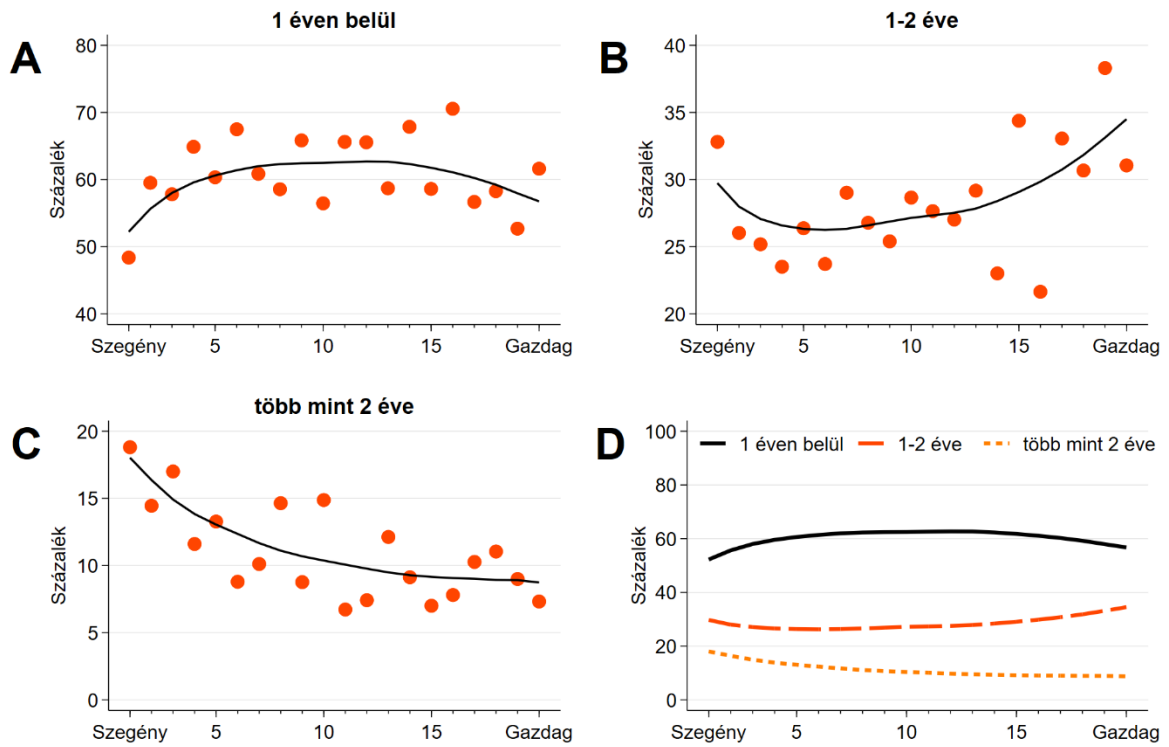
6.2.5 Tömött, szuvas, hiányzó fogak átlagos száma (19-20 évesek)

Adatok forrása: Társi Életpálya-felmérés, 5. hullám 2011



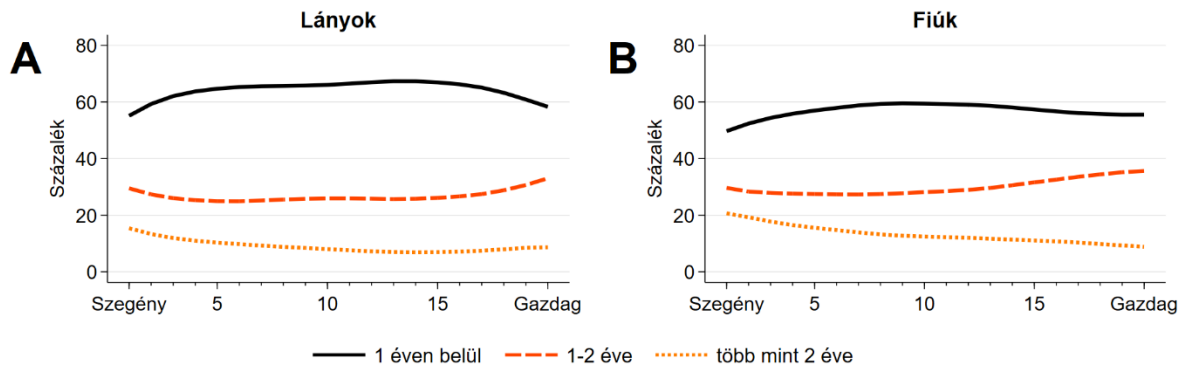
6.2.6 Tömött, szuvas, hiányzó fogak száma, nemek szerint (19-20 évesek)

Adatok forrása: Társi Életpálya-felmérés, 5. hullám 2011



6.2.7 A legutóbbi fogorvosi látogatás időpontja (19-20 évesek)

Adatok forrása: Társi Életpálya-felmérés, 5. hullám 2011



6.2.8 A legutóbbi fogorvosi látogatás időpontja, nemek szerint (19-20 évesek)

Adatok forrása: Társi Életpálya-felmérés, 5. hullám 2011

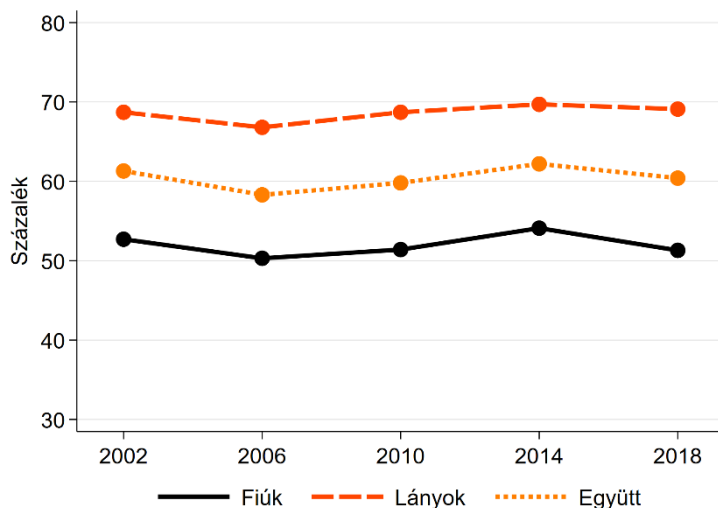
Napi kétszeri fogmosás	Fiúk			Lányok		
	gazdagok	szegények		gazdagok	szegények	
	%	%	gazdagok=100	%	%	gazdagok=100
	68	41	60	81	56	69

6.2.9 Naponta legalább kétszer fogat mos, 11-15 évesek

Adatok forrása: Health Behaviour of School Aged Children 2018, 2. kötet.

Családi jólét mérése: az alábbi változókból képzett folytonos szintetikus mutatóval (Family Affluence Scale (FAS)): Van-e a családnak gépkocsija/teherautója? (0,1,2+) Van-e a gyerekek saját hálószobája? (0,1) Van-e a családban számítógép? (0,1,2,3+) Hány fürdőszoba van a lakásban? (0,1,2,3+) Van-e a lakásban mosogatógép? (0,1) Az előző évben hányszor voltak külföldön nyaralni? (0,1,2,3+)

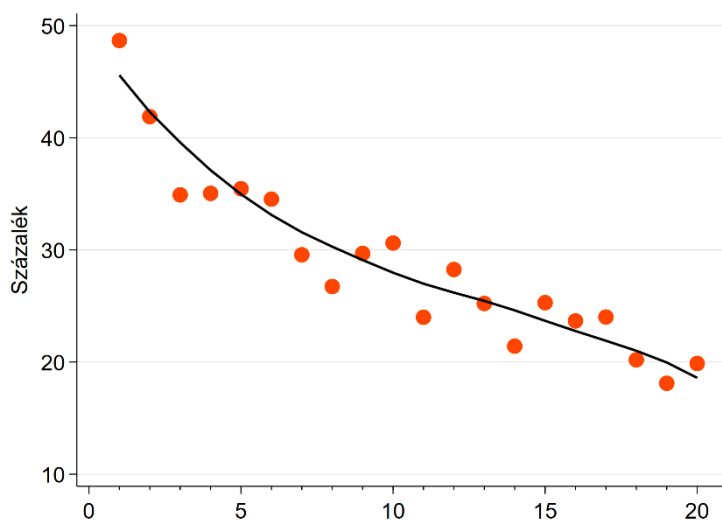
Szegények, gazdagok: a családi jólét szintetikus mutatójának (FAS) alsó és felső kvintilisébe tartozó gyerekek.



6.2.10 Naponta legalább kétszer fogat mos, 11-17 évesek: 2002-2018

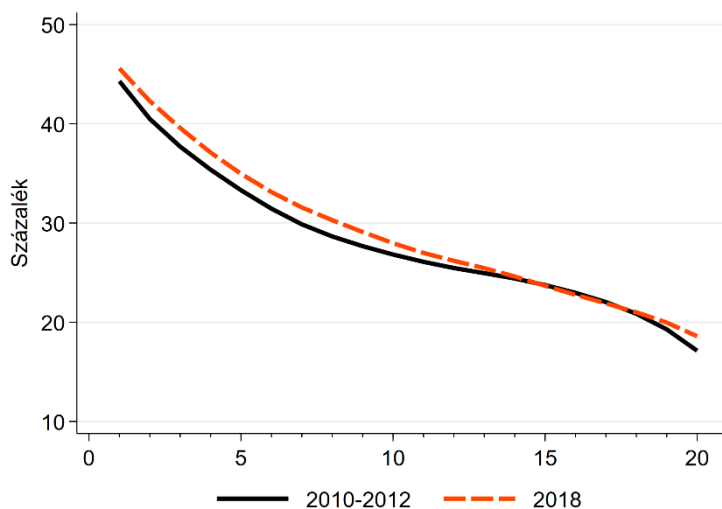
Adatok forrása: Health Behaviour of School Aged Children, 2002-2018. Adatközlő: Németh, Horváth és Várnai (2019), 3. ábra

6.3. Dohányzás



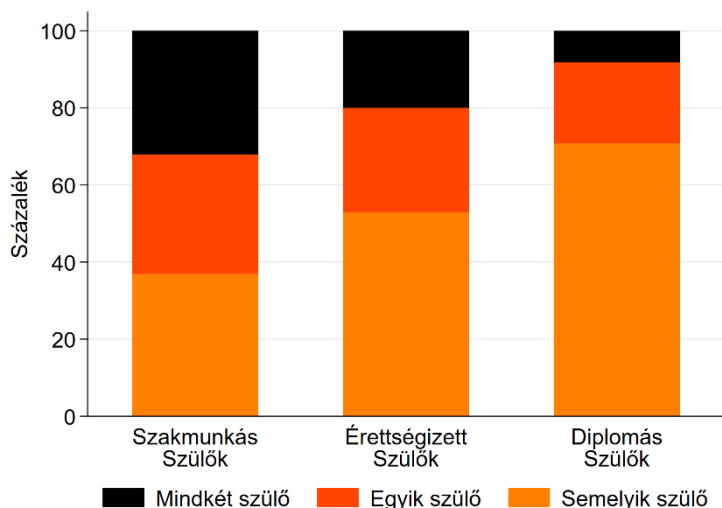
6.3.1 Szülők és más családtagok dohányzása 0-6 éves korú gyermekeket nevelő családok körében

A mutató: dohányzás a *gondozott* családok körében (a családban rendszeresen dohányzik valaki). *Gondozott család* = van várandós anya vagy 0-6 éves gyermek vagy 7-18 éves, iskolába *nem járó* gyermek. Adatok forrása: NNK területi védőnői jelentés 2018



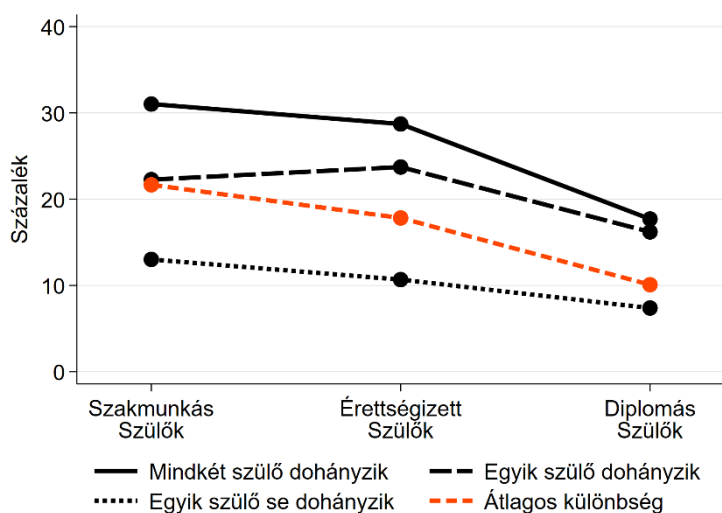
6.3.2 Szülők és más családtagok dohányzása 0-6 éves korú gyermekeket nevelő családok körében, változás 2010-2012 és 2018 között

A mutató: dohányzás a *gondozott* családok körében (a családban rendszeresen dohányzik valaki). *Gondozott család* = van várandós anya vagy 0-6 éves gyermek vagy 7-18 éves, iskolába *nem járó* gyermek. Adatok forrása: NNK területi védőnői jelentés 2010, 2011, 2012 átlaga és 2018



6.3.3 Szülők dohányzása 11-15 éves gyermekeket nevelő családok körében

Szülők iskolai végzettsége: Szakmunkás = egyik szülőé sem magasabb, mint szakmunkás; érettségi = egyik szülőé sem magasabb, mint érettségi; diploma = legalább az egyik szülő diplomás. Adatok forrása: Global Youth Tobacco Survey 2016



6.3.4 11-15 éves gyerekek dohányzása, szülei iskolai végzettségétől és otthoni dohányzásától függően

Gyerek dohányzása = Az elmúlt 30 napban cigarettázott-e? Hányszor? Dohányzott: ha 1-30 napon, nem dohányzott, ha 0 vagy missing. Szülők iskolai végzettsége: Szakmunkás = egyik szülőé sem magasabb, mint szakmunkás; érettségi = egyik szülőé sem magasabb, mint érettségi; diploma = legalább az egyik szülő diplomás. Adatok forrása: Global Youth Tobacco Survey 2016

Évfolyam és iskolatípus	Dohányzás legalább heti rendszerességgel		Dohányzás napi rendszerességgel	
	%	évf=100	%	évf=100
9. évfolyam egésze	19.3 ^a	100	15.4 ^a	100
érettségít adó iskolák	17.7	90	13.9	90
szakképző iskolák	27.8	140	22.9	150
11. évfolyam egésze	26.5 ^a	100	22.9 ^a	100
érettségít adó iskolák	23.3	90	19.3	80
szakképző iskolák	39.8	150	38.3	170

6.3.5 Legalább heti rendszerességgel és napi rendszerességgel dohányzó 9. és 11. évfolyamos (15 és 17 éves) középiskolások, 2018

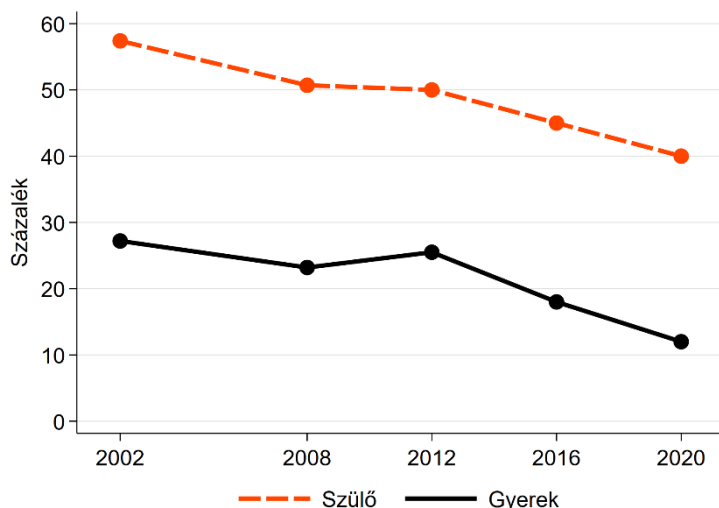
Forrás: Németh és Várnai 2019: 70.,72. old.

^a Németh és Várnai 2019: 70. old.: nemek szerint bontott adatok, melyeket a 2018/19. tanév KIRSTAT nappali tagozatos tanulói arányai alapján aggregáltuk (2018 októberi állapot): 9. évf. fiúk: 59.229 fő, 9. évf. lányok: 56.365 fő; 11. évf. fiúk: 42.741 fő; 11. évf. lányok: 40.133 fő. Forrás: KRTK Adatbank.

Megjegyzések:

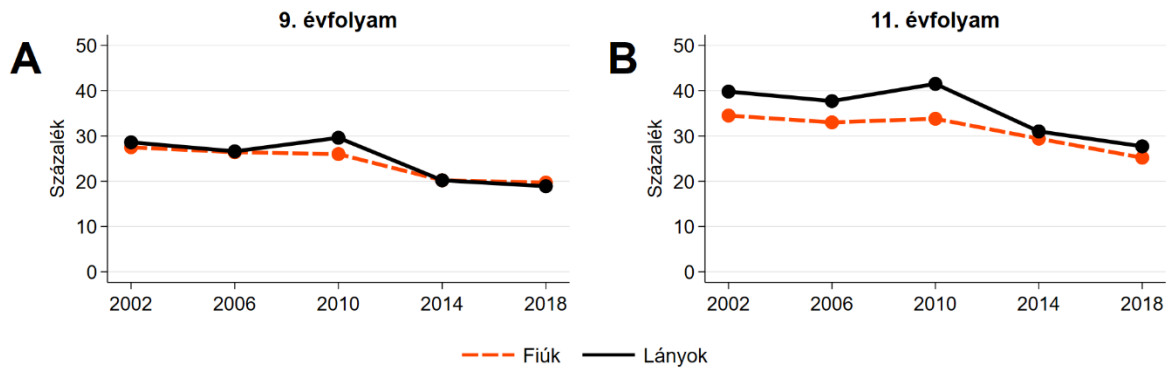
Jelenleg milyen gyakran dohányzol? válaszlehetőségek: 1 naponta / 2 hetente legalább egyszer, de nem minden nap / 3 ritkábban, mint hetente / 4 nem dohányzom). *Legalább heti rendszerességgel dohányzik* = $(1+2)/(1+2+3+4)$. *Napi rendszerességgel dohányzik* = $(1)/(1+2+3+4)$

2017. májusi Országos Kompetenciamérés 10. évfolyamos tanulói háttérkérdőívében szereplő adatok szerint a szakképző iskolák és az érettségít adó iskolák társadalmi összetétele igen nagy mértékben különbözik. A szakképző iskolákba járók 3/4-ének édesanyja érettségénél alacsonyabb (0-8 osztályos vagy szakmunkás) iskolai végzettséggel rendelkezik, az érettségít adó iskolákba járók több mint 2/3-ának édesanyja pedig érettségizett vagy diplomával rendelkezik. Forrás: KRTK Adatbank.



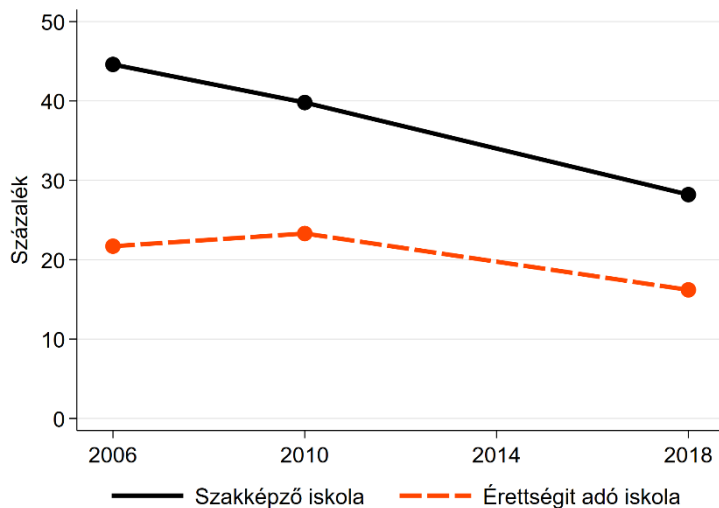
6.3.6 Szülők és 11-15 éves gyerekeik dohányzása, 2002-2020

Gyerek dohányzása = Az elmúlt 30 napban cigarettázott-e? Hányszor? Dohányzott: ha 1-30 napon, nem dohányzott, ha 0 vagy missing. Adatok forrása: Global Youth Tobacco Survey 2002-2020



6.3.7 Legalább heti rendszerességgel dohányzó 9. és 11. évfolyamos (15 és 17 éves) középiskolások, évfolyamok és nemek szerint 2002-2018

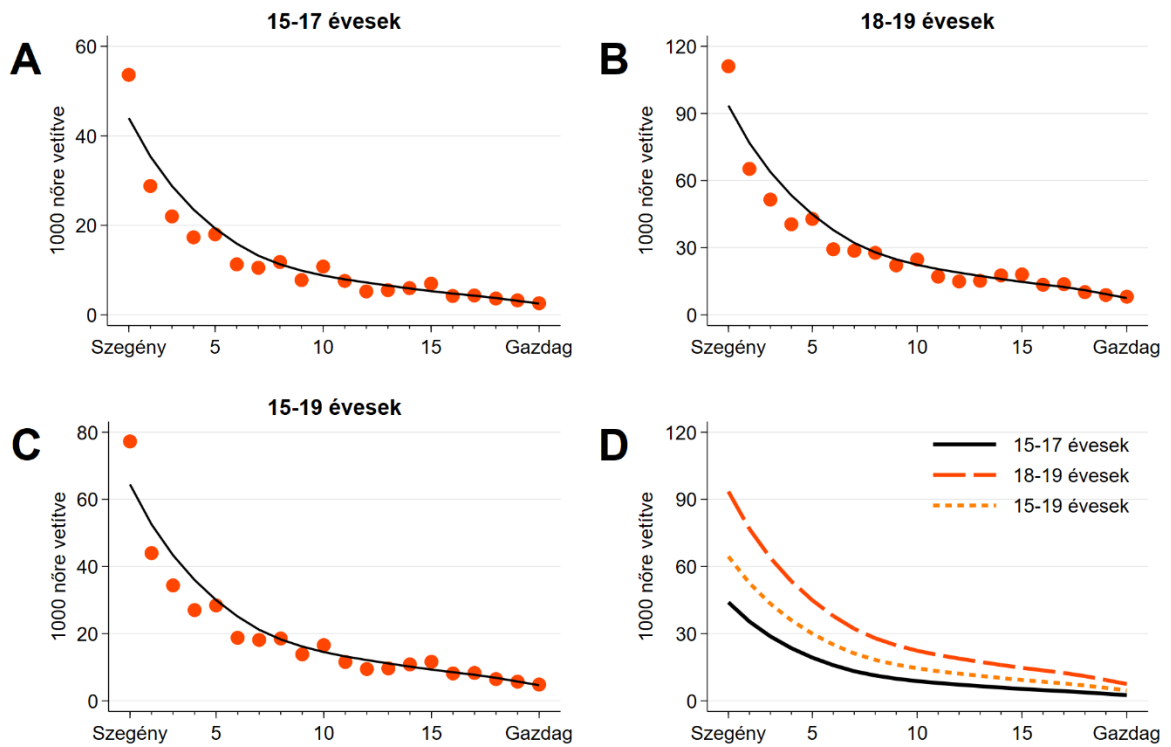
Legalább heti rendszeresség = magában foglalja a napi rendszerességet is. Adatok forrása: Health Behaviour of School Aged Children 2002-2018. Adatközlő: HBSC magyarországi 2002, 2006, 2010, 2014, 2018 évi jelentéseiből összegyűjtve.



6.3.8 Napi rendszerességgel dohányzó 9. és 11. évfolyamos (15 és 17 éves) középiskolások, iskolatípus szerint 2006-2018

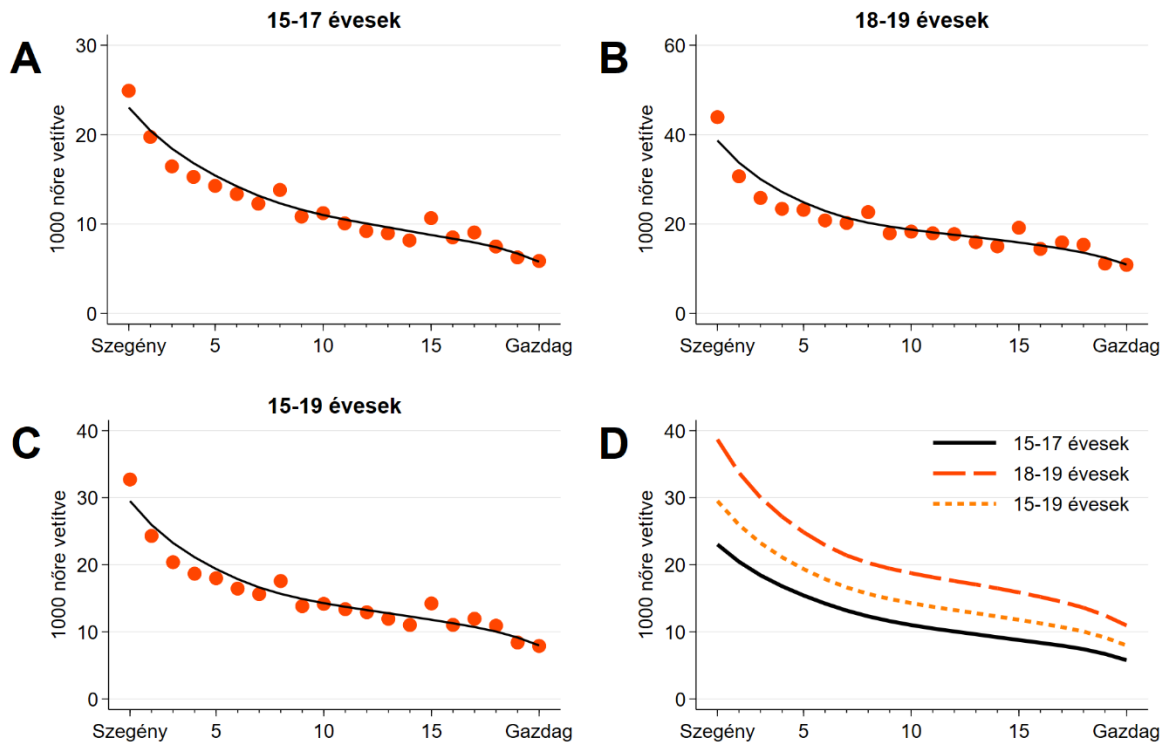
Adatok forrása: Health Behaviour of School Aged Children 2006-2018. Adatközlő: HBSC magyarországi 2006, 2010, 2018 évi jelentéseiből összegyűjtve.

6.4. Tinédzser terhesség



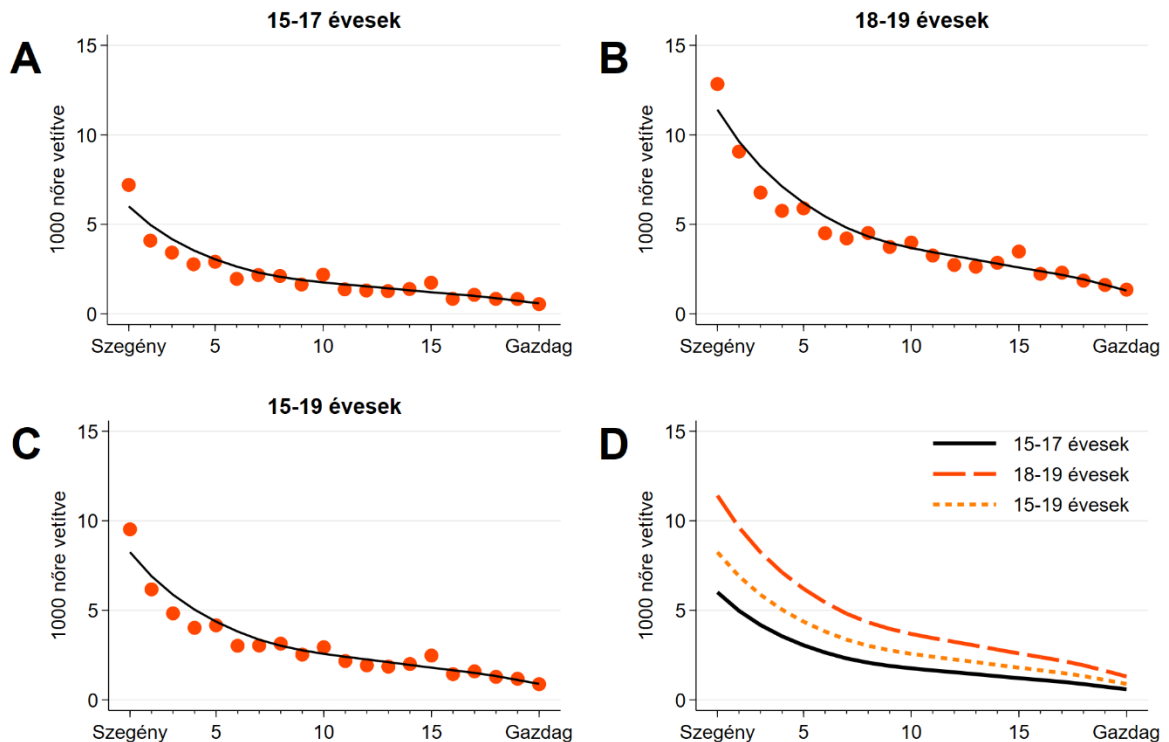
6.4.1 Szülési ráta

Egyéves időszak alatt az élveszülésben végződő terhességek száma 1000 nőre vetítve. A 2010 és 2018 közötti időszak átlagos értékei. Adatok forrása: KSH élveszületési és demográfiai regiszter.



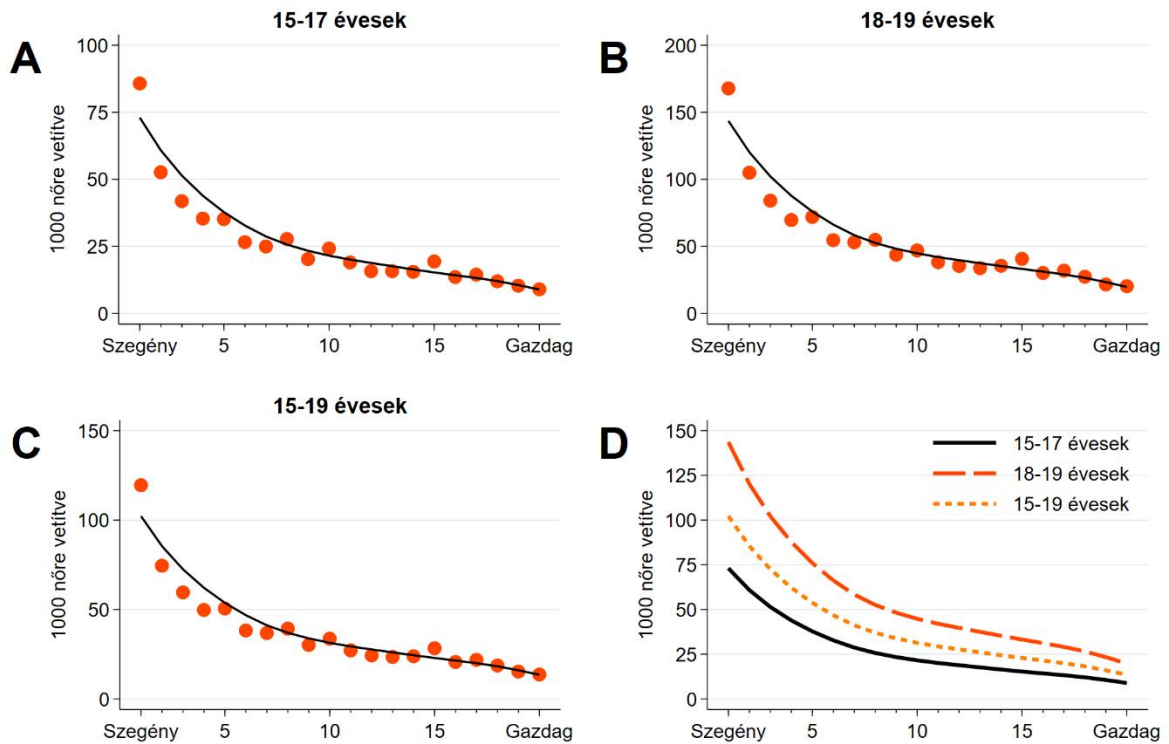
6.4.2 Abortusz ráta

Egyéves időszak alatt a művi terhességmegszakítással végződő terhességek száma 1000 nőre vetítve. A 2010 és 2018 közötti időszakok átlagos értékei. Adatok forrása: KSH terhességmegszakítási és demográfiai regiszter.



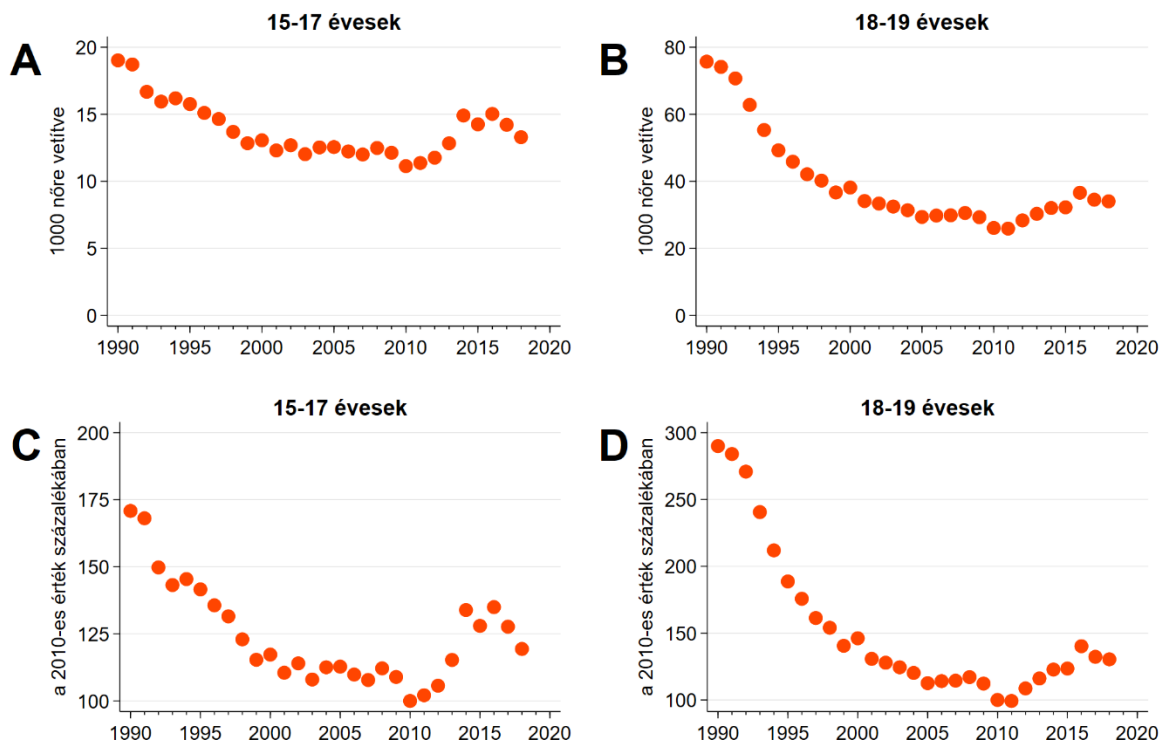
6.4.3 Magzati veszteség ráta

Egyéves időszak alatt a spontán magzati veszteséggel (vetélés, halvaszületés) végződő terhességek száma 1000 nőre vetítve. A 2010 és 2018 közötti időszakok átlagos értékei. Adatok forrása: KSH korai- és középidős magzati halálozás és késői magzati halálozás és demográfiai regiszter.



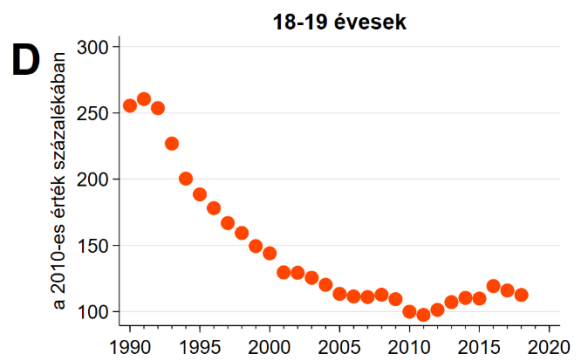
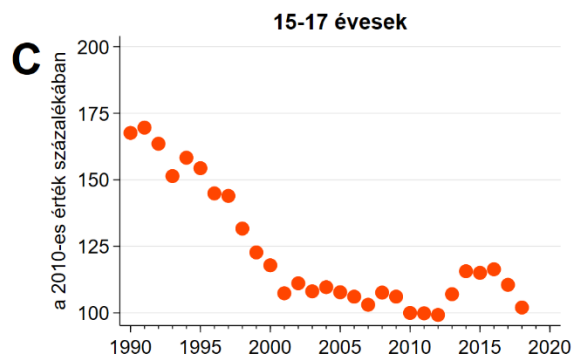
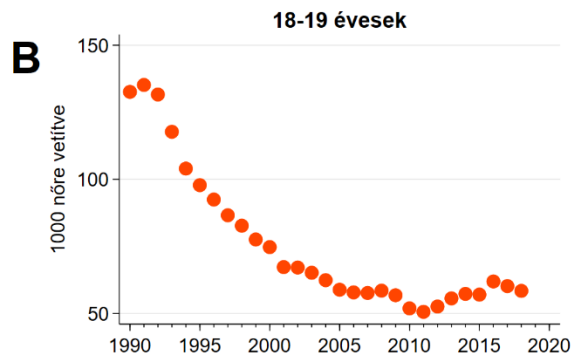
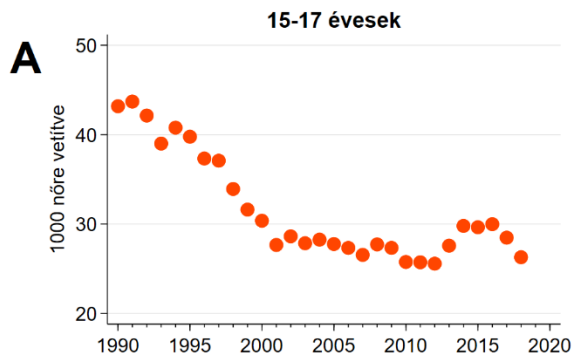
6.4.4 Terhességi ráta

Egyéves időszak alatt a klinikailag megfigyelt terhességi kimenetekben végződő terhességek száma 1000 nőre vetítve. A 2010 és 2018 közötti időszak átlagos értékei. Adatok forrása: KSH élveszületési, terhességmegszakítási, korai- és középidős magzati halálozási, késői magzati halálozási és demográfiai regiszter.



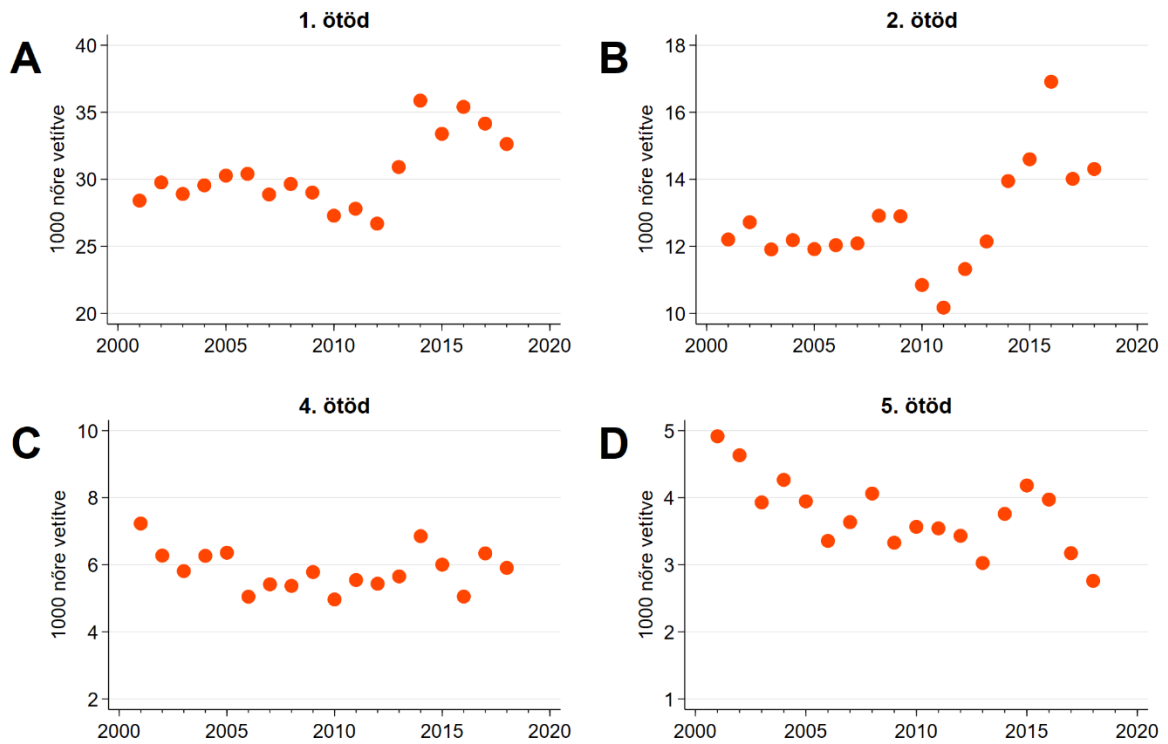
6.4.5 Szülési ráta, 1990-2018

Egyéves időszak alatt az élveszületésben végződő terhességek száma 1000 nőre vetítve. Országos értékek 1990-2018 között. Adatok forrása: KSH élveszületési és demográfiai regiszter.



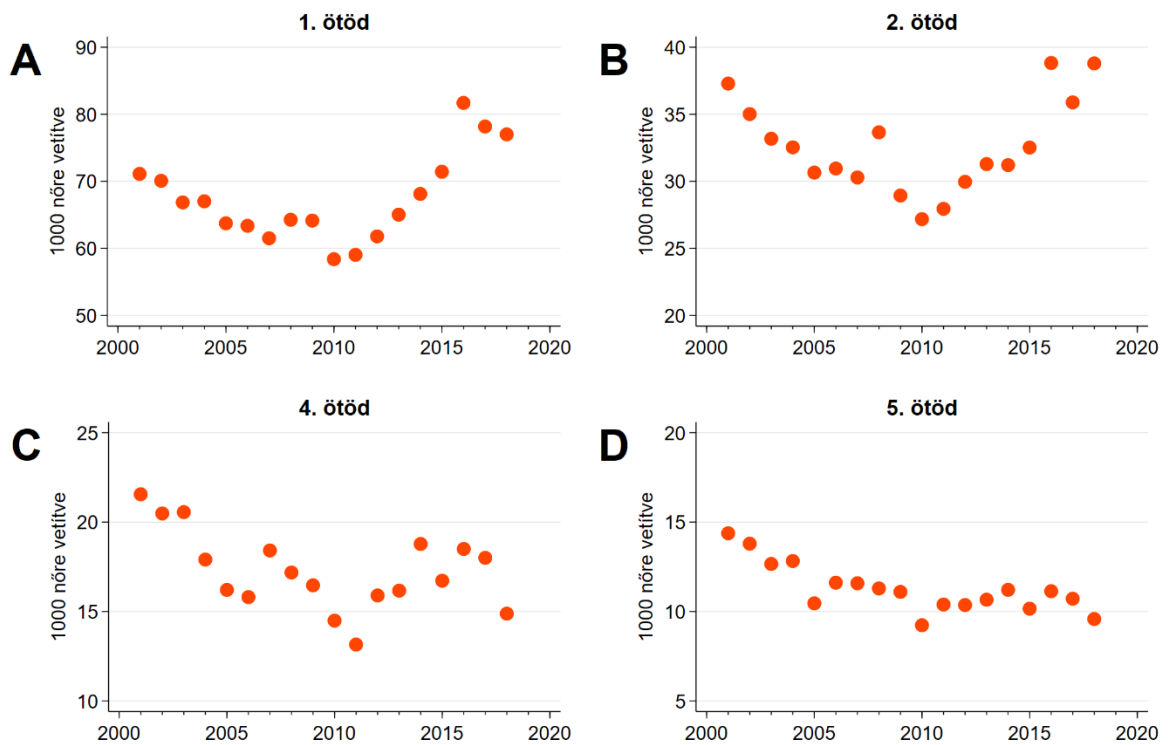
6.4.6 Terhességi ráta, 1990-2018

Egyéves időszak alatt a klinikailag megfigyelt terhességi kimenetekben végződő terhességek száma 1000 nőre vetítve. Országos értékek 1990-2018 között. Adatok forrása: KSH élveszületési, terhességmegszakítási, korai- és középidős magzati halálózási, késői magzati halálózási és demográfiai regiszter.



6.4.7 Szülési ráta jövedelmi kvintilisek szerint, 15-17 évesek, 2001-2018

Egyéves időszak alatt az élveszülésben végződő terhességek száma 1000 nőre vetítve. Adatok forrása: KSH élveszületési és demográfiai regiszter.



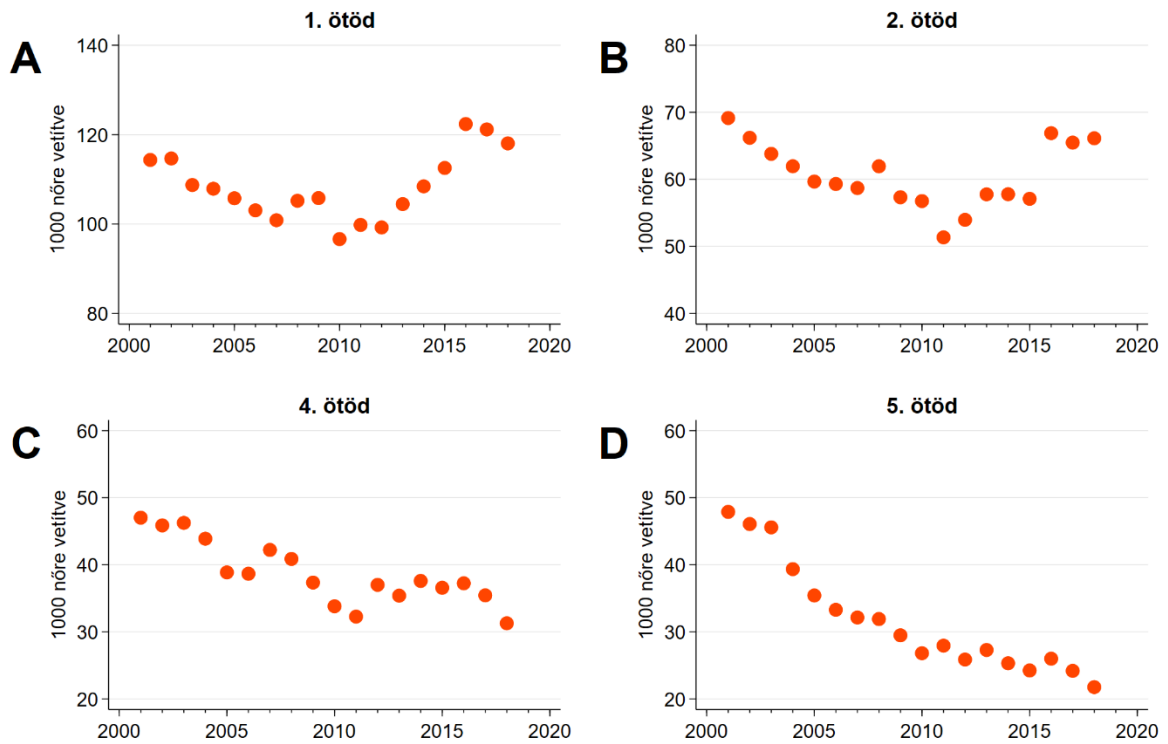
6.4.8 Szülési ráta jövedelmi kvintilisek szerint, 18-19 évesek, 2001-2018

Egyéves időszak alatt az élveszülésben végződő terhességek száma 1000 nőre vetítve. Adatok forrása: KSH élveszületési és demográfiai regiszter.



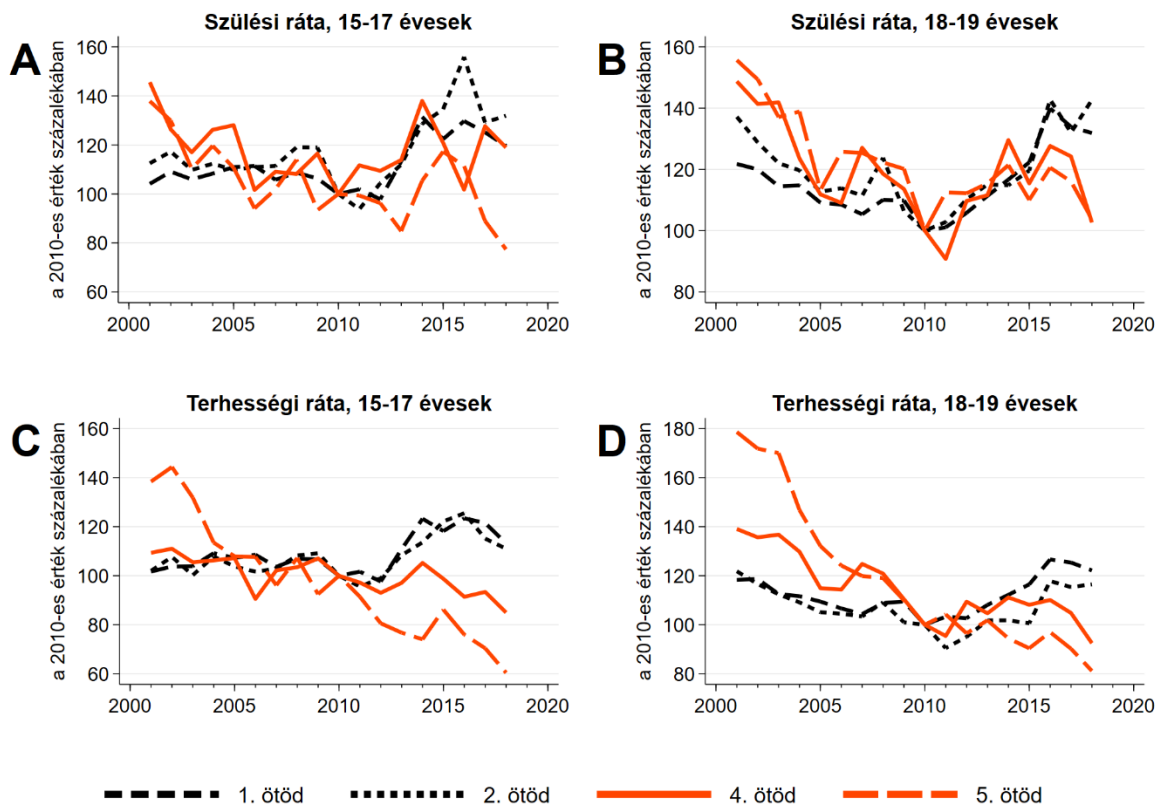
6.4.9 Terhességi ráta jövedelmi kvintilisek szerint, 15-17 évesek, 2001-2018

Egyéves időszak alatt a klinikailag megfigyelt terhességi kimenetekben végződő terhességek száma 1000 nőre vetítve. Adatok forrása: KSH élveszületési, terhességmegszakítási, korai- és középidős magzati halálozási, késői magzati halálozási és demográfiai regiszter.



6.4.10 Terhességi ráta jövedelmi kvintilisek szerint, 18-19 évesek, 2001-2018

Egyéves időszak alatt a klinikailag megfigyelt terhességi kimenetekben végződő terhességek száma 1000 nőre vetítve. Adatok forrása: KSH élveszületési, terhességmegszakítási, korai- és középidős magzati halálzási, késői magzati halálzási és demográfiai regiszter.

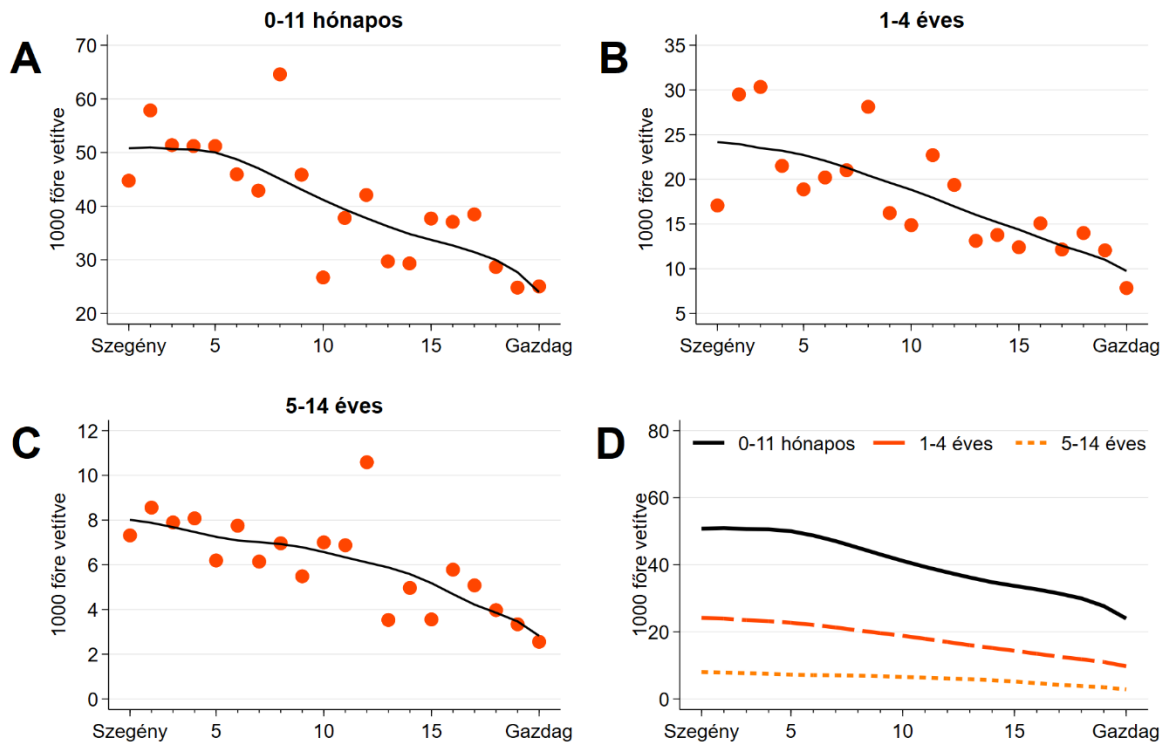


6.4.11 Szülési és terhességi ráták a megfelelő korcsoport 2010-es értékeinek százalékában, jövedelmi kvintilisek szerint, 2001-2018

Szülési ráta = egyéves időszak alatt az élveszülésben végződő terhességek száma 1000 nőre vetítve; terhességi ráta = egyéves időszak alatt a klinikailag megfigyelt terhességi kimenetekben végződő terhességek száma 1000 nőre vetítve. 2000=100%. 2000=100%. Adatok forrása: KSH élveszületési és demográfiai regiszter.

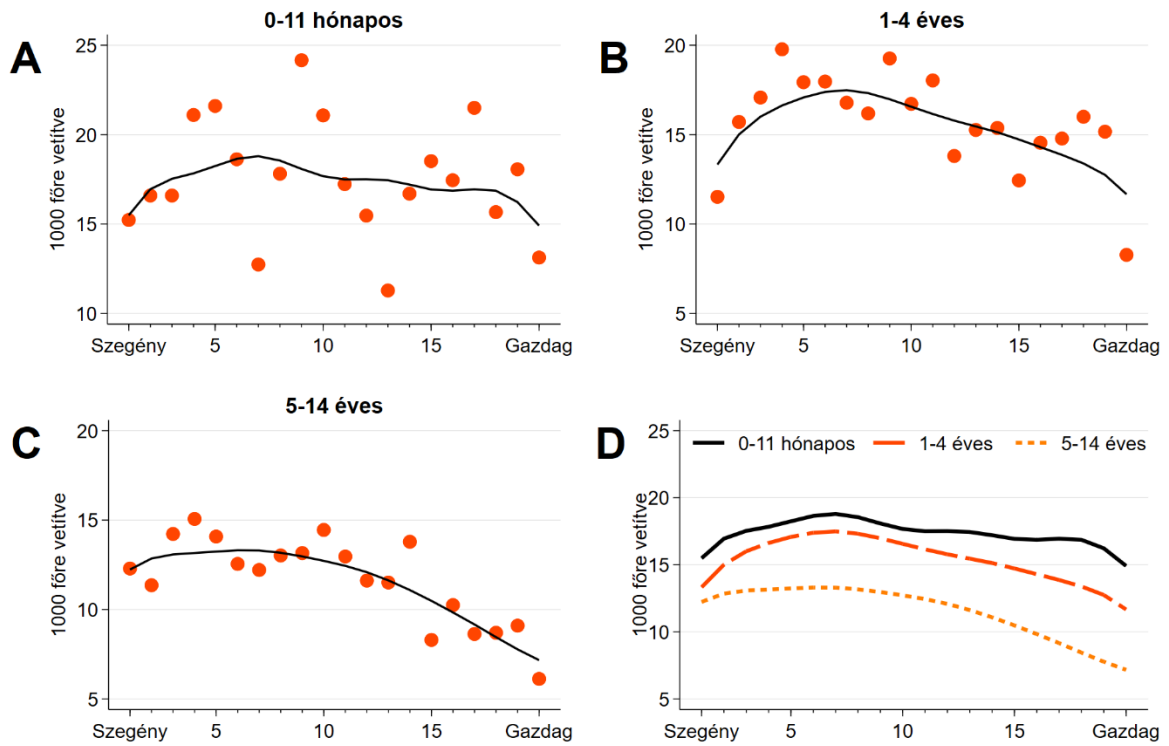
7. Társadalmi különbségek a tartós betegségek előfordulásában

7.2. Szegényekre jellemzőbb tartós betegségek



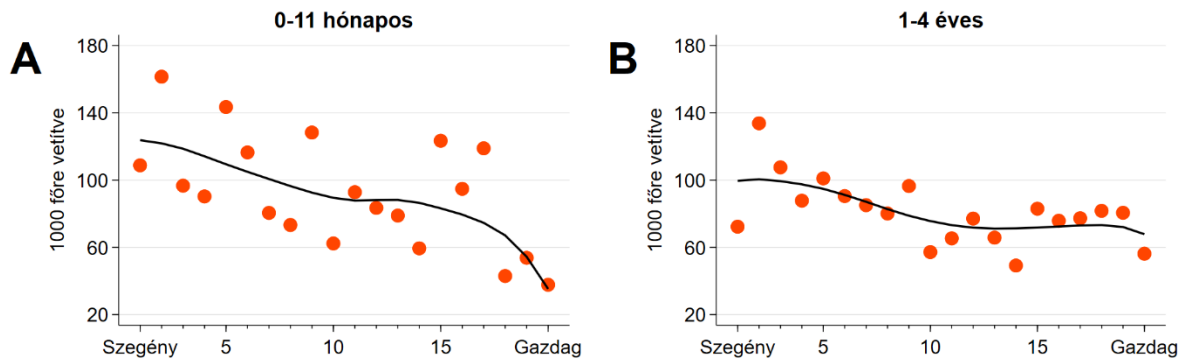
7.2.1 Visszamaradt magzati növekedéshez kapcsolódó rendellenességek (P05-P07)

Adatok forrása: KSH Jelentés a házi orvosok és házi gyermekorvosok tevékenységéről, 2017 és 2019 évek átlagos értékei.



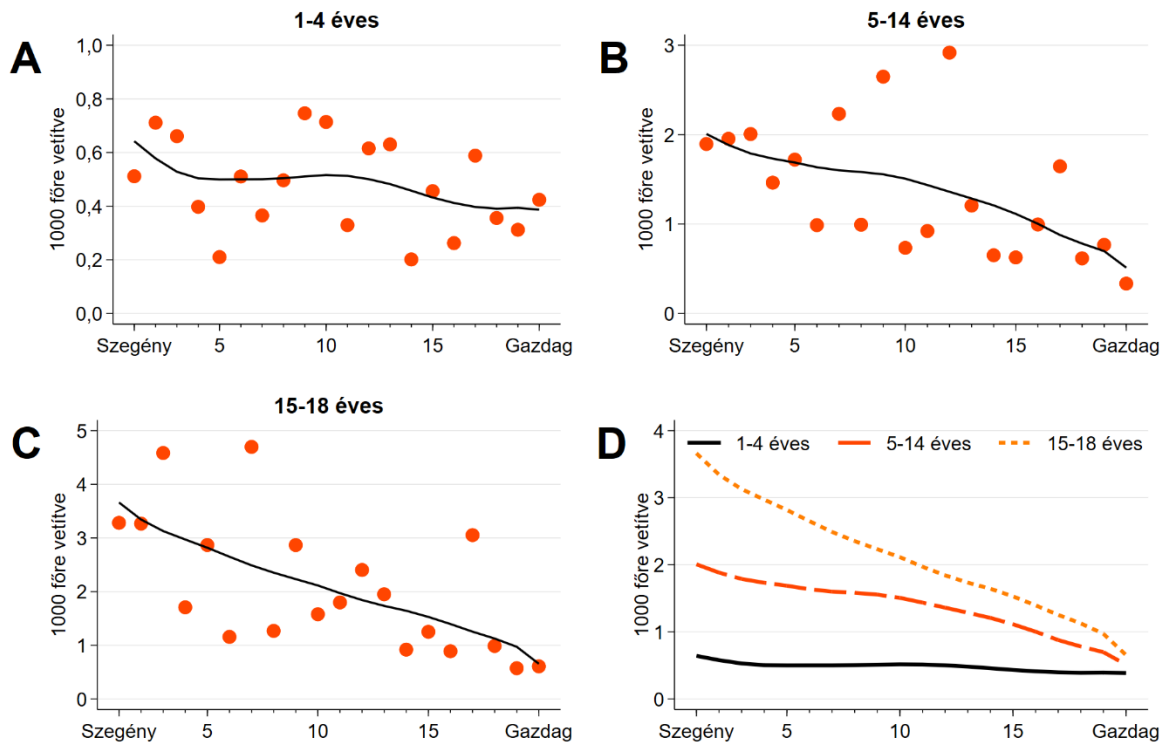
7.2.2 Keringési rendszer veleszületett rendellenességei (Q20-Q28)

Adatok forrása: KSH Jelentés a házi orvosok és házi gyermekorvosok tevékenységéről, 2017 és 2019 évek átlagos értékei.



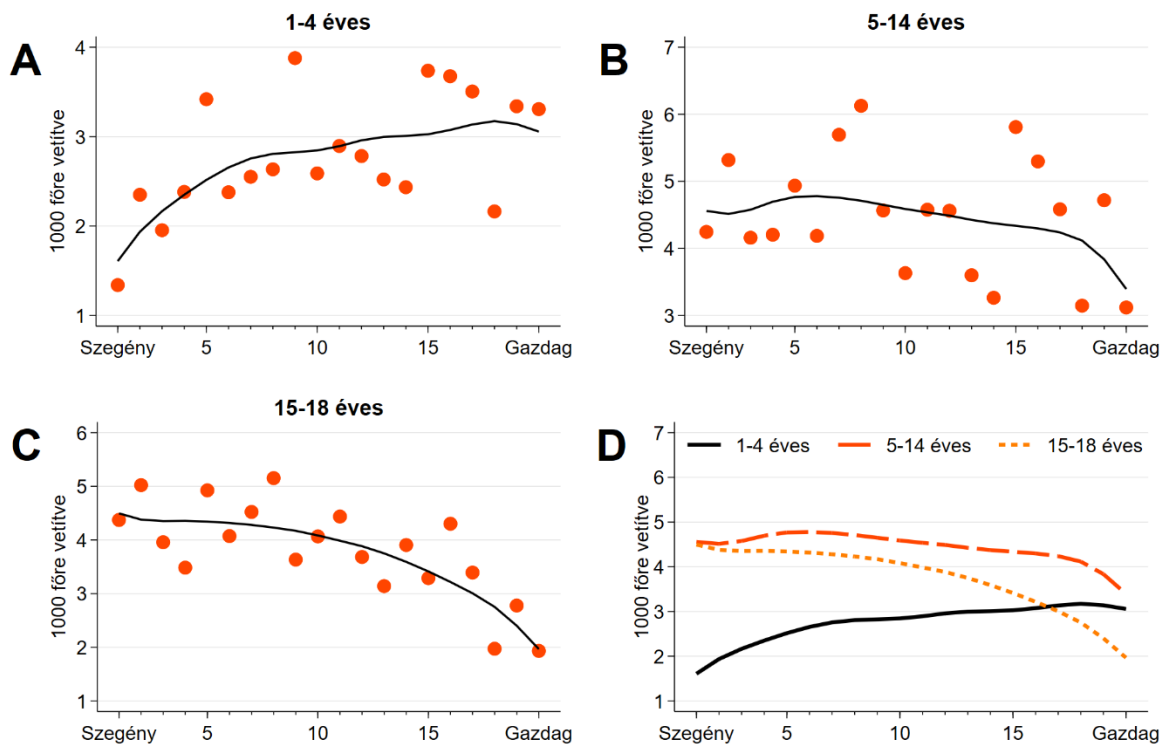
7.2.3 Endokrin, táplálkozási és anyagcsere-betegségek (E00-E90)

Adatok forrása: KSH Jelentés a házi orvosok és házi gyermekorvosok tevékenységéről, 2017 és 2019 évek átlagos értékei.



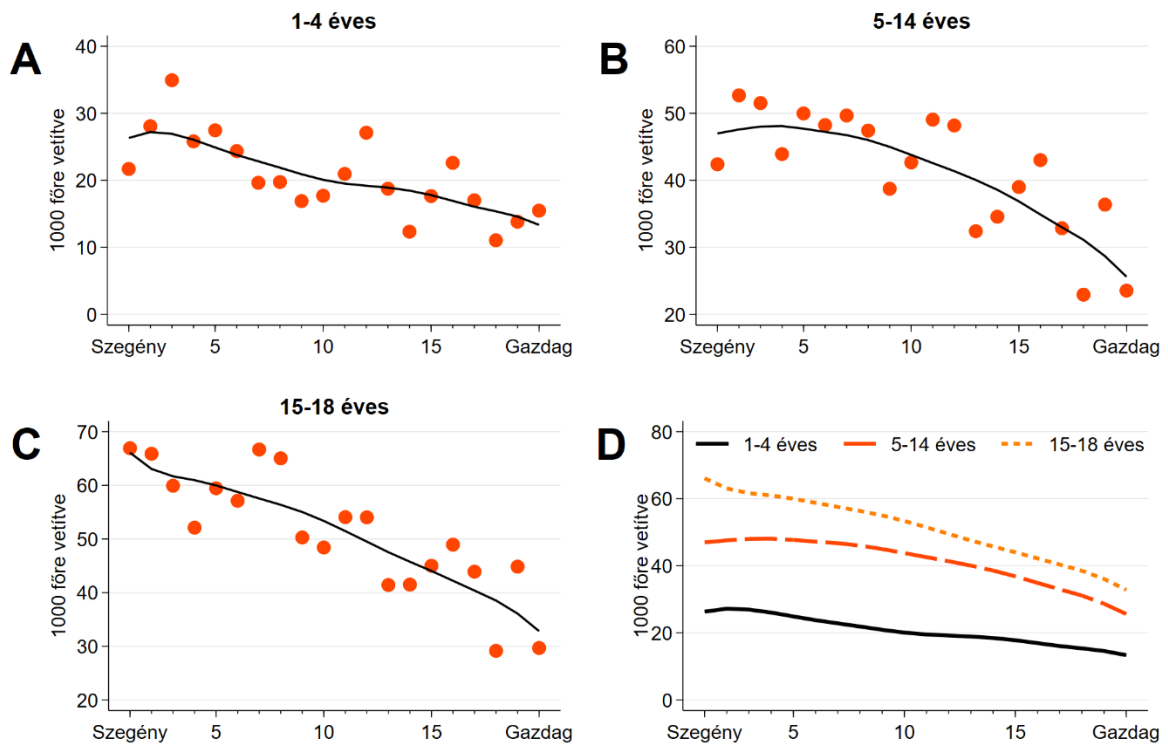
7.2.4 Vaktség és csökkentlátás (H54)

Adatok forrása: KSH Jelentés a házi orvosok és házi gyermekorvosok tevékenységéről, 2017 és 2019 évek átlagos értékei.



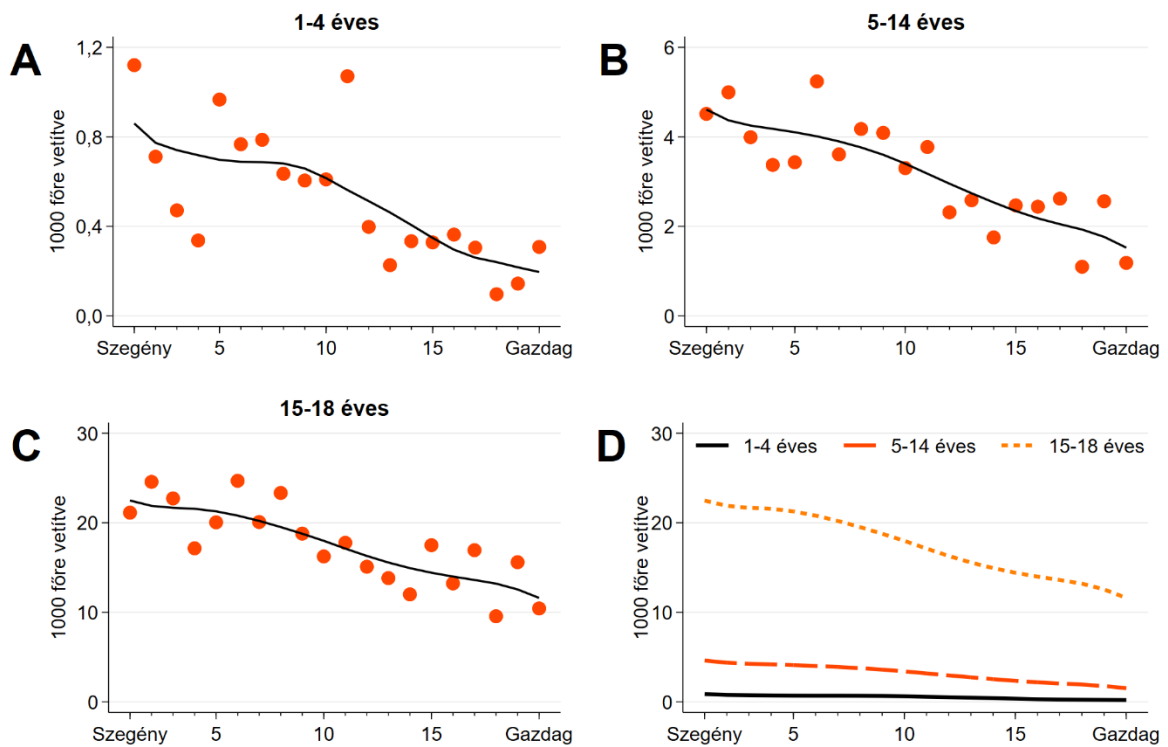
7.2.5 Hallásvesztés (H90-H91)

Adatok forrása: KSH Jelentés a házi orvosok és házi gyermekorvosok tevékenységéről, 2017 és 2019 évek átlagos értékei.



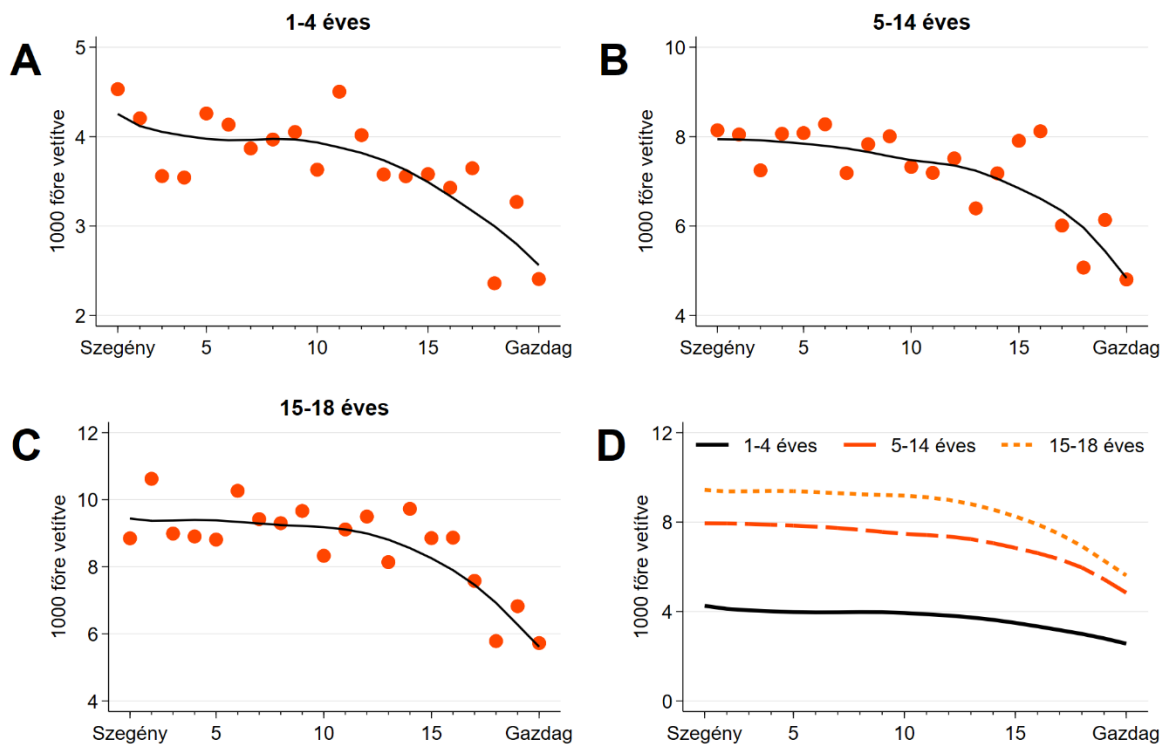
7.2.6 Mentális és viselkedészavarok (F00-F99)

Adatok forrása: KSH Jelentés a házi orvosok és házi gyermekorvosok tevékenységéről, 2017 és 2019 évek átlagos értékei.



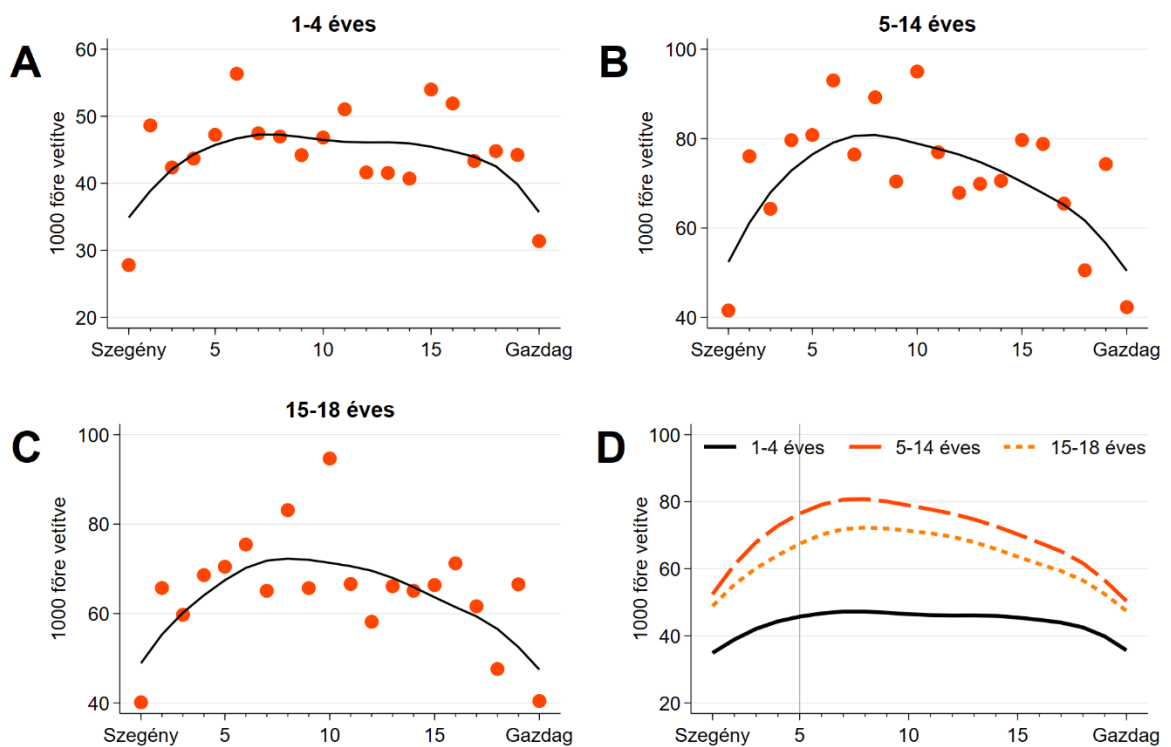
7.2.7 Magas vérnyomás (I10-I15)

Adatok forrása: KSH Jelentés a házi orvosok és házi gyermekorvosok tevékenységéről, 2017 és 2019 évek átlagos értékei.



7.2.8 Epilepszia (G40)

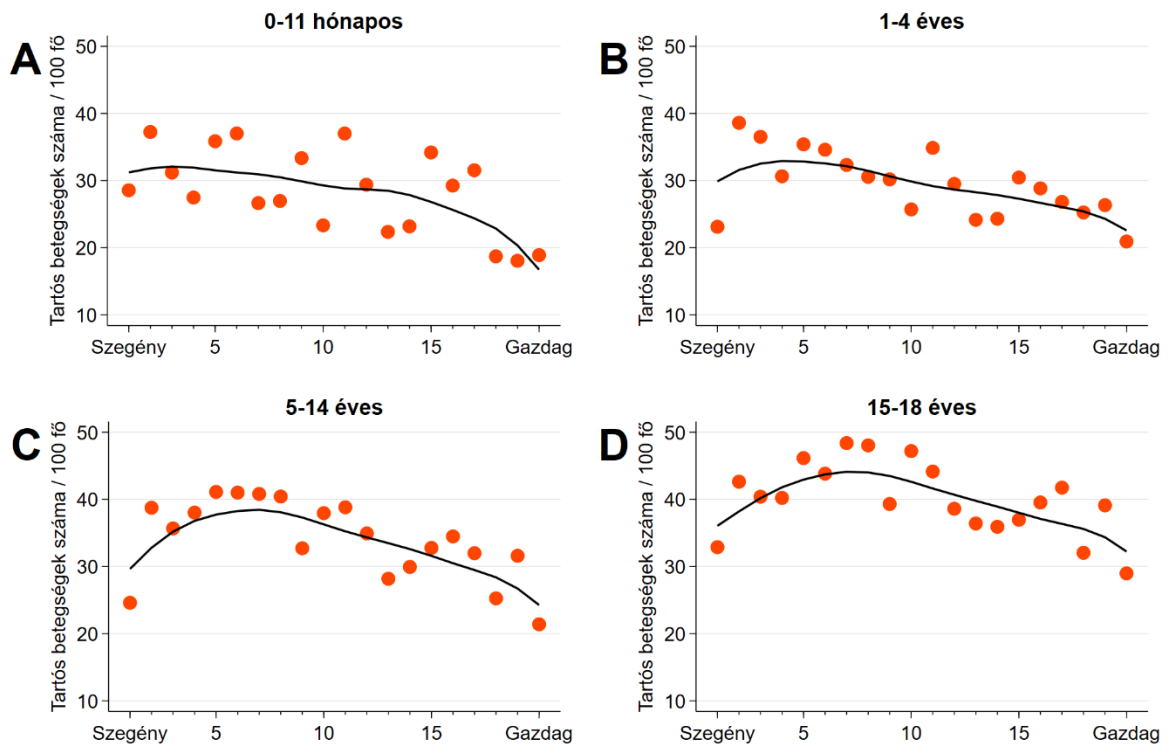
Adatok forrása: KSH Jelentés a házi orvosok és házi gyermekorvosok tevékenységéről, 2017 és 2019 évek átlagos értékei.



7.2.9 Asztma (J45)

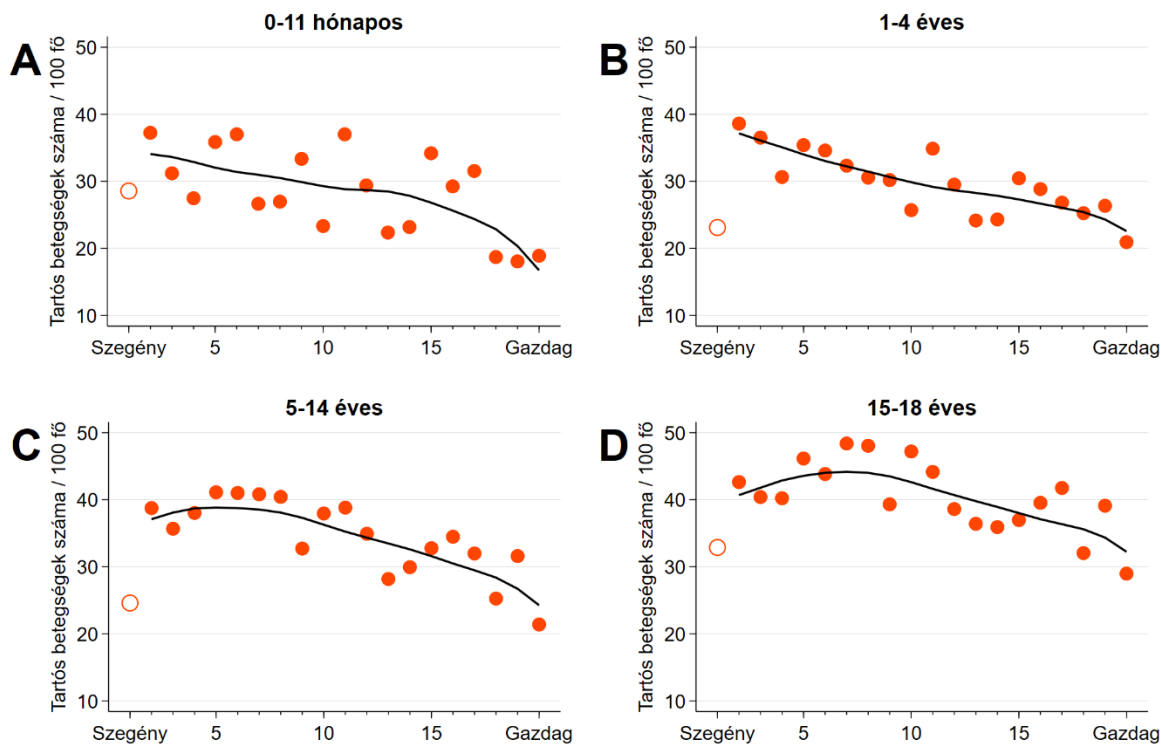
Adatok forrása: KSH Jelentés a házi orvosok és házi gyermekorvosok tevékenységéről, 2017 és 2019 évek átlagos értékei.

7.3. Háziorvosa szerint valamilyen tartós betegsége van



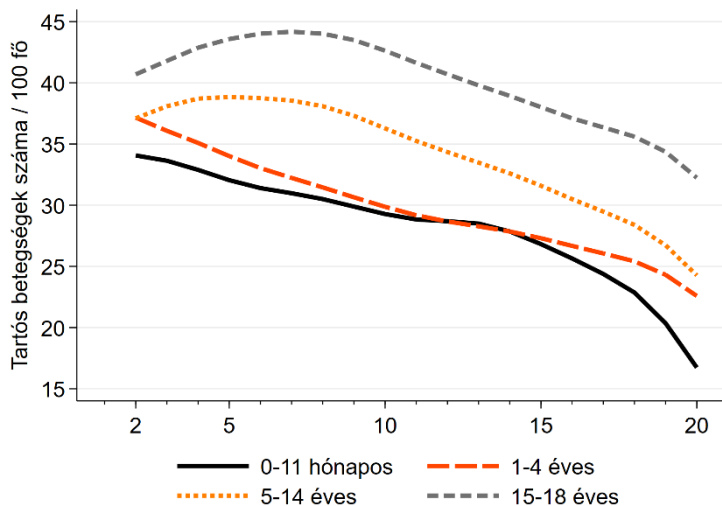
7.3.1 A tartós betegségek előfordulása (1-20. jövedelmi ventilis szerint)

Adatok forrása: KSH Jelentés a háziorvosok és házi gyermekorvosok tevékenységéről, 2017 és 2019 évek átlagos értékei, halmozódásokkal (ha egy páciensnek több betegsége van, az több előfordulásnak számít). Bármilyen tartós betegség = A Jelentés morbiditási betétlapján szereplő 01-37. sorszámú betegségek közül a magasabb hierarchikus besorolású betegségek.



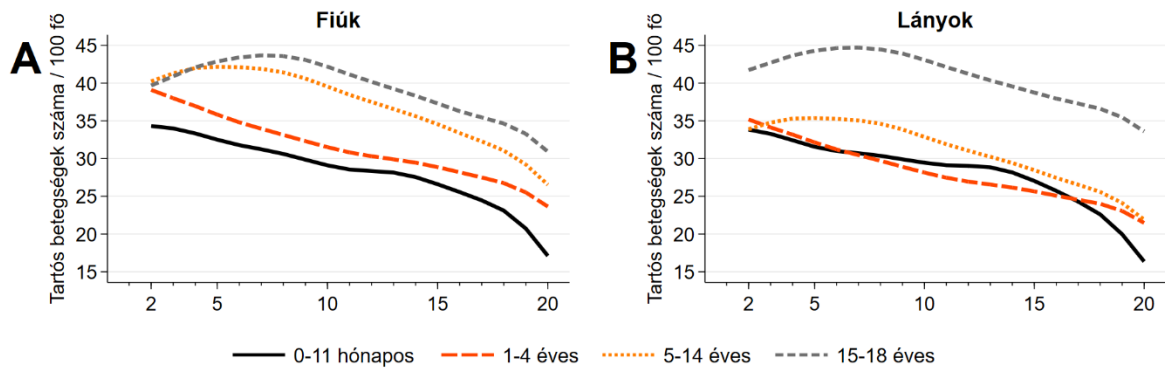
7.3.2 A tartós betegségek előfordulása (2-20 jövedelmi ventilis szerint)

Adatok forrása: KSH Jelentés a házi orvosok és házi gyermekorvosok tevékenységéről, 2017 és 2019 évek átlagos értékei, halmozódásokkal (ha egy páciensnek több betegsége van, az több előfordulásnak számít). Bármilyen tartós betegség = A Jelentés morbiditási betétlapján szereplő 01-37. sorszámú betegségek közül a magasabb hierarchikus besorolású betegségek. **Az 1. jövedelmi ventilis adata mint outlier kihagyva.**



7.3.3 A tartós betegségek előfordulása (2-20 jövedelmi ventilis szerint simított értékek)

Adatok forrása: KSH Jelentés a házi orvosok és házi gyermekorvosok tevékenységéről, 2017 és 2019 évek átlagos értékei, halmozódásokkal (ha egy páciensnek több betegsége van, az több előfordulásnak számít). Bármilyen tartós betegség = A Jelentés morbiditási betétlapján szereplő 01-37. sorszámú betegségek közül a magasabb hierarchikus besorolású betegségek. **Az 1. jövedelmi ventilis adata mint outlier kihagyva.**



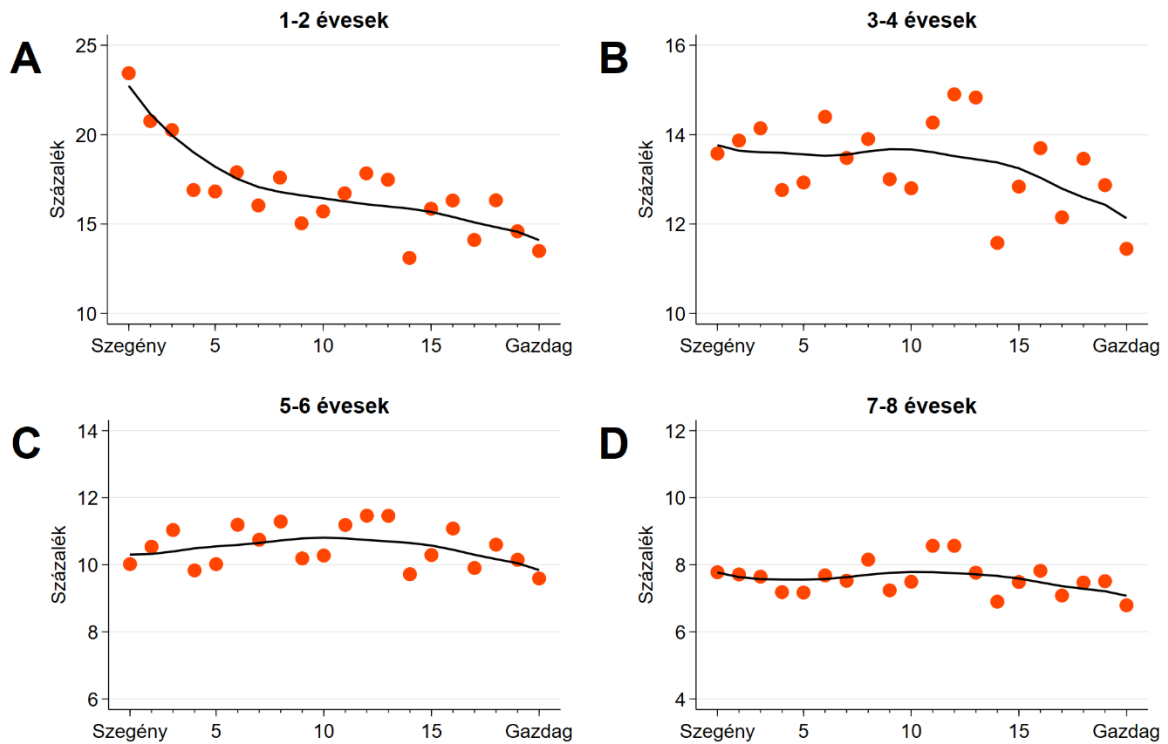
7.3.4 A tartós betegségek előfordulása nemek szerint (2-20 jövedelmi ventilis szerint simított értékek)

Adatok forrása: KSH Jelentés a házi orvosok és házi gyermekorvosok tevékenységéről, 2017 és 2019 évek átlagos értékei, halmozódásokkal (ha egy páciensnek több betegsége van, az több előfordulásnak számít). Bármilyen tartós betegség = A Jelentés morbiditási betétlapján szereplő 01-37. sorszámú betegségek közül a magasabb hierarchikus besorolású betegségek.

Az 1. jövedelmi ventilis adata mint outlier kihagyva.

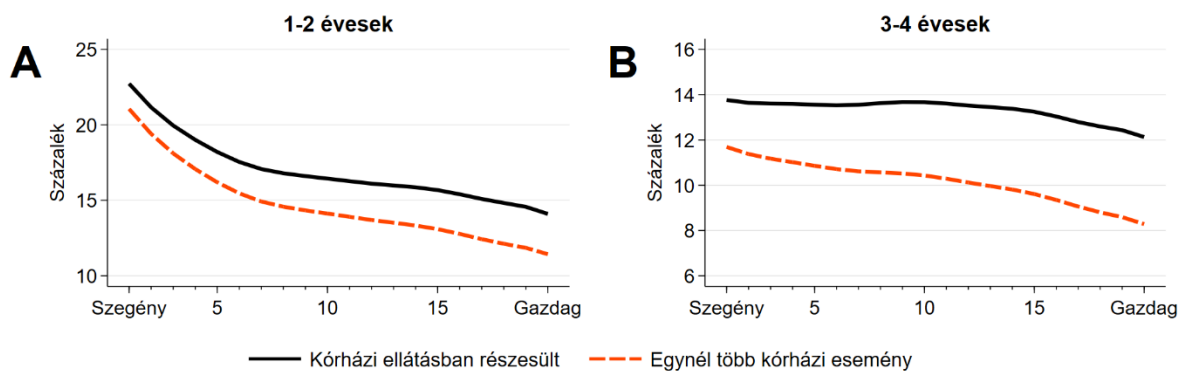
8. Orvos-beteg találkozások, gyógyszerfogyasztás

8.1. Kórházi és szakrendelői ellátás



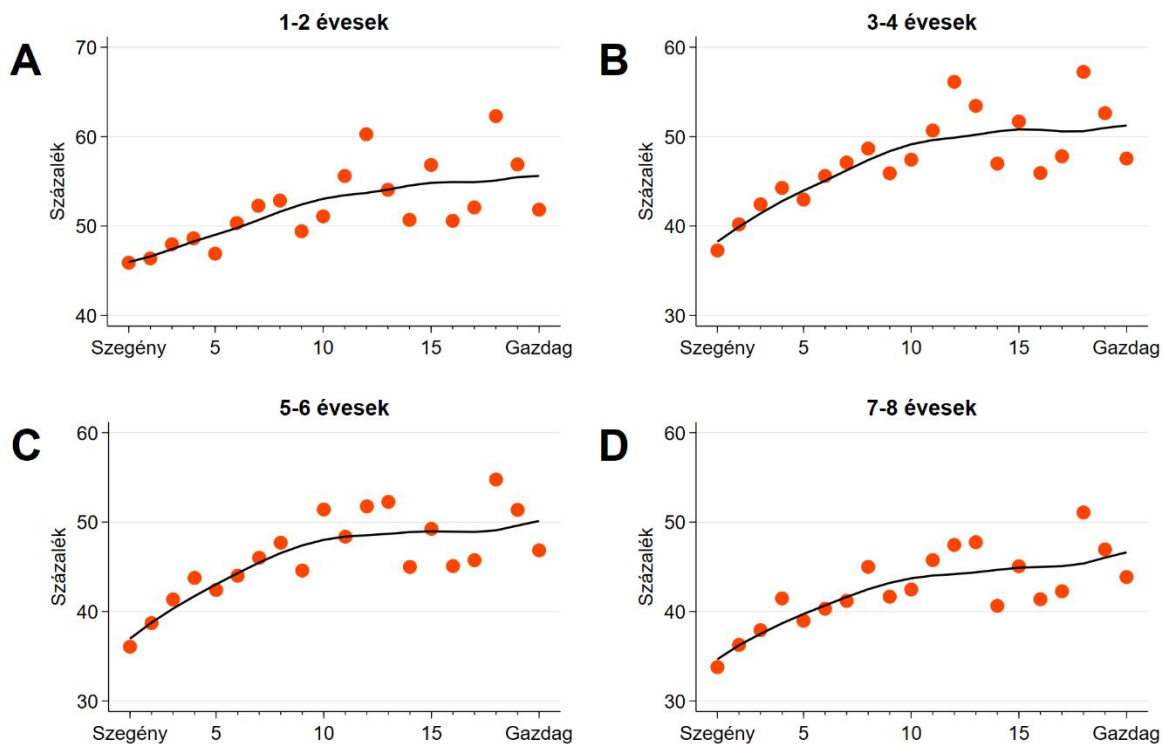
8.1.1 Kórházi ellátásban részesült gyerekek száma egy naptári évben

A 2009 és 2017 közötti időszak átlagos értékei, 1-8 éves gyerekek. Adatok forrása: NEAK egyéni betegrekordok, KRTK Adatbank.



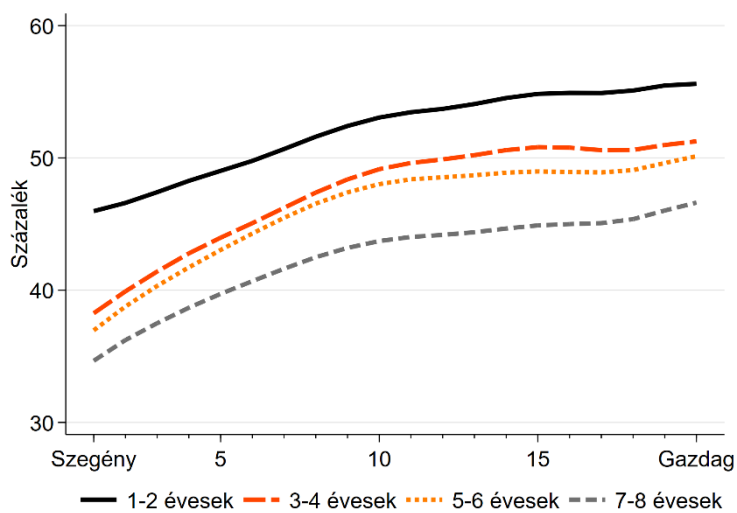
8.1.2 Legalább egyszeri, illetve egynél többszöri kórházi ellátásban részesült gyerekek száma egy naptári évben, simított értékek

A 2009 és 2017 közötti időszak átlagos értékei, 1-8 éves gyerekek. Adatok forrása: NEAK egyéni betegrekordok, KRTK Adatbank.



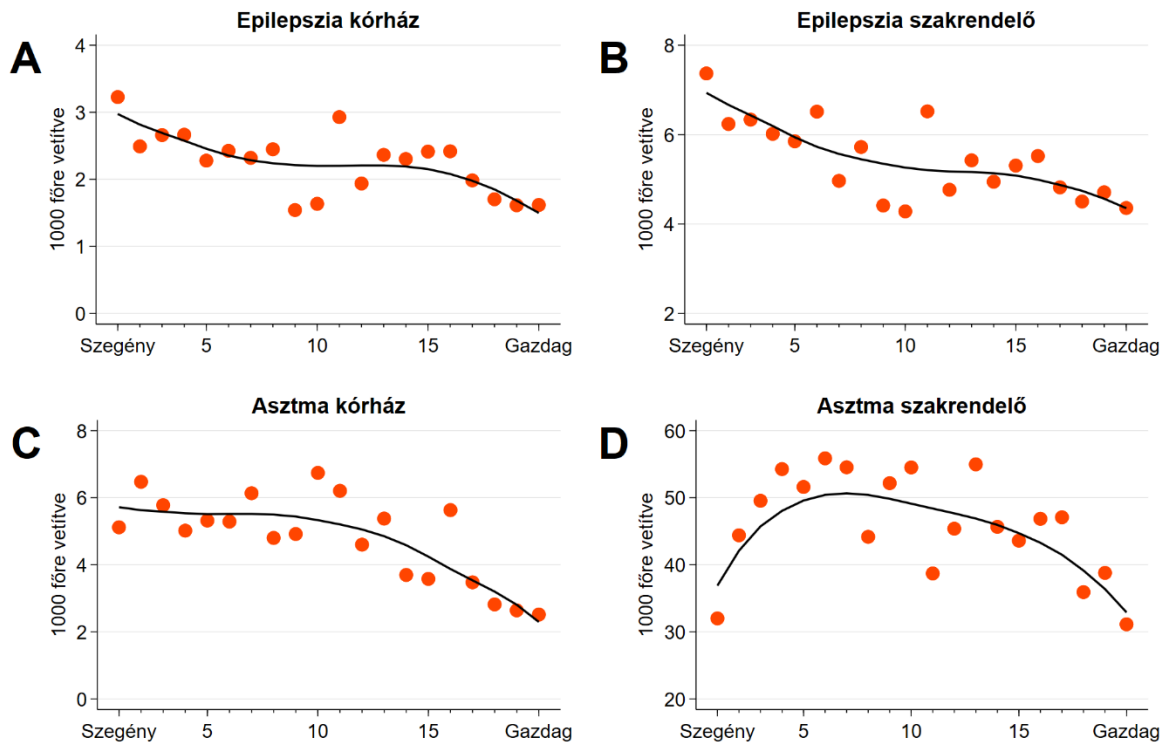
8.1.3 Szakrendelői ellátásban részesült gyerekek száma egy naptári évben

A 2009 és 2017 közötti időszak átlagos értékei, 1-8 éves gyerekek. Adatok forrása: NEAK egyéni betegrekordok, KRTK Adatbank.



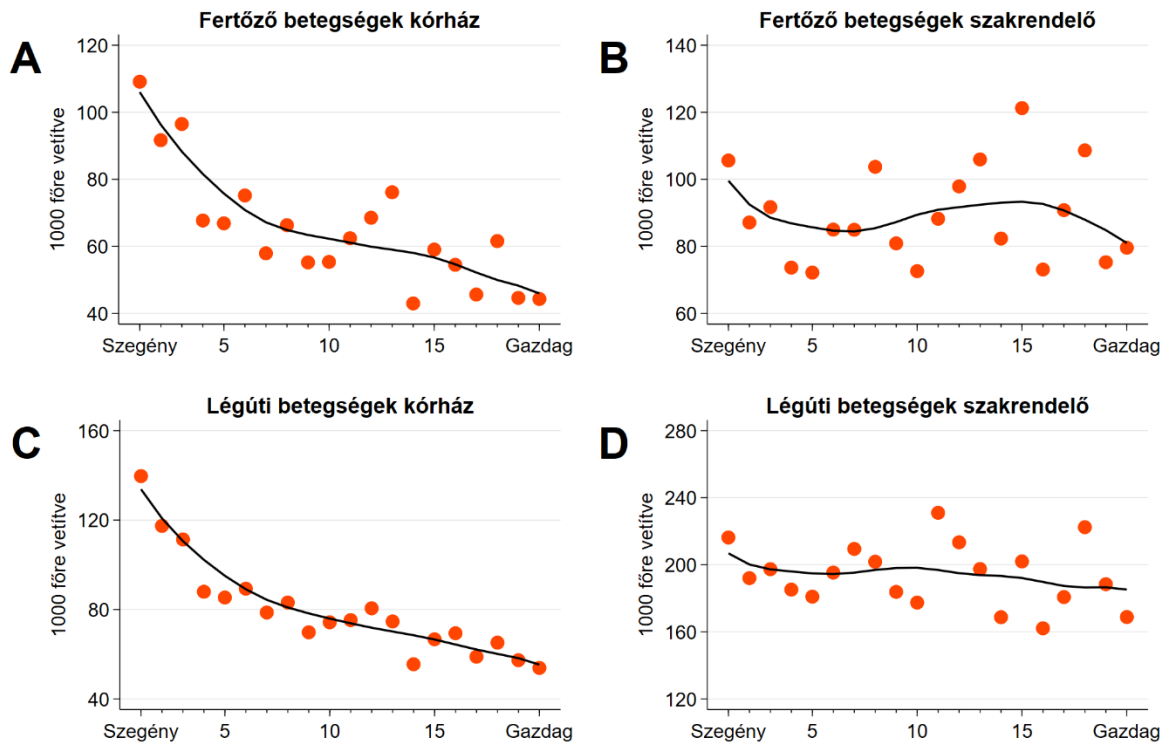
8.1.4 Szakrendelői ellátásban részesült gyerekek száma egy naptári évben, simított értékek

A 2009 és 2017 közötti időszak átlagos értékei, 1-8 éves gyerekek. Adatok forrása: NEAK egyéni betegrekordok, KRTK Adatbank.



8.1.5 Epilepszia (G40) és asztma (J45): kórházban, illetve szakrendelőben kezelt gyerekek száma egy naptári évben

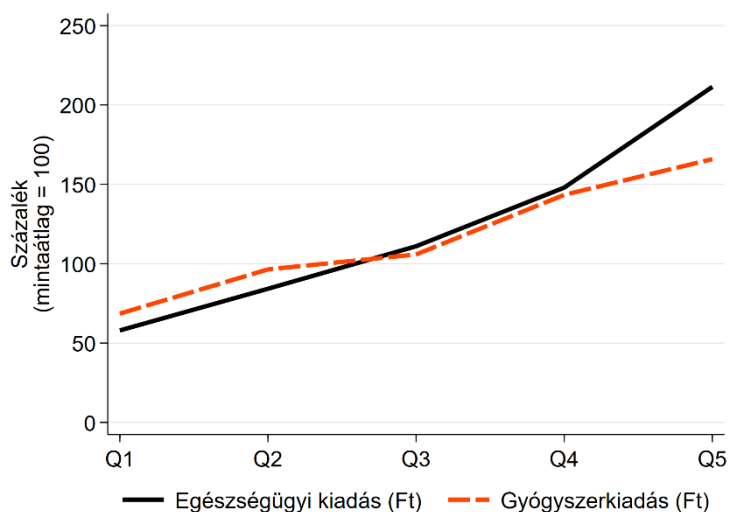
A 2009 és 2017 közötti időszak átlagos értékei, 3-8 éves gyerekek. Adatok forrása: NEAK egyéni betegrekordok, KRTK Adatbank.



8.1.6 Fertőző (A00-B99) és légúti (J00-J99) betegségek: kórházban, illetve szakrendelőben kezelt gyerekek száma egy naptári évben

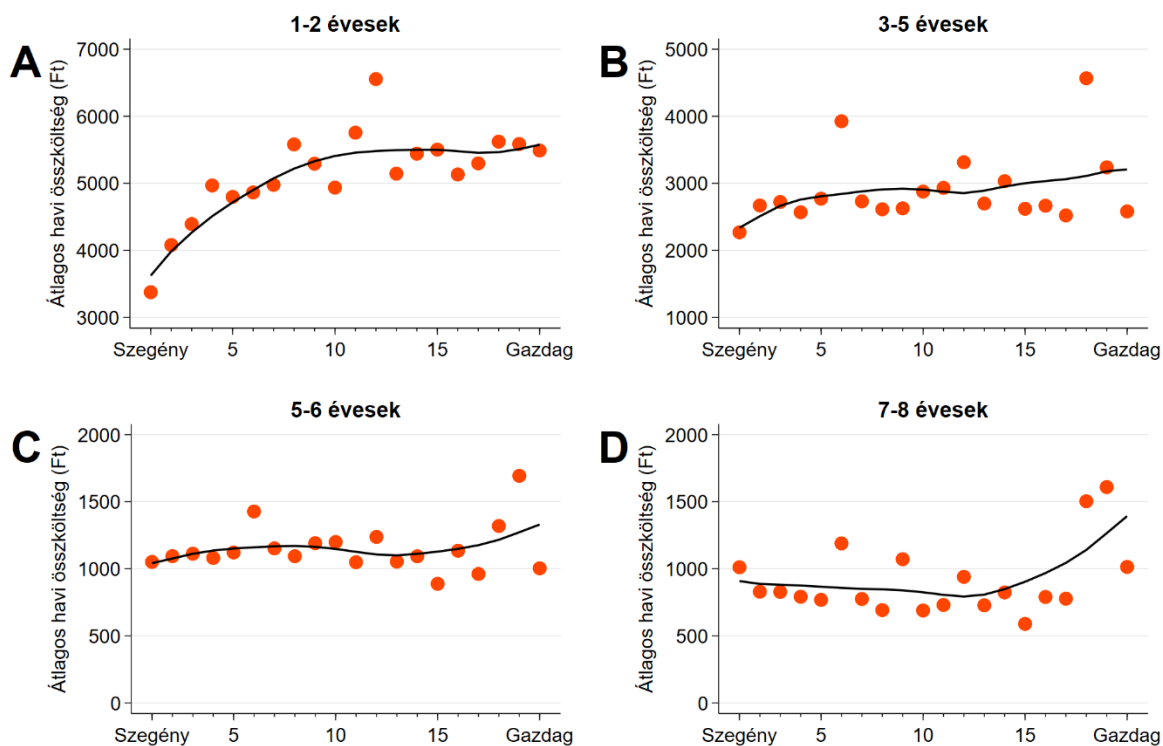
A 2009 és 2017 közötti időszak átlagos értékei, 1-2 éves gyerekek. Adatok forrása: NEAK egyéni betegrekordok, KRTK Adatbank.

8.2. Egészségi kiadás, gyógyszerkiadás



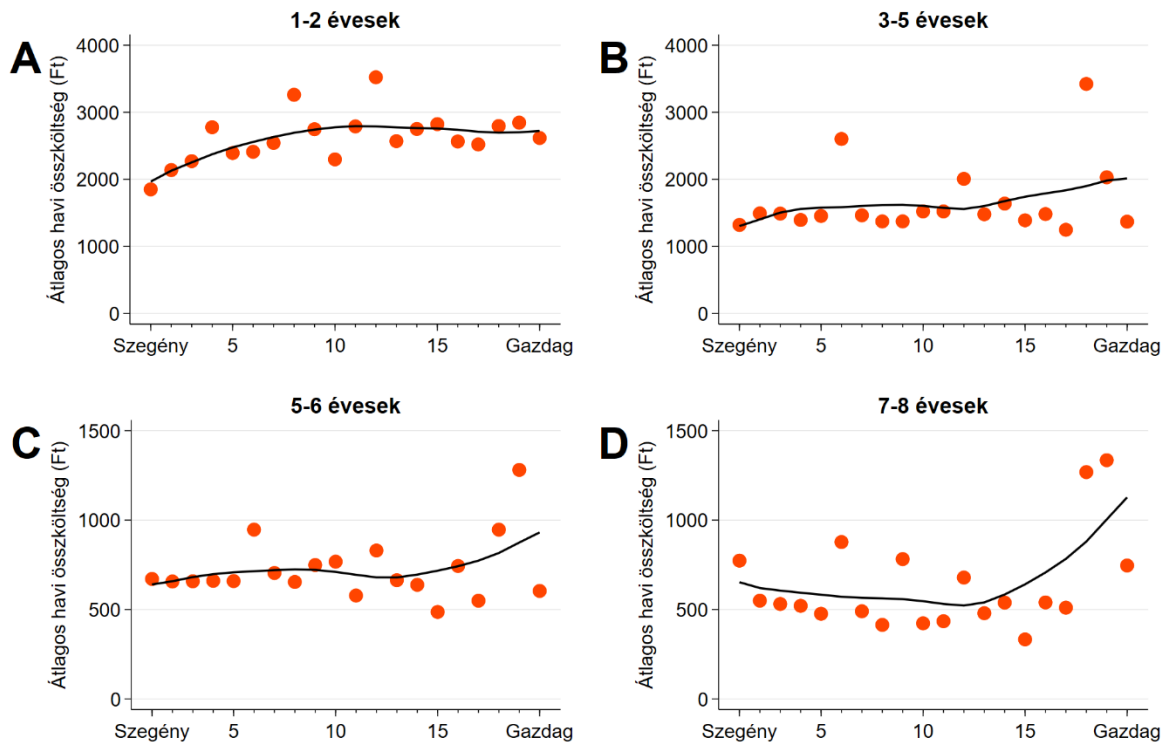
8.2.1 Éves átlagos egészségügyi kiadás és gyógyszerkiadás a 0-18 éves gyermekeket nevelő családok körében, a mintaátlag százalékában

Gyermekeket nevelő család = ahol legalább egy 0-18 éves gyermek van. Q1,..., Q5 = egy főre jutó háztartási jövedelem alapján meghatározott lakossági jövedelemötödök. Q1 = legalsó, Q5 = legfelső jövedelemötöd. Forrás: KSH háztartási költségvetési és életkörülmények adatfelvétel, 2017 és 2018 évek átlagai.



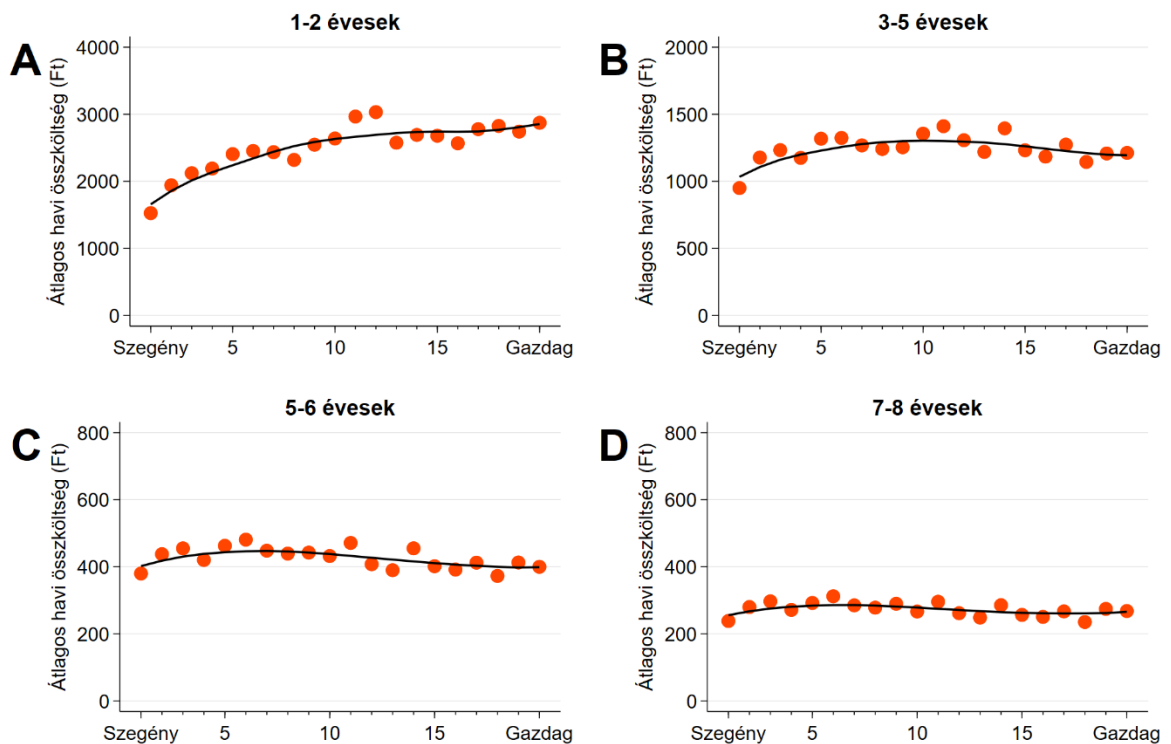
8.2.2 Havi átlagos összes gyógyszerkiadás (Ft)

A 2009 és 2017 közötti időszak átlagos értékei, 1-8 éves gyerekek. Adatok forrása: NEAK egyéni vényrekordok, KRTK Adatbank.



8.2.3 Havi átlagos gyógyszerkiadásra jutó TB-támogatás (Ft)

A 2009 és 2017 közötti időszak átlagos értékei, 1-8 éves gyerekek. Adatok forrása: NEAK egyéni vényrekordok, KRTK Adatbank.



8.2.4 Havi átlagos gyógyszerkiadásra jutó saját kiadás (Ft)

A 2009 és 2017 közötti időszak átlagos értékei, 1-8 éves gyerekek. Adatok forrása: NEAK egyéni vényrekordok, KRTK Adatbank.