

FADGYAS-FREYLER PETRA

A HAJLÉKTALAN EMBEREK ÁLTALÁNOS JELLEMZŐI ÉS EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTUK EGY ADMINISZTRATÍV ADATBÁZIS ALAPJÁN

A tanulmányban az Nemzeti Egészségügyi Alapkezelő nyilvántartásai¹ alapján azt próbálom feltárni, hogy mik a Magyarországon élő hajléktalan emberek jellemzői, egészségügyi ellátásukat mi jellemzi, és milyen tipikus egészségügyi problémákkal szembesülnek. Az egészségbiztosító adminisztratív adatbázisaiban megközelítőleg 18 ezer olyan ember azonosítható, akik 2013 és 2015 között hajléktalanként lettek nyilvántartásba véve. A tanulmányban ezt a személyi kört vizsgálom, egy korban és nemben illesztett többszörös kontrollcsoport segítségével, az adatforrások torzításait és korlátait is szem előtt tartva.

Bevezető

Ha valakinek egészségügyi ellátásra van szüksége Magyarországon, az arra való jogosultságot többféle úton lehet megszerezni. A foglalkoztatottak fizetéséből például járulékot vonnak le a munkáltatók, és így lesznek a dolgozók biztosítottakká. Mások egyéni járulékfizetéssel válnak jogosulttá. Bizonyos csoportok után (pl. kiskorúak, nyugdíjasok, gyermeküket otthonnevelő anyák) maga az állam fizet járulékot, amelyet a költségvetés utal át a biztosító részére.

A társadalom egyes rendkívül elesett csoportjai azonban más módon jutnak hozzá a szükséges egészségügyi ellátáshoz. Ezek közé tartoznak a hajléktalan emberek² is, akiket a szolgáltatók (mentők, hajléktalan-ellátók stb.) bejelentése alap-

¹ Egészen pontosan a korábbi Országos Egészségbiztosítási Pénztár nyilvántartásainak 2016. április 23-i állapota szerint rögzített hajléktalan jogviszonyú személyekről rendelkezésre álló, az egészségbiztosító adminisztratív adatbázisaiban megtalálható adatokat vizsgálom.

² A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (Szoctv.) 4. § (2) bekezdése következőképpen határozza meg a hajléktalanság fogalmát: „hajléktalan a bejelentett lakóhellyel nem rendelkező személy, kivéve azt, akinek bejelentett lakóhelye a hajléktalan szállás.” 4. § (2), illetve: „hajléktalan az, aki éjszakáit közterületen vagy nem lakás céljára szolgáló helyiségben tölti.” 4. § (3) A jogszabályi meghatározások tükrében is hangsúlyozom, az írásnak nem témája a hajléktalanság fogalmának tisztázása, hiszen a társadalombiztosítási ellátásra való jogosultság szempontjából nem ez a mérvadó. A döntő kizárólag az, hogy a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII.

ján az egészségbiztosító 'hajléktalan' jogviszonyú személyként regisztrál, és akik a bejelentést követő fél éven át 'zöld lámpásként' járhatnak orvoshoz, patikába, rendelőbe, kórházba.

A következő tanulmány azt mutatja be, hogy az egészségbiztosító adatbázisai alapján milyen információkkal rendelkezünk a hajléktalan emberekről, azon belül is egészségügyi ellátásukról.³

Módszerek

A tanulmányban a hajléktalan emberek jellemzőit kívánom leírni, összesen 18 485 ember esetében. Az egészségbiztosító nyilvántartásából lekérdezett, és így a vizsgálatba került adatok két személyi körre vonatkoznak: egyrészt azokra, akiket a nyilvántartás 'hajléktalan' jogviszonyú személyként szerepeltet⁴, másrészt pedig azokra, akik az egészségbiztosító nyilvántartásában ismeretlen lakcímmel lettek rögzítve. Az első körben az a 17 626 személy szerepel, akik a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény (Tbj.) 16. § (1.) t) pontja szerint bármikor a hajléktalan jogviszony rögzítésével⁵ váltak jogosulttá az egészségügyi szolgáltatás igénybevételére.⁶ Amennyiben a közelmúltat vizsgáljuk, úgy elmondható, hogy a 2013–2015-ös időszakban évente közel hat és félezer embert jelentettek be ilyen módon a biztosítói adatbázisba. Bár egy személy a következő évben újra megjelenhet az adatbázisban, ez nem jellemző, hiszen a vizsgálati időszak

törvény (Ebtv.), illetve a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény (Tbj.) rendelkezései szerint – fogalmi tisztázás nélkül – a hajléktalan személyek egészségügyi szolgáltatásra jogosultak (Tbj. 16. § (1) bekezdés t) pontja). A jogosultságot az alapozza meg, hogy az illető személyt az arra jogosult szolgáltatók hajléktalanként jelentik az egészségbiztosító felé. A bejelentési kötelezettséget a Tbj. 44/A §-a rendeli el, és e pontban rögzítették azt is, hogy a bejelentés alapján keletkező jogosultság a bejelentést követő hatodik hónap végéig tart.

³ A tanulmány háttérben részben az egészségügyi rendszer teljesítményértékelésével kapcsolatos több éves munka áll, melyet az egészségügyi rendszer teljesítményértékelésének eljárásrendjére vonatkozó szabályokról szóló 36/2013. (V. 24.) EMMI rendelet, illetve az Egészségügyi Rendszer Teljesítményértékelési Munkacsoportjáról szóló 19/2013. (V. 24.) EMMI utasítás szabályoz. A munkát a rendelkezések szerint egy – a teljes egészségügyi ágazatot képviselő, több intézmény delegáltjából álló – szakértői csoport koordinálja, a teljesítményértékelésért felelős szerv vezetésével. A szerző e munkacsoport delegált tagja. A teljesítményértékeléssel kapcsolatos munka keretében állt elő egy közel kilencven elemből álló indikátorlista a magyar egészségügyi rendszer úgymond 'átvilágítására', melyek egyike a hátrányos helyzetű csoportok egészségügyi ellátáshoz való hozzájutásával foglalkozik, többek között a hajléktalanként ellátásával is. Az itt közölt anyag részben megegyezik ennek az indikátornak az anyagával. A teljes jelentés a <https://mertek.aek.hu/> oldalon olvasható.

⁴ Lásd: 2. lábjegyzet.

⁵ A bejelentési és adatszolgáltatási kötelezettséget a Tbj. 44/A § (10.) bekezdése szabályozza. Bejelentést tesznek a hajléktalan-ellátó helyek vezetői, akik a hajléktalan személy részére igazolást adnak ki. A bejelentés és az igazolás érvényessége a bejelentés napját magában foglaló naptári hónapot követő hatodik naptári hónap utolsó napjáig tart.

⁶ A bejelentő intézményeket a későbbiek során részletesen bemutatom.

három éve alatt összességében több mint tizennyolcezer különböző egyént sikerült azonosítanunk.

A vizsgált személyek másik körében pedig az a 858 személy szerepel, akik esetében 2013 óta nincsen lakcím feltüntetve, hanem a nyilvántartásokban a szokásosan a lakhely utcanevének fenntartott cím mezőjében az adatfelvivők az 'ismeretlen' szót rögzítették.

Hangsúlyozom, hogy a vizsgálatba került személyek biztosan nem fedik le a teljes hajléktalan populációt, amelyre vonatkozóan számomra csak becslések ismertek (lásd. <http://index.hu/hire>, 2012 és 2015), illetve azt is, hogy a vizsgálatban később tett megállapítások ezért kizárólag olyan személyekre vonatkoznak, akik a fent leírt módon érvényes 'zöld lámpás' társadalombiztosítási azonosítóval rendelkeztek, és valamilyen okból a szociális/egészségügyi ellátórendszer közelébe kerültek. A reprezentativitás így kérdéses lehet, amit feltétlenül a vizsgálat korlátjaként értelmezünk.

A vizsgálat a következő kérdésekre kíván választ adni: (1) Mi a vizsgált populáció kor és nem szerinti eloszlása?⁷ (2) Megállapítható-e, hogy hazánkban honnét származnak a hajléktalan emberek? Hol laktak, mielőtt hajléktalanná váltak? Milyen a jellemző állampolgárságuk?⁸ (3) Kik jelentik be a hajléktalan személyeket? Ezek a bejelentők helyileg hol találhatóak? A hajléktalan ellátást végző nevesített egészségügyi szolgáltatók hogyan oszlanak meg az országban, ezek eloszlása eltér-e attól, mint amit a hajléktalanok utolsó lakhelye szerint várnánk?⁹ (4) Milyen családi körülmények jellemzik a hajléktalan embereket? A nyilvántartás szerint milyen a tipikus családi állapotuk? Ez eltér-e, és ha igen, mennyiben tér el a teljes magyar populáció családi állapotától?¹⁰ (5) Milyen korábbi élethelyzetből kerültek a hajléktalanságba a vizsgált személyek? Milyen korábbi jogvisztonnal rendelkeztek, mi volt a hajléktalanságot közvetlenül megelőző jogviszonyuk?¹¹ (6) A vizsgálatba került populációra milyen halálozás jellemző? Ez mennyiben tér el egy kontrollként választott, hasonló kor és nem szerinti megoszlású csoport halálozásától?¹² (7) Mennyit költ az egészségbiztosító a vizsgált populációra? Mik ennek a költségeknek a főbb jellemzői, ha azt összehasonlítjuk egy kontrollként választott, hasonló kor és nem szerinti megoszlású csoport költségével?¹³

A vizsgálat módszere a következő: A vizsgálati időszak átöleli a 2013 és 2015 közötti időszakot, egyes kérdéseknél pedig kizárólag a 2015-ös évre vonatkozik. Mint említettem, a 2016. április 21-én a biztosító adatbázisában 'hajléktalan' személyként azonosítható személyeket vizsgáljuk csak.

⁷ Ennél a kérdésnél a vizsgált személyek 2016 áprilisában érvényes adatait mutatjuk be.

⁸ A jellemzőket ugyancsak a 2016. áprilisi időpontra vonatkozóan adjuk meg.

⁹ A bejelentések számát a 2013–2015-ös időszakra számítottuk.

¹⁰ Lásd: 4. lábjegyzet.

¹¹ Lásd: 4. lábjegyzet.

¹² A halálozási adatok a 2016. december 31-i állapotot tükrözik.

¹³ A 2015. naptári év során eszközölt egészségbiztosítói kifizetésekről van szó.

Bizonyos kérdéseknél (1, 2, 4 és 5) bemutatom az egészségbiztosítónál fellelhető adatokat, kiemelve a legjellemzőbb csoportokat. A második kérdés megválaszolásához mindegyik vizsgált személynél kikerestem azt a lakcímet, amelyet a biztosítói adatbázisban legelső lakcímként¹⁴ rögzítettek. Ezeket a lakcímeket rávetítettem az azonos lakcímen (irányítószámon) bejelentett összes személy jelenlegi számára, és így megkaptam, hogy lakosságárányosan honnan származik a legtöbb bejelentett hajléktalan személy. Az összehasonlításokat a lakhely, illetve családi állapot (2 és 3) vizsgálatánál a nyilvánosan (KSH, népszámlálás stb.) elérhető, a teljes magyar népességre vonatkozó adatokra alapozom.

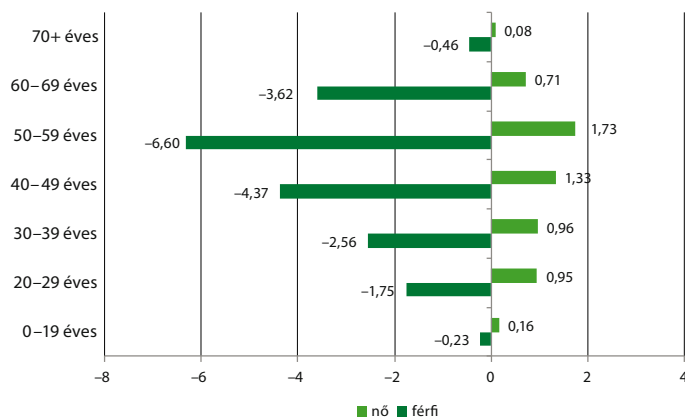
Az egészségügyi ellátásokra vonatkozó kérdéseknél (6 és 7) pedig az ugyanazon adatbázisból származó százszoros kontrollcsoportot választottam. A kontrollokat nemben és születési évben illesztettem a vizsgált személyi körhöz. Tekintettel arra, hogy a hetedik kérdésnél pedig a vizsgált személyekre fordított 2015. évi egészségbiztosítási költségeket elemeztem, az ennél a kérdésnél alkalmazott kontrollcsoport kiválasztásánál további feltételként lett definiálva, hogy a beválasztott személyek 2015. január 1-jén még élőként voltak nyilvántartva. A vizsgált személyeknek, illetve a kontrollcsoportnak egy olyan adatbázis alapján elemezzük a jellemző egészségügyi kiadásait, amelyet az egészségbiztosító a 2015. évi egészségügyi kiadásokról kasszánkénti, illetve betegségcsoportonkénti aggregálásokban állított elő.

Eredmények

(1) Mi a vizsgált hajléktalan személyek nemi és életkori megoszlása?

A vizsgált személyek közel háromnegyede férfi, egynegyedük (23%) nő. A nemi arány korcsoportonként változik, mint azt az 1. ábra is érzékelteti:

1. ábra: Hajléktalan személyek korcsoportos és nemi megoszlása (%)



¹⁴ A legelső lakcím akár évtizedekre is visszanyúlhatott, a legkorábbi bejelentés dátuma 1947-es.

A fiatalabb korosztályokban – 30 éves kor alatt – még mások az arányok (a nők 1/3 arányban képviselik a populációt), azonban az életkor előrehaladtával a férfiak egyre dominánsabbá lesznek. Az átlag életkor a férfiak esetében 49, a nők esetében 47 év volt, a legfiatalabb vizsgált személy mindhárom évben 17 év körüli volt. A legmagasabb életkor meghaladja a 80 évet. Közel kétszáz esetben nem volt elérhető a nem és a születési dátum a nyilvántartási számhoz, illetve néhány esetben a bejelentett személy már korábban elhalálozott, őket természetesen kihagytuk a vizsgálatból.

(2) *Honnan származnak a vizsgált hajléktalan személyek?*

Állampolgárság

A vizsgált személyi kör jellemzően (97%) magyar állampolgárságú, az idősebb korosztályokban szinte teljes egészében ez jellemző. A nem magyar állampolgárságúak fele a szomszédos államokból érkezett, túlnyomórészt Romániából, illetve Szlovákiából. Elvértve akadnak más állampolgárságú (pl. kínai) személyek is.

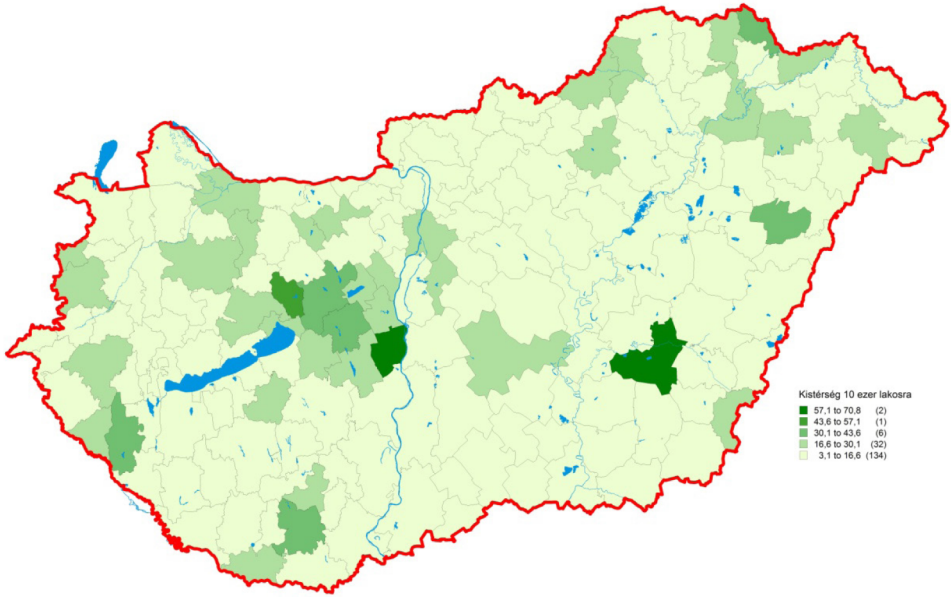
Lakhely¹⁵

Megállapításom szerint a vizsgált személyek többsége – a nyilvántartásban elérhető első lakcím szerint – eredetileg vidékről származik, csupán 29 százalékuk lakott régen is a fővárosban. Ha a kistérségi bontást szemléljük, úgy tízezer lakosra jutó számuk összesen kilenc kistérségben haladja meg a harminc főt, ezek közül vezet a szarvasi kistérség, amely Gyomaendrőd településéről származott a legtöbb vizsgált személy, 70 fő/tízezer lakossal.¹⁶ Ezután következnek a dunaiújvárosi (58 fő/10 ezer lakos), várpalotai (48 fő/10 ezer lakos) és székesfehérvári kistérség (37 fő/10 ezer lakos) egymás közelében, illetve itt említem még az abai kistérséget is (32 fő/10 ezer lakos). A Fejér megyét követő vidéki nagyvárosok értékei 30 fő/10 ezer körül vannak, ezek sorban Nagykanizsa, Pécs, Sátoraljaújhely, Debrecen és Kazincbarcika. Ezután következik a főváros. A következő térkép a hajléktalan személyek első lakhelye szerint mutatja eloszlásukat az országban, az elmondottak szerint:

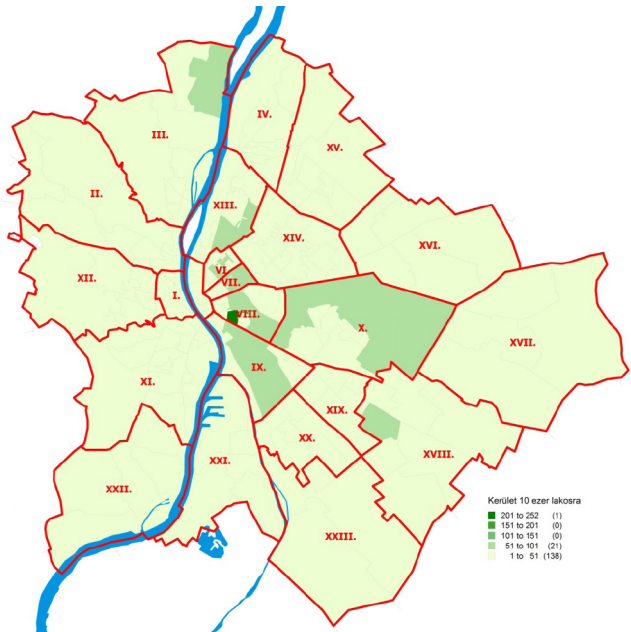
¹⁵ Az itt közölt elemzést megelőzően megpróbáltam azt kimutatni, hogy mi volt a vizsgált személyek utolsó lakhelye, *mielőtt* a 'hajléktalan' jogviszony megjelent volna. A Tbj. 44/A. § (10) alapján 2011 óta a hajléktalanellátók az egészségbiztosítási szervnek a hajléktalanokról bejelentést tesznek. Sok személy utolsó lakhelye már maga a hajléktalanellátó. Az is látszik azonban, hogy a hajléktalan jogviszony ismételen meg-megszakít egy másik jogosultságot is, pl. munkaviszonyt, vagy nyugdíjas jogviszonyt, tehát nehezen értelmezhető, hogy a hajléktalanság ténylegesen mikor kezdődött és az illető honnét jön. Az adatokból úgy tűnik, hogy az ellátók különbözőképpen kezelik a bejelentési kötelezettséget, ugyanis egyesek a hajléktalanság tényét nem is rögzítik, csak a szállót jelentik be lakhelynek, mások pedig bejelentik a jogviszonyt, de a lakhely címét nem változtatják. Amennyiben az utolsó lakhelyet vizsgáljuk, a hajléktalanellátók környékén sűrűbben laknak a 'hajléktalan' személyek.

¹⁶ Vélhetően egy adminisztratív hibával szembesülünk itt, ugyanis ezeket a személyeket az adatbázisban érvényes irányítószám nélkül, Gyomaendrőd településnévvel, az adatbázis technikai felállításának napján rögzítették. Ugyanakkor elgondolkodtató, hogy ők nem hozhatók-e esetleg valamilyen korábbi szociális ellátó intézménnyel kapcsolatba, mert átlag életkoruk 28 év, tehát messze a csoport átlaga alatt van. Felmerült az a gondolat is, hogy valamilyen ifjúsági ellátóhellyel lehetett kapcsolatuk, de erre megerősítő információt nem sikerült beszerezni.

2. **ábra:** Hajléktalan személyek 10 ezer lakosra számított száma eredeti lakhely szerint, kistérségi eloszlásban



3. **ábra:** Hajléktalan személyek eredeti lakhelye szerint 10 ezer lakosra számított szám a fővárosban



(3) Kik a vizsgált hajléktalan személyek bejelentői?

A fővárosi térképen, a pesti oldalon látunk sűrűsödést. Elsősorban Kőbányát, Soroksárt és Angyalföldet láthatjuk olyannak, ahonnan nagyobb számban kerülnek ki a hajléktalan személyek, és itt a hajléktalanok lakosságra vetített átlaga magasabb, mint másutt az országban.¹⁷ Budán csupán a békásmegyeri rész az, ahol a hajléktalan személyek eredetileg lakhattak.

Kíváncsiak voltunk arra is, hogy vajon milyen szervezetek és honnét jelentik be a hajléktalan jogviszonyú személyeket. A bejelentők között egyértelműen a fővárosiak dominálnak, ugyanis a bejelentések 62%-a innét érkezik. Az egészségbiztosítóhoz hajléktalan személyekre közel huszonegyezer jogviszony bejelentés érkezett három év alatt, amelyeket legnagyobb arányban a következő szervezetek végeztek:

1. táblázat: 2013 és 2015 között több mint 500 személyt bejelentő szervezetek, a bejelentések száma és aránya

Szervezet neve	Címe	Bejelentések száma 2013–2015	Arány összes bejelentésből
Menhely Alapítvány Hajléktalan Gondozási Központ	Budapest	5 069	25%
Magyar Máltai Szeretetszolgálat	Budapest	2 402	12%
Magyar Vöröskereszt Budapest Fővárosi Szervezet	Budapest	1 289	6%
Hajléktalanokat Segítő Szolgálat	Győr	835	4%
Fővárosi Szociális Központ és Intézményei (BMSZKI)	Budapest	781	4%
Magyar Vöröskereszt Zala Megyei Szervezete	Zalaegerszeg	657	3%
Magyar Mentőszolgálat Alapítvány	Dunaújváros	656	3%
Kéznyújtás a Rászorultakért Közhasznú Alapítvány	Budapest	603	3%
Támasz Alapítvány	Pécs	588	3%
ReFoMix Nonprofit Kht.	Debrecen	575	3%
Kríziskezelő Központ	Székesfehérvár	540	3%
Silencio Hitközség	Kecskemét	524	3%

A szervezetek között vegyesen szerepelnek a célzottan hajléktalanokkal foglalkozó segítő szolgálatok és olyanok is, akiknek jóval tágabb a feladatköre. A legelső helyen olyan specializált szervezet áll, amely kifejezetten az ebben az élethelyzetben levőknek nyújt segítséget, hiszen a Menhely Alapítvány jelentette be a hajléktalan személyek negyedét. Őket követték a máltaiak kb. fele annyi

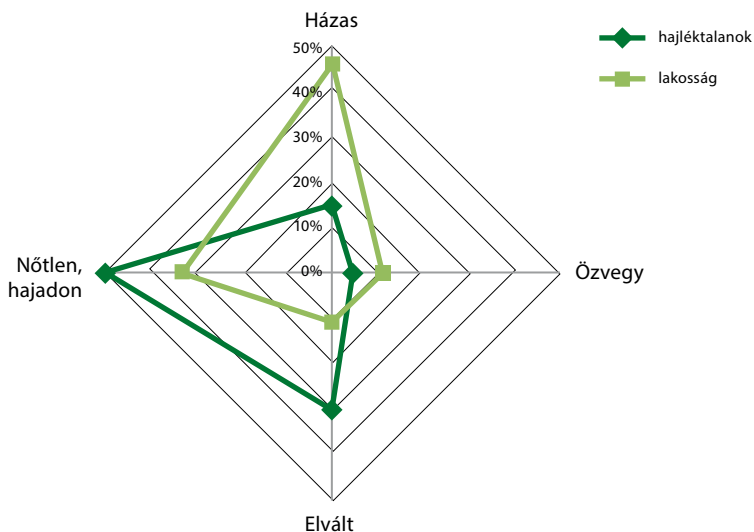
¹⁷ A vidéki legmagasabb sűrűség 70 fő/10 ezer lakos, a fővárosban pedig 252 fő/10 ezer lakos.

személy bejelentésével, amellyel kapcsolatosan azonban sajnós megjegyzendő, hogy teljes országos tevékenységük egy központi fővárosi címen van rögzítve, onnét futnak be a bejelentések biztosítóhoz. Ez az oka annak, hogy nehezen lehet megállapítani, ténylegesen hol találkoztak a bejelentett hajléktalan személyekkel, azok mely településekhez kötődnek, mert a fentiek miatt minden bejelentést budapestiként tartunk nyilván.¹⁸ Ugyanilyen megtévesztő lehet a későbbiekben a Magyar Mentőszolgálat tevékenységének helye is, ők ugyanis dunaujvárosi címmel szerepelnek, de számomra kérdéses, hogy az ezen a néven rögzített összes bejelentés mind a fenti városhoz kötődik-e. A harmadik helyen szereplő fővárosi Vöröskereszt lokalizációja viszont egyértelmű, és amennyiben a Vöröskereszt összes megyei szervezetének bejelentését összeadnánk, úgy az ő tevékenységük a máltaiékhöz hasonló nagyságrendű lenne. A dobogós helyek után kisebb szervezetek következnek, akik részben a fővárosban, részben pedig nagyobb vidéki városokban végzik munkájukat.

(4) Mi a vizsgált hajléktalan személyek családi állapota?

A nyilvántartásokban rögzített családi állapotot vizsgálva a következőket lehet megállapítani: A vizsgált személyek jellemzően sohasem éltek házasságban (a vizsgált személyek fele), illetve a szokásosnál jóval nagyobb arányban elváltak (31%). A lakossághoz képest harmadannyi a házas családi állapotúak aránya, és kevesebben vannak az özvegyek is, az utóbbi vélhetően az átlagosnál fiatalabb életkornak tudható be. A teljes lakossággal történő összehasonlítást a következő, 4. ábra szemlélteti:

4. ábra: Jellemző családi állapot a hajléktalan személyek és a teljes lakosság körében (%)



¹⁸ Ennek a következménye az is, hogy a bejelentések nagy része a fővároshoz köthető.

(5) Milyen korábbi élethelyzetből kerültek a hajléktalanságba a vizsgált személyek?

A vizsgált személyek összes valaha volt jogviszonyát megvizsgáltuk, azért, hogy a hajléktalansághoz vezető tipikus életutakat feltárjuk. A különböző élethelyzeteket különböző jogviszonyok jelzik (pl. eltartott kiskorú, tanulói jogviszony, munkaviszony, munkaviszony, egyéni vállalkozó, gyermekgondozási díj, stb.)¹⁹, amelyek alapján az érintettek az egészségügyi ellátáshoz való jogosultságot megszerezték. A vizsgált személyeknek (a nyilvántartásban szereplő) összes létező korábbi jogviszonya így – nem meglepő módon - több mint százféle, hiszen az időben visszamenve többféle élethelyzetet éltek meg alanyaink. A tizennyolcezer vizsgált személyre átlagosan öt korábbi megelőző jogviszony volt jellemző. Ezek közül a legtipikusabbakat mutatják a következő, 2-3. táblázatok, nemi bontásban:

2. táblázat: Hajléktalan férfiak legjellemzőbb korábbi jogviszonyai

Jogcím	Férfiak száma	Az összes vizsgált férfi %-ában
hajléktalan	13 376	96%
munkaviszony	10 849	78%
munkanélküli ellátások	6 351	46%
fogvatartott (belföldi)	4 985	36%
foglalkoztatást helyettesítő támogatás	4 611	33%
rendszeres szociális segély	3 735	27%
közfoglalkoztatási jogviszony	3 680	26%
szociálisan rászorult	3 654	26%
rendelkezésre állási támogatás	1 949	14%
egészségügyi szolgáltatási járulékot fizető	1 848	13%

3. táblázat: Hajléktalan nők legjellemzőbb korábbi jogviszonyai

Jogcím	Nőkszám	Az összes vizsgált nő %-ában
hajléktalan	3 964	93%
munkaviszony	3 064	72%
munkanélküli ellátások	1 827	43%
foglalkoztatást helyettesítő támogatás	1 630	38%
rendszeres szociális segély	1 296	30%

folytatódik

¹⁹ Ezeket az egészségbiztosító azért rögzíti, hogy a különböző ellátási formákhoz való jogosultságot – pl. táppénz, várólistára kerülés stb. – ellenőrizni tudja. A pontos jogszabályi helyet a 2. számú lábjegyzetben már jelöltem.

Jogcím	Nők száma	Az összes vizsgált nő %-ában
szociálisan rászorult	1 238	29%
gyermekgondozási segély	1 193	28%
közfoglalkoztatási jogviszony	1 181	28%
fogvatartott (belföldi)	686	16%
egészségügyi szolgáltatási járulékot fizető	685	16%
közalkalmazotti jogviszony	472	11%
Magyarországon lakóhellyel rendelkező kiskorú személy	465	11%

A két nem megelőző jogviszonyai hasonlóak. Jól látjuk, hogy a vizsgált személyek háromnegyedének valaha volt munkája, mert ebben a csoportban szerepelnek a legtöbben. Ha a teljes listát végignézzük, és azokat értelemszerűen csoportosítjuk, akkor a következő jogviszonycsoportok tűnnek jellemzőnek: 1. munkanélküliek, 2. szociálisan rászorultak, 3. fogvatartottak, 4. rokkantak.

A nemek között különbséget fedezhetünk fel abban, hogy a férfiak között nagyobb arányban szerepelnek a volt fogvatartottak (férfiaknál 36%, nőknél 16%), a nőknél pedig jelentősebb szerepet játszik a gyermekgondozási segély (28%), illetve közalkalmazotti jogviszony is (11%). Kiugró értéknek tűnik az is, hogy a vizsgált személyek közül közel ötszázán (a teljes populáció 3%-a) részesültek valaha árvaellátásban.

Ha egy további szempont szerint a hajléktalanságot *közvetlenül* megelőző jogviszonyt vonjuk csak górcső alá, az előzőekben felvázoltakat tudjuk megerősíteni:

4. táblázat: Hajléktalan férfiak hajléktalanságot közvetlenül megelőző jogviszonya

Közvetlen megelőző jogcím	Személyek száma	Az összes férfi %-ában
munkaviszony	4 255	32%
fogvatartott (belföldi)	1 545	12%
foglalkoztatást helyettesítő támogatás	1 185	9%
szociálisan rászorult	1 002	8%
egészségügyi szolgáltatási járulékot fizető	610	5%
rendszeres szociális segély	605	5%
munkanélküli ellátások	590	4%
közfoglalkoztatási jogviszony	555	4%
saját jogú öregségi nyugdíj	343	3%
rokkantsági ellátás	259	2%

5. táblázat: Hajléktalan nők hajléktalanságot közvetlenül megelőző jogviszonya

Közvetlen megelőző jogcím	Személyek száma	Az összes nő %-ában
munkaviszony	928	22%
foglalkoztatást helyettesítő támogatás	504	12%
szociálisan rászorult	338	8%
egészségügyi szolgáltatási járulékot fizető	247	6%
fogvatartott (belföldi)	227	5%
rendszeres szociális segély	209	5%
közfoglalkoztatási jogviszony	181	4%
gyermekgondozási segély	180	4%
munkanélküli ellátások	164	4%
rehabilitációs ellátás	101	2%

Az adatokból továbbá az is kitűnik, hogy a vizsgált személyek jelentős része már a hajléktalanság előtt is a szociális ellátórendszer transfereire volt rászorulva, szociálisan rászorultként, munkanélküliként, rokkantként stb. Megdöbbentőnek tűnik az, hogy valaki közvetlenül munkaviszony után sodródik a hajléktalanságba, de mindkét nemnél ez dominál (férfiaknál 32, nőknél 22%-os értékkel vezet). Az is mellbevágó, hogy a büntetés-végrehajtás a férfiak között már második helyre, nőknél pedig az ötödik helyre kerül. Az adatok alapján úgy tűnik, hogy a börtönből kiszabadultak jelentős része azonnal az utcára jut.

(6) A vizsgált hajléktalan személyekre milyen halálozás jellemző?

A vizsgált személyek halálozása három év alatt közel négyszerese az összehasonlításként szolgáló kontroll populációnak²⁰, hiszen a vizsgálati időszak végére a 2013-ban még élő személyek 6%-a már elhalálozott. Még szomorúbb a kép, ha azt is látjuk, hogy a meghaltak átlagos életkora a férfiaknál 55, a nők körében pedig 54 év volt.

(7) Mi jellemzi az egészségbiztosító hajléktalan jogviszonyú emberekre fordított költségeit?

2015-ben az egészségbiztosító a hajléktalanok háziorvosi ellátására szerződött húsz szolgáltató részére 1,466 Mrd forintot fizetett²¹, a szakellátási kasszákból pedig (személyhez köthető teljesítményjelentések alapján) 3,2 Mrd forintot utal-

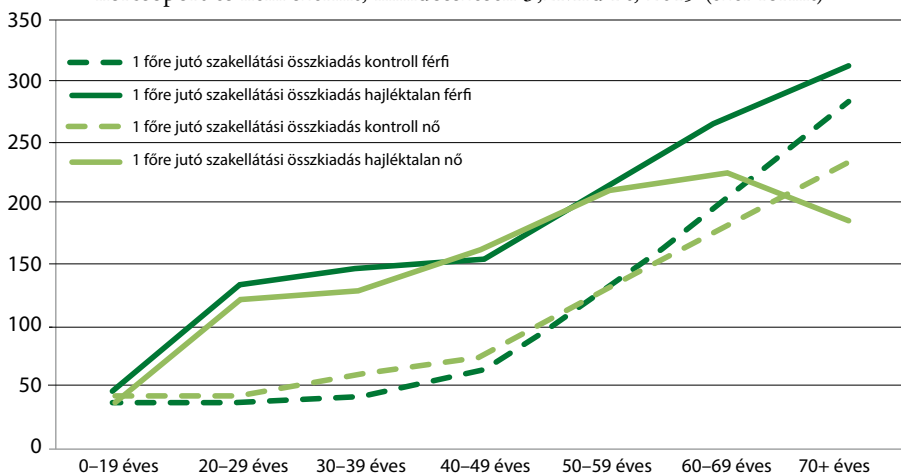
²⁰ A vizsgált személyekhez az egészségbiztosító közel 12 millió személyt tartalmazó adatbázisából egy nemből és korban illesztett százszoros kontrollcsoportot választottunk, véletlenszerű kiválasztással. A kontrollként választott embereknek a vizsgálat kezdetekor – 2013. január 1-jén – még életben kellett lennie. Őket hasonlítottam össze a hajléktalan személyekkel, a halálozási adatok a 2015. december 31-i állapotot tükrözik.

²¹ Ez az összeg nem kizárólag a jelen tanulmányban vizsgált kb. 18 ezer személy ellátásának fedezete. Egyrészt a vizsgált évben (2015) a nevesített hajléktalan háziorvosi szolgáltatóknál megjelent közel 14,5 ezer embernek csak egyötöde szerepel az általunk vizsgált személyek között, másrészt pedig a vizsgált személyek egy része nem fordult ilyen háziorvosi ellátóhoz.

tak át az ellátó intézményeknek. Ilyen intézmények lehetnek a járóbeteg rendelők, intézetek, kórházak, patikák, gyógyászati segédeszközök forgalmazói stb. Így tehát legalább 4,666 Mrd forint volt az az összeg, amely a hajléktalan emberek egészségügyi ellátáshoz kapcsolható.

Amennyiben a személyhez köthető kiadásokat – tehát a szakellátási kasszában elköltött 3,2 Mrd forintot – tekintjük, úgy a korcsoportonkénti, nemenkénti bontásnál azt állapíthatjuk meg, hogy a hajléktalan populációra fordított költségek meghaladják a kontrollcsoport költségeit. A szakellátási kasszákból átlagosan egy hajléktalan emberre 180 ezer forintot költöttünk, míg a kontrollként választott személyekre átlagosan 101 ezer forintot. Az 5. ábra az említett bontásban azt mutatja, hogy a 2015-ös év során a konkrét hajléktalan személyekre (egyenes vonal), illetve a kontrollcsoportban lévő konkrét személyek (szaggatott vonal) egészségügyi ellátására mennyit fordított a társadalombiztosítás.

5. ábra: Egy főre jutó személyhez köthető természetbeni kifizetés korcsoport és nem szerint, mindösszesen 3,2Mrd Ft, 2015 (ezer forint)



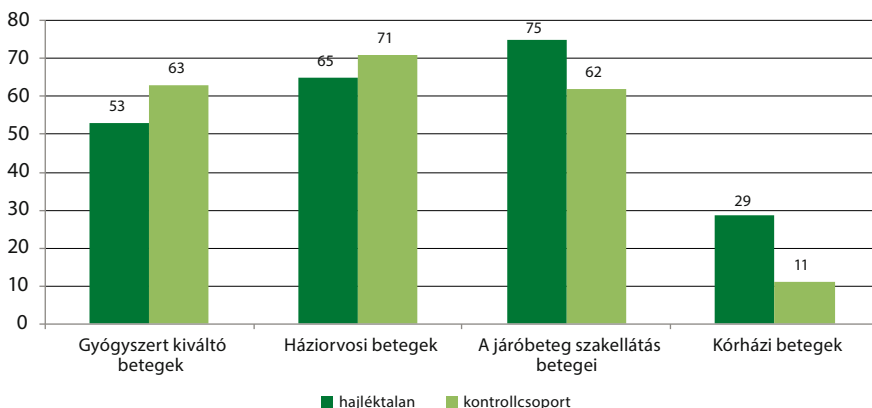
A fenti ábrán megfigyelhetjük a kiadások korcsoportos megoszlását. Jellemző, hogy 20 éves kortól 70 éves korig a hajléktalan személyekre nagyobb kiadás jut, és a férfiakra fordított kiadása mindkét körben meghaladja a nőkéét.

A következőkben megpróbálunk utánajárni, hogy mi lehet az oka ennek a magasabb kiadásnak, szem előtt tartva azt, hogy adminisztratív célból készült adatforrásokat használunk. Hangsúlyozom, hogy ilyen adatok alapján azt eldönteni, hogy a költség a szükségletnek megfelelő, illetve hatékony volt-e, bizonyosan nem lehetséges. Két szempontra fogunk kitérni, egyrészt arra, hogy az ellátásokat hol veszik igénybe, másrészt pedig arra, hogy az egészségbiztosítónak küldött jelentések alapján milyen betegségek jellemzők a hajléktalan embereket, azok indokolhatják-e a magasabb kiadást.

Jellemző ellátási formák

A különböző ellátási formákban különböző arányban jelentek meg a hajléktalan személyek, az ő igénybevételi arányukat hasonlítom most össze a kontrollcsoport igénybevételi arányával, a következő diagram segítségével:

6. ábra: A különböző ellátási formák igénybevételének aránya, hajléktalan emberek és kontrollcsoport (%)



A diagramról azt tudjuk megállapítani, hogy két olyan ellátási forma van, amelyet a hajléktalan emberek kevésbé vesznek igénybe, mint a kontrollcsoport, ez pedig a háziorvosi szolgálat és a gyógyszerellátás. Ugyanakkor a járóbeteg szakellátásban, illetve a fekvőbeteg szakellátásban nagyobb arányban fordulnak meg a hajléktalan jogviszonyú, mint a kontrollcsoportba beválasztott személyek. Ez azért lehet problémás, mert a megelőzés és gondozás elsősorban háziorvosi szinten zajlik, a járóbeteg és fekvőbeteg ellátás igénybevételére már meglévő probléma esetén kerül sor, és az előbbieknél átlagosan jóval többbe kerül.²²

A hajléktalan populáció által nagyobb arányban megfigyelhető szakellátási igénybevételről többek között azt is tudjuk, hogy a sürgősségi ellátásban az általános szokásokhoz képest jóval nagyobb arányban jelennek meg. A járóbeteg sürgősségi ellátást a hajléktalan jogviszonyúak háromszor nagyobb valószínűséggel veszik igénybe, mint a standard populáció. Míg a teljes populációból minden tizedik, addig a vizsgált hajléktalan személyek közül minden harmadik megfordult

²² Az egészségpolitika és az egészségügyi ellátásszervezés egyik alaptétele, hogy a sikeres és költséghatékony egészségügyi ellátáshoz hozzátartozik az, hogy a betegeket a megfelelő ún. progresszivitási szinteken kell ellátni. A különböző ellátási formák, progresszivitási szintek egymásra épülnek. A legalsó szint az alapellátás, amelyen a háziorvos fogadja a beteget. Az egyszerűbb betegségekre gyógyszert ír. Elvileg a háziorvos adja az ellátás magasabb, specializáltabb szintjeire a beutalót is, amennyiben az szükséges. Végül csak a legszükségesebb, súlyos esetben kerül a beteg kórházba, lehetőség szerint szakorvosi javaslatra, esetleg egynapos ellátásra, hiszen a kórházi ellátás jellemzően az egészségügy legdrágább formája.

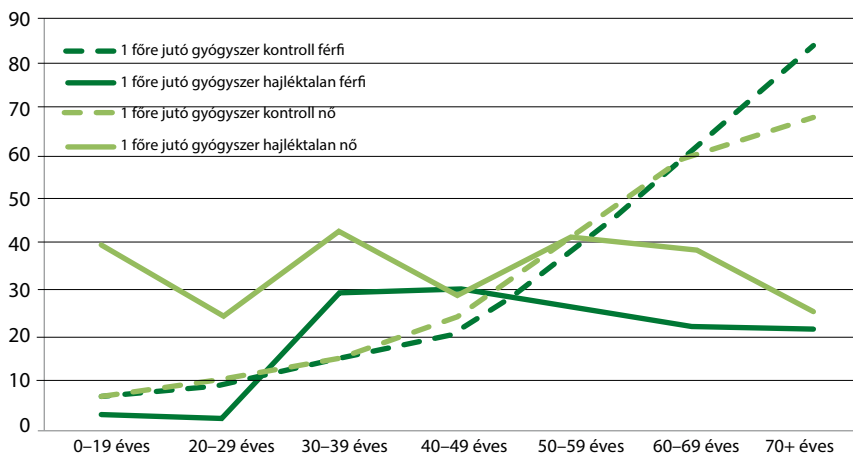
a vizsgált időszakban a járóbeteg sürgősségi osztályon. Ez is arra utalhat, hogy az ellátás nem időben következik be, a megelőző tevékenység elmaradt.

A fekvőbeteg sürgősségi osztályokon még nagyobb a különbség. Míg a teljes populációból egy év alatt közel minden századik ember jut el egy fekvőbeteg sürgősségi osztályra, addig a hajléktalanok közül minden nyolcadiknak van ilyen tapasztalata. Országos átlagban a férfiak a hajléktalan jogviszonyúak közül magasabb arányban veszik igénybe a sürgősségi ellátást, mint a nők, a sürgősségi ellátás hajléktalan emberek általi igénybevétele jelentős részben a fiatalabb (50 év alatti) férfiak ellátásához kapcsolódik.

Lehetséges ez alapján, hogy a hajléktalan jogviszonyú személyekre költött magas kiadások részben azért keletkeznek, mert nem fordulnak kellő időben orvoshoz, vagy nem kapnak időben megfelelő orvosi ellátást, így egészségügyi problémáik súlyosbodnak, és már csak akkor jutnak el az ellátóhelyre, amikor nagy a baj?

Egy diagram segítségével vizsgáljuk meg például azt, hogy a gyógyszerkiadások hogyan alakultak:

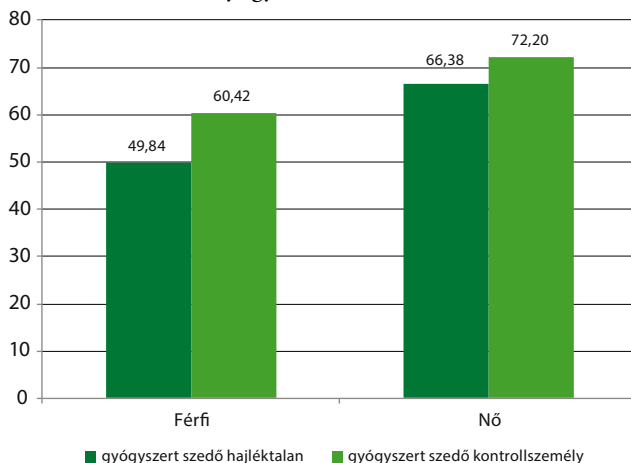
7. ábra: 1 főre jutó egészségbiztosítói gyógyszerkiadás korcsoportonként, nemenként, 2015 (ezer forint)



A fenti, 7. ábra a korábban látott kiadási görbétől jelentősen eltér, és a nemek között is jelentős különbségeket látunk. A hajléktalan jogviszonyú nők körében 50 éves korig megmarad a populációs átlagot meghaladó kiadás, azonban úgy tűnik, hogy a kiadások a férfiak esetében csak 30 éves kor után szárnyalják túl a populációs átlagot. 50 éves kor után – amikor a kontroll személyek költsége megemelkedik – a hajléktalanok gyógyszerkiadásai a kontrollcsoport kiadásainál alacsonyabbak lesznek.

Ha azt feltételezzük ez alapján, hogy a hajléktalan populációban jelentős a nemek közötti különbség a gyógyszereszedési szokásokban, úgy nem csalatkozunk, a következő *8. ábrával* a feltételezésünket igazolni tudjuk.

8. ábra: Gyógyszereszedési szokások (%)



Látszik, hogy a hajléktalan személyek körében nagyobb a nemek közötti különbség a gyógyszereszedők számát tekintve. Ugyan a hajléktalanok között gyógyszereszedő nők aránya nem éri el a kontrollpopulációban vényt kiváltók arányát, azonban számuk több mint 10%-kal meghaladja a gyógyszert kiváltó hajléktalan férfiakét.

Jellemző betegségek²³

Második pontként azt kívántuk megvizsgálni, hogy a hajléktalan személyek betegségstruktúrája mennyiben tér el a véletlenszerűen kiválasztott kontrollcsoport betegségstruktúrájától, indokolhatja-e a magasabb költséget egy eltérő betegségstruktúra. A 2015-ben az egészségbiztosító adatbázisában rögzített betegségeket²⁴ a két csoport esetében összehasonlítottuk, és megvizsgáltuk, hogy mik a leggyakrabban előforduló problémák.²⁵ A következő, *6. táblázat* a hajléktalan és a kont-

²³ Hangsúlyozom, hogy az itt leírtak az adminisztratív adatbázisokban rögzített diagnózisok alapján lettek megfogalmazva. Ezek nem klinikai adatok, hanem az egészségbiztosító felé jelentett dokumentációkban rögzített betegségek, tehát elsősorban finanszírozási, nem pedig orvosi célból keletkeztek.

²⁴ A finanszírozói adatbázisokban a betegségeket kódokkal jelölik, a betegségek nemzetközi osztályozása (BNO) szerint. Így több mint kétezer kódot alkalmazunk a különböző kórok megjelölésére. Ezeknek a kódoknak léteznek különböző csoportosításai, amely megkönnyíti az adatok bemutatását. Ha a kódokat összetartozó kódtartományokba, ún. morbiditási csoportokba soroljuk, akkor a kétezer csoport helyett kezelhetőbb számú, kb. 300 csoportot különítünk el, amely azonban kellőképpen részletezi a betegségeket. Jelen tanulmányban ezt a beosztást alkalmazzuk.

²⁵ Fontos hangsúlyozni azt, hogy az adminisztrációs célból végzett jelentésekből csak következtetni lehet a vizsgált személyek tényleges egészségi állapotára.

rollpopuláció esetében mutatja be a hús leggyakrabban előforduló betegséget aszerint, hogy a vizsgált csoportból hány személynél kódolták azt az orvosok.

6. táblázat: A hús, legtöbb személyt érintő betegségcsoport 2015-ben, hajléktalan és kontrollpopuláció, a hajléktalan személyek körében tapasztalt gyakorisági sorrend szerint a legmagasabb helyezettől kezdődően

Morbidity csoport megnevezése	Érintett hajléktalan személyek száma (N= 17 640)	Érintett személyek száma a kontroll-csoportban (N= 1 781 387)	Hajléktalan sorrend*	Kontroll sorrend**
Magas vérnyomás (I10-I15)	3 489	530 581	1	1
Nyelőcső, gyomor, nyombél betegsége (K20-K31)	3 050	225 161	2	3
Pszichoaktív szer használata által okozott mentális és viselkedészavarok (F10-F19)	2 702	19 479	3	
Neurotikus, stresszes és szomatiform rendellenességek (F40-F48)	2 693	89 381	4	17
Általános tünetek és jelek (R50-R69)	2 385	110 421	5	10
Fejsérülések (S00-S09)	2 008	31 145	6	
Idült alsó légúti betegségek (J40-J47)	1 887	102 685	7	11
Egyéb dorsopathiák (M50-M54)	1 860	214 123	8	5
Heveny felső légúti fertőzések (J00-J06)	1 835	280 748	9	2
Hangulatzavarok (F30-F39)	1 645	60 573	10	
Elsősorban nem gyógyszerként használt anyagok toxikus hatása (T51-T65)	1 341	7 323	11	
Egyéb heveny alsó légúti fertőzések (J20-J22)	1 304	151 240	12	6
Keringési, légzési rendszer tünetei (R00-R09)	1 290	79 463	13	
Emésztőrendszer, has tünetei, jelei (R10-R19)	1 258	92 391	14	16
Anyagcsere rendellenességek (E70-E90)	1 249	221 060	15	4

folytatódik

Morbiditási csoport megnevezése	Érintett hajléktalan személyek száma (N= 17 640)	Érintett személyek száma a kontrollcsoportban (N= 1 781 387)	Hajléktalan sorrend*	Kontroll sorrend**
Ischaemiás szívbetegség (I20-I25)	1 145	128 608	16	7
Epizodikus, paroxysmalis rendellenesség (G40-G47)	1 121	56 159	17	
Bőrgyulladás és ekcéma (L20-L30)	1 083	125 985	18	8
Egyéb ízületi betegségek (M20-M25)	968	86 958	19	19
Influenza és tüdőgyulladás (J10-J18)	962	54 805	20	
Diabetes mellitus (E10-E14)	555	120 037		9
Arthrosis (M15-M19)	810	97 974		12
Spondylopathiák (M45-M49)	781	95 786		13
A felső légutak egyéb betegségei (J30-J39)	524	95 387		14
Egyéb lágyrész-rendellenesség (M70-M79)	822	93 767		15
Szájüreg, nyálmirigy, állcsont betegsége (K00-K14)	616	87 915		18
A férfi nemi szervek betegségei (N40-N51)	358	82 970		20

* Az üres cella azt jelenti, hogy a kontrollcsoport esetében az adott betegség nem szerepel a húsz legfontosabb betegség között.

** Lásd a 25. pontot.

A 6. táblázat azt mutatja, hogy vannak olyan kórok, amelyek mindkét kört egyaránt jellemzik. (Egy betegség több embernél is előfordulhat, ezért a betegszámok nem összeadhatók.) Mindkét listát egyértelműen a magas vérnyomás vezeti, bár az ezzel a betegséggel kódolt hajléktalan személyek aránya csupán kétharmada, mint a kontrollpopulációban ugyanezen betegséggel kezelték. Az első húsz betegségben emésztőrendszeri betegségek, légúti fertőzések is előfordulnak. A harmadik oszlopban szürkével jelöltük azokat a betegségeket, amelyek a hajléktalanok körében gyakoribbak, úgy, hogy a kontrollcsoportban nem tűnnek olyan szokásosnak. Ezek tipikusan sérülések, pszichoaktív és toxikus anyagok használatának következményei, illetve hangulatzavarok. Az utolsó két oszlopban azok a cellák lettek kiemelve, amelyek azokat a betegségeket tartalmazzák, melyek a kontrollpopulációban gyakoribbak. Ezek közül legfontosabbként emelem ki a cukorbetegséget, illetve egyéb anyagcsere-rendellenességeket, amelyek a hajléktalan jogviszonyúak esetében fel sem kerültek a listára annak ellenére, hogy a kontrollcsoport körében igen jellemzőnek tűnnek.

Érdeemes annak is utánajárni, hogy melyek azok a betegségek, amelyek esetleg ugyan nem fordulnak elő jelentős számban, azonban előfordulásuk aránya jóval valószínűbb a hajléktalan emberek között.²⁶ Ezek közül a legfontosabbakat tartalmazza a következő, 7. táblázat, annak jelzésével is, hogy az adott betegség hányadik helyet foglalja el a kontroll populációban:

7. táblázat: A hajléktalan populációt leginkább jellemző betegségek 2015-ben, a kontroll csoporthoz viszonyítva

Morbiditási csoport megnevezése	Kontroll sorrend	Esélyhányados
Fagyás (T33-T35)	211	28,80
Elsősorban nem gyógyszerként használt anyagok toxikus hatása (T51-T65)	107	19,93
Drogok, gyógyszerek és biológiai anyagok által okozott mérgezések (T36-T50)	156	17,81
Gümőkór (A15-A19)	255	14,31
Pszichoaktív szer használata által okozott mentális és viselkedészavarok (F10-F19)	256	16,36
A felnőtt személyiség és viselkedés rendellenességei (F60-F69)	66	11,24
A fertőző és élősdiék okozta betegségek következményei (B90-B94)	175	10,41
Pediculosis, ascariasis és egyéb infesztációk (B85-B89)	139	10,08
A halálozás rosszul meghatározott és ismeretlen okai (R95-R99)	150	7,69
Humán immundeficiencia vírus [HIV] betegség (B20-B24)	251	6,70
Fejsérülések (S00-S09)	129	7,22
Viselkedési, érzelmi rendellenesség, rendszerint gyermek/serdülőkorú kezdettel (F90-F98)	204	4,87
Az alsó légutak gennyedéses és elhalásos elváltozása (J85-J86)	245	4,56
Malnutritio (E40-E46)	51	4,28
Az ideg- és csont-izomrendszert illető tünetek és jelek (R25-R29)	192	4,29
Több testtájra terjedő sérülések (T00-T07)	244	4,03
Egyéb balesetszerű légzési veszélyeztetettség (W75-W84)	225	3,87
A nyak sérülései (S10-S19)	219	3,78

²⁶ A két csoport összehasonlítására az esélyhányados mutatót használjuk. Az esélyhányados egy olyan statisztikai mutató, amely egy esemény bekövetkezésének valószínűségét hasonlítja össze két csoportban, egymáshoz viszonyítva (relatív esély). Jelen esetben azt mutatja meg, hogy adott betegség megjelenésének hányszor nagyobb a valószínűsége a hajléktalanok körében, mint a nem hajléktalanok között. Amennyiben az érték 1 körüli, úgy az esélyek mindkét csoportban megegyeznek. Ha az esélyhányados 2, akkor kétszer akkora a betegség megjelenésének valószínűsége a hajléktalanoknál. Ha a hányados 1 alatti, úgy a nem hajléktalanok között gyakoribb a kór.

A listát a fagyás vezeti, ezt követik a toxikus és pszichoaktív anyagok használatával kapcsolatos problémák. Kitűnik, hogy a vizsgált személyek között jóval nagyobb az esélye a fertőzésnek is, ezek közül is kiemelkednek az élősdiék okozta betegségek, illetve a TBC és a HIV. (Meg kell jegyezni ugyanakkor azt is, hogy ezeknek a betegségeknek az ellátása különösen költséges, a legmagasabb szintű biztosítói kiadásokat ezek okozzák – ld. Fadgyas-Freyler, Korponai, 2016) Ugyancsak az életmód következménye lehet, hogy – különböző testtájékokon – jelentős arányban keletkeznek sérülések. A különböző viselkedési és személyiségzavarok esélye is jóval nagyobb a vizsgált személyek között, mint a kontrollként választott csoportban.

A következő, 8. táblázatban azt vizsgáljuk, hogy melyek azok a betegségek, amelyek nagy számban fordulnak elő a kontrollcsoportban, a hajléktalan emberek között viszont kevésbé jelennek meg:

8. táblázat: A hajléktalan populációra legkevésbé jellemző betegségek 2015-ben, a kontrollcsoporthoz viszonyítva

Morbiditási csoport megnevezése	Kontroll sorrend	Esélyhányados
A pajzsmirigy rendellenességei (E00-E07)	30	0,40
A férfi nemi szervek betegségei (N40-N51)	21	0,41
Jóindulatú daganatok (D10-D36)	31	0,43
Diabetes mellitus (E10-E14)	10	0,44
Anyagcsere rendellenességek (E70-E90)	5	0,52
A felső légutak egyéb betegségei (J30-J39)	15	0,52
Magas vérnyomás (hypertensiv) betegségek (I10-I15)	1	0,56
Gyulladásos polyarthropathiák (M05-M14)	24	0,58
Heveny felső légúti fertőzések (J00-J06)	3	0,60
Külső okok egyéb és k.m.n. hatásai (T66-T78)	42	0,66
A szájüreg, nyálmirigyek és állcsontok betegségei (K00-K14)	19	0,68
Szemizmok, szemmozgás, az alkalmazkodás és fénytörés betegségei (H49-H52)	28	0,73
A kötőhártya betegségei (H10-H13)	35	0,75
Spondylopathiák (M45-M49)	14	0,79
A külső fül betegségei (H60-H62)	36	0,79
Arthrosis (M15-M19)	13	0,80
A húgyrendszer egyéb betegségei (N30-N39)	25	0,83
Mycosisok (B35-B49)	37	0,83
Bőrgyulladás és ekcéma (L20-L30)	9	0,83

folytatódik

Morbiditási csoport megnevezése	Kontroll sorrend	Esélyhányados
Egyéb heveny alsó légúti fertőzések (J20-J22)	7	0,83
Egyéb dorsopathiák (M50-M54)	6	0,83
A női nemi szervek nem-gyulladásos rendellenességei (N80-N98)	38	0,84
A csontsűrűség és csontszerkezet rendellenességei (M80-M85)	40	0,84
Egyéb lágyszöveti rendellenességek (M70-M79)	16	0,85
Ischaemiás szívbetegség (I20-I25)	8	0,8

Ha ezt a táblázatot figyelmesen tanulmányozzuk, azokat a betegségeket látjuk, amelyek a hajléktalan populációban vélhetően alulreprezentáltak, vagy alulkezeltek. Szürkével kiemeltük azokat a betegségeket, amelyek előfordulása igen magas a kontroll csoportban (az első tíz betegségben vannak), és a hajléktalan jogviszonyúak között ritkábban szerepel. Említeném ezek között a szívbetegségeket (magas vérnyomást is), és az anyagcsere rendellenességeket elsősorban.

Összefoglalás

A cikk célja az volt, hogy átfogó képet fessen az egészségbiztosító nyilvántartásában szereplő, hajléktalan élethelyzettel kapcsolatba hozható személyek jellemzőiről és egészségügyi ellátásáról. A bemutatott adatok – bár reprezentativitásuk ugyan statisztikailag nem igazolt – a vizsgált személyek nagy száma alapján azonban remélhetően jellemző képet festenek a hajléktalan személyekről: E körben nagyobb számmal szerepelnek olyan egyedülálló, 50 év körüli férfiak, akik a hajléktalanságot megelőzően nagy eséllyel munkanélküliek voltak, szociális segélyben, rokkantsági kifizetésben, vagy még korábban árvaellátásban részesültek. A büntetés-végrehajtási múlt ugyancsak erősen determináló. Jellemzően korábban nem a fővárosban éltek, azonban jelentős részük a fővárosban jut el az ellátórendszerhez, akár a hajléktalanszolgálatok, akár a mentőszolgálat közreműködésével. Egészségi állapotukat tekintve elmondható, hogy orvoshoz ritkábban fordulnak, gyógyszert kevesebbet szednek, mint az azonos korú honfitársaik, sürgősségi osztályra viszont jóval gyakrabban kerülnek. Kezelt betegségeik részben az életmóddal kapcsolatos okokra vezethetők vissza, így jellemző a sérülés, fagyás, különböző fertőzések magas előfordulása, vélhetően nem kezelt betegségeik is nagy számban léteznek. Az átlagosnál évtizedekkel korábban halnak.

Köszönetnyilvánítás

A cikk elkészítésében segítségemre voltak a Nemzeti Egészségügyi Alapkezelő Stratégiai Elemzési Főosztályának munkatársai és más főosztályok informatikusai, akiknek türelmét és hozzájárulását ezúton is köszönöm. Győri Péter tanácsaiért hálával tartozom.

Irodalom

<http://24.hu/belfold/2012/05/09/novekedik-mar-harmincezer-a-hajlektalanok-szama-hazankban/>

http://index.hu/belfold/2015/04/15/ketszer_annyi_hajlektalan_el_videken/

A Magyar Egészségügyi Rendszer Teljesítményértékelési Jelentése 2013-15, elérhetőség: <https://mertek.aEEK.hu/web/mertek-magyar-egeszsegugyi-rendszer-teljesitmenyertekese//jelentes-2013-15>

Fadgyas-Freyler Petra, Korponai Gyula: Az Országos Egészség-biztosítási Pénztár beteghez köthető természetbeni kiadásai a 2015. év során. *IME-Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*, Tudományos folyóirat – Az egészségügyi vezetők szaklapja, Egészség-gazdaságtani Különszám, 2016. június